



# **Mein Therapieziel – Dein Therapieziel – Gottes Therapieziel?**

oder

„Was willst du, dass ich für dich tun soll?“<sup>1</sup>

Workshop in Marburg 21.05.2009  
Friedemann Alsdorf

## Inhaltsverzeichnis

- A. Ziele von Psychotherapie
  - 1. Definition Psychotherapie
  - 2. Ziele von Therapeuten
  - 3. Ziele von Klienten und Klientinnen
  - 4. Und Gottes Ziele ... ?
  - 5. Ziele von Heilung in der Bibel
  - 6. Therapieforschung
- B. Quelle von Zielen: das dreifache Mandat
  - 1. Übung zum dreifachen Mandat
  - 2. Fallreflexion auf dem Hintergrund des dreifachen Mandats
- C. Therapieziele und Lebensziele
- D. Instrumentelle und finale Ziele
- E. „Pflichtziele“ und „Luxusziele“
- F. Zieltiefe der Therapie
  - 1. Stützende, stabilisierende Vorgehensweisen
  - 2. Trainierende, beratende Vorgehensweisen
  - 3. Aufdeckende Vorgehensweisen
  - 4. Vorgehensweisen, die Wertesystem oder Lebenskonzept verändern
  - 5. Welche Zieltiefe wird gewählt?
- G. Der Zielfindungsprozess
- H. Ziele Christlicher Psychotherapie?

---

<sup>1</sup> Jesus in Lukas 18,41

# A. Ziele von Psychotherapie

## 1. Definition Psychotherapie

„**Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen**, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, **in Richtung auf ein definiertes**, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes **Ziel** (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) **mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens**. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“<sup>2</sup>

Diese und weitere Therapiedefinitionen beinhalten drei zentrale Bestimmungsstücke: Ausgehend von der Feststellung veränderungsbedürftiger Ist-Zustände (Störungen, Probleme, Krankheiten etc.) wird durch Anwendung bestimmter Methoden und Techniken die Erreichung von erwünschten Soll-Zuständen (Therapieziele) angestrebt.

## 2. Ziele von Therapeutinnen und Therapeuten

Therapieziele können nicht wissenschaftlich begründet, sondern als Werte nur unter ethischen und geistlichen Gesichtspunkten diskutiert werden. Therapieziele müssen ausgehandelt werden zwischen den zwischen den Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten einerseits und den auf den auf der jeweiligen therapeutischen Ausrichtung (Werte, Menschenbild) beruhenden Annahmen der Therapeuten andererseits. Verschiedene therapeutische „Schulen“ definieren ihre Therapieziele traditionell sehr unterschiedlich, und die persönlichen Werte von Therapeuten treten hinzu. Beispiele für Ziele von Therapeuten für ihre Klienten:

- Symptomreduktion, Negativentwicklungen entgegentreten

<sup>2</sup> Strotzka, H (1975): Psychotherapie. München, zit. n. Ambühl, H.; Strauß, B. (1999): Therapieziele – Ein „dunkles Kapitel“ der Psychotherapieforschung? In: Ambühl, H.; Strauß, B. (Hrsg.): Therapieziele. Göttingen, S.8

- Freiheit (das Gute zu tun), Autonomie, Reife, Selbstverwirklichung, Gestalter sein
- Kongruenz, Echtheit, Gefühle leben und zeigen können, Wahrhaftigkeit
- „Awareness“ (Aufmerksamkeit auf innere Prozesse), Bewusstheit
- Lernfähigkeit, Entwicklung von Kompetenz
- Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit
- Das Erleben des Klienten, für andere Menschen wichtig zu sein
- Funktionale (gesunde Entwicklungen ermöglichende) Beziehungssysteme
- Ein Leben nach den Geboten Gottes
- Ein Leben in einer intimen, vertrauensvollen Beziehung zu Gott

Wann ist eine Therapie in meinen Augen „erfolgreich“?

## 3. Ziele von Klienten und Klientinnen

Klientinnen und Klienten in psychosomatischen Kliniken wünschen sich in Befragungen vor allem in folgenden Lebensbereichen Veränderungen durch die Therapie:

1. Selbstsicherheit, Selbstwirksamkeit
2. Ängste
3. Selbstwerterleben und Umgang mit Kränkungen
4. Schwierigkeit, Erholung und Entspannung zu finden
5. Einsamkeit und Kontaktstörungen

## 4. Und Gottes Ziele ... ?

Und es kamen einige zu ihm, die brachten einen Gelähmten, von viere getragen. Und da sie ihn nicht zu ihm bringen konnten wegen der Menge, deckten sie das Dach auf, wo er war, machten ein Loch und ließen das Bett herunter, auf dem der Gelähmte lag. Als nun Jesus ihren Glauben sah, sprach er zu dem Gelähmten:

