

Zur Festlegung und Veränderung von Therapiezielen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen

Zusammenfassung

Bei Therapiebeginn sind die Ziele psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen oft nicht klar definiert. Sie müssen im Rahmen der Behandlung festgelegt werden und können sich im Verlauf ändern. Es wird ein kurzer Überblick über die aktuelle Literatur zu Therapiezielen aus Therapeuten- und Patientenperspektive gegeben. Anhand des Behandlungsverlaufs einer Patientin mit einer Panikstörung wird das Setzen und Verändern von Therapiezielen illustriert und aufgezeigt, inwiefern Therapieziele für das therapeutische Vorgehen und das Behandlungsergebnis von Bedeutung sind. Die Autoren kommen zum Schluss, dass „Verhandlungen“ über Therapieziele zwischen Therapeut und Patient helfen, eine konstruktive therapeutische Beziehung aufzubauen und den Therapieprozess zu steuern. Der Zeitpunkt von Zielsetzungen, die Erreichbarkeit von Zielen sowie der Umgang mit nicht erreichten Zielen verdienen dabei besondere Beachtung.

Schlüsselwörter

Therapie · Therapieziele · Panikstörung · Therapeutische Beziehung

Es ist eine Eigenart psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen, dass die Behandlungsziele bei Beginn häufig nicht klar definiert sind und dass sich diese im Verlauf einer Behandlung ändern können. Patienten, Therapeuten und Versicherungen können sich in ihren Zielsetzungen erheblich unterscheiden, weshalb die Behandlungsziele von allen Beteiligten diskutiert und ausgehandelt werden müssen. Es gibt Hinweise aus der Therapieforschung, dass eine hohe Übereinkunft zwischen den Therapiezielen des Patienten und des Therapeuten in engem Zusammenhang mit der Qualität der therapeutischen Beziehung und mit einem positiven Therapieergebnis steht [8, 5]. Die Festlegung von Therapiezielen ist im Weiteren eine Voraussetzung für die Messung der Wirksamkeit einer Behandlung, was sowohl für Patienten als auch für Therapeuten und Institutionen zur Evaluation und Verbesserung ihrer Leistungen sinnvoll ist.

Therapeutenperspektive

Eine Untersuchung an 1225 deutschsprachigen Psychotherapeuten [1] zeigte, dass diese in ihren theoretischen Konstrukten und in den spezifischen Inhalten ihrer therapeutischen Orientierung sehr unterschiedlich waren, und dass sie Ziele mit ihren Patienten formulierten und verfolgten, die mit ihren therapeutischen Konzepten zusammenhingen. Zu den allgemein von Therapeuten als

wichtig erachteten Zielen gehörten, „ein starkes Selbstwert- und Identitätsgefühl zu haben“, „eine neue Sicht der Gefühle, Motive und Verhaltensweisen zu erlangen“, „eine Abschwächung von Symptomen zu erleben“ und „die Qualität von sozialen Beziehungen zu verbessern“. Analytisch-psychodynamisch und humanistisch orientierte Therapeuten legten besonderen Wert auf den Ausdruck und das Zulassen von Gefühlen, was ihrem theoretischen Hintergrund entsprach, nämlich über emotionale Einsicht Veränderungen zu erreichen. Die Integration desintegrierter Erfahrungsbereiche war sowohl für analytische wie auch für systemische Therapeuten zentral. Die Kontrolle problematischer Verhaltensweisen war vor allem für kognitiv-behaviorale Therapeuten wichtig, was ihren störungs- und problemorientierten Konzepten entsprach.

Die von Therapeuten als wichtig erachteten Behandlungsziele verändern sich im Verlaufe der Zeit, bedingt sowohl durch die Veränderung ganzer Therapiekonzepte als auch durch die Entwicklung der einzelnen Therapeuten. Allgemein kann gesagt werden, dass Therapeuten sich mit zunehmender Berufserfahrung in Richtung Breitspektrum- und eklektischer Orientierung entwickeln. In der oben erwähnten Studie

Dr. G. Hasler
UniversitätsSpital Zürich,
Psychiatrische Poliklinik, Culmannstraße 8,
CH-8091 Zürich

G. Hasler · U. Schnyder

Setting and changing of goals in psychiatric psychotherapeutic treatments

Summary

At the onset of psychotherapy, treatment goals are frequently not fully defined. They have to be set during treatment and can be changed in its course. An overview of the current literature on treatment goals from patients' and therapists' perspectives is given. Based on a case report of a patient suffering from panic disorder, the process of setting and changing goals and its influence on therapeutic technique and outcome are described. Finally, a case is made for the importance of "negotiations" between patient and therapist about treatment goals, which helps in building up a constructive therapeutic relationship and a helpful therapeutic process. The point in time of goal-setting, the achievability of treatment goals, and the patient's handling of unattained goals appear to be of particular significance.

Keywords

Treatment · Therapy goals · Panic disorder · Therapeutic relationship

[1] behielten 65% der analytisch orientierten Therapeuten ihre Richtung bei, während bloß 27% der systemisch orientierten und 31% der humanistisch orientierten ihre Richtung beibehielten; die reine kognitiv-behaviorale Orientierung wurde von erfahrenen Therapeuten selten favorisiert.

Patientenperspektive

In einer Untersuchung [3] wurden 80 Patienten nach einer abgeschlossenen Therapie aufgefordert, die wichtigsten Veränderungen, die sie durch die Behandlung erfahren hatten, zu beschreiben. Die Antworten konnten mittels Clusteranalyse 4 Veränderungsgruppen zugeordnet werden:

- „improved symptoms“,
- „improved self-understanding“,
- „greater self-definition“ und
- „improved self-confidence“.

52% der Patienten gaben eine Symptomverbesserung an, 45% berichteten über ein besseres Selbst-Verstehen, 31% erlangten eine bessere Selbst-Definition und 61% mehr Selbstvertrauen. Eine Untersuchung einer deutschen psychiatrischen Poliklinik an Patienten vor einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung [4] ergab ähnliche Resultate. Die Patienten mussten in eigenen Worten beschreiben, aufgrund welcher Probleme sie Hilfe in Anspruch nahmen und welche Ziele sie erreichen wollten. Es zeigte sich, dass die angegebenen Probleme vorwiegend den psychiatrischen Störungen der Patienten entsprachen, z. B. „depressive Beschwerden“ bei affektiven Störungen oder „Angst“ bei Angststörungen. Je nach Diagnose wurden aber bis zu 50% der Ziele positiv formuliert: „Lebenszufriedenheit erlangen“, „Selbstvertrauen stärken“, „Gelassenheit finden“, „familiäre Situation verbessern“ und andere.

Veränderungen von Therapiezielen

Aus der klinischen Praxis ist bekannt, dass sich Ziele während einer Behandlung verändern und durch neue Ziele ergänzt werden können. In einer Untersuchung an 44 Patienten wurden Therapieziele im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung erfasst [11]. 56% der

Patienten formulierten im Verlauf der Behandlung neue Ziele. Im Gegensatz zu den initialen Zielbeschwerden trugen die neu formulierten Zielbeschwerden signifikant zur Varianz des Gesamtergebnisses bei. Theoretisch können die Veränderungen von Zielen im Verlauf von Psychotherapien auf dem Hintergrund des Transtheoretischen Modells von Prochaska [10] verstanden werden: Der Patient durchläuft hinsichtlich einer Zielsetzung die motivationalen Stadien *precontemplation*, *contemplation* und *preparation*, um in der *Action-Phase* sein Ziel aktiv zu erreichen. Damit gelangt er auf eine tiefere Veränderungsebene, wo er eine neue Zielsetzung in den genannten Stadien bearbeiten kann. Die Veränderungsebenen sind hierarchisch organisiert und beinhalten von oben nach unten a) Symptome, b) interpersonelle und schließlich c) intrapsychische Konflikte.

Fallbericht

Die 37-jährige Patientin hatte sich seit der Kindheit unsicher gefühlt und sich übermäßig angepasst verhalten. 1993 erlitt sie in einer großen Menschenmenge erstmals einen schweren Angstzustand. Der Beginn der Angststörung stand in zeitlichem Zusammenhang mit einer zunehmenden Unsicherheit in der Beziehung mit ihrem damaligen Freund und führte zur Rückkehr der Patientin vom Wohnort ihres Freundes ins Haus ihrer Eltern. Im Verlauf traten Panikzustände in zunehmender Häufigkeit und Intensität auf, es wurden immer mehr Situationen phobisch vermieden, und die Abhängigkeit zu den Eltern nahm dramatisch zu, bis die Patientin schließlich von ihrem Hausarzt in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde, die für ihr verhaltenstherapeutisches Angebot bekannt ist.

Trotz einer intensiven stationären Verhaltenstherapie mit Schwergewicht auf Expositionen vermiedener Situationen sowie einer ambulanten Nachbehandlung mit einem kognitiv-behavioralen Ansatz kam es zu keiner Besserung der Angststörung. Auf Anraten einer Kollegin begann die Patientin eine Behandlung bei einer psychodynamisch orientierten Psychologin, brach diese aber nach ca. 6 Monaten wegen fehlender Besserung der Angstsymptome wieder ab. Im Anschluss daran behandelte

der Hausarzt die Patientin mit Alprazolam und Fluoxetin. Fluoxetin wurde von der Patientin abgesetzt, da sie in der Packungsbeilage las, dass als Nebenwirkung Angst auftreten könne. Unter 1–5 mg Alprazolam nahm die Intensität der Angstzustände ab, das phobische Vermeidungsverhalten persistierte jedoch. Deshalb wies der Hausarzt die Patientin in eine andere psychiatrische Klinik ein, in der ein integratives Behandlungskonzept favorisiert wird, mit dem Auftrag, ein neues Behandlungskonzept zu erarbeiten und einen „Alprazolam-Entzug“ durchzuführen.

Bei Eintritt hatte die Patientin bis 5-mal pro Woche Angstfälle mit Atemnot, Parästhesien, Schmerzen im Oberbauch, Schwindel und Herzrasen. Zwischen den Anfällen litt sie unter Erwartungsangst und hatte ein ausgeprägtes phobisches Vermeidungsverhalten: Kino- und Restaurantbesuche, Waldspaziergänge, Bus-, Zug- und Autofahren sowie das Alleinsein in ihrer Wohnung waren ihr nicht mehr möglich. Zusätzlich hatte sie leichte Kontrollzwänge und Schlafstörungen. Trotz dieser Symptomatik gelang es ihr, zur Zufriedenheit ihrer Vorgesetzten zu arbeiten, sie musste jedoch von ihren Eltern zum Arbeitsort gebracht und abends dort wieder abgeholt werden. Ihr soziales Netz wurde durch ihren eingeschränkten Aktionsradius zunehmend ausgedünnt, einen Partner hatte sie nicht.

Im Hinblick auf ihre Behandlung äußerte die Patientin im Erstgespräch den Wunsch, – wie ihr Bruder – zu heiraten und eigene Kinder zu haben. Der Therapeut (G.H.) beurteilte die Beschwerden der Patientin im Rahmen einer Panikstörung und schlug der Patientin folgendes Therapiekonzept vor: Die Angstsymptome, die den Eintritt in eine psychiatrische Klinik notwendig gemacht hatten, sollten reduziert werden, bis die Patientin fähig sein würde, in einem ambulanten Setting ihre langfristigen Ziele anzugehen. Die Patientin war mit dieser Zielsetzung einverstanden und forderte den Therapeuten auf, konkrete Vorschläge zum therapeutischen Vorgehen zu machen. Dieser schlug eine kombinierte Therapiestrategie vor, nämlich den Einsatz von Paroxetin, worunter Angst als Nebenwirkung relativ selten auftritt [2], und eine kognitive Verhaltenstherapie der Panikstörung nach Margraf und Schneider [6].

Innerhalb von zwei Wochen stationärer Behandlung gemäß dem oben genannten Vorgehen verschwanden die Angstfälle. Die Patientin beurteilte den Hyperventilationsversuch, die Korrektur dysfunktionaler Gedanken sowie die kognitive Technik der Selbstinstruktion als besonders hilfreich. Sie setzte Alprazolam selbstständig schrittweise ab, nahm aber zu den Expositionsübungen (v. a. Bus- und Zufahren) einige Tabletten mit, ohne sie jedoch einnehmen zu müssen.

Bei einem Familiengespräch wurde ein weiterer Aspekt der Problematik deutlich: Das Vermeidungsverhalten der Patientin hatte sich nämlich im Laufe der Jahre auf die ganze Familie ausgedehnt. Zudem bestand ein ausgeprägtes Abhängigkeitsverhältnis zwischen der Patientin und ihrer Mutter. Der Therapeut schlug deshalb als neues Ziel die Ablösung der Patientin vom Elternhaus vor. Die Zielsetzung beinhaltete den Auszug der Patientin aus dem Haus ihrer Eltern, um durch eine äußere Distanz einen inneren Ablösungsprozess zu erleichtern. Die Patientin war im Grundsatz mit dieser neuen Zielsetzung einverstanden, eine äußere Distanz von den Eltern lehnte sie jedoch strikte ab. Sie unterstrich ihre Haltung, indem sie einen Kaufvertrag für die Wohnung im Haus ihrer Eltern unterzeichnete. In der Folge begann sie ein Liebesverhältnis mit einem Mitpatienten. Anhand dieser Beziehung wurden Beziehungskonflikte, insbesondere Abgrenzungsprobleme und frustrierte Autonomiewünsche, aktualisiert. Eine schwere Erkrankung ihres Vaters führte zu einer Veränderung im Verhältnis der Patientin zu ihren Eltern, was wiederum Fragen zur Loyalität und zur Autonomie der Patientin aufwarf. Die Patientin war bereit, diese Beziehungen in den Therapiesitzungen zu besprechen. Der Therapeut modifizierte zu diesem Zeitpunkt sein therapeutisches Vorgehen erneut, indem er das strukturierte Vorgehen im Rahmen der Verhaltenstherapie explizit abschloss und der Patientin Raum gab, ohne Vorgaben eigenes Material in die Behandlung einzubringen. Dieses interpretierte er aus psychodynamischer Sicht, wobei er konsequent auf den Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt der Patientin fokussierte.

Nach 8-wöchiger Behandlung wurde die Patientin in deutlich gebessertem

Zustand aus der Klinik entlassen. Gelegentlich hatte sie noch Anzeichen eines beginnenden Angstanfalles, den sie aber durch behaviorale und kognitive Strategien kupieren konnte. Sie war wieder fähig, alleine Bus, Zug und Auto zu fahren; Kino- und Restaurantbesuche verliefen ohne Auftreten von Angstsymptomen. Weiterhin nahm sie 20 mg Paroxetin täglich ein, Alprazolam benötigte sie nur noch in speziellen Situationen, z. B. bei einem Firmenessen oder bei einer Autofahrt ins Tessin, ca. 2-mal im Monat.

Die ambulante Weiterbehandlung fand im Rahmen einer individuellen psychodynamisch orientierten Psychotherapie statt. Die Therapieziele wurden nun nicht mehr explizit formuliert, sondern ergaben sich aus den Schwierigkeiten, über welche die Patientin in den Sitzungen spontan erzählte. Wiederholt berichtete die Patientin über ihre Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, an dem sie ausschließlich Aufträge von Kunden erfüllen musste und keine Gelegenheit hatte, eigene Projekte zu entwerfen und zu gestalten. Sie wurde auch zunehmend unzufrieden mit ihrem Freund, empfand die Beziehung als langweilig und wenig lebendig, was damit zu tun hatte, dass sie die Beziehung zu kontrollieren versuchte, indem sie einen genauen Zeitplan vorgab und das Maß an Nähe diktierte. Dies führte dazu, dass sie und ihr Partner keinen Raum mehr hatten, spontan aufeinander zuzugehen und sich gegenseitig zu überraschen. Die Patientin begann einzusehen, dass ihr kontrollierendes Beziehungsverhalten auch Nachteile hatte, und zeigte sich motiviert, mehr Spontaneität und Lebendigkeit zuzulassen.

Anlässlich der Schwangerschaft ihrer Schwägerin und einer ehemaligen Mitpatientin stellte sich die Patientin Fragen zu ihrer Identität als Frau. Als Kind war sie ein „blonder Engel“, ein allseits beliebtes, aber geschlechtsloses Wesen gewesen. Als junge Frau war sie Rivalitäten mit Kolleginnen um die Gunst männlicher Kollegen aus dem Weg gegangen, indem sie solche Situationen vermied oder sich im Voraus als minderwertig dargestellt hatte. Neidisch erzählte sie von befreundeten Frauen, die bereits verheiratet waren und Kinder aufzogen, zugleich war sie aber auch stolz auf ihre Ungebundenheit und ihren beruflichen Erfolg. Die Patientin hatte das Bedürfnis, mehr über ihre

Wünsche als Frau und deren Realisierbarkeit zu erfahren, um ihre Zukunft bewusster zu gestalten.

Die Patientin absolvierte parallel zu ihrer beruflichen Tätigkeit eine Ausbildung zur Spielgruppenleiterin und reduzierte ihr Pensum als EDV-Supporterin auf 60%, um Zeit zu haben, Kinder in der Gemeinde zu betreuen, was ihr viel Freude bereitete. Es gelang ihr aber nicht, die Beziehung zu ihrem Freund wesentlich zu verbessern, obwohl sie bezüglich Sexualität mutiger und unkomplizierter wurde. Sie fing an, mit Kolleginnen auszugehen und Einladungen von Kollegen Folge zu leisten; am Arbeitsplatz schloss sie sich von der Gruppendynamik weniger aus. Obwohl sie sich als Spielgruppenleiterin mit ihrem eigenen Kinderwunsch konfrontiert sah, beschloss sie auf eigene Kinder zu verzichten. Angstsymptome, die in neuen und ungewohnten Situationen vereinzelt auftraten, konnte die Patientin in der Folge ohne fremde Hilfe bewältigen.

Diskussion

Bei der zweiten Einweisung forderte der Hausarzt die behandelnden Ärzte der psychiatrischen Klinik auf, die Patientin neu zu beurteilen und einen Wechsel der Therapiestrategie vorzunehmen, indem er explizit den Abschluss seiner bisherigen medikamentösen Behandlung als Ziel vorgab. Bei Beginn der Behandlung formulierte die Patientin den Wunsch, zu heiraten und eigene Kinder zu haben. Schließlich waren die behandelnden Ärzte ausschlaggebend für das therapeutische Vorgehen, indem sie den Austritt aus der psychiatrischen Klinik als Ziel anvisierten. Auf ärztlicher Seite herrschte Einigkeit über die Veränderungsebene [10] der Zielsetzung, nämlich die Symptomebene, um durch Symptomreduktion der Patientin weitere Schritte zu ermöglichen und die Hospitalisationsdauer und damit die Kosten gering zu halten. Die Patientin befand sich bei Eintritt bezüglich Bewältigung von Angstsymptomen in der *Contemplation-Phase* [10] und äußerte einen Wunsch, der auf eine tiefere Veränderungsebene verweist. Damit ist sie keine Ausnahme, ca. die Hälfte der Patienten vor einer Psychotherapie äußern positive, nicht störungsspezifische Therapieziele [4].

Die Diskussion um eine neue Zielsetzung erfolgte bereits nach zwei Wochen stationärer Behandlung und zwar zum Zeitpunkt, als das initiale Therapieziel, nämlich die Reduktion der Angstsymptome, erreicht war. Der Vorschlag des Therapeuten, die symptomorientierte Zielsetzung in Richtung einer interpersonellen zu verändern, wurde von der Patientin im Grundsatz akzeptiert, möglicherweise weil sie der initialen Zielsetzung der Patientin (Familiengründung) thematisch entsprach. Betrachtet man die subjektive Wichtigkeit der Ziele für die Patientin, ist diese interpersonelle Zielsetzung entscheidend. Durch die Angststörung gelang es der Patientin, die Beziehungen zu ihren Eltern zu kontrollieren und kindliche Abhängigkeitswünsche zu befriedigen, weshalb sie nicht sonderlich dankbar war, als man ihr dieses „Instrument“ wegnahm. Der Zuwachs an Autonomie und die flexiblere Gestaltung von Beziehungen, die sie im zweiten Behandlungsteil erlebte, war nicht nur objektiv, sondern auch subjektiv für die Patientin ein Erfolg. Dies entspricht dem Befund aus der Literatur, dass im Verlauf formulierte Ziele wichtig für das Gesamtergebnis sind [11]. Auf dem Hintergrund des Transtheoretischen Modells von Prochaska [10] kann interpretiert werden, dass die Patientin hinsichtlich ihrer Symptome (oberste Veränderungsebene) in die *Action-Phase* kam und es ihr durch die Symptomreduktion gelang, auf der nächst tieferen Veränderungsebene (interpersonelle Konflikte) neue Ziele zu formulieren und anzugehen.

Das therapeutische Vorgehen wurde bei der ersten, symptomorientierten Zielsetzung im Einverständnis der Patientin vom Therapeuten festgelegt. Bei der zweiten, interpersonellen Zielsetzung wurde das Vorgehen in erster Linie durch die Patientin beeinflusst, die ein interpersonell-behaviorales Vorgehen, nämlich die örtliche Trennung von den Eltern, strikte ablehnte. In zweiter Linie wurde es durch den Therapeuten und seine Supervisoren beeinflusst, die einen psychodynamischen Ansatz favorisierten und sich auf einen Fallbericht einer verhaltenstherapeutisch-psychodynamischen Kombinationsbehandlung bei Angststörung stützten [7].

Fazit

Zusammenfassend scheinen uns folgende Punkte wichtig:

- Der Zeitpunkt einer Zielsetzung ist wesentlich. Während der ersten Behandlungsphase, in der verschiedene Therapieversuche erfolglos blieben, wurden ähnliche Ziele gesetzt wie in der zweiten Phase, in der die Patientin kontinuierlich Fortschritte erzielte. Es ist jedoch anzunehmen, dass damals die Ziele zu einem ungünstigen Zeitpunkt gesetzt wurden. Nach Angaben der Patientin fühlte sie sich durch Anregungen zur Entwicklung ihrer Weiblichkeit in einer dynamischen Psychotherapie mit ihren Ängsten nicht ernst genommen und überfordert. Das Ziel einer raschen Veränderung des phobischen Vermeidungsverhaltens mittels unvorbereiteter Expositionsversuche war für sie nicht erreichbar.
- Ziele sollten im zeitlichen Ablauf gemäß ihrer Erreichbarkeit gesetzt werden, d. h. leicht erreichbare vor schwierigen Zielen. Die Zielsetzung, die Angstsymptome mittels eines kombinierten pharmakologisch-kognitiv-behavioralen Ansatzes zu reduzieren, stellte sich als erreichbar heraus. Dadurch wurde die Patientin ermutigt, weitere, schwierigere Ziele in Angriff zu nehmen. Der schnelle Fortschritt war auch wichtig für eine gute und tragfähige Therapiebeziehung, indem die Patientin den Therapeuten als kompetent, unterstützend und nicht überfordernd erlebte. Diese Beobachtung entspricht Befunden aus der Therapieforschung, die einen Zusammenhang zwischen rascher Symptomverbesserung, Verbesserung der Therapiebeziehung und gutem Gesamtergebnis nachweisen konnte [12].
- Das Aushandeln von Therapiezielen sollte Teil der Behandlung sein. Im vorliegenden Fallbericht fällt auf, dass die Patientin Mühe hatte, sich realistische Therapieziele zu setzen und entsprechende Therapien in Anspruch zu nehmen. Es ist zudem anzunehmen, dass die Therapeuten in der ersten Behandlungsphase Therapieziele implizit, entsprechend ihrem therapeutischen Konzept, setzten. Diese beide Faktoren erklären zumindest teilweise die therapeutische Odyssee, welche die Patientin erlebte. Es ist wissenschaftlich belegt, dass eine

Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut hinsichtlich der angestrebten Ziele für ein gutes Arbeitsbündnis wichtig ist [5] und zu einem guten Therapieergebnis beiträgt [8].

- Beim Erreichen von Zielen ist der motivationale Aspekt zu berücksichtigen. Patienten können hinsichtlich einer Zielsetzung in der *Precontemplation-*, *Contemplation-* oder *Action-Phase* sein, wobei diese Phasen das Therapieergebnis maßgebend beeinflussen [10]. Vermutlich war die beschriebene Patientin bezüglich einer Symptomreduktion über lange Zeit in der *Contemplation-Phase*, was den Behandlungsprozess erschwerte. Ausführliche und wiederholte Diskussionen über Therapieziele können die Motivation zur Veränderung wesentlich verbessern [9].
- Nicht erreichte Ziele sind nicht unbedeutende Ziele. Das initiale Therapieziel der Patientin, nämlich zu heiraten und eigene Kinder zu haben, erwies sich als vorläufig nicht erreichbar. In der störungsorientierten Behandlungsphase war die Patientin bereit, auf dieses Ziel zu verzichten. Im weiteren Verlauf zeigte sich aber, dass dieses Ziel für die Patientin weiterhin eine wichtige Bedeutung hatte. Im Rahmen der psychodynamisch ausgerichteten Psychotherapie wurden die Wünsche, die hinter dieser initialen Zielformulierung standen, bewusst gemacht. Dadurch konnten sie wenigstens teilweise in erreichbare Ziele übersetzt werden.

Literatur

1. Ambühl H, Orlinsky D, Cierpka M, Meyerberg J, Willutzki U (1995) Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von Psychotherapeuten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 45:109–120
2. Boyer WF, Feighner JP (1992) An overview of paroxetine. *J Clin Psychiatry* 53 [Suppl]:3–6
3. Connolly MB, Strupp HH (1996) Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychother Res* 6:30–42
4. Faller H, Gossler S (1998) Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 48:176–186
5. Luborsky L (2000) A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychother Res* 10:17–29
6. Margraf J, Schneider S (1989) Panik. Angstfälle und ihre Behandlung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
7. Nickel R, Frank P, Bassler M, Hoffmann SO (1999) Stationäre verhaltenstherapeutisch-psychodynamische Kombinationsbehandlung. *Psychotherapeut* 44:241–247
8. Orlinsky DE, Grawe K, Park BK (1994) Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, pp 270–376
9. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992) In search of how people change. *Am Psychologist* 47:1102–1114
10. Prochaska JO, Norcross JC (1999) Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis. Brooks/Cole, Pacific Grove
11. Sorenson R, Gorsuch RL, Mintz J (1985) Moving targets: patients' changing complaints during psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 53:49–54
12. Tang TZ, DeRubeis RJ (1999) Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 67:894–904

Wilhelm-Griesinger-Preis 2001

Die Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie schreibt den Wilhelm-Griesinger-Preis 2001 aus.

Ausgezeichnet werden herausragende Arbeiten, die sich mit dem Grenzgebiet zwischen Neurologie und Psychiatrie befassen.

Eingereicht werden können wissenschaftliche Arbeiten, die bisher unveröffentlicht sind oder deren Veröffentlichung nicht länger als ein Jahr zurückliegt.

Der Preis ist mit 5.000,- DM dotiert. Bewerbungen sind bis zum 15.12.2001 zu richten an:

Prof. Dr. H.-P. Vogel
Vorsitzender der BGPN
Klinikum Berlin-Buch
Neurologische Abteilung
Zeperner Straße 1
13125 Berlin

Kraepelin-Forschungspreis

Die Firma Janssen Cilag GmbH, Neuss, hat den Kraepelin-Forschungspreis, einen Preis zur Förderung von Forschung über die endogenen Psychosen gestiftet. Die Preissumme beträgt DM 30.000,-. Der Preis soll 2002 zum zweiten Mal verliehen werden.

Die Bewerbungsfrist endet am 31.01.2002. Nähere Informationen können über den Vorsitzenden des Kuratoriums des Kraepelin-Forschungspreises, Herrn Prof. Dr. H.-J. Möller, Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität, Nußbaumstraße 7, 80336 München, erfragt werden.