

Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapieklienten:
Problematische Zielkonstellationen und therapeutische Implikationen

Karin Pöhlmann

Universität Erlangen-Nürnberg

Peter Joraschky & Katja Petrowski

Universität Dresden

Bernhard Arnold & Thomas Rausch

Kreisklinik Dachau

Kolummentitel: Therapieziele und Lebensziele

erschienen in: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 34, 205-224, 2001

Anschrift für Korrespondenz:

Karin Pöhlmann

Institut für Psychologie

Universität Erlangen-Nürnberg

Bismarckstr. 6

91054 Erlangen

e-mail: knpoehl@phil.uni-erlangen.de

Zusammenfassung

In dieser Arbeit werden Therapieziele als „persönliche Ziele“ konzipiert. Persönliche Ziele sind auf der mittleren Ebene des hierarchisch organisierten Zielsystems angesiedelt und bilden eine Brücke zwischen den langfristigen Lebenszielen einer Person und dem, was sie im Alltag tut. Das Therapieziel als ein Element des Zielsystems aufzufassen, erfordert eine neue, grundlagenorientierte Form der Zieldiagnostik, die Beziehungen zwischen verschiedenen einzelnen Zielen und zwischen verschiedenen Ebenen des Zielsystems abbilden kann. Die Verwendung von in der Zielforschung entwickelten Verfahren zur Erfassung von persönlichen Zielen, Therapiezielen und Lebenszielen kann wesentlich differenzierte Informationen darüber liefern, was Klienten anstreben und wie sie dies tun, als traditionelle Methoden der Therapiezielerfassung. Dies soll anhand der Vergleiche der mittel- und langfristigen Ziele von drei Stichproben, seelisch Gesunden, Psychosomatik-Patienten und Schmerz-Patienten gezeigt werden. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Zielsysteme der Klienten weniger gut organisiert sind, und ihre Selbstregulationsprozesse während der Zielverfolgung weniger effektiv sind. Zusätzlich lassen sich differenzielle Zielkonstellationen für Psychosomatik- und Schmerz-Patienten identifizieren, deren therapeutische Implikationen diskutiert werden.

Schlüsselwörter: Therapieziele, Lebensziele, Selbstregulation, Psychosomatische Störungen, Schmerz

Abstract

In this paper, we argue that “personal goals”, “life goals” and “goal systems” are useful concepts for the field of psychotherapy. We contend that therapy goals can be conceived as middle-level personal goals and that they should be understood as one element in the person’s hierarchically organized goal systems. Focusing on how the therapy goal is connected to other medium-range goals and also to long-term life aspirations requires more elaborated goal assessments than traditional methods of therapy goal assessment allow for. Assessment procedures developed in the field of goal research provide detailed information not only on what clients strive for currently and in the long run but also on how they try to attain their objectives. To illustrate this, we present results of a study in which the personal goals and life aspirations of two groups of patients suffering from psychosomatic disorders and pain disorders, respectively, were contrasted with the goals of mentally healthy individuals. The findings revealed that although clients felt personally involved in goals, they displayed both deficits in self-regulatory and strategic competencies relevant to the implementation of goals and that their goal systems were less coherent. Practical implications of these findings are discussed.

Key words: Therapy goals, life goals, self-regulation, psychosomatic disorders, pain

Das Streben nach persönlichen Zielen verleiht dem Handeln von Menschen Struktur und Bedeutung (Baumeister, 1989), während das Fehlen von Zielbindungen Erfahrungen von Sinnlosigkeit und Leere mit sich bringt (Wessman & Ricks, 1960; Klinger, 1977). Das erfolgreiche Streben nach bedeutungsvollen Zielen korreliert positiv mit Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit (Brunstein, 1993; Emmons, 1986; Little, 1989), während sich Hindernisse und Schwierigkeiten bei der Realisierung von persönlichen Zielen negativ auf das subjektive Wohlbefinden auswirken (Brunstein, 1993; Emmons, 1996). Die Blockierung von wichtigen Lebenszielen kann ein Anstoss sein, professionelle Unterstützung durch einen Psychotherapeuten zu suchen. Psychotherapie zielt u.a darauf ab, die Selbstregulationsfähigkeiten und volitionale Kontrolle von Klienten zu verbessern (Karoly, in press). Sie kann damit als ein Spezialfall für Zielentwicklungs-, Zielsetzungs- und Zielverfolgungsprozesse betrachtet werden. Der Klient formuliert angeregt durch klärungs- und ressourcen-orientierte Interventionen in der Interaktion mit dem Therapeuten Ziele, die bedeutsam und realisierbar sind, und wird auf dem Weg der Realisierung ein Stück weit begleitet. Das Therapieziel kann als ein modellhaftes Ziel betrachtet werden, an dessen Beispiel Klienten Prozesse der Zielsetzung und der Zielverfolgung erlernen, die sie auf andere Ziele übertragen können, die sie verfolgen.

In dieser Arbeit soll gezeigt werden, dass Therapieziele, also Anliegen, die Klienten mit Hilfe der Psychotherapie erreichen wollen, als persönliche Ziele konzipiert und durch entsprechende Verfahren erfasst werden können. Therapieziele sind aber nur eines von vielen Vorhaben und Anliegen, die eine Person verwirklichen will (Reinecker, 1983). Therapieziele können damit nicht isoliert betrachtet werden, sondern ihre Einbettung in das System der Ziele, die der Klient kurz- und langfristig verfolgt, muss explizit berücksichtigt werden. Dies macht eine Zieldiagnostik erforderlich, die verschiedene Ebenen des Zielsystems und deren Zusammenwirken

beschreibt. Die Konzeption von Therapiezielen als persönliches Ziel und die Betrachtung der Einbettung des Therapieziels in ein hierarchisch aufgebautes Zielsystem liefert detaillierte Informationen darüber, was Klienten kurz- und langfristig anstreben, welche Strategien sie einsetzen, um ihre Ziele zu erreichen, und welche Hindernisse der Zielerreichung im Weg stehen. Eine derart differenzierte Zielerfassung, kann unmittelbar Ansätze für Interventionen liefern.

Im Anschluss an die Darstellung der relevanten Zielkonzepte --- Lebensziele und persönliche Ziele ---- sowie des Aufbaus von Zielsystemen und der Erfassung von Zielen werden die Vorteile einer differenzierten, grundlagenorientierten Ziel- diagnostik in der Psychotherapie beschrieben und durch empirische Befunde illustriert. Der Vergleich von mittel- und langfristigen Zielen von seelisch Gesunden, Psychosomatik-Patienten und Schmerz-Patienten veranschaulicht, in welchen Merkmalen Zielsetzungs- und Zielverfolgungsprozesse von klinischen Gruppen von denen seelisch Gesunder abweichen und zeigt Ansatzpunkte für das therapeutische Vorgehen auf.

Der Aufbau des Zielsystems

Ziele haben kognitive, affektive und conative Komponenten (Pervin, 1983, 1989). Zur kognitiven Komponente von Zielen gehört die mentale Repräsentation des erwünschten Endzustands und der Pläne zu seiner Erreichung. Kognitive Aspekte von Zielen sind ausserdem Selbstwirksamkeits-Bewertungen der Person darüber, ob sie in der Lage ist, die notwendigen Schritte auszuführen, um ein Ziel zu erreichen, sowie Kosten-Nutzen-Überlegungen zu alternativen Strategien und Zielen. Diese kognitiven Prozesse müssen aber nicht bewusst ablaufen (Pervin, 1991). Die affektive Komponente besteht aus der Aktivierung von Emotionen, die mit dem Ziel verknüpft sind. Conative Bestandteile von Zielen sind Handlungen, die ausgeführt werden, um ein Ziel zu erreichen.

Menschen verfolgen in der Regel mehrere Ziele gleichzeitig, die hinsichtlich des Ausmasses der Generalität und des Zeitraums, in dem sie realisiert werden sollen, sehr unterschiedlich sein können. Diese einzelnen Ziele sind in einem hierarchisch aufgebautem Zielsystem organisiert (Bandura, 1989; Carver & Scheier, 1990; Emmons, 1989; Pervin, 1983). Langfristige, übergreifende Oberziele sind mit mittel- und kurzfristigen Unterzielen verbunden, die ihrerseits in einzelne Verhaltensepisoden gliederbar sind.

Oberziele sind generell formulierte Ziele, die auf der obersten Ebene des Zielsystems angesiedelt sind, sie stellen Orientierungspunkte für die individuelle Lebensgestaltung eines Menschen dar. Solche Ober- oder Lebensziele beschreiben, was eine Person zukünftig in ihrem Leben erreichen will (Nurmi, 1991). Sie sind langfristig orientiert, wirken zeit- und kontextübergreifend und verleihen dem Handeln der Person Stabilität und Konsistenz (Ford & Nichols, 1991; Pervin, 1989). Die aktuelle Bedeutung eines Lebensziels sowie die konkrete Form seiner Realisierung können sich allerdings im Zuge der Veränderung von Lebenssituationen wandeln (Brickman, 1987).

Die mittlere Ebene des Zielsystems bilden persönliche Ziele (Cantor & Zirkel, 1990). Der Begriff persönliche Ziele subsumiert Konzepte wie current concerns (Klinger, 1977), personal projects (Little, 1983), personal strivings (Emmons, 1986) oder life tasks (Cantor & Kihlstrom, 1987). Sie stellen Konkretisierungen von langfristigen, generell formulierten Lebensorientierungen und Lebenszielen dar und sind instrumentell für die Generierung von konkreten Plänen und situationsspezifischen Handlungen. Persönliche Ziele schlagen damit eine Brücke zwischen dem, was eine Person langfristig anstrebt, und dem, was sie in ihrem Alltag konkret dafür tut, um es zu erreichen (Little, 1989). Als mittelfristige persönliche Ziele werden in dieser Arbeit auch die Anliegen betrachtet, die Klienten dazu bewegen, psychothera-

peutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Zielsysteme sind dynamisch. Die Priorität eines Zieles kann aufgrund von internen Umbewertungen oder situativer Anforderungen zunehmen oder abnehmen. Neue Ziele können entwickelt werden, wenn alte Ziele nicht erreicht werden können oder die Person ihre Prioritäten verändert. Zielsysteme passen sich so flexibel an neue Anforderungen und Gelegenheiten an. Ziele bilden damit typische Transaktionen der Person mit ihrer Umwelt ab.

Paul Karoly (in press) differenziert in seiner Zielsystem-Theorie neun Komponenten von Zielverfolgungsprozessen. Wir werden vier der neun Komponenten beschreiben, die für die dargestellten Befunde relevant sind: Zielinhalte, topographische und strukturelle Merkmale von Zielen sowie Zielrepräsentationen. Karoly vergleicht das Streben nach einem Ziel mit einer Reise: der Inhalt stellt den Ort dar, an den man fahren will, topographische Merkmale, Zielrepräsentationen und Kontextmerkmale bestimmen, wie angenehm die Reise dorthin verläuft.

Zielinhalte können entweder nach den Lebensbereichen, in denen sie realisiert werden (u.a. Beruf, Familie, Freizeit) kategorisiert werden oder nach dem Motiv (Affiliation, Leistung oder Macht), das ihnen zugrunde liegt. Topographische Merkmale sind formale oder kategoriale Charakteristika von persönlichen Zielen. Zu den topographischen Merkmalen gehört die Richtung des Zielstrebens, also ob es sich um ein Annäherungs- oder ein Vermeidungsziel handelt, oder ob es sich um ein vertrautes oder ein neues, ein nahes oder ein fernes, ein leichtes oder ein schwieriges, ein klar abgegrenztes oder vages Ziel handelt. Strukturelle Dimensionen beschreiben das Beziehungsgefüge zwischen den einzelnen Bestandteilen innerhalb eines Zielsystems. Merkmale der Zielstruktur sind das Ausmass der Konflikte zwischen Zielen, sowie der Grad der Generalität, Komplexität und Flexibilität, den einzelne Ziele haben. Zielrepräsentationen beinhalten Handlungsschemata

oder Skripts darüber, welche Entscheidungen getroffen werden müssen und welche Handlungen und Emotionen das Streben nach einem Ziel beinhaltet. Zur Zielrepräsentation gehört auch, wie stark sich eine Person an ein Ziel gebunden fühlt (Commitment) und ihre zielbezogene Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Auch die positive oder negative Aktivierung durch das Ziel sowie die Kontrollfunktion des Selbstregulationsmodells von D.H. Ford (1987), die die Planung von zielgerichteten Aktivitäten und Problemlöseprozesse während der Zielverfolgung beinhaltet, sind Bestandteile der Zielrepräsentation.

Ziele und subjektives Wohlbefinden

Eine Reihe von Studien hat gezeigt, dass das Streben nach persönlich bedeutsamen Zielen sich positiv auf physisches und psychisches Wohlbefinden auswirkt (z.B. Emmons, 1986; Holahan, 1988; Robbins, Lee & Wan, 1994; Wessman & Ricks, 1966). Wenn Ziele allerdings als schwierig und unerreichbar angesehen werden, fühlen Menschen sich unzufrieden und niedergeschlagen oder werden sogar depressiv (Lecci, Karoly, Briggs & Kuhn, 1994; Klinger, 1977; Michalos, 1980). Auch für verschiedene klinischen Stichproben liess sich zeigen, dass Menschen, die an einer psychischen Störung leiden (z.B. Angst, Depression oder Somatisierungsstörungen) zwar bedeutsame Ziele haben, den Prozess der Realisierung aber als schwieriger und weniger kontrollierbar erleben (Karoly & Lecci, 1993; Lecci, Karoly, Ruehlman & Lanyon, 1996; Röhrle, Hedke & Leibold, 1994; Ruehlman, 1985; Salmela-Aro, 1992).

Wichtig für das Wohlbefinden ist aber nicht nur das Vorhandensein von verschiedenen einzelnen Zielinhalten, sondern dass Menschen das Gefühl haben, dass das, was sie jeden Tag tun, sie ihren weit entfernten, langfristigen Lebenszielen näher bringt. Dies beinhaltet zwei Dinge: einmal die effektive Organisation des Zielsystems und zum anderen die thematische Kongruenz zwischen kurz- und

langfristigen Zielsetzungen. Zielsysteme funktionieren dann effektiv, wenn (a) für generelle Oberziele konkrete Unterziele formuliert werden können, die effektives zielgerichtetes Verhalten auslösen, und das (b) Ausmass der Konflikte zwischen verschiedenen Zielen einer Ebene gering ist. Sheldon und Kasser (1995) sprechen im ersten Fall von vertikaler Kohärenz, im zweiten Fall von horizontaler Kohärenz.

Neben dem Organisationsgrad des Zielsystems ist eine zweite Frage, ob das Streben nach bestimmten Inhalten, zu denen sie mittel- und langfristige Ziele entwickeln, Menschen, glücklicher macht als das Streben nach anderen Dingen. Bisher wurden zwei Unterscheidungen von Lebensthemen vorgenommen. Deci und Ryan (1985, 1991) differenzieren zwischen intrinsischen, selbstgewählten Zielen und extrinsischen, fremdbestimmten Zielen. Das Streben nach intrinsischen Zielen korreliert positiv mit Wohlbefindensmassen, während extrinsische Ziele sich negativ darauf auswirken (Kasser & Ryan, 1993, 1996). Eine andere thematische Differenzierung, die auch in der vorliegenden Studie vorgenommen wird, basiert auf Bakans (1966) Unterscheidung von Agency (Wirksamkeit) und Communion (Gemeinschaft) als gegensätzliche Lebensthemen. Als Agency bezeichnet Bakan Lebensorientierungen, die Wirksamkeit und Effektivität in der Auseinandersetzung mit der materiellen und sozialen Umwelt in den Vordergrund stellen. Der Begriff Communion (Gemeinschaft) beschreibt dagegen Bestrebungen, die darauf gerichtet sind, befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. Erste Befunde weisen darauf hin, dass Menschen, die eher wirksamkeitsorientierte Ziele verfolgen, seelisch gesünder sind als Menschen, die primär gemeinschaftsorientiert sind. Wirksamkeitsorientierte Menschen weisen z.B. höhere Selbstaktualisierungswerte auf als gemeinschafts-orientierte.

Die Erfassung von persönlichen Zielen

Little (1987) argumentiert, dass die Erfassung von persönlichen Zielen be-

sonders für das Anwendungsfeld von Beratung und Psychotherapie nützlich ist, da Ziele über persönliche Salienz verfügen und ihre Erhebung auf ökologisch sensiblen und systemisch integrativen Messungen basiert, deren Ergebnisse unmittelbar anwendbar sind. Persönliche Salienz bedeutet, dass die Analyseeinheiten von den Klienten generiert, in ihren eigenen Worten formuliert und von ihnen selbst als zentrale Anliegen genannt werden. Persönliche Ziele sind ökologisch sensitive Messeinheiten, die den Lebenskontext der Person, ihre Ressourcen und Einschränkungen abbilden. Ausserdem beinhalten sie einen zeitlichen Entwicklungsaspekt (retrospektiv und prospektiv). Persönliche Ziele stellen systemisch integrative Messeinheiten dar, die verschiedene Funktionsbereiche (z.B. kognitiv, affektiv, conativ) integrieren. Sie weisen ausserdem ein mittleres Mass an Molarität auf und lassen da durch sowohl Aussagen über molekulare als auch über molare Verhaltenseinheiten zu. Zielerfassungen schlagen eine Brücke zwischen Diagnostik und Intervention, da ihre Ergebnisse unmittelbar anwendbar sind, d.h. zwischen der Erfassung des Konstrukts und der Planung von Interventionen sind nur wenige Inferenzschritte notwendig. Karoly (1993) spricht in diesem Zusammenhang von "interventionszentrierter Diagnostik".

Die Ziele, die eine Person verfolgt, sind zwar nicht ständig in ihrem Bewusstsein präsent, können aber durch internale oder situative Hinweisreize aktiviert werden. Ziele sind also bewusstseinsfähig und können daher auf der Basis von Selbstberichten durch Fragebögen und Interviews erfasst werden. Interviews (z.B. AIMS, Wadsworth & Ford, 1983) erlauben eine ausführliche Beschreibung der verschiedenen Ziele, die eine Person verfolgt, und bieten die Möglichkeit, Beziehungen zwischen einzelnen Zielen genauer zu analysieren. Bei der Erfassung von Zielen durch standardisierte Fragebögen (z.B. FLL, Kraak & Nord-Rüdiger, 1989; GOALS, Pöhlmann & Brunstein, 1997) werden dem Probanden Ziele vorgegeben und von ihm

nach Attributen wie Wichtigkeit, Belastung oder Fortschritt bewertet. Fragebögen haben anderen Verfahren gegenüber den Vorteil, dass Zielinhalte interindividuell vergleichbar sind und die Zielerfassung weniger von kognitiven Abrufprozessen abhängig ist.

Eine dritte Gruppe von Verfahren, die in der Regel zur Erfassung von persönlichen Zielen eingesetzt wird, kombiniert idiographische und nomothetische Elemente. Solche Verfahren sind z.B. die Personal Projects Matrix (Little, 1983), die Striving Assessment Scales (Emmons, 1996) oder die Goal Systems Assessment Battery (Karoly & Ruchman, 1995), die in der vorliegenden Arbeit verwendet wird. Bei diesem Vorgehen wird die Person aufgefordert, die Ziele zu nennen, die sie verfolgt. Diese von der Person frei formulierten Zielinhalte werden in der Auswertung entweder nach Lebensbereichen (Familie, Arbeit, Freizeit, Gesundheit, usw.) kategorisiert oder nach ihrem motivationalen Inhalt (Affiliation, Macht, Leistung). In einem zweiten Schritt bewertet die Person ihre Ziele nach vorgegebenen Merkmalen auf standardisierten Skalen. In den letzten Jahren sind ausserdem mehrere Verfahren zur Selbst- und Fremdbeschreibung von Therapiezielinhalten entwickelt worden (z.B. BIT, Grosse-Holtforth & Grawe, in press; ITZ, Heuft, Senf, Janssen, Lamprecht & Meermann, 1995; Heuft, Senf, Wagener, Pintelon & Lorenzen, 1996; FAMOS, Grosse-Holtforth & Grawe, in Druck), die Vorhersagen über differentielle Therapieverläufe und Erfolgsraten ermöglichen.

Therapieziele als persönliche Ziele

Therapieziele sind die Anliegen, die Klienten mit Hilfe der Psychotherapie erreichen wollen. Diese Therapieanliegen können als mittelfristige persönliche Ziele aufgefasst werden. Im Kontext der Psychotherapie ist eine Differenzierung zwischen „naiven Therapiezielen“ und „ausgehandelten Therapiezielen“ sinnvoll (Pöhlmann, 1999a). Naive Therapieziele sind die Anliegen, die den Klienten veranlassen haben,

sich in Therapie zu begeben und die er am Beginn der psychotherapeutischen Behandlung äussert. Im Verlauf der Therapie legen Therapeut und Klient aber gemeinsam fest, was das Ziel der Behandlung sein soll. Der Prozess der gemeinsamen Zieldefinition in der therapeutischen Interaktion kann zu einer Veränderung oder zumindest Neuformulierung der ursprünglichen Anliegen des Klienten führen. Diese in der Interaktion entwickelten Zielformulierungen für die Therapie, an die sich sowohl der Klient als auch der Therapeut gebunden fühlen und die die Basis für die Planung von Interventionen sind, werden als Aausgehandelte Therapieziele bezeichnet.

Die Erfassung von Therapiezielen durch Verfahren, die in der Grundlagenforschung entwickelt wurden, hat gegenüber den bisher verwendeten Verfahren wie Goal Attainment Scalings (GAS, Kiresuk, 1973) und Individuellen Therapiezielen (ITZ, Heuft, Senf, Janssen, Lamprecht & Meermann, 1995; Heuft, Senf, Wagener, Pintelon & Lorenzen, 1996) den Vorteil, dass nicht nur beschrieben wird, was Menschen erreichen wollen, sondern auch wie sie dies tun. Während sich GAS-Ansätze und die ITZ-Dokumentationen auf eine Festlegung von Zielinhalten, beschränken, die die Klienten in der Therapie erreichen wollen, beinhaltet die Erfassung von persönlichen Zielen Merkmale der Zieltopographie, der Zielrepräsentation, der Zielstruktur und des ökologischen Kontextes, in dem eine Person ihre Ziele verfolgt, die entscheidend dafür sein können, ob ein Ziel erfolgreich realisiert werden kann.

Eine differenziertere Erfassung des Therapieziels anhand von Verfahren, die in der Forschung zu persönlichen Zielen verwendet werden, kann auch mehr und präzisere Anregungen für therapeutische Interventionen liefern und sich positiv auf die therapeutische Beziehung auswirken. Klienten erleben häufig bereits die Frage nach ihren Zielen als lohnend und motivierend, da sie ihnen Gelegenheit bietet,

über ihre langfristigen Bestrebungen und aktuellen Projekte nachzudenken und ihre Prioritäten zu reflektieren. Die Zieldiagnostik am Anfang der Therapie kann damit ein erster Schritt der Ziel- und Wertklärung (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991, 1996) sein. Zielerfassungen können auch die Therapiemotivation und die Beziehung zwischen Klient und Therapeut positiv beeinflussen. Klienten fühlen sich ernstgenommen und sind motiviert, an der Realisierung von Therapiezielen mitzuarbeiten, die für sie persönlich bedeutsam sind. Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1991, 1996) bezeichnen dies als „pull-Motivation“.

Verfahren zur Erfassung von persönlichen Zielen können ausserdem zur Therapieprozess-Diagnostik eingesetzt werden. Die Verlaufsdagnostik von Merkmalen des Zielsystems kann dokumentieren, ob Klienten im Verlauf der Interventionen ihre Anliegen erfolgreicher realisieren können und in welchen Dimensionen (z.B. Selbstwirksamkeit, Schwierigkeit oder Aktivierung) noch weitere Modifikationen notwendig sind (Pöhlmann, 1999a).

Das Therapieziel als Element des Zielsystems der Person aufzufassen, erfordert eine umfassende Zieldiagnostik, die mehrere Ebenen des Zielsystems beschreibt und damit Aussagen über die vertikale und horizontale Kohärenz des Zielsystems der Klienten ermöglicht. In dieser Arbeit soll ein Ansatz zur Erfassung von Therapiezielen vorgestellt werden, der Therapieziele als persönliche Ziele versteht und sie durch eine idiographisch-nomothetische Methode erfasst. Dieser Ansatz beinhaltet eine Klassifikation von Zielinhalten und ermöglicht ausserdem Aussagen darüber, wie Klienten ihre Ziele konstruieren und welche Selbstregulationsstrategien sie beim Verfolgen der Ziele einsetzen. Zusätzlich werden Lebensziele erfasst, um festzustellen, welche Lebensorientierungen Klienten langfristig haben und wie diese langfristigen Zielsetzungen thematisch mit den Zielen übereinstimmen, die sie aktuell verfolgen. Welche Informationen ein Vorgehen über

Zielsetzungs- und Zielverfolgungsprozesse liefern kann, wird am Beispiel von zwei psychotherapeutisch behandelten Gruppen dargestellt, die an einer psychosomatischen Störung bzw. an einer Schmerzstörung leiden. Die Studie verfolgt einen normativen und einen ipsativen Ansatz. Die mittel- und langfristigen Ziele von Psychosomatik- und Schmerz-Patienten werden mit denen von seelisch Gesunden verglichen, um zu zeigen, in welchen Dimensionen Zielsetzungs- und Zielverfolgungsprozesse von psychotherapeutisch behandelten Personen anders sind als die von seelisch Gesunden. Diese normativen Vergleiche können zeigen, was verändert werden muss, damit Klienten ihre Ziele effektiver realisieren können. Ipsative Analysen, die innerhalb der beiden Therapiestichproben Beziehungen zwischen einzelnen Zielmerkmalen herstellen, dienen dazu, die Besonderheiten der Zielsysteme von Psychosomatik- und Schmerz-Patienten zu beschreiben und spezifische therapeutische Implikationen daraus abzuleiten.

Die Zieldiagnostik

Um Aussagen über die vertikale und horizontale Kohärenz des Zielsystems machen zu können, wurden sowohl langfristige Lebensziele der Klienten als auch ihre mittelfristigen persönlichen Ziele erfasst. Während Lebensziele durch einen standardisierten Fragebogen erhoben wurden, erfolgte die Erfassung der mittelfristigen Ziele - speziell des Therapieziels - durch eine idiographisch-nomothetische Methode. Diese Kombination von standardisierten und idiographischen Erfassungen erlaubt es, die langfristigen Lebensorientierungen der drei Stichproben zu vergleichen und gleichzeitig die Individualität der mittelfristigen Ziele und v.a. der Therapieziele zu berücksichtigen.

Lebensziele. Langfristige Lebensziele wurden durch den Fragebogen GOALS (Pöhlmann & Brunstein, 1997) erfasst. Der Fragebogen gibt 24 Lebensziele aus den Bereichen Intimität, Affiliation, Altruismus, Leistung, Macht und Abwechs-

lung vor, die von den Probanden nach den Attributen Wichtigkeit und Erfolg beurteilt werden. Wichtigkeit drückt die subjektive Bedeutsamkeit der Zielinhalte für die Person aus und das Ausmaß ihrer Bindung an sie. Das Zielattribut Erfolg beschreibt, in welchem Maß die Person aktuell Fortschritte beim Erreichen ihrer langfristigen Ziele macht.

Die sechs in GOALS erfassten Lebenszielkategorien wurden faktoranalytisch als voneinander unabhängige Bereiche bestätigt. Die Zielkategorie Intimität beinhaltet das Streben nach einer engen Beziehung zu einer anderen Person, die durch Zuneigung und gegenseitiges Vertrauen gekennzeichnet ist. Affiliation wird durch das Zusammensein mit anderen Menschen und gemeinsame Aktivitäten mit ihnen erlebt. Altruismus umfasst den selbstlosen Einsatz für das Wohl von anderen. Leistung ist gekennzeichnet durch das Streben nach der Verbesserung eigener Fähigkeiten und das Erreichen von Standards. Macht beinhaltet die Durchsetzung eigener Interessen und das Streben nach Status und Prestige. Abwechslung ist das Suchen nach neuen und aufregenden Erfahrungen. Die sechs Lebenszielkategorien bilden Bakans (1966) Unterscheidung zwischen Agency- and Communion-Bestrebungen ab. Communion wird durch die Kategorien Intimität, Affiliation und Altruismus repräsentiert, während Leistung, Macht und Abwechslung Beispiele für das Streben nach Agency sind. Die Zuordnung der sechs Lebenszielbereiche zu den Themen Agency und Communion wurde durch konfirmatorische Faktorenanalysen bestätigt.

Mittelfristige Ziele. Zusätzlich wurden mittelfristige persönliche Ziele durch ein Vorgehen erfasst, das idiographische und nomothetische Elemente kombiniert. Auch das Therapieziel, also das Ziel, das die Patienten mit Hilfe der Psychotherapie erreichen wollten, wurde als mittelfristiges Ziel aufgefasst. Die Teilnehmer wurden zunächst aufgefordert, alle Ziele zu nennen, die sie innerhalb der nächsten zwölf

Monaten erreichen wollten. Anschliessend sollten sie ihr wichtigstes mittelfristiges Ziel bzw. ihr Therapieziel auswählen und anhand von standardisierten Skalen beurteilen, die Aspekte der Zieltopographie, der Zielstruktur sowie Selbstregulationsstrategien der Person beim Verfolgen des Ziels abbilden.

Kategorisierung der Zielinhalte. Die idiographischen Zielformulierungen der Probanden wurden zum einen nach den Lebensbereichen (Beruf, Gesundheit, persönliches Wachstum, Partnerschaft/Familie, Freunde, Freizeit, materielle Ziele sowie andere Anliegen) kategorisiert, in denen sie verwirklicht wurden. Zielformulierungen der Klienten, die einen klaren Zug zur Störung erkennen liessen (z.B. „Regelmäßig essen und nicht mehr kotzen“ oder „Meine Schmerzen besser aushalten können“) wurden als Gesundheitsziele klassifiziert. Um Aussagen über die thematische Übereinstimmung zwischen Lebenszielen und mittelfristigen persönlichen Zielen machen zu können, wurden nach einer Methode von Winter (1991) zusätzlich die impliziten Bedürfnisse (Affiliation, Leistung und Macht) klassifiziert, die in den Anliegen ausgedrückt wurden. Affiliation entspricht dem Streben nach Gemeinschaft, Leistung und Macht bilden die Wirksamkeitsorientierung ab. Die Zielkategorisierungen wurden von zwei unabhängigen Ratern vorgenommen, sie stimmten hoch überein (86%).

Topographie und Struktur. Merkmale der Zieltopographie, die für das wichtigste bzw. das Therapieziel erfasst wurden, sind die Schwierigkeit des Ziels, seine Entfernung und wieviel die Person noch tun zu müssen glaubt, bis sie es erreicht haben wird (Handlungsaufwand). Ein Aspekt der Zielstruktur ist, ob das Anliegen mit anderen, gleichzeitig verfolgten Zielen in Konflikt steht.

Selbstregulationsstrategien. Selbstregulationsprozesse während der Verfolgung eines wichtigen mittelfristigen Ziels wurden durch die Goal Systems Assessment Battery (GSAB, Karoly & Ruchman, 1995; Pöhlmann, 1999b) erfasst. Die

Batterie besteht aus vier Fragebögen, die die von D.H. Ford (1987) beschriebenen Zielfunktionen Richtung, Regulation, Kontrolle und Aktivierung durch insgesamt neun Skalen erfassen, die jeweils vier Items beinhalten. Die Richtungsfunktion beinhaltet die Subskalen Wert und Selbstwirksamkeit. Die beiden Dimensionen bilden die Intensität des Zielstrebens ab und ob die Person zielgerichtet handeln wird, wenn sich eine Gelegenheit bietet. Die Regulationsfunktion stellt die bestehende Diskrepanz zwischen dem angestrebtem Sollzustand und dem aktuellem Ist-Wert fest. Die beiden Subskalen Sozialer Vergleich und Selbstaufmerksamkeit erfassen, in welchem Mass sich Personen sich mit anderen vergleichen bzw. sich selber beobachten, um ihren Erfolg beim Erreichen des Zieles zu bewerten. Die Kontrollfunktion steuert die Planung und die Koordination zielgerichteter Aktivitäten sowie Problemlöseprozesse während der Zielverfolgung. Sie beinhaltet drei Skalen, die beschreiben, in welchem Ausmass die Person beim Verfolgen ihres Zieles, Planung und Stimuluskontrolle, Selbstbelohnung oder Selbstkritik einsetzt. Die Aktivierungsfunktion erfasst durch die beiden Subskalen positive Aktivierung und negative Aktivierung die positiven und negativen Gefühle, die das Ziel in der Person auslöst. Diese Gefühle liefern die Energie für das Verfolgen das Zieles.

Bis auf zwei Ausnahmen (Handlungsaufwand und Entfernung des Zieles) wurden alle Einschätzungen für Lebensziele und mittelfristige Ziele anhand von 5-Punkte Ratingskalen vorgenommen, bei denen A1" eine geringe und A5" eine hohe Ausprägung des Merkmals ausdrückt. Der noch bestehende Handlungsaufwand wurde in Prozent erfasst und hohe Werte der Skala Entfernung drücken aus, dass die Person sich ihrem Ziel bereits mehr genähert hat.

Untersuchungsdesign und Stichproben

Untersuchungsdesign. Die Datenerhebung erfolgte in den beiden klinischen Stichproben nach der ersten Therapiesitzung, so dass davon ausgegangen werden

kann, dass die Zielformulierungen der Probanden noch nicht durch therapeutische Interventionen beeinflusst worden sind. Im Sinne der oben vorgenommenen Differenzierung zwischen Anaiven@ und Aausgehandelten@ Therapiezielen handelt es sich also noch um naive Therapieziele. Um den normativen Ansatz der Studie zu verwirklichen, wurden die mittel- und die langfristigen Ziele von zwei klinischen Gruppen mit denen von seelisch Gesunden verglichen. Die Stichprobe der seelisch Gesunde sollte möglichst gross sein, um Aussagen darüber, wie seelisch Gesunde ihre Ziele verfolgen, auf der Basis einer grossen Fallzahl machen zu können. Die Stichproben sollten ausserdem hinsichtlich soziodemographischer Merkmale möglichst ähnlich sein.

Die Vergleiche der einzelnen Lebensbereiche der mittelfristigen Ziele wurden anhand von Mann-Whitney U-Tests auf statistische Signifikanz geprüft, für alle anderen Dimensionen wurden Mittelwertsvergleiche berechnet. Um Verzerrungen der Ergebnisse durch die ungleiche Grösse der Gruppen der seelisch Gesunden und der Therapiestichproben zu vermeiden, wurden die Analysen sowohl durch die Auswahl von Teilstichproben aus der normativen Vergleichsgruppe abgesichert als auch durch matched-pair-Auswertungen. Für die Matched-pair-Analysen wurden die Stichproben nach Geschlecht, Alter, Bildungsstand und soweit möglich (in 78% der Fälle) auch nach dem Zielinhalt des wichtigsten bzw. des Therapieziels parallelisiert.

Stichproben. Die beiden psychotherapeutisch behandelten Gruppen sind zum einen Patienten der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen zum anderen Schmerzpatienten der Abteilung für Schmerztherapie der Kreisklinik Dachau. Die Psychosomatik-Gruppe besteht aus 72 Patienten (56 % Frauen, 44% Männer) im Alter zwischen 18 - 56 Jahren (\underline{M} = 33.8, \underline{SD} = 10.7). Die häufigsten Diagnosen (ICD-10) sind: Somatoform-

me Störungen (n = 16), Essstörungen (n = 15), sonstige Angststörungen (n = 10) und depressive Episoden (n = 8). Die Schmerz-Stichprobe bilden 50 Patienten (68% Frauen, 32% Männer) mit chronischen, bisher therapierefraktären Schmerzen im Alter zwischen 18 und 56 Jahren (\underline{M} = 44.0; \underline{SD} = 8.4). Der grösste Teil der Patienten (n = 34) litt an Rückenschmerzen (M54) gefolgt von Kopfschmerzen (G44; n = 12). Nach den Kriterien des Mainzer Stadienkonzept des Schmerzes (MSSP, Gerbershagen, 1995) wurden 53% der Patienten Stadium III (weit fortgeschrittene Chronifizierung, ungünstige Prognose) zugeordnet, 36.7% dem Stadium II. Bei vielen Patienten (n = 31) lag ausserdem eine mittlere bzw. schwere depressive Begleitsymptomatik vor (F32.10 bzw. F33.1).

Die Stichprobe der seelisch Gesunden besteht aus 600 Personen (57% Frauen, 43% Männer) im Alter zwischen 18 und 56 Jahren (\underline{M} = 33.1, \underline{SD} = 10.0). Seelische Gesundheit wurde durch zwei Kriterien definiert: Die Personen sollten sich zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht in psychotherapeutischer Behandlung befinden und ihr Wert im Beck Depressions-Inventar (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1991) sollte klinisch unauffällig sein (BDI-Wert \leq 11). Hinsichtlich soziodemographischer Merkmale wie Geschlechtsverteilung und Bildungsniveau sind die beiden Stichproben sehr ähnlich. Im Vergleich zu den Psychosomatik-Patienten und den seelisch Gesunden sind die Schmerzpatienten allerdings im Durchschnitt etwa zehn Jahre älter.

Langfristige Lebensziele

Die folgenden beiden Abbildungen geben einen Überblick darüber, welche generellen Oberziele seelisch Gesunde, Psychosomatik- und Schmerz-Patienten anstreben (Abb. 1) und welche Fortschritte sie aktuell bei ihrer Realisierung machen (Abb. 2).

Abbildung 1

Abbildung 2

Das wichtigste Ziel der seelisch Gesunden ist, eine tiefe Beziehung zu einem anderen Menschen zu haben, die durch gegenseitige Zuneigung und Vertrauen gekennzeichnet ist (Intimität). Ein zweites wichtiges Ziel ist Leistung, d.h. das Streben danach, sich selber zu verbessern und Standards zu erreichen.

Psychosomatik-Patienten streben langfristig nach den gleichen Lebenszielen wie seelisch Gesunde. Intimität, Affiliation, Altruismus Macht und Abwechslung sind für sie ebenso bedeutsam wie für seelisch Gesunde, lediglich der Bereich Leistung ist ihnen weniger wichtig als seelisch Gesunden ($t = -3.32$, $p = .001$). Personen, die an einer psychosomatischen Störung leiden, streben also langfristig die gleichen Dinge an wie Gesunde. Im Vergleich zu den seelisch Gesunden machen sie aber aktuell deutlich weniger Fortschritte bei der Realisierung bedeutsamer Oberziele.(s. Abb. 2). Die Differenzen der Erfolgseinschätzungen sind für alle sechs Lebenszielthemen (Intimität, Affiliation, Altruismus, Leistung, Macht und Abwechslung) hoch signifikant (alle $ps < .001$).

Anders als die Psychosomatik-Patienten bewerten Schmerz-Patienten die Wirksamkeitsziele Leistung, Macht und Abwechslung im Vergleich zu seelisch Gesunden als deutlich weniger wichtig. Sie verfolgen Gemeinschaftsziele, die das Streben nach harmonischen, befriedigenden Beziehungen beinhalten, ebenso wie seelisch Gesunde, ihre Bindung an langfristig formulierte Ziele, die die Erfahrung von Wirksamkeit und Effektivität in der Auseinandersetzung mit der Umwelt beinhalten, ist dagegen deutlich niedriger als die von Gesunden (alle $ps < .001$). Schmerz-

Patienten sind aktuell beim Erreichen der Communion-Ziele Intimität und Altruismus ebenso erfolgreich wie seelisch Gesunde. Bei der Realisierung von langfristig gesetzten Affiliations-, Leistungs-, Macht- und Abwechslungszielen machen sie dagegen deutlich weniger Fortschritte.

Mittelfristige persönliche Ziele.

Auf der mittleren Ebene des Zielsystems wurde zunächst betrachtet, ob sich die Psychotherapieklienten für die nächsten zwölf Monate mehr oder weniger Ziele gesetzt hatten als gesunde Personen. Anschliessend wurde das inhaltliche Spektrum der individuell formulierten Ziele hinsichtlich der darin vorkommenden Themen Agency und Communion sowie hinsichtlich der Lebensbereiche, in denen die Anliegen verfolgt wurden, analysiert.

Die Psychosomatik-Patienten wollten in den nächsten zwölf Monate ebenso viele persönliche Ziele realisieren wie seelisch Gesunde. Seelisch Gesunde verfolgten im Durchschnitt 4.7 mittelfristige Ziele ($SD = 2.1$), Psychosomatik-Patienten 5.1 ($SD = 2.3$). Schmerz-Patienten hatten sich im Vergleich zu den gesunden Personen deutlich weniger Ziele gesetzt, die sie innerhalb des nächsten Jahres erreicht haben wollten, im Durchschnitt nannten sie 3.8 mittelfristige Ziele ($SD = 2.3$; $t = -3.16$, $p = .002$).

Thematisch finden sich in den mittelfristigen Zielen der Psychosomatik-Patienten weniger Anliegen, die Wirksamkeitserfahrungen thematisieren, und mehr gemeinschaftsorientierte Anliegen als bei seelisch Gesunden. Schmerz-Patienten formulieren ebenfalls weniger mittelfristige Ziele, die den Agency-Bereich betreffen, sie verfolgen dagegen ebenso viele Gemeinschaftsanliegen wie seelisch Gesunde.

Inhaltlich zeigt sich in beiden Therapiestichproben eine starke Konzentration der Zielinhalte auf die Lebensbereiche „Gesundheit“ und „Persönlichkeitsentwicklung“. Die folgende Abbildung (s. Abb. 3) zeigt den durchschnittlichen prozentualen

Anteil von Gesundheits- und persönliches Wachstumszielen an der Gesamtzahl der mittelfristigen Ziele der Person. Die übrigen Lebensbereiche (Beruf, Partnerschaft/Familie, Freunde, Freizeit, materielle und sonstige Ziele) wurden in der Graphik zu „andere Ziele“ zusammengefasst. Tabelle 1 veranschaulicht typische Zielkonstellationen von mittelfristigen und Therapiezielen anhand von Fallbeispielen aus der Psychomatik- und der Schmerz-Stichprobe.

Abbildung 3

Tabelle 1

Psychosomatik-Patienten verfolgen im Vergleich zu seelisch Gesunden weniger berufliche und materielle Ziele sowie weniger Freizeitziele. Im Bereich Partnerschaft und Familie verfolgen sie ebenso viele Ziele wie seelisch Gesunde. Psychosomatik-Patienten nennen dagegen mehr Ziele aus den Bereichen Gesundheit und persönliches Wachstum (alle $p_s < .05$). Auch Schmerz-Patienten verfolgen mehr Gesundheitsziele und formulieren mehr Anliegen, die den Wunsch nach persönlichem Wachstum ausdrücken. Während sie für die nächsten zwölf Monate weniger berufliche, materielle und sonstige Ziele haben (alle $p_s < .05$). Die Anzahl der Ziele, die Partnerschaft und Familie, Freunde oder Freizeitaktivitäten betrifft, ist bei Schmerz-Patienten und seelisch Gesunden gleich.

Therapieziele und wichtigste Ziele

Während die seelisch Gesunden meist nur ein wichtigstes Ziel nannten ($\underline{M} = 1.1$, $\underline{SD} = 0.5$), bestanden die Therapieziele in beiden Therapiegruppen häufig aus mehreren Anliegen. Psychosomatik-Patienten nannten im Durchschnitt zwei Thera-

pieziele ($SD = 1.3$, $t = -5.53$, $p = .000$) und Schmerzpatienten 1.5 Therapieziele ($SD = 0.8$, $t = -5.37$, $p = .000$). Während das wichtigste Ziel der seelisch Gesunden in verschiedenen Lebensbereiche verwirklicht wird, sind Therapieziele in der Regel Persönlichkeitsentwicklungs- und/oder Gesundheitsziele. Abbildung 4 stellt die Lebensbereiche, in denen wichtigste Ziele und Therapieziele angesiedelt sind, für die drei Stichproben gegenüber.

Abbildung 4

Therapieziele thematisieren in beiden Therapiestichproben vor allem die Reduktion von Symptomen und der damit verbundenen Belastung sowie das Streben danach, die eigene Persönlichkeit zu verändern, „anders“ zu werden. Die Gewichtung der beiden Themenbereiche Gesundheit und persönliches Wachstum ist bei Schmerz- und Psychosomatik-Patienten aber unterschiedlich. Psychosomatik-Patienten nennen im Vergleich zu Schmerz-Patienten wesentlich mehr Persönlichkeitsentwicklungsziele und weniger Gesundheitsziele, während Schmerz-Patienten durch die Therapie v.a. Gesundheitsziele realisieren wollen --- „schmerzfrei werden“ ist ein sehr häufig genanntes Therapieziel --- und weniger danach streben, sich selber weiterzuentwickeln. Die Differenzen zwischen Psychosomatik- und Schmerz-Patienten hinsichtlich der Anteile von Gesundheits- und persönliches Wachstum-Zielen sind statistisch hoch signifikant (alle $ps = .000$).

Topographische und strukturelle Zielmerkmale

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die topographischen, strukturellen und Kontextmerkmale des Therapieziels von Psychosomatik-Patienten im Vergleich zum wichtigsten Ziel der seelisch Gesunden.

Tabelle 2

Therapieziele von Psychosomatik-Patienten entsprechen hinsichtlich der subjektiven Bedeutsamkeit den wichtigsten Zielen von seelisch Gesunden (s. Tab. 3 Skala AWert@). Die Patienten haben allerdings das Gefühl, noch sehr viel weiter von der Realisierung ihres Ziels entfernt zu sein und noch sehr viel mehr dafür tun zu müssen. Therapieziele sind ausserdem wesentlich schwieriger zu realisieren als die wichtigsten Ziele von seelisch Gesunden. Das Therapieziel wird allerdings von den Patienten nicht als Ziel wahrgenommen, das mit anderen gleichzeitig verfolgten Anliegen in Konflikt steht.

Auch für die Schmerz-Patienten sind ihre Therapieziele extrem wichtig (s. Tab. 4 Skala „Wert“). Tabelle 3 zeigt die topographischen und strukturellen Merkmale des Therapieziels von Schmerz-Patienten.

Tabelle 3

Auch Schmerz-Patienten betrachten ihr Therapieziel als weit entferntes Anliegen, für dessen Realisierung sie noch sehr viel tun müssen. Sie glauben aber nicht, dass es schwierig sein wird, das Ziel in dem geplanten Zeitraum zu erreichen. Das Therapieziel der Schmerz-Patienten steht allerdings mehr mit anderen Zielen in Konflikt als das wichtigste Ziel von seelisch Gesunden. Schmerz-Patienten haben also in höherem Mass das Gefühl, dass sie andere Ziele aufgeben oder zumindest zurückstellen müssen, um ihr Therapieziel erreichen zu können.

Selbstregulationsstrategien

Zusammenfassend lässt sich das Therapieziel der Psychosomatik-Patienten als schwieriges, aber wenig konflikthafte Ziel charakterisieren, das von Schmerz-

Patienten dagegen als einfaches aber konflikthaftes Ziel. Im folgenden wird anhand der neun Skalen der GSAB, die Selbstregulationsprozesse abbilden, beschrieben, wie beide Gruppen ihr Therapieziel verfolgen. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Mittelwertsvergleiche von Psychosomatik-Patienten und seelisch Gesunden.

Tabelle 4

Wie bereits erwähnt ist das Therapieziel der Psychosomatik-Patienten ein Ziel, für das sie eine sehr hohe Bindung eingegangen sind, sie sind aber weniger davon überzeugt, dieses zentrale Anliegen durch ihr eigenes Handeln erreichen zu können. Um Fortschritte bei der Realisierung des Therapieziels festzustellen, orientieren sie sich eher an anderen Menschen. Sie sind dagegen im Prozess der Zielverfolgung weniger selbstaufmerksam. Auch in der Kontrollfunktion zeigt sich, dass Psychosomatik-Patienten ihre Ziele ganz anders verfolgen als seelisch Gesunde. Sie planen zielgerichtete Aktivitäten weniger, kritisieren sich mehr, wenn sie dem Ziel nicht näher kommen und belohnen sich weniger, wenn sie Fortschritte machen. Ihr Therapieziel ist ausserdem ein sehr negativ getöntes Ziel, denn es löst deutlich weniger positive und wesentlich mehr negative Gefühle in ihnen aus als es das wichtigste Ziel der seelisch Gesunden tut.

Die Schmerz-Patienten weichen hinsichtlich der neun GSAB-Dimensionen wesentlich weniger von seelisch Gesunden ab als die Psychosomatik-Patienten. Tabelle 5 enthält die Werte der Mittelwertsvergleiche.

Tabelle 5

Auch Schmerz-Patienten sind weniger überzeugt davon, dass sie ihr wichtig-

stes Ziel durch ihr eigenes Handeln erreichen können werden als seelisch Gesunde. Um Ist-Soll-Wert-Diskrepanzen festzustellen, setzen sie ebenso soziale Vergleiche und Selbstaufmerksamkeit ein wie die Vergleichsgruppe. Lediglich die Planung zielgerichteter Aktivitäten und die Problemlösung während der Zielverfolgung ist bei Schmerz-Patienten deutlich anders als bei Gesunden: Sie planen zielgerichtete Aktivitäten mehr und belohnen sich mehr für Fortschritte bei der Realisierung des Ziels als seelisch Gesunde. Selbstkritik setzen seelisch Gesunde und Schmerz-Patienten gleich stark ein. Die Realisierung ihres Therapieziels macht Schmerz-Patienten Freude und löst kaum negative Gefühle in ihnen aus.

Mittel- und langfristige Ziele von Psychosomatik- und Schmerz-Patienten:

Therapeutische Implikationen

Aus den dargestellten Ergebnissen sollen abschliessend zwei Punkte herausgegriffen werden, die für die Zielsysteme von Psychosomatik- bzw. Schmerz-Patienten charakteristisch sind und die Anregungen für das therapeutische Handeln geben. Schlagwortartig lassen sich diese therapeutischen Implikationen als „Abwärts-Klärung“ und als „Aufwärts-Klärung“ bezeichnen. „Abwärts“ meint, dass mittelfristige Ziele konkretisiert werden müssen, so dass die Handlungssteuerung effektiver wird. Dies trifft für die Psychosomatik-Patienten zu. „Aufwärts“ bedeutet, dass klärungsorientierte Interventionen für Schmerz-Patienten analysieren sollten, wozu es gut ist, schmerzfrei zu werden, d.h. welche langfristigen Lebensziele dann wieder verwirklicht werden können.

Psychosomatik-Stichprobe. Psychosomatik-Patienten streben langfristig nach den gleichen Dingen wie seelisch Gesunde, können sie aber im Moment nicht realisieren. Innerhalb der nächsten zwölf Monate wollen sie vor allem persönliche Ziele erreichen, in denen es um persönliches Wachstum und Gesundheit geht. Motivthematisch handelt es sich bei ihren mittelfristigen Zielen häufig um Communion-

Anliegen, die das Streben nach positiven sozialen Beziehungen ausdrücken. Obwohl Psychosomatik-Patienten langfristig auch Wirksamkeitserfahrungen anstreben, finden sich unter ihren mittelfristigen Anliegen kaum solche Inhalte. Auf der mittleren Ebene des Zielsystems wird also ein Inhaltsbereich vernachlässigt, der den Klienten langfristig wichtig ist.

Therapieziele bestehen häufig aus mehreren, inhaltlich gleichartigen Zielen. Die Anliegen, die Menschen mit einer psychosomatischen Störung am Anfang der Therapie äussern, drücken häufig den Wunsch danach aus, sich selber zu verändern. Gesundheitsziele, in denen es um eine Symptomreduktion geht, sind die zweithäufigste Kategorie unter den naiven Therapieanliegen. Anhand der topographischen und strukturellen Merkmale lassen sich die Therapieziele der Psychosomatik-Patienten als subjektiv extrem bedeutsame aber schwer erreichbare persönliche Anliegen beschreiben. Auf der Grundlage der dargestellten Befunde lassen sich dafür zwei mögliche Ursachen identifizieren: (a) der Inhalt des Ziels und (b) Selbstregulationsdefizite.

Inhaltlich handelt es sich bei den Therapiezielen der Psychosomatik-Patienten häufig um Anliegen, die das Streben nach persönlichem Wachstum und Reife ausdrücken. Derartige Persönlichkeitsentwicklungsziele sind allerdings nicht nur für Psychotherapieklienten schwierig zu erreichen, sondern auch seelisch Gesunde bewerten diese Ziele als schwerer realisierbar als Ziele in anderen Bereichen wie Beruf, Familie oder Partnerschaft (Pöhlmann, 1999a). Mögliche Gründe dafür sind, dass Identität und Sinn heute vom einzelnen selber konstruiert werden müssen, weil die Prozesse der Identitätsdefinition komplexer sind als in historisch früheren Zeiten und weil Wertvorstellungen in wesentlich geringerem Mass als früher allgemein gültig sind (Baumeister, 1986, 1991). Auch soziale Vergleichsmassstäbe und eindeutige Indikatoren für Fortschritte bzw. für das Erreichen eines derartigen Ziels

sind für den Bereich der Persönlichkeitsentwicklung weniger vorhanden als z.B. für berufliche Ziele, wo sie durch Abschlüsse, Beförderungen, Titel oder Gehaltsklassen markiert werden. Das Streben nach persönlichem Wachstum lässt sich weniger leicht in konkrete, situationsspezifische Unterziele gliedern, und es ist nicht einfach zu wissen, was man genau dafür tun kann, um sie zu erreichen (Pöhlmann, 1999a).

Ein zweiter Grund dafür, dass Psychosomatik-Patienten ihr Therapieziel nicht erfolgreich realisieren können, sind Selbstregulationsdefizite bei der Zielverfolgung. Das Profil der Selbstregulationsstrategien macht deutlich, dass der Prozess der Zielverfolgung für Psychosomatik-Patienten problematisch ist. Therapieziele werden zwar nicht als konflikthaft eingeschätzt (s. auch Michalak, Heidenreich & Hoyer, in diesem Band) --- möglicherweise weil die anderen mittelfristigen Ziele dem Therapieziel inhaltlich sehr ähnlich sind --- aber die Aktivierung des Therapieziels ist eher negativ. Es ist schwierig, ein sehr wichtiges Ziel konsequent und effektiv zu verfolgen, das eher Anspannung und Unruhe auslöst als Befriedigung und Freude. Psychosomatik-Patienten sind im Prozess der Zielverfolgung weniger selbstaufmerksam, sie planen die Zielverfolgung weniger als Gesunde und haben eine wesentlich geringere Selbstwirksamkeitsüberzeugung, so dass zielgerichtetes Handeln möglicherweise auch dann unterlassen wird, wenn die Person über die notwendigen Verhaltenskompetenzen verfügt. Anders als gut formulierte persönliche Ziele schlagen die Therapieziele der Klienten keine Brücke zwischen übergreifenden Lebenszielen und konkretem Handeln im Alltag, sondern stellen eher Sackgassen dar, obwohl die Betroffenen eine hohe Bindung für das Ziel eingegangen sind und viel Energie in die Zielverfolgung investieren.

Da Psychosomatik-Patienten noch Bindungen an langfristige Lebensziele haben, stellt sich für diese Personen vor allem die Aufgabe, die Regulation auf den

unteren Ebenen des Zielsystems zu verbessern, so dass erreichbare mittelfristige Ziele generiert werden. Die Formulierung ihrer Therapieanliegen muss so modifiziert und konkretisiert werden, dass sie mit (a) positiven Gefühlen verbunden sind, die die Energie für das Verfolgen des Zieles liefern, und sich (b) in konkrete Handlungen gliedern lassen, so dass Fortschritte auf dem Weg zum Ziel erfahrbar werden.

Schmerz-Patienten. Schmerz-Patienten haben im Vergleich zu seelisch Gesunden zum Zeitpunkt des Therapiebeginns wesentlich weniger Bindungen an Lebensziele, die Wirksamkeitserfahrungen vermitteln. Sowohl auf der Ebene der langfristigen als auch auf der mittelfristigen Ziele streben sie mehr danach, harmonische Beziehungen zu anderen Menschen zu haben, als danach die Effektivität ihres eigenen Handelns in der Auseinandersetzung mit der sozialen und materiellen Umwelt zu erfahren. Für seelisch Gesunde lässt sich allerdings zeigen, dass eine höhere langfristige Agency-Orientierung mit höherer seelischer Gesundheit und mit mehr Selbstaktualisierung korreliert. Wirksamkeitsorientierte Personen verfügen ausserdem über effektivere Selbstregulationsstrategien (Pöhlmann, in press). Die starke Gemeinschaftsorientierung der Schmerz-Patienten beeinträchtigt also möglicherweise ihre Fähigkeiten, Anforderungen effektiv zu bewältigen.

Die naiven Therapieziele der Schmerz-Patienten sind vor allem störungsbezogene Gesundheitsziele (s. auch Berking, Jacobi & Masuhr, in diesem Band). Die Realisierung des Zieles wird nicht als schwierig empfunden und ist eindeutig positiv aktiviert. Kritisch ist lediglich die niedrige Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Patienten. Auffallend an der Zielkonstellation von Schmerz-Patienten ist, dass sie relativ „einfache“ Therapieziele verfolgen, aber nur wenige oder zumindest einseitige Bindungen an langfristige Lebensziele haben. Für Schmerz-Patienten stellt sich daher die Aufgabe zu klären, welche langfristigen Lebensziele sie verfolgen

wollen, nachdem sie ihr Therapieziel „Schmerzreduktion“ erreicht haben werden.

Die Ergebnisse einer differenzierten grundlagenorientierten Zieldiagnostik, die abbildet, was Psychosomatik- und Schmerz-Patienten mittel- und langfristig erreichen wollen, und wie sie ihre Ziele verfolgen, geben erste Hinweise auf differenzielle Zielkonstellationen für verschiedene Störungsbilder. Allerdings handelt es sich bei den Psychosomatik-Patienten um eine heterogene Gruppe, innerhalb derer eine weitere Differenzierung nach Störungsbildern sinnvoll wäre. Insgesamt ist die Konzeptualisierung von Therapiezielen als mittelfristige persönliche Zielen jedoch ein innovativer und vielversprechender Ansatz für das Anwendungsfeld Psychotherapie.

Literatur

- Bakan, D. (1966). The duality of human existence. An essay on psychology and religion. Chicago: Rand Mc Nally.
- Bandura, A. (1989). Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In L.A. Pervin (Ed.), Goal concepts in personality and social psychology (pp. 19-85). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Baumeister, R.F. (1986). Identity. Cultural change and the struggle for self. New York: Oxford University Press.
- Baumeister, R.F. (1989). The problem of life's meaning. In D.M. Buss & N. Cantor (Eds.), Personality psychology. Recent trends and emerging directions (pp. 138-148). New York: Springer.
- Baumeister, R.F. (1991). Meanings of life. New York: Guilford Press.
- Berking, M. Jacobi, C. & Masuhr, O. (in Druck). Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis.
- Brickman, P. (1987). Commitment, conflict and caring. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, New Jersey.
- Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology, 65, 1061-1070.
- Cantor, N. & Kihlstrom, J.F. (1987). Personality and social intelligence. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Cantor, N. & Zirkel, S. (1990). Personality, cognition and purposive behavior. In L.A. Pervin (Ed.), Handbook of personality theory and research (pp. 135-164). New York: Guilford Press.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1990b). Principles of self-regulation: Action and emotion. In E.T. Higgins & R.M. Sorrentino (Eds.), Handbook of motivation and cognition. Foundations of social behavior, Vol. 2 (pp. 3-52). New York: Guil-

ford Press.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), Nebraska symposium on motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation (pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

Emmons, R.A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1058-1068.

Emmons, R.A. (1989). The personal striving approach to personality. In L.A. Pervin (Ed.), Goal concepts in personality and social psychology (pp. 87-126). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Emmons, R.A. (1996). Striving and feeling: Personal goals and subjective well-being. In J.A. Bargh & P.M. Gollwitzer (Eds.), The psychology of action: Linking motivation to cognition and behavior (pp. 313-337). New York: Guilford Press.

Ford, D.H. (1987). Humans as self-constructing living systems: A developmental perspective on behavior and personality. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Ford, M.E. & Nichols, C.W. (1991). Using goal assessments to identify motivational patterns and facilitate behavioral regulations and achievement. Advances in Motivation and Achievement, 7, 51-84.

Gerbershagen, H.U. (1995). Das Mainzer Stadienkonzept des Schmerzes: Eine Standortbestimmung. In D. Klingler, R. Morawetz, U. Thoden & M. Zimmermann(Hrsg.), Antidepressiva als Analgetika (S. 71-95) Wien: Arachne.

Grosse-Holtforth, M. (in Druck). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen?
– Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für

Therapieziele (BIT). . Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis.

- Grosse-Holtforth, M. & Grawe, K. (in press). Bernese inventory of treatment goals (BIT), Part 1: Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes (BIT-T). Psychotherapy Research.
- Grosse-Holtforth, M. & Grawe, K. (in Druck). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1991). Beck-Depressions-Inventar. Testhandbuch. Bern: Huber.
- Heuft, G., Senf, W., Janssen, P.L., Lamprecht, F. & Meermann, R. (1995). Praktikabilitätsstudie zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 45, 303-309.
- Heuft, G., Senf, W., Wagener, R., Pintelon, C. & Lorenzen, J. (1996). Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutensicht. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 44, 186-199.
- Holahan, C.K. (1988). Relation of life goals at age 70 to activity participation and health and psychological well-being among Terman's gifted men and women. Psychology and Aging, 3, 286-291.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis (2. überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Karoly, P. (1993). Goal systems: An organizing framework for clinical assessment and treatment planning. Psychological Assessment, 5, 273-280.

- Karoly, P. (in press). A self regulatory/goal systems perspective. In H. Arkowitz (Ed.), Why don't people change?: New perspectives on resistance and noncompliance. New York: Guilford Press.
- Karoly, P. & Lecci, L. (1993). Hypochondriasis and somatization in college women: A personal projects analysis. Health Psychology, 12, 103-109.
- Karoly, P. & Ruhlman, L.S. (1995). Goal cognition and its clinical implications: Development and preliminary validation of four motivational assessment instruments. Assessment, 2, 113-129.
- Kasser, T. & Ryan, R.M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. Journal of Personality and Social Psychology, 65, 410-422.
- Kasser, T. & Ryan, R.M. (1996). Further examining the American dream. Personality and Social Psychology Bulletin, 22, 63-73.
- Kiresuk, T.J. (1973). Goal attainment scaling at a county mental health service. Evaluation, 1, 12-18.
- Klinger, E. (1977). Meaning and void: Inner experience and incentives in people's lives. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kraak, B. & Nord-Rüdiger, D. (1989). Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit. Göttingen: Hogrefe.
- Lecci, L., Karoly, P., Briggs, C. & Kuhn, K. (1994). Specificity and generality of motivational components in depression: A personal projects analysis. Journal of Abnormal Psychology, 103, 404-408.
- Lecci, L., Karoly, P., Ruhlman, L.S. & Lanyon, R.J. (1996). Goal-relevant dimensions of hypochondriacal tendencies and their relation to symptom manifestation and psychological distress. Journal of Abnormal Psychology, 105, 42-52.
- Little, B.R. (1983). Personal projects: A rationale and methods for investigation.

Environment and Behavior, 15, 273-309.

Little, B.R. (1987). Personal projects analysis: A new methodology for counselling psychology. Natcon, 13, 591-614.

Little, B.R. (1989). Personal projects analysis: Trivial pursuits, magnificent obsessions, and the search for coherence. In D.M. Buss & N. Cantor (Eds.), Personality psychology: Recent trends and emerging directions (pp. 15-31). New York: Springer.

Michalak, J., Heidenreich, T. & Hoyer, J. (in Druck). Konflikte zwischen Patientenzielen - Konzepte, Ergebnisse und Konsequenzen für die Therapie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis.

Michalos, A.C. (1980). Satisfaction and happiness. Social Indicators Research, 8, 385-422.

Nurmi, J.-E. (1991). How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning. Developmental Review, 11, 1-59.

Pervin, L.A. (1983). The stasis and flow of behavior: Toward a theory of goals. In M.M. Page (Ed.), Nebraska symposium on motivation (pp. 1-53). Lincoln: University of Nebraska Press.

Pervin, L.A. (1989). Goal concepts in personality and social psychology: A historical introduction. In L.A. Pervin (Ed.), Goal concepts in personality and social psychology (pp. 4-17). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Pervin, L.A. (1991). Self-regulation and the problem of volition. In M.L. Maehr & P.R. Pintrich (Eds.), Advances in motivation and achievement, Vol. 7, 1-20, Greenwich, CT: JAI Press.

Pöhlmann, K. (1999a). Die Entwicklung von Zielsystemen und ihre Veränderung durch Interventionen: Persönliche Ziele von seelisch Gesunden und Psychotherapieklientinnen. Universität Erlangen-Nürnberg: Unveröffentlichte Habilitation.

tationsschrift.

- Pöhlmann, K. (1999b). Die Goals System Assessment Battery (GSAB-D): Erste Befunde zur Faktorenstruktur und Reliabilität der deutschen Version. Memorandum Nr. ????. Universität Erlangen-Nürnberg: Institut für Psychologie.
- Pöhlmann K. (in press). Communion and agency-orientation in life goals: Its impact on goal pursuit strategies and psychological well-being. In P. Schmuck K.M. Sheldon (Eds.) Life goals and well-being. Towards a positive psychology of human striving. Göttingen: Hogrefe.
- Pöhlmann, K. & Brunstein, J.C. (1997). GOALS: Ein Fragebogen zur Messung von Lebenszielen. Diagnostica, 43, 63-79.
- Reinecker, H. (1983). Grundlagen und Kriterien verhaltenstherapeutischer Forschung. Salzburg: AVM.
- Robbins, S., Lee, R. & Wan, T. (1994). Goal continuity as a mediator of early retirement adjustment: Testing a multidimensional model. Journal of Counselling Psychology, 41, 1118-1126.
- Röhrle, B., Hedke, J. & Leibold, S. (1994). Persönliche Projekte zur Herstellung und Pflege sozialer Beziehungen bei depressiven Patienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23, 43-51.
- Ruehlman, L.S. (1985). Depression and affective meaning for current concerns. Cognitive Therapy and Research, 9, 553-560.
- Salmela-Aro, K. (1992). Struggling with self: The personal projects of students seeking psychological counselling. Scandinavian Journal of Psychology, 33, 330-338.
- Sheldon, M.K. & Emmons, R.A. (1995). Comparing differentiation and integration within personal goal systems. Person. individ. Diff., 18, 39-46.
- Sheldon, M.K. & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of

personality integration. Journal of Personality and Social Psychology, 68, 531- 543.

Wadsworth, M. & Ford, D.H. (1983). Assessment of personal goal hierarchies. Journal of Counseling Psychology, 39, 514-526.

Wessman, A.E. & Ricks, D.F. (1966). Mood and personality. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Winter, D.G. (1991). Measuring personality at a distance: Development of an integrated system for scoring motives in running text. In A.J. Stewart, J.M. Healy & D. Ozer (Eds.), Perspectives in Personality (pp. 59-89). London: Kingsley.

Tabelle 1

Beispiele für mittelfristige Ziele und Therapieziele von Psychosomatik- und Schmerz-Patienten

Psychosomatik-Stichprobe: Proband 32058

Mittelfristige Ziele:

- Selbstakzeptanz (PW)
- Selbstliebe (PW)
- Selbstbewusstsein (PW)
- zu mir finden und zu dem Gefundenen stehen können (PW)
- mit mir ins Reine kommen (PW)
- zufrieden mit mir und meinem Leben sein (PW)
- inneren Frieden finden (PW)

Therapieziel:

Kraft finden/Voraussetzungen schaffen, um Ziele erreichen zu können (PW)

Schmerz-Stichprobe: Proband 76057

Mittelfristige Ziele:

- Ich möchte mich gesünder ernähren (G)
- Ich möchte lernen, mich besser durchzusetzen (PW)
- Ich möchte bessere Arbeitsgewohnheiten entwickeln (B)
- Ich möchte meine innere Ruhe wiederfinden (PW)
- Ich möchte mal wieder Freude am Leben haben (PW)

Therapieziel:

- Die Schlafstörungen und einen Teil der Schmerzen los werden (G)
- Die Kratzanfänge geringer werden (G)

B = Beruf, G = Gesundheit, PW = persönliches Wachstum

Tabelle 2

Topographische und strukturelle Merkmale des wichtigsten Ziels von seelisch Gesunden und des Therapieziels der Psychosomatik-Patienten

	Seelisch Gesunde (N = 600)		Psychosomatik- Patienten (N = 72)		t	p
	M	SD	M	SD		
<u>Topographische Merkmale</u>						
Entfernung v. Ziel	2.6	1.0	1.7	0.8	-7.67	.000
Handlungsaufwand (%)	61.9	25.8	75.0	26.4	-3.91	.000
Schwierigkeit	3.5	0.9	3.9	0.8	3.40	.001
<u>Strukturelle Merkmale</u>						
Konflikt	2.1	1.2	2.2	1.1		n.s.

Tabelle 3

Topographische und strukturelle Merkmale des wichtigsten Ziels von seelisch Gesunden und des Therapieziels der Schmerz-Patienten

	Seelisch Gesunde (N = 600)		Schmerz- Patienten (N = 50)		t	p
	M	SD	M	SD		
<u>Topographische Merkmale</u>						
Entfernung v. Ziel	2.6	1.0	1.7	0.9	-6.68	.000
Handlungsaufwand (%)	61.9	25.8	78.0	22.0	4.71	.000
Schwierigkeit	3.5	0.9	3.5	0.9		n.s.
<u>Strukturelle Merkmale</u>						
Konflikt	2.1	1.2	2.7	1.1	2.87	.004

Tabelle 4

Selbstregulationsprozesse bei der Verfolgung des wichtigsten Ziels (seelisch Gesunde) und des Therapieziels (Psychosomatik-Patienten)

	Seelisch Gesunde (N = 600)		Psychosomatik- Patienten (N = 72)		t	p
	M	SD	M	SD		
<u>Richtung</u>						
Wert	4.6	0.6	4.5	0.7		n.s.
Selbstwirksamkeit	4.0	0.7	3.1	1.0	-7.39	.000
<u>Regulation</u>						
Soz. Vergleich	2.3	1.0	2.6	1.0	2.10	.036
Selbstaufmerksamk.	3.4	0.8	3.1	0.9	-2.42	.016
<u>Kontrolle</u>						
Planung &						
Stimuluskontrolle	3.3	0.9	3.0	0.8	-2.07	.038
Selbstkritik	3.2	1.0	3.5	1.1	2.74	.006
Selbstbelohnung	2.9	1.1	2.5	1.0	-2.31	.022
<u>Aktivierung</u>						
Pos. Aktivierung	3.5	0.9	2.9	1.0	-4.70	.000
Neg. Aktivierung	2.5	1.0	3.5	1.0	7.95	.000

Tabelle 5

Selbstregulationsprozesse bei der Verfolgung des wichtigsten Ziels (seelisch Gesunde) und des Therapieziels (Schmerz-Patienten)

	Seelisch		Schmerz		t	p
	Gesunde (N = 600)		Patienten (N = 50)			
	M	SD	M	SD		
<u>Richtung</u>						
Wert	4.6	0.6	4.7	0.5		n.s.
Selbstwirksamkeit	4.0	0.7	3.6	0.7	-3.58	.000
<u>Regulation</u>						
Soz. Vergleich	2.3	1.0	2.3	1.1		n.s.
Selbstaufmerksamk.	3.4	0.8	3.8	1.7		n.s.
<u>Kontrolle</u>						
Planung &						
Stimuluskontrolle	3.3	0.9	3.7	0.9	2.94	.003
Selbstkritik	3.2	1.0	3.3	1.0		n.s.
Selbstbelohnung	2.9	1.1	3.3	0.9	2.93	.003
<u>Aktivierung</u>						
Pos. Aktivierung	3.5	0.9	3.5	0.8		n.s.
Neg. Aktivierung	2.5	1.0	2.7	1.1		n.s.

Abbildung 1

Langfristige Wichtigkeit der Lebensziele für seelisch Gesunde, Psychosomatik-Patienten und Schmerz-Patienten

Abbildung 2

Aktuelle Fortschritte beim Erreichen von Lebenszielen für seelisch Gesunde,

Psychosomatik-Patienten und Schmerz-Patienten

Abbildung 3

Lebensbereiche, in denen mittelfristige persönliche Ziele realisiert werden

Abbildung 4

Lebensbereiche, in denen wichtigste Ziele und Therapieziele realisiert werden

Priv.-Doz. Dr. Karin Pöhlmann ist Oberassistentin am Institut für Psychologie der Universität Erlangen-Nürnberg. Arbeitsschwerpunkte: Zielforschung, Veränderungsprozesse in der Psychotherapie, Selbstregulation, Identitätsentwicklung, Bewältigung chronischer Erkrankungen

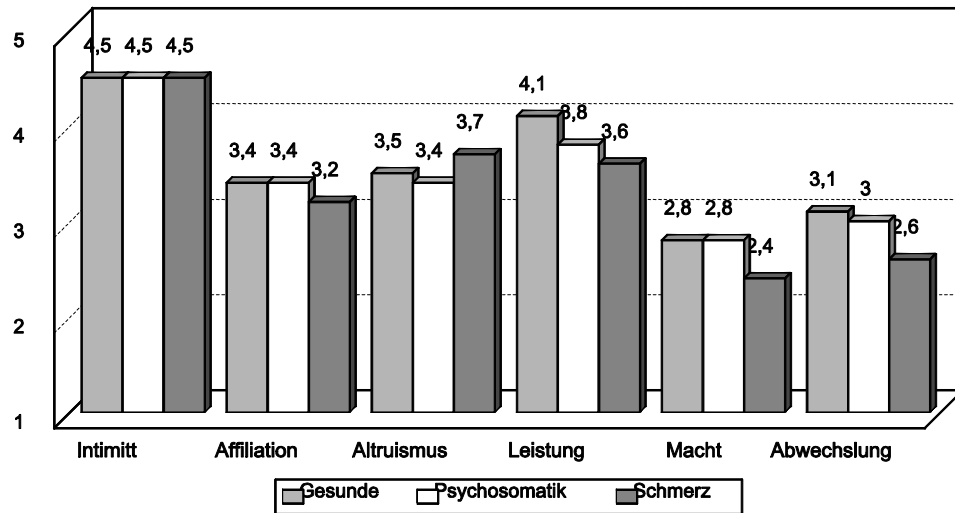
Prof. Dr. Peter Joraschky ist Direktor der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Psychodynamische Konzepte der Angststörungen, Psychotherapieforschung, Paar und Familiendiagnostik und -therapie

Dr. Katja Petrowski ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung in der Partnerschaft, Ehezufriedenheit, Paartherapie.

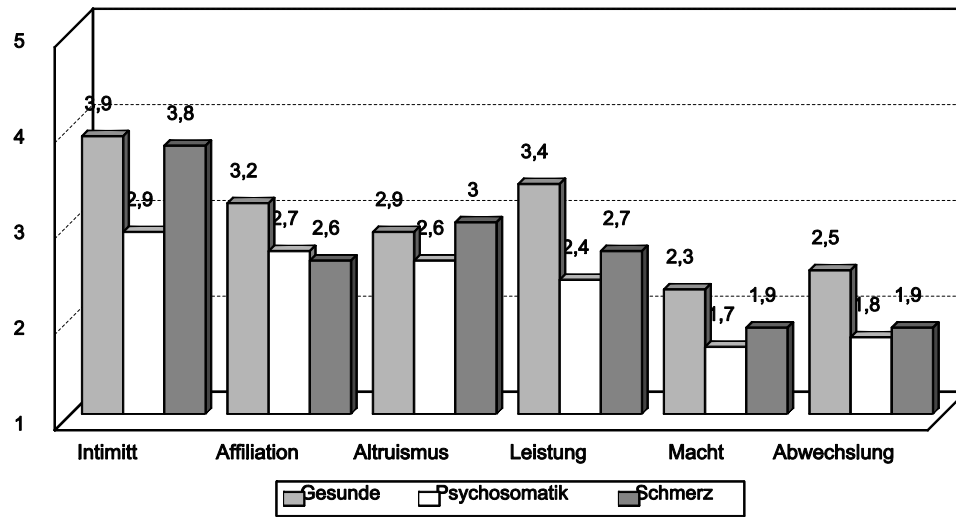
Dr. Bernhard Arnold ist Leiter der Abteilung für Schmerztherapie der Kreiskliniken Dachau-Indersdorf. Arbeitsschwerpunkte: Konzeptentwicklung in der multimodalen teilstationären Schmerztherapie.

Dipl.-Psych. Thomas Rausch ist Mitarbeiter der Abteilung für Schmerztherapie der Kreiskliniken Dachau-Indersdorf. Arbeitsschwerpunkte: Konzeptentwicklung in der multimodalen teilstationären Schmerztherapie.

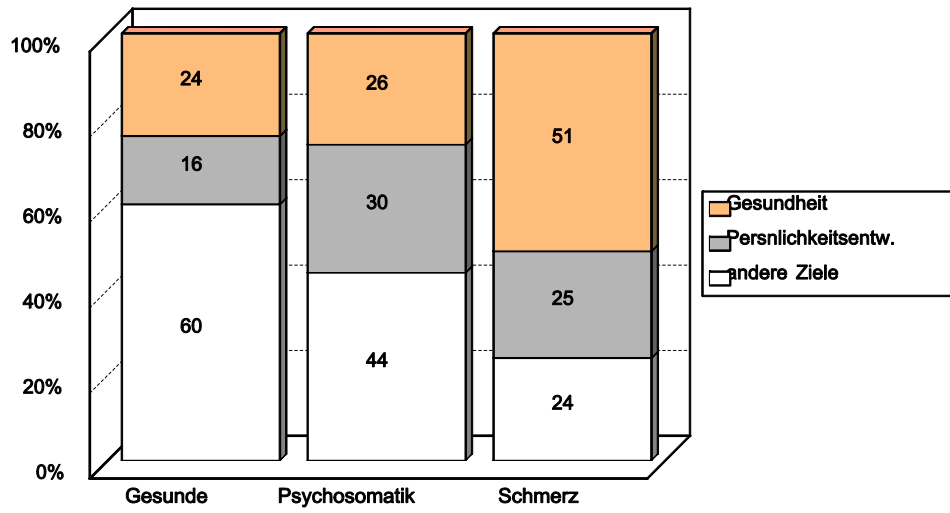
Lebensziele: Wichtigkeit



Lebensziele: Erfolg



mittelfristige Ziele



wichtigste Ziele - Therapieziele