**Mein Sohn, deine Sünden sind dir vergeben.**

Es saßen da aber einige Schriftgelehrte und dachten in ihren Herzen: Wie redet der so? Er lästert Gott! Wer kann

Sünden vergeben als Gott allein? Und Jesus erkannte sogleich in seinem Geist, dass sie so bei sich selbst dachten, und sprach zu ihnen: Was denkt ihr solches in euren Herzen? Was ist leichter, zu dem Gelähmten zu sagen: Dir sind deine Sünden vergeben, oder zu sagen: Steh auf, nimm dein Bett und geh umher? Damit ihr aber wisst, dass der Menschensohn Vollmacht hat, Sünden zu vergeben auf Erden – sprach er zu dem Gelähmten:

**Ich sage dir, steh auf, nimm dein Bett und geh heim!**

Und er stand auf, nahm sein Bett und ging alsbald hinaus vor aller Augen, sodass sie sich alle entsetzten und Gott priesen und sprachen: Wir haben so etwas noch nie gesehen. (Mk.2,3-12)

Auffällig an dieser Geschichte ist:

- Es ist kein Wort des Gelähmten oder seiner Freunde überliefert, nichts dazu, was sie genau von Jesus erwarten.
- Offenkundig ist nur das Problem der Lähmung
- und der Auftrag an Jesus zur Hilfe.
- Als Jesus ihren Glauben sieht, nennt er ein überraschendes Ziel: Sündenvergebung.
- Erst in einem zweiten Schritt heilt er die offenkundigen Symptome.

Anscheinend lässt sich Jesus hier von Gott zeigen, was „dran“ ist – und das ist nicht das, was jedermann zunächst vor Augen steht.

Gottes Ziele können also andere sein als die, die der Klient nennt und auch anders als die, die der Therapeut als offensichtlich wahrnimmt. Es lohnt sich daher, nach Gottes Zielen für einen Klienten oder für einen Therapieprozess zu fragen.

**Die Wege, um solche Ziele zu erkennen**, können sehr vielfältig sein: Gebetseindrücke oder Herzenswünsche des Klienten, „vorbereitete Werke“ im Leben des Klienten, Gebetseindrücke des Therapeuten, Bibelworte, die zum „rhema“ werden, Impulse eines Supervisors oder geistlichen Leiters, inspirierende Bücher und vieles mehr. Gott möchte uns führen und zu uns reden, und „wer von Gott ist, der hört Gottes Worte.“ (Joh.8,47)

**Gefahren dieses Vorgehens:** Passivität, so dass keine eigenen Ziele mehr entwickelt oder durchgekämpft werden; das Hören auf Gott kann

an die Stelle der notwendigen Zielaushandlung zwischen Klient und Therapeut treten; der Therapeut kann sich an Gottes Stelle setzen oder von Klienten an diese Stelle gesetzt werden.

**Chancen dieses Vorgehens:** Es kommen Ziele in den Blick, die vorher übersehen wurden; es kann Ermutigung für Heilung in weiteren wichtigen Lebensbereichen entstehen; wenn ich glauben kann, dass Gott diese Ziele will, kann ich auch glauben, dass Er mit Seiner Kraft dahinter steht.

## 5. Ziele von Heilung in der Bibel

„Psychotherapie“ findet sich weder als Wort noch als ausdrücklicher Gedanke in der Bibel. Doch ein wichtiges Ziel Gottes mit den Menschen und ein Zeichen des nahenden Gottesreiches bei Jesus ist, dass Menschen **heil** werden. Heilung wird dabei stets ganzheitlich verstanden und umfasst körperliche, psychische und geistliche Veränderungen. Ziele dieser Heilung sind z.B.:

**Stärkung, Stabilisierung, Unterstützung:** „(Elia) aber ... setzte sich unter einen Wacholder und wünschte sich zu sterben ... Und siehe, ein Engel rührte ihn an und sprach zu ihm: Steh auf und iss!“ (1.Kö.19,4f.) „Er (Jesus) aber sprach zu ihnen: Gebt ihr ihnen zu essen!“ (Luk.9,13)

**Befreiung von Symptomen und Normalisierung:** „Ich sage dir, steh auf, nimm dein Bett und geh heim!“ (Mk.2,11) „... und sie sahen den Besessenen, wie er dasaß, bekleidet und vernünftig, den der die Legion unreiner Geister gehabt hatte.“ (Mk.5,15)

**Befreiung von Schuld und Schuldgefühlen:** „Als nun Jesus ihren Glauben sah, sprach er zu dem Gelähmten: Mein Sohn, deine Sünden sind dir vergeben.“ (Mk.2,5) „Daran erkennen wir, dass wir aus der Wahrheit sind, und können unser Herz vor ihm damit zum Schweigen bringen, dass, wenn uns unser Herz verdammt, Gott größer ist als unser Herz und erkennt alle Dinge.“ (1.Joh.3,19f.)

**Die Wahrheit erkennen, frei werden:** „Ein Knecht des Herrn aber soll nicht streitsüchtig sein, sondern freundlich gegen jedermann, im Lehren geschickt, der Böses ertragen kann und mit Sanftmut die Widerspenstigen zurechtweist, ob ihnen Gott vielleicht Buße gebe, die Wahrheit zu erkennen und wieder nüchtern zu werden aus der Verstrickung des Teufels, von dem sie gefangen sind, zu tun seinen Willen.“ (2.Tim.2,24-26)

**Neues Verhalten, Liebe und gute Werke:** „Jesus sprach (zu der Ehebrecherin): So verdamme ich dich auch nicht; geh hin und sündige hinfort nicht mehr.“ (Joh.8,11b) „Die Hauptsomme aller Unterweisung aber ist Liebe aus reinem Herzen (ohne falsche Motive) und aus gutem Gewissen (Syneidesis = Selbstwahrnehmung) und aus ungefärbtem (ungeheuchelt) Glauben.“ (1.Tim.1,5)

**Gottesebenbildlichkeit, Christusähnlichkeit, Vollkommenheit:**

„Nun aber legt alles ab von euch: Zorn, Grimm, Bosheit, Lästerung, schandbare Worte aus eurem Munde; belügt einander nicht; denn ihr habt den alten Menschen mit seinen Werken ausgezogen und den neuen angezogen, der erneuert wird zur Erkenntnis nach dem Ebenbild dessen, der ihn geschaffen hat.“ (Kol.3,8-10) „Meine lieben Kinder, die ich abermals unter Wehen gebäre, bis Christus in euch Gestalt gewinne!“ (Gal.4,19) „Denn alle Schrift, von Gott eingegeben, ist nütze zur Lehre, zur Zurechtweisung, zur Besserung, zur Erziehung in der Gerechtigkeit, dass der Mensch Gottes vollkommen sei, zu allem guten Werk geschickt.“ (2.Tim.3,16f., siehe auch Eph.4,12-14)

**Beziehungsfähigkeit zu Menschen und zu Gott, Glaube:** „Einer aber unter ihnen (den zehn Aussätzigen), als er sah, dass er gesund geworden war, kehrte er um und pries Gott mit lauter Stimme und fiel nieder auf sein Angesicht zu Jesu Füßen und dankte ihm. Und das war ein Samariter. Jesus aber antwortete und sprach: Sind nicht die zehn rein geworden? Wo sind aber die neun? Hat sich sonst keiner gefunden, der wieder umkehrte, um Gott die Ehre zu geben, als nur dieser Fremde? Und er sprach zu ihm: Steh auf, geh hin; dein Glaube hat dir geholfen.“ (Luk.17,15-19)

**Ziele sind je nach Person und Ausgangslage unterschiedlich:** „Weist die Unordentlichen zurecht, tröstet die Kleinmütigen, tragt die Schwachen, seid geduldig gegen jedermann.“ (1.Thess.5,14b) „Und erbarmt euch derer, die zweifeln; andere reißt aus dem Feuer und rettet sie; anderer erbarmt euch in Furcht und hasst auch das Gewand, das befleckt ist vom Fleisch.“ (Jud.22f.)

**Nicht nur Gott, auch die Hilfesuchenden können und sollen Ziele bestimmen:** „Bartimäus ... schrie: ‚Jesus, du Sohn Davids, erbarme dich meiner!‘ ... Und Jesus antwortete und sprach zu ihm: Was willst du, dass ich für dich tun soll? Der Blinde sprach zu ihm: Rabbuni, dass ich sehend werde.“ (Mk.10,51, siehe auch Mt.20,32)

Fazit: Wir haben es in der Bibel mit einer Fülle unterschiedlicher Ziele auch im Bereich psychischer Heilung zu tun.

## 6. Therapieforschung<sup>3</sup>

Diese allen Therapien gemeinsamen Elemente fördern die Gesundung:

- Klienten nehmen ihre Lebenserfahrung wieder in Besitz und überwinden Entfremdung
- Sie entwickeln Hoffnung und erleben Selbstwirksamkeit (selbst herbeigeführte Veränderungen)
- Sie öffnen sich für neue Lernerfahrungen und für die Wahrnehmung ihrer Gefühle
- Sie üben andere Kommunikationsformen

Sowohl säkulare Therapien als auch biblische Heilungsmodelle zeichnen sich durch eine Vielfalt sehr unterschiedlicher Zieldefinitionen aus.

Therapiezieldefinitionen hängen stark vom eigenen Verständnis des Therapeuten von Wirkungsweisen und Methoden der Therapie ab.

## B. Quelle von Zielen: das dreifache Mandat

(Psycho-)Therapie ist oft nicht nur ein freier Auftrag (Mandat) einer Klientin an eine Therapeutin zur individuellen Hilfe; in vielen Fällen kommt ein Interesse (Mandat) des Kostenträgers, einer therapeutisch arbeitenden Institution, eines Arbeitgebers o.a. mit ins Spiel. Diese zweite Auftrag zielt in der Regel auf (Re-)Integration, auf ein gewisses Maß an Kontrolle über die „Nicht-Integrierten“ und auf die Vermeidung gesellschaftlicher Folgekosten. In der Sozialen Arbeit, in der dies Problem noch ausgeprägter ist, haben Böhnisch und Lösch<sup>4</sup> hierfür bereits 1973 den Begriff des „**doppelten Mandates**“ geprägt. In jüngster Zeit hat Staub-Bernasconi<sup>5</sup> vorgeschlagen, von einem **dreifachen Mandat** zu sprechen, und bezeichnet damit den Auftrag zur Hilfeleistung an den/die Einzelnen, ein Mandat der Gesellschaft und ein pro-

<sup>3</sup> nach Wampold, Bruce E. (2001): The Great Psychotherapy Debate - Models, Methods and Findings. (Lawrence Erlbaum Associates) Mahwah (New Jersey) und London

<sup>4</sup> Böhnisch, L.; Lösch, H.(1973): Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In: Otto, H.-U.; Schneider, S. (Hrsg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Bd. 2, Neuwied/Berlin, S. 21-40

<sup>5</sup> Staub-Bernasconi, S. (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch. Bern (Haupt), Ss.198-202

professionelles Mandat im Sinne wissenschaftsbasierten Handlungs- und Veränderungswissens und ethischer Normen. Wir schließen uns dieser Sicht an, würden aber zur Begründung des dritten Mandates noch ergänzen, dass dort, wo der Mensch als Geschöpf Gottes gesehen wird, auch Gott als Mandatgeber wahrgenommen werden kann. „Dreifaches Mandat“ bedeutet somit:

1. Ein Auftrag zur **Hilfeleistung an dem/den betroffenen Menschen** und seinem/ihrer sozialen Umfeld mit dem Ziel eines gelingenderen Lebens im Sinne eines selbstgesteuerten Alltags. Dafür muss der Professionelle unter Umständen gegenüber den jeweiligen sozialen Systemen unbequeme Haltungen einnehmen.
2. Ein **Auftrag des sozialen Systems** (z.B. der Gesellschaft) mit dem Ziel der (Re-)Integration, der Bewahrung vor sozialem Ausschluss oder der Vermeidung weiterer Folgekosten. Mit diesem Auftrag sind oftmals Machtmittel (Sanktions- und Kontrollmöglichkeiten) verbunden. Hier können unter Umständen erhebliche Spannungen mit den Bedürfnissen, Wünschen oder Werten der Betroffenen auftreten.
3. Ein Auftrag, der aus der eigenen **Berufung** resp. **Berufsmotivation** heraus kommt, der aus ethischen Werten und Normen (Doppelgebot der Liebe, Menschenrechte, Berufskodex) motiviert und durch professionelles Wissen qualifiziert ist. Dieses dritte Mandat ermöglicht eine gewisse Eigenständigkeit gegenüber den „externen“ Aufträgen der ersten zwei Mandate, kann aber gerade dadurch auch konflikthaft werden.

Es gilt, sich der Spannungen bewusst zu sein, die sich aus den verschiedenen Mandaten ergeben und für sich selbst und für die Klienten möglichst klar zu definieren, in welchem Auftrag man handelt.

Das Hauptmerkmal von Professionalität „ist die Forderung, sich aufgrund wissenschaftlicher und berufsethischer Basis ein eigenes Bild der Problemsituation zu machen und - davon ausgehend - einen selbstbestimmten Auftrag zu formulieren, der sowohl die Sichtweisen und Interessen der Problembetroffenen als auch diejenigen der (in)direkten Auftraggeber des Sozialwesens mitberücksichtigt.“ (Silvia Staub-Bernasconi)

## 1. Übung zum dreifachen Mandat

Anhand von neutestamentlichen Beispielen: Welche Mandate sind hier deutlich, welche fehlen oder sind unklar (evtl. nur zunächst)?

- Mt.15, 21-28 Die kanaanäische Frau
- Lk.19,45-20,2 Die Tempelreinigung
- Lk.12,13-14 Jesus lehnt es ab, zu richten
- Joh.19,8-12 Der Konflikt des Pilatus
- Mt.20, 29-34 Die Heilung von zwei Blinden (vgl.Lk18,35-43)
- Mk.6,34-40 Speisung der 5000

## 2. Fallreflexion auf dem Hintergrund des dreifachen Mandats

1. Welchen Auftrag gibt mir mein Klient? Wozu braucht er meine Hilfe?
2. Was ist meine Auftrag (das, was ihr leisten sollt, nicht das „nice to have“) als Therapeutin bzw. unser Auftrag als Institution
  - a) aus Sicht von Politik und Gesellschaft?
  - b) aus Sicht der zuweisenden Stellen?
  - c) aus Sicht der Kostenträger?
3. Welchen Auftrag kann ich - über die genannten hinaus - für mich selbst formulieren aufgrund
  - professionellen Wissens und ethischer Grundsätze
  - meiner geistlichen Sicht und Berufung?

## C. Therapieziele und Lebensziele<sup>6</sup>

Es erscheint wichtig, zwischen Lebenszielen und Therapiezielen zu unterscheiden.

- **Lebensziele** sind in der Regel eine lebenslange Herausforderung, kaum vollständig erreichbar. Sie gehören zum „Lebenssystem“ der Klientin, sind verbunden mit (zumindest für sie) absoluten Werten. Hier darf es keinerlei Hierarchie oder Fremdbestimmung geben, sonst wird das Gewissen der Person verletzt.

<sup>6</sup> nach Mahler, Dr. Roland: Zwangs- und Suchtstörungen. Seminarunterlagen SCS, 2004

- **Therapieziele** sollten begrenzt und machbar formuliert sein, so dass nach Ende der Therapie Erreichung oder Nicht-Erreichung festgestellt werden kann. Therapieziele gehören zum „Therapiesystem“, das auf Vereinbarungen und relativen Werten beruht. Dadurch werden die in diesem System gegebene Hierarchie und die Macht der Therapeutin sinnvoll begrenzt.

Werden Therapieziele (z.B. mit dem Rauchen aufzuhören) zu absoluten Werten gemacht („Rauchen ist Sünde und trennt dich von Gott“) oder werden Lebensziele zu Therapiezielen (was automatisch Scheitern mit sich bringt), entstehen Verletzungen und Rollenkonfusionen.

Wenn der Therapeut gleichzeitig Priester oder spiritueller Führer ist, ist daher Unterscheidungsfähigkeit und Zurückhaltung angebracht. Wer sich z.B. im Gebet ein Wort oder ein Bild von Gott für seinen Klienten erbittet, sollte sich immer auch fragen, ob das, was er erhält, ein Therapieziel oder eher ein Lebensziel ist. Das kann Missverständnissen und Enttäuschungen auf beiden Seiten vorbeugen.

Gleichwohl sollten Lebensziele und Therapieziele auch miteinander verbunden sein. Das Erreichen der Therapieziele sollte auch den Lebenszielen näher bringen.

## D. Instrumentelle und finale Ziele

Ferner ist zwischen *instrumentellen* und *finalen* Zielen zu unterscheiden.

- **Instrumentelle Ziele** (oder Zwischenziele) leiten sich ab aus fachlichen Überlegungen, aus denen unterschiedliche Strategien abgeleitet werden. Sie müssen fachlich verantwortet werden; Maßstab ist die effektive Erreichung der finalen Ziele.
- **Finale Ziele** (oder Endziele) sind nur ethisch zu verantworten. Sie leiten sich ab aus den Zielen des Patienten für die Therapie und dem daraufhin ausgehandelten Behandlungsvertrag.

„Gewahrsein“ (Awareness) kann z.B. sowohl instrumentelles Ziel sein (um die Symptome des Patienten zum Verschwinden zu bringen), als auch finales Ziel (wenn der Klient seine Gefühle mehr erleben will). Beide Arten von Zielen sollten offengelegt und vereinbart werden.

## E. „Pflichtziele“ und „Luxusziele“

Man könnte auch von Minimalzielen und Maximalzielen sprechen.

- **„Pflichtziele“:** Was ist das Mindeste, was in dieser Therapie erreicht werden muss? Wird diese Ziele nicht erreicht werden, müsste man ein Scheitern der Therapie, wenn nicht sogar einen Schaden durch die Therapie konstatieren (sie hat sich dann nicht gelohnt).
- **„Luxusziele“:** Was könnte realistischere noch erreicht werden in dieser Therapie? Was wäre – aus Sicht der Klientin, der Therapeutin oder aus geistlicher Sicht ein „nice to have“? Solche Ziele erscheinen oftmals attraktiv und sind motivierend – wenn auch nicht unbedingt notwendig.

Nicht selten verlieren Klienten oder auch Therapeuten Pflichtziele aus den Augen und wenden sich Luxuszielen zu (Beispiel: primäre Aufgabe und sekundärer Gewinn in einer Gruppentherapie). Oder Therapeuten setzen sich selbst unter unnötigen Druck, weil sie „Luxusziele“ für ihre Arbeit formuliert haben, die sie dann nicht erreichen.

In beiden Fällen ist es notwendig, eventuelle Zielkonflikte offenzulegen und sich den Pflichtzielen wieder engagiert zuzuwenden.

## F. Zieltiefe der Therapie

Es gibt eine Therapiezielhierarchie: Dass es verschiedene Tiefen der Veränderung gibt, wird bereits in der biblischen Erzählung der Heilung der zehn Aussätzigen deutlich. Welche Vorgehensweisen gewählt werden, müssen Klient und Therapeut miteinander aushandeln. Mit steigender Zieltiefe wären zu nennen:

## 1. Stützende, stabilisierende Vorgehensweisen

zielen darauf ab, ein möglichst gesundes (Über-)Leben im Alltag zu sichern. Persönliche Veränderungsmotivation ist nicht Voraussetzung

Hauptziele:

**Stabilisierung, praktische Hilfe, Hoffnung wecken, Alternativen aufzeigen.**

Unterziele:

**Stabilität** unter Anknüpfung an eigene Ressourcen

**Handlungsmöglichkeiten** eröffnen („Empowerment“), Erleben von Steuerungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit

**Klärung** von Situationen, notwendige Information erhalten

**Lebensfreude** wiedergewinnen

Adressaten:

Alle Menschen, besonders aber auch Menschen in Notlagen (zum Teil ohne persönliche Veränderungswünsche, zum Teil in sehr instabilen Lebenssituationen)

Arbeitsweise:

**ressourcenorientiert, praktisch, solidarisch, strukturierend**

- Annahme ohne Forderungen
- Sicherheit und stabile Beziehung bieten, ohne dabei Regression zu fördern
- Steuerungsmöglichkeiten erlebbar machen (optimal über mehrere Sinneskanäle)
- Ernstnehmen der Notlage, ohne davor zu erstarren, und doch Handlungsmöglichkeiten erarbeiten
- Lösungsorientiertes Arbeiten
- Informieren
- Direkte Unterstützung mit dem Ziel der „Hilfe zur Selbsthilfe“

## 2. Trainierende, beratende Vorgehensweisen

zielen darauf ab, die (psychosoziale) Kompetenz des Klienten zu erweitern oder einzelne Symptome zum Verschwinden zu bringen. Hierzu bedarf es vor allem einer Lern- oder Trainingsmotivation

Hauptziel:

**Lernen und Einüben neuer Verhaltensweisen**

Unterziele:

Lebens- und Handlungskompetenzen erwerben, Verhaltenssicherheit durch Üben

Lernprozesse anstoßen, Entfaltung von Potentialen / **Gaben**

**Sozialisationsziele** (Erwerb von Identität und Zugehörigkeitsgefühl von Verhaltensmaßstäben, Werten und Sinnvorstellungen)

In Grenzen: **Korrektur** dysfunktionalen Verhaltens

Adressaten:

Alle Menschen, besonders dann, wenn bestimmte Kompetenzdefizite oder bestimmte Lernwünsche vorliegen. Weniger persönliche Infragestellung als beim aufdeckenden Arbeiten, aber Lernmotivation notwendig

Arbeitsweise

**unterweisend, modellhaft, übend, reflektierend**

- Anleitung und Training, wo immer möglich ganzheitlich:
  - rational *und* bildhaft / gleichnishaft, emotional
  - über mehrere Sinneskanäle erlebend
  - handelnd (übend!) und reflektierend
- Lernen am Modell
- Integration, Zugehörigkeit, Verlässlichkeit, Treue

### 3. Aufdeckende Vorgehensweisen

sehen unaufgelöste biographische Ereignisse oder Konflikte als Ursache der aktuellen Probleme und bearbeiten sie. Hierzu bedarf es einer Veränderungsmotivation und einer gewissen Introspektionsfähigkeit seitens des Klienten.

Hauptziel:

**Persönliche Heilung, Problembewältigung**

Unterziele:

**Heilung** (Defizitbewältigung), Aufdecken und Bearbeiten von Problemen und Konflikten, Korrektur dysfunktionaler Haltungen

Erwachsener, reifer **Umgang mit Konflikten**, nachdem Verletzungen und Groll bewusst geworden sind, Vergebung, Beziehungsfähigkeit

**Überwindung von Angst**, Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten, Entwicklung von Selbstannahme und Selbstsicherheit

Entwicklung von **Achtsamkeit**, auch bezüglich bisher verdrängter Wahrnehmungsinhalte

Adressaten:

Menschen, die Störungen oder Probleme überwinden wollen. Voraussetzungen: Leidensdruck, eine gewisse Stabilität sowie eigene Veränderungsmotivation

Arbeitsweise:

**aufdeckend, prophetisch, heilend, vergebend**

- Hohe Aufmerksamkeit auf das Beziehungsgeschehen zwischen Therapeut und Klient(en), Feedback und Spiegelung
- Bewusstmachen und Bearbeiten von Konflikten oder Ängsten (Zuhören, Raum geben, dass Schmerz aufbrechen darf, Raum geben für die Begegnung mit Gott, neue Strategien erkennen und einüben)
- Bewusstmachen und Erleben von Ressourcen. Hoffnung stärken, Umsetzungsimpulse für den Alltag ...

### 4. Vorgehensweisen, die Wertesystem oder Lebenskonzept verändern

sind oft abgeleitet von bestimmten Persönlichkeitsidealen oder Menschenbildern und zielen auf eine **Entwicklung des Glaubens- oder Wertesystems** oder des **Lebenskonzeptes** des Klienten. Der Klient sollte hier zu umfassenden Veränderungen wie Selbsterkenntnis, Persönlichkeitsreife, Sinnfindung oder geistlicher Erfüllung motiviert sein.

Hauptziel:

**Persönliche Veränderung, Reifung**

Unterziele:

**Identitätsfindung, Lebenssinnfindung**

**Entfaltung** des persönlichen Potenzials, Berufungen entdecken, **Heiligung**, Wachstum

Tiefere **Beziehungsfähigkeit**, Gottes- und Nächstenliebe (ggf. auch Heil, Empfang der Erlösung, Stärkung des Gottvertrauens)

Adressaten:

Menschen, die nach Heiligung / persönlichem Wachstum suchen. Voraussetzungen: Persönliche Stabilität und Veränderungsmotivation

Arbeitsweise:

**Wachstumsprozesse anstoßend und begleitend, Autonomie fördernd, herausfordernd**

- Selbstwirksamkeit und Steuerungsmöglichkeiten erlebbar machen
- Ressourcen erlebbar machen
- Sinn- und Zielfragen stellen
- Zu Wachstumsschritten herausfordern, Barrieren aufzeigen
- Hohe Aufmerksamkeit auf das Beziehungsgeschehen

## 5. Welche Zieltiefe wird gewählt?

In vielen Therapien wird man auch Kombinationen oder zeitliche Abfolgen von Therapieformen mit unterschiedlicher Zieltiefe finden. Entscheidend sind hier die bewusste Wahl und die klare Kommunikation nach Maßgabe der Ziele des Klienten.

Mit steigender Zieltiefe steigt in der Regel auch der Aufwand für die Therapie. Einerseits wird dem Klienten u. U. viel mehr „geboten“ als in Therapien, die lediglich auf die Symptomebene zielen: Beziehungserfahrungen, innere Bereicherung und möglicherweise Sinnfindung. Andererseits „wachsen mit den Chancen auch die Risiken. Je tiefer die Ziele reichen, desto größer ist auch im Falle des Scheiterns die Gefahr bleibender psychischer Schäden.“<sup>7</sup> Nicht immer ist das „tiefere“ Ziel auch das bessere!

Zudem müssen Ziele sauber vereinbart werden: „Es wäre nichts weniger als ein Etikettenschwindel, einem Patienten unter Ausnutzung der eigenen hochsuggestiven Position ... eine ethische Neubewertung seines Lebens oder seiner Lebensweise zu verkaufen. Auch darf der Patientenwunsch nach Symptomkontrolle nicht zum Anlass genommen werden, dem Patienten eine tiefgreifende Analyse unbewußter Konflikte naheulegen, ohne ihn über andere, weniger aufwendige Behandlungsmöglichkeiten zu informieren.“<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Kottje-Birnbacher, Leonore & Birnbacher, Dieter (1999): Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. In: Ambühl, Hansruedi; Strauß, Bernhard (Hrsg.): Therapieziele. Göttingen, S.21

<sup>8</sup> Kottje-Birnbacher, L. & Birnbacher, D. (1995): Ethische Aspekte der Psychotherapie und Konsequenzen für die Therapeutenausbildung. *Psychotherapeut*, 40, S.62

## G. Der Zielfindungsprozess

Ethischer Maßstab ist die „Informierte Übereinkunft“ („informed consent“). Wie kommt man dahin? Drei Positionen sind denkbar:

- a. **Dienstleistungsmodell**, ausgehend von einem mündigen Klienten d.h. der Klient setzt die Therapieziele. „Was willst du, dass ich dir tun soll?“ *Probleme: Was ist, wenn diese Ziele die Probleme des Klienten eher verschärfen als lindern, wenn die berechtigten Interessen Dritter oder der Allgemeinheit ungebührlich beeinträchtigt werden oder wenn der Therapeut mit den Wertvorstellungen des Klienten nicht übereinstimmt?*
- b. **Paternalistisches Modell**, in dem primär der Therapeut die Ziele bestimmt (in der Praxis, besonders im stationären Rahmen, recht häufig). „Deine Sünden sind dir vergeben“ *Problem: Es ist die Therapie des Patienten und nicht die des Therapeuten, Selbstbestimmung und –verantwortung sind also unabdingbar.*
- c. **Verhandlungsmodell**, bei dem beide ihre Zielvorstellungen darlegen und sich anschließend einigen. Angesichts des suggestiven Einflusses des Helfers mit seinem überlegenen Fachwissen und überlegener Erfahrung ist es zum Schutz des Patienten wichtig, dass der Therapeut zwischen fachlichen Notwendigkeiten (instrumentellen Zielen) und Wertungen (finalen Zielen) unterscheidet. Nur bei den instrumentellen Zielen darf sich der Therapeut auf sein Expertenwissen berufen, die finalen Ziele müssen partnerschaftlich ausgehandelt werden.

Wenn Konflikte zwischen den Zielvorstellungen auftreten (was gar nicht so selten vorkommt), gibt es zwei Möglichkeiten:

- nach gemeinsamen Minimalzielen oder Pflichtzielen zu suchen und nach ihrer Erreichung eine Zwischenbilanz zu ziehen mit der Frage, ob weitergehende Ziele angestrebt werden sollen
- bei unüberbrückbaren Diskrepanzen darauf zu verzichten, die Therapie zu beginnen oder fortzusetzen (was nicht mit einer Abwertung der Klientin verbunden werden darf).

## H. Ziele Christlicher Psychotherapie?

Die Möglichkeit einer Erweiterung und Neubewertung des *Methodenspektrums* in der Christlichen Psychotherapie liegt auf der Hand: Wenn in der Behandlung Gott mit seiner heilenden Liebe gegenwärtig ist, der Heilige Geist wirken will und kann und die Heilige Schrift als Maßstab der Wahrheitsfindung angesehen wird, dann können und sollten Gebet, Charismen und das offenbarte Wort Gottes Raum haben in der Therapie.

Gibt es auch andere, weitergehende **Behandlungsziele** der christlichen Therapie, z.B.

- neben dem Ziel, Groll spüren und artikulieren zu lernen und adäquat mit ihm umgehen auch das Ziel, vergeben zu können?
- neben dem Ziel, Angst zu überwinden, auch das, ein tieferes Vertrauen in Gott zu entwickeln?
- neben dem Ziel einer Freiheit von der Sklaverei dysfunktionaler Lebenskonzepte (also vom Götzendienst), auch das der Hingabe an den lebendigen Gott?

Können diese Ziele **Therapieziele** sein, oder sind das bereits **Lebensziele**, die außerhalb der Therapie gehören?

Und wenn es Therapieziele sind, sollte dann der Therapeut einen Rollenwechsel vom klassischen Therapeuten zum Bruder oder Priester deutlich kennzeichnen?

Wie kann es gelingen, christliche Lebensziele in einer Therapie Geltung zu verschaffen, in einer Weise, dass geistliche Freiheit bleibt, und nicht das Machtgefälle zwischen Therapeut und Klient zu vorschnellen und ungesunden Anpassungsvorgängen verführt?

Darüber würde ich gern mit Ihnen ins Gespräch kommen!