

Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psycho-sozialen Fallarbeit

Helmut Pauls
Michael Reicherts

Helmut Pauls und Michael Reicherts

Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psycho-sozialen Fallarbeit

Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Helmut Pauls und Michael Reicherts
Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psycho-sozialen Fallarbeit

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe:
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Coburg: ZKS-Verlag
Alle Rechte vorbehalten
© 2010 ZKS-Verlag
Cover-Design: Leon Reicherts
ISBN 978-3-934247-32-1

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
Mönchswiesenweg 12 A
96479 Weitransdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de
www.zks-verlag.de
Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSEG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

Die Autoren:

Prof. Dr. Helmut Pauls, Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, Professor für Klinische Sozialarbeit, Handlungslehre der Sozialarbeit und Psychologie an der Hochschule Coburg, Leiter des Masterstudienganges Klinische Sozialarbeit.

Prof. Dr. Michael Reicherts, Diplom-Betriebswirt, Diplom-Psychologe, Gesundheitspsychologe FSP, Professor für Psychologie Clinique an der Universität Fribourg / Schweiz.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8
1. Zielsetzung und Relevanz des Verfahrens	9
2. Funktionen der Zielerreichungsanalyse	13
3. Zielorientierung in verschiedenen Beratungs- und Therapieansätzen	16
4. Kontexte der Anwendung	20
5. Zielbereiche und Arten von Zielen	30
6. Durchführung der ZEA	32
7. Auswertung und Interpretation der ZEA	40
8. Beispiele zum Einsatz der ZEA in der psychosozialen Fallarbeit	44
9. Literatur.....	52
Anhang.....	57

Vorwort

In diesem Band der Schriftenreihe zur Psychosozialen Gesundheit entwickeln Helmut Pauls und Michael Reicherts das Konzept einer Zielerreichungsanalyse (ZEA). Das Konzept wird sehr differenziert dargelegt und durch viele Beispiele belegt. Ausgehend von der Forderung des empirischen Nachweises der Effektivität der eingesetzten beratenden, unterstützenden bzw. therapeutischen Maßnahmen durch die Kostenträger wird ein Modell vorgestellt, das einerseits eine exakte Messung von Ist- und Sollzustand realisiert, das andererseits aber nicht einem reinen Expertenmodell verpflichtet ist. Durch partizipative Elemente kann der Klient selbst im Diskurs mit dem Professionellen eine Einschätzung seiner Situation sowie den Grad der Zielerreichung vornehmen.

Die Autoren zeigen, dass aktuell auch humanistische und prozessorientierte Sichtweisen die Definition von Zielen sowie die Messung der Zielerreichung in ihr Selbstverständnis integriert haben. Damit hat sich die Situation im Vergleich zu den Gründerjahren humanistischer Ansätze durchaus gewandelt. Eine traditionelle, stark ethisch motivierte Ablehnung von Messverfahren ist einer reflektierten Integration gewichen.

Durch die subjektive Einschätzung, die die Zielerreichung durch die Klienten erfährt, ist deren Subjektstatus gewahrt. Gleichzeitig entfaltet das Konzept der Zielerreichungsanalyse therapeutische Potenz, indem es den Klienten motiviert, sich differenzierter mit seiner Situation auseinanderzusetzen, Ziele verschiedener Lebensdimension möglichst genau zu benennen und auch den Grad der eigenen Zielerreichung einzuschätzen.

Das Verfahren wird leicht verständlich dargestellt und damit für die eigene Praxis nachvollziehbar. Es soll zur Professionalisierung beitragen – gerade in Arbeitsbereichen, deren gesellschaftlicher Wert aufgrund fehlender Kriterien zur Feststellung des Erreichten oft nicht die angemessene Wertschätzung erfährt.

Prof. Dr. Anton Schlittmaier

1. Zielsetzung und Relevanz des Verfahrens

Psycho-soziale Fallarbeit umfasst ein breites Spektrum von Interventionsformen, die von verschiedenen Disziplinen in unterschiedlichen Settings und mit unterschiedlichen theoretischen Ansätzen und praktischen Methoden durchgeführt werden. Zu nennen sind:

- *Psycho-soziale Beratung*, die auf Klärung von Konflikten, auf Ressourcenaktivierung sowie Problemlösungs- und Handlungshilfe gerichtet ist. Sie wird von unterschiedlichen Professionen durchgeführt, insbesondere von Sozialarbeitern bzw. Klinischen Sozialarbeitern, Pädagogen, Psychologen und Psychotherapeuten, aber auch Angehörigen von neuen Gesundheitsberufen wie Ergotherapeuten und Fachpflegekräften.
- *Case- bzw. Fallmanagement, Einzelfallhilfe und Hilfeplanung* in personbezogener Unterstützung.
- *Soziale Therapie* (bzw. *Soziotherapie*) – insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Versorgung und der Rehabilitation. Sie ist nicht ausschließlich, aber primär ein Teilgebiet der Klinischen Sozialarbeit, der psychiatrischen Fachpflege, der Klinischen Psychologie und der Psychiatrie. Dazu gehören auch *Förderung und Training* psycho-sozialer Kompetenzen und von Grundfunktionen der Selbständigkeit sowie *Begleitung und Betreuung*. Letztere umfasst eine Reihe von Interventionen und Handlungen, wie z.B. Unterstützen und Motivieren, in Alltagsfragen zur Seite stehen, bei persönlichen Problemen und bei Auseinandersetzungen mit Familienmitgliedern oder Mitbewohnern helfen. Die psycho-soziale Fallarbeit im Rahmen Sozialer Therapie und Beratung ist in besonderem Maße durch *Netzwerkinterventionen* und *soziale Unterstützungsinterventionen* gekennzeichnet, sowie durch aufsuchende psycho-soziale Interventionen im Lebensfeld.
- *Krisenintervention* ist ebenfalls eine interdisziplinäre Aufgabe und umfasst sowohl personbezogene als auch umfeldbezogene Hilfen, die sich methodisch größtenteils der Mittel der Beratung, Psychotherapie, sozialen Unterstützung und Netzwerkarbeit bedienen.
- *Psychotherapie* als weitere zentrale Grundform psycho-sozialer Behandlung ist nach den bundesdeutschen Regelungen bisher bei Erwachsenen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie vorbehalten, bei Kindern und Jugendlichen sind Sozialpädagogik und Pädagogik ebenfalls zu-

gangsberechtigte Disziplinen. In der beruflichen Wirklichkeit in Deutschland sind psychotherapeutische Methoden im Rahmen von psychosozialer Beratung in vielfältigen Settings Bestandteil der (Klinischen) Sozialarbeit, insbesondere in Einrichtungen der Suchtbehandlung, ambulanten Beratungsstellen (z.B. Erziehungs-, Lebens-, Partner-, Familien- und Sexualberatungsstellen), sozialpsychiatrischen Diensten und psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken sowie Rehabilitationskliniken.

In wachsendem Maße wird von verschiedenen Kostenträgern eine empirische Überprüfung der Effektivität der Fallarbeit in den genannten Bereichen eingefordert; zunehmend auch von einer wachsenden Zahl kommunaler Sozialer Dienste und Jugendämter. Hierzu werden *evidenzbasierte Verfahren* benötigt, die es erlauben, die Resultate der interdisziplinären und theoretisch wie methodisch hochgradig diversifizierten Fallarbeit praxisnah und konkret zu erfassen und zu bewerten. Hierbei ist die Erarbeitung von konkreten Veränderungszielen, die Erfassung und Steuerung des Prozesses der Zielerreichung im Verlaufe der Interventionen und die abschließende Evaluation von zentraler Bedeutung, ja unverzichtbar. Auf diesen Bedarf eines breiten Spektrums der Praxis psycho-sozialer Fallarbeit antworten wir mit dem hier vorgestellten Verfahren einer systematischen, interdisziplinär einsetzbaren und schulenunabhängigen Zielerreichungsanalyse (ZEA).

Eine Methode mit dem Namen "*Goal Attainment Scaling (GAS)*" wurde erstmals von Kieresuk und Sherman (1968; siehe auch Kieresuk, Smith & Cardillo, 1968) publiziert. Seitdem ist hierzu eine grosse Zahl von Veröffentlichungen erschienen. Nach Green und Herget (1989) wurde GAS bereits bis zu diesem Zeitpunkt in mehr als 800 Settings (Einsatzgebieten) psychologischer Forschung und Praxiskontrolle eingesetzt. Zu der ursprünglichen Methode wurden Varianten vorgeschlagen, z.B. das *Goal Attainment Rating Program* von Ellis und Mumpower (1975). Eine ähnliche, jedoch nicht davon abgeleitete Technik ist die von Shapiro, Caplan, Rohde und Watson entwickelte Technik des "*Personal Questionnaire*" (Shapiro et al., 1975). Die hier von uns vorgestellte Methode orientiert sich an der vereinfachten Vorgehensweise des Goal Attainment Scaling nach Romney (1976).

Wir haben die Vorgehensweise in den 1990er Jahren entwickelt und in einer Reihe von Einsatzgebieten erprobt: in der Therapie- und Beratungsausbildung, in der psychotherapeutischen Arbeit, in Beratungskontexten der Klinischen Sozialarbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien (Jugendhilfe) und in einer heilpädagogischen Einrichtung. In einer evidenzbasierten Evaluationsstudie zur Gestalttherapie wurde sie schließlich auch in der Therapie-

forschung erfolgreich eingesetzt (Pauls & Reicherts, 1999). Der Ansatz ist in der von uns vorgeschlagenen Adaptation als „Ziel-Erreichungs-Analyse (ZE-A)“ auch in die Instrumenten-Batterie zur Gesprächspsychotherapie und Gesprächsführung (Pauls & Reicherts, 2001; in Tscheulin, 2001) aufgenommen worden.

Von Lutz und Kollegen (Lutz, Fegert, Batelworth & Stiller, 2006) wurde eine ähnliche Version – dort neben individuellen Zielerarbeitungen auch kombiniert mit “standardisierten“ sozialen Kompetenzziele – in einer Untersuchung zur individuellen Erfassung pädagogischer Ziele in der Jugendhilfe erfolgreich eingesetzt. Andere Varianten schlagen vorformulierte Zielinventare mit Bereichen und Items vor (z.B. Braaten, 1989) oder akzentuieren stärker den Interventionscharakter der Methode. So entwickelten Ng und Tsang (2002) ein Zielerreichungs-Programm, das nicht nur diagnostische und evaluative Funktionen hat, sondern schwer psychisch kranken Menschen ausdrücklich die Formulierung realistischer Lebensziele ermöglichen soll.

Zielbezogene Diagnostik in der psycho-sozialen Fallarbeit bemüht sich um die Bestimmung bzw. Erfassung konkreter Veränderungsziele und deren prozessbegleitende Analyse. Die Zielerreichungsanalyse ist ein Verfahren interventionsorientierter Diagnostik und der (Einzelfall-)Evaluation und Qualitätssicherung. Es handelt sich um ein prinzipiell partizipatives Verfahren, da die Dimensionen der Zielerreichung und Evaluation nicht vorgegeben, sondern kooperativ mit den Klienten erarbeitet und vereinbart werden. Die Einschätzung der Erreichung der qualitativen Ziele des Klienten wird ergänzt durch die quantifizierende Abschätzung des prozentualen Grades der Zielerreichung. Dadurch eignet sich das Verfahren sowohl zur inhaltlichen Fundierung und Steuerung des Interventionsprozesses als auch zur (aggregierbaren) qualitativen und quantitativen Einzelfall-Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung – sowie zu Forschungszwecken. Oder mit anderen Worten: die Zielerreichungsanalyse als Bestandteil der Veränderungsarbeit ist eine interventionsorientierte, erlebens- und verhaltensnahe Diagnostik, die andere diagnostische Verfahren, wie z.B. die störungsorientierte oder klassifikatorische Diagnostik¹ sinnvoll ergänzt.

¹ In der klinischen Psychologie und Psychotherapie ermöglicht klassifikatorische Diagnostik (z. B. nach dem DSM oder ICD-10), die Symptome von Patienten einer Diagnose zuzuordnen (z. B. Alkoholismus; Bulimia nervosa; Borderline-Störung) und damit eine Suchrichtung für wichtige störungsspezifische Behandlungsentscheidungen und Vorgehensweisen zu erhalten. Interventionsrelevante störungsorientierte Diagnostik basiert auf theoretischen Annahmen und Befunden zu einer spezifischen psychischen Störung nach dem neuesten Stand der Forschung (z. B. bei Angst- und Panikstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Zwangssyndrom etc.).

Als interventions- und prozessbezogenes diagnostisches Verfahren dient die Zielerreichungsanalyse der adaptiven Indikationsstellung und bildet die Basis für die Verlaufskontrolle der Interventionen. Dabei soll sie auch Antworten auf folgende Fragen liefern:

- Welche Ziele hat der Klient? Stimmt er den vereinbarten Interventionszielen zu?
- Profitiert er von der laufenden Intervention?
- Ist er mit Maßnahmen unzufrieden?
- Arbeitet er an der Klärung seiner Probleme?
- Vermeidet er die Konfrontation mit Problemaspekten oder Anforderungen?

Nur durch prozessdiagnostische Informationen erhält die Fachkraft Hinweise zu Wirkungskontrolle, Steuerung und Anpassung ihrer Interventionen, der Klient eine explizite Mitwirkungsmöglichkeit bei der Planung, Durchführung und Bewertung der Hilfe.

2. Funktionen der Zielerreichungsanalyse

Die Funktionen von Zielerarbeitung und Zielerreichungsanalyse lassen sich auf zwei Achsen beschreiben: zum einen im Hinblick auf ihre psychologischen Funktionen, zum zweiten im Hinblick auf methodische und sachlogische Funktionen.

2.1. Psychologische Funktionen: Hoffnung, Aktivierung, Motivation, Commitment und Selbstverantwortung („hope-work“)

Menschen handeln sinn- und zielorientiert, sie tun etwas, wenn sie dafür einen Grund sehen und ein Ziel vor Augen haben. Viele Klienten und Patienten mit Bedarf an psychosozialer Unterstützung, Beratung und Therapie erleben jedoch Hilflosigkeit und fühlen sich demoralisiert (Frank, 1961). In einem allgemeinen Sinne haben sie wichtige Qualitäten ihrer Lebensorientierung verloren: Gesundheit, Autonomie, Orientierung, ein Gefühl für persönliche Gestaltungskraft und Wirkung, Kontrolle über das eigene Leben. Ohne Ziele gibt es keine Hoffnung. Sie sind unverzichtbare Voraussetzung für aktives Tun, Leistung, Befriedigung und Erfolg, oder, wie Locke, Shaw, Saari und Latham (1981, 145) feststellen: „The beneficial effect of goal setting on task performance is one of the most robust and replicable findings in the psychological literature.“ Die Bestimmung von persönlich bedeutsamen Zielen stimuliert die Motivation des Klienten für die Arbeitsbeziehung, indem sie seine Wünsche, Ansprüche und Hoffnungen anspricht und indem sie mit Respekt und Anerkennung seine Kompetenzen, seine Selbstverantwortung und seine Mitarbeit ermöglicht. Der durch die Fachkraft in wertschätzender und einführender Weise geleitete Prozess der Zielfindung, der Antizipation, Konkretisierung und Konsensbildung hat für Klienten Modellcharakter. Mit Interesse, Verbindlichkeit und Kooperationsbereitschaft wird die persönliche Problematik und schwierige Lebenssituation des Klienten ernst genommen, untersucht und dabei transzendiert, indem in gemeinsamer Arbeit Ziele und Schritte zu ihrer Erreichung bestimmt werden. Dazu wird Bezug genommen auf Wünsche und Ansprüche, Kompetenzen, Zuversicht, Ressourcen und soziale Gelegenheiten. Das „Defizit“ oder „Problem“ wird dadurch zum Ausgangspunkt für die Bewusstwerdung der eigenen Handlungsmöglichkeiten und zur Plattform für die Erfahrung der eigenen Stärken, für Verstehen, Handeln und Sinnerfahrung durch partizipative Beteiligung in einem salutogenetischen Veränderungsprozess (Antonovsky, 1997).

Ng (1999) stellt ein Vier-Phasenmodell für die Anwendung seines Zielerreichungs-Programms vor, das nicht nur diagnostische und evaluative Funktionen hat, sondern ausdrücklich entwickelt wurde, um psychisch schwer kranken Menschen die Formulierung realistischer Lebensziele und damit Hoffnung zu ermöglichen (Ng & Tsang, 2002).

2.2 Methodische und aufgabenorientierte Funktionen: Kooperation, Strukturierung und Antizipation

Die funktionale Einbettung und Wirkungsweise der Methode der Zielerreichungsanalyse fördert insgesamt ein handlungsorientiertes Verständnis von veränderungsorientiertem Vorgehen, das den meisten Klienten unmittelbar einleuchtet. Dabei sind einige Aspekte besonders hervorzuheben:

- *Erarbeitung und kooperative Zielvereinbarung:* Mit ihrem kooperativen Prozess zwischen Fachkraft und Klient zeigt die ZEA auf verschiedenen Ebenen in den Phasen des Interventionsprozesses hilfreiche Wirkungen. Grundsätzlich fördert sie, dass Klient und Helfer/Behandler sich auf wesentliche Zielsetzungen des Klienten konzentrieren, indem sie klare Vorgaben für das Vorgehen bereit stellt: es geht für beide um zu erarbeitende *Ziele*, die Entwicklung und Vereinbarung zielbezogener Vorgehensweisen (*Contracting*) und um die Verständigung über Kriterien zur *Bewertung* der Zielerreichung.
- *Strukturierung, Steuerung und Verlaufskontrolle:* Das Verfahren gibt eine Struktur und einen Bezugsrahmen für die Interventionen, ohne die Wahl bestimmter Interventionsformen von vornherein einzuschränken oder festzulegen. Sie erlaubt die einzelfallbezogene Steuerung, indem sie prozessbezogen das Machbare auslotet und immer wieder das Realistische und das optimal Erreichbare fokussiert. Die in der ZEA festgelegten Ziele stellen auch ein Korrektiv für beide Seiten im Verlaufe der Maßnahme dar, indem immer wieder die Rückbindung an die vereinbarten Ziele und die Prüfung des Grades ihrer Erreichung eingefordert werden.
- *Antizipation:* Die Erarbeitung von persönlich relevanten Zielen, die das Problemspektrum des Klienten repräsentieren und zugleich akzentuieren und strukturieren, bilden den Bezugspunkt für Erwartungen und den Entwurf (Planung) von Veränderungsschritten bzw. beraterischen und therapeutischen Strategien, einschliesslich des Beziehungsaufbaus. Dabei ist es für viele Klienten sehr bedeutsam, dass sie sich überhaupt mit einer rea-

listischen Antizipation ihrer Ziele auseinandersetzen, indem sie sie konkretisieren. Dies ist bereits ein wichtiger Teil des Beratungs- und Interventionsprozesses, der bereits zu Veränderungen beim Klienten führen kann. Auch in ihrer Standardanwendung ist die ZEA somit ein „reaktives“ Messverfahren, und kann damit selbst gewisse verändernde – auch „therapeutische“ – Effekte haben, da sie „Metakompetenzen“ stimuliert, wie Problemlösen, oder die Fähigkeit selbst Ziele zu setzen, zu akzentuieren und zu verfolgen. Dabei ist natürlich auch die Beratungskompetenz bzw. das Geschick der Gesprächsführung der Fachkraft gefordert.

3. Zielorientierung in verschiedenen Beratungs- und Therapieansätzen

Die Bestimmung und Erreichung von Therapiezielen ist ein zentrales Thema in der Psychotherapie und Beratung. Die ZEA bietet sich nicht nur für verhaltenstherapeutische und kognitive Interventionsansätze an (wo sie in der einen oder anderen Form zum Standardrepertoire gehört), sondern lässt sich ebenso gut in erlebensorientierte Therapieansätze integrieren, insbesondere solchen, die zielorientiert arbeiten, wie die zielorientierte Psychotherapie nach Sachse (1992) oder die prozessdirektive Psychotherapie nach Greenberg (2002; zum Überblick siehe Reicherts, 2011).

In der Verhaltenstherapie ist die Zielbestimmung und die Interventionsplanung hinsichtlich zielerreichender Schritte integraler Bestandteil der Verhaltensanalyse. So wurde auch die Zielerreichungsanalyse bisher ganz überwiegend in verhaltens- und kognitionstherapeutischen Studien verwendet. In den erfahrungs- bzw. erlebensorientierten Ansätzen von Psychotherapie und Beratung (Gesprächspsychotherapie und Gestaltpsychotherapie) wurde dagegen der Beziehungsprozess zwischen Therapeut und Patient zentral gestellt, nicht die Problemlösung und gezielte Veränderung konkreter (symptomatischer) Verhaltens- und Erlebensweisen. In seiner Persönlichkeitstheorie ist für Rogers (1987, 48) das menschliche Verhalten „...ein zielgerichteter Versuch des Organismus, seine erlebten Bedürfnisse nach Aktualisierung in der wahrgenommenen Realität zu befriedigen.“ Er formulierte explizite positive Zielbeschreibungen insbesondere im Hinblick auf Ziele (1) der Selbstverwirklichung und (2) der Selbstakzeptanz:

- (1) Offenheit für Erfahrung, Vertrauen in den eigenen Organismus, interner Ort der Selbstbewertung und „im-Prozess-Sein“;
- (2) das Aufgeben von Fassaden und des Bestrebens, Erwartungen anderer zu erfüllen und Ihnen gefallen zu wollen einerseits, hin zu Selbst-Steuerung, Zulassen eigener Komplexität, Selbstvertrauen und Akzeptanz anderer Personen andererseits (Rogers, 1961, 1987).

So ist die Analyse von positiven (Selbst-Entwicklungs-) Zielen, die der Klient / Patient in inkongruenter Weise anstrebt und für deren Erreichung er therapeutische Hilfe aufsucht, impliziter Bestandteil der klassischen gesprächstherapeutischen Konzeption. Nahezu tabu war jedoch lange Zeit bei beiden Ansätzen die explizite und operationale Bestimmung von mittel- und lang-

fristigen Veränderungszielen auf der Problem- oder Symptomebene. Das hat sich in neuerer Zeit geändert. In der Gesprächspsychotherapie wird heute sowohl eine genauere Diagnostik im Hinblick auf fundierte Indikationsentscheidungen und differentielle Therapieplanung eingefordert (z. B. Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006; Tscheulin 1996), als auch zielorientiertes Vorgehen in Bezug auf bestimmte Typen problematischer bzw. pathologischer Erlebensprozesse beschrieben (Sachse 1992, 1996). Auf der Basis der Analyse typischer Prozessschwierigkeiten von Klienten (wie z. B. ungünstige Problembearbeitungen oder Vermeidungsverhalten) werden zielbezogene Handlungsmöglichkeiten des Gesprächspsychotherapeuten vorgeschlagen. Die ZEA von Pauls und Reicherts (2001) wurde in das Repertoire der Evaluationsinstrumente des „Würzburger Leitfadens zur Verlauf- und Erfolgskontrolle Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie (WLF)“ (Tscheulin, 2001) als „spezielles Verfahren“ aufgenommen. Tscheulin weist der Zielorientierung in der Personenzentrierten Beratung und Psychotherapie damit eine ausdrückliche Bedeutung zu. Er fordert nach dem dritten Gespräch eine erste Zwischenanalyse zur Zielerreichung, indem der Therapeut bzw. Berater bisherige Informationen hinsichtlich der Ziele, Zielumsetzung, Ausführung und Bewertung ordnet.

In der Gestalttherapie war das explizite zielbezogene Arbeiten einerseits lange Zeit verpönt (Arbeit im „Hier und Jetzt“), andererseits jedoch immer schon Bestandteil des Vorgehens, allerdings beschränkt auf die einzelne Therapiesitzung oder darin ablaufende kürzere Therapieepisoden, die z. B. durch die Frage: „Woran wollen Sie heute arbeiten?“ eingeleitet wurden. Auch die sog. „Gestaltexperimente“ erfordern zwangsläufig ein zumindest implizit zielbezogenes Vorgehen, da diese therapeutischen Aufgaben vom Therapeuten in einer bestimmten Situation entwickelt und eingesetzt werden, um ein bestimmtes (Teil-)ziel zu erreichen (z. B. Steigerung der Awareness für eine körperliche Verspannung). Petzold betont die Notwendigkeit des integrativen Vorgehens einschliesslich Zielanalyse und zielorientierter Bewältigungshilfen in Therapie- und Beratungsprozessen (z. B. Petzold 1992; vgl. auch Rahm et al. 1993). Im diagnostischen Prozess hat für diese gestalttherapeutisch geprägte Schule die Therapiezielbestimmung einen wichtigen Stellenwert. Von Osten (1995, 214) werden in diesem Zusammenhang folgende Zielarten und Ebenen unterschieden:

- Metaziele: Bewusstseinsförderung, Aufbau des Selbst- und Werteverständnisses, Förderung des Intersubjektivitätserlebens, Förderung der „Kokreativität“.

- Persönlichkeitsziele: Selbstwert, Emotionalität, Ich-Stärke, Prägnanz, Differenzierung und Identität, Stabilität der Säulen der Identität, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Abgrenzung.
- Kontextbestimmte Ziele: Arbeitsfähigkeit, Abbau von Leistungsstörungen, soziale Integration, Förderung der Möglichkeiten zur Solidaritätserfahrung.
- Störungs- und krankheitsbestimmte Ziele: Verminderung von Spannung, Angst, Depression etc.

Weitere zentrale Zielbereiche liegen im Bereich der Affektivität und der Emotionsverarbeitung. So lässt sich mit dem Konzept der „Emotionalen Offenheit“ (Reicherts, Genoud & Zimmermann, 2011; Reicherts, 2007) der Zielbereich „angemessener Emotionsverarbeitung“ bestimmen. Sie umfasst mehrere Dimensionen, die als Teilziele angemessenen Erlebens und Verarbeitens von Emotionen und Gefühlen gelten können (Reicherts, Pauls, Rossier & Haymoz, 2011): die angemessene kognitive Repräsentation (Wahrnehmung, Unterscheidung von Gefühlen), der Ausdruck und die Kommunikation von Emotionen gegenüber anderen, die Wahrnehmung der körperlichen Emotionsanteile und schließlich die Regulation von Emotionen selbst (siehe auch die sog. Stressbewältigung; Reicherts & Perrez, 1993; Reicherts, 1988). Auch im emotionsfokussierten Therapieansatz (Greenberg, 2002; Elliot, Watson, Goldman & Greenberg, 2004) lassen sich zentrale affektive Zielbereiche ableiten: Verstärkung der Aufmerksamkeit und Symbolisierung emotionalen Erlebens sowie des Ausdrucks von Emotionen; Verbesserung der Emotionsregulation; Reflexion und Sinnstiftung bezogen auf emotionale Erfahrungen; sowie das Modifikation problematischen Erlebens durch neue emotionale Erfahrungen und vor allem durch neue zwischenmenschliche Erfahrungen.

Auch in den tiefenpsychologischen Ansätzen finden sich Beispiele für eine stärker zielorientierte Arbeit, und wurden entsprechend positive Zielsystematiken formuliert. Zum Beispiel entwickelte Braaten (1989) auf der Basis von Daten einer klinischen Stichprobe und normalen Kontrollgruppen (insgesamt N=475 Personen) ein Instrument zur Einschätzung positiver Zielannäherung, die „Self-Development Project Check List-90 (SDPL-90)“. Braaten extrahierte fünf Faktoren: interpersonale Abhängigkeit (*interpersonal dependency*), interpersonale Intimität (*interpersonal intimacy*), soziale Selbstbehauptung (*social assertiveness*), Selbst-Individuation (*self individuation*) und Selbstakzeptanz (*self-acceptance*). Bei der Interpretation der Dimensionen bezieht er sich sowohl auf tiefenpsychologische Theorien (u.a. Mahler, Ad-

ler, Fromm) als auch auf erlebensorientierte bzw. humanistische Ansätze (u.a. Rogers, Maslow, May, Jourard).

Dieser kurze Überblick zeigt die vielfältigen Anknüpfungspunkte und Verankerungen der Zielorientierung in psychologischen und psychosozialen Interventionen. Die Nutzung zielorientierter Arbeit ist ansatz- und methodenübergreifend.

4. Kontexte der Anwendung

Grundsätzlich lässt sich ohne Zielbezug keine Fallarbeit steuern (vgl. Rapp, 1998). Die Anpassungen und Korrekturen von Interventionsmaßnahmen sind immer in der Wahrnehmung von Abweichungen des Veränderungsprozesses von kurz-, mittel- oder langfristigen Zielen begründet. Sollen Klienten in partizipativer Weise in diese „Fallsteuerung“ einbezogen werden, so bietet sich dafür die Zielerreichungsanalyse als sehr geeignetes Instrument an. Im Folgenden sollen die Funktionen der ZEA näher betrachtet werden im Rahmen von:

- Einzelfalldiagnostik, Interventionsplanung, Arbeitskontrakt zwischen Klient und Fachkraft,
- Fallkontrolle, Evaluation und Qualitätskontrolle,
- Interventions- und Wirkungsforschung.

4.1 Einzelfalldiagnostik, Interventionsplanung und Kontrakt

Die Formulierung konkreter Veränderungsziele sollte in einem Bezugsrahmen wertschätzend-fördernder, ressourcen- und stärkenorientierter Arbeit geschehen. Hierzu haben Ng und Tsang (2002) ein Vier-Phasen-Modell vorgeschlagen. Die Phasen umfassen (1) Vermittlung persönlicher Wertschätzung (*affirming personal worth*) mit dem Ziel eine Beziehung zu entwickeln und die Stärken der Personen zu identifizieren; (2) das Vorstellen der Zukunft (*imaging the future*) mit dem Ziel, die Vorstellungsfähigkeit der Person nutzen, um Hoffnung zu wecken und ein von den bisherigen Mustern abweichendes, neues Denken zu fördern (*install hope and facilitate divergent thinking*). (3) Die anschließende Phase zielt auf den Aufbau eines Gefühls von Kontrolle (*establishing a sense of control*) mit dem Ziel, der Person zu ermöglichen, die Art der Aktivitäten, Erlebens- und Verhaltenweisen zu bestimmen, um die es gehen soll, um eigene Kontrollerfahrungen zu schaffen. (4) Anschließend erst werden Ziele entwickelt und formuliert (*setting goals*), um eine nichtbedrohliche Formulierung konkreter Veränderungsziele zu erreichen.

Damit hat ein solches Vorgehen nicht nur diagnostische Funktion, sondern ist zugleich ein methodisches Instrument zur Förderung des Beratungs-, Inter-

ventions- oder Therapieprozesses. Orlinsky, Grawe und Parks (1994) weisen darauf hin, dass eine Investition in diese für Klienten und Patienten wichtigen Fragen positive Effekte auf den Erfolg hat, der jedoch von Beratern und Therapeuten zumeist unterschätzt wird. Dafür kann die ZEA eine Struktur und einen Bezugsrahmen bei der Veränderungsarbeit vorgeben, ohne die Wahl bestimmter Interventionsformen von vornherein einzuschränken und festzulegen. Die in der ZEA festgelegten Ziele stellen auch für beide Seiten – Klient und Fachkraft – ein Korrektiv dar. Insgesamt liefern sie so ein Verständnis für das konkrete Vorgehen, das den meisten Klienten unmittelbar einleuchtet.

Initiierung, Stabilisierung und Integration von Veränderungen und Fortschritten der Person sowie Veränderungen in der psycho-sozialen Umgebung und der Situation sind zentraler Bestandteil der Prozesse psycho-sozialer Intervention. Die Ergebnisse der Veränderung beziehen sich einerseits auf die Effekte der Interventionen und der helfenden Beziehung *innerhalb* einer Sitzung oder eines Treffens (wie z.B. die Vorbereitung von Entscheidungen, die Entwicklung von Alternativen, die Vorbereitung der Bewertung, das In-Frage-Stellen und Hinterfragen problematischer Annahmen und Überzeugungen, Einsicht gewinnen, sich besser fühlen, Angst bewältigen). Andererseits sollen die Zielsetzungen natürlich auch im Lebensalltag der Klienten, also *außerhalb* der Treffen, Sitzungen oder Gespräche mit der Fachkraft Wirkung entfalten. Veränderungsergebnisse wie Einsicht gewinnen und Verbesserung der Stimmung oder Erweiterung des sozialen Beziehungsnetzes sollten erst dann als wirkliche Erfolge gewertet werden, wenn sie fest in der Funktionsweise des Klienten verankert sind und vom Klienten in seinem Leben außerhalb der Beratungsbeziehung in verschiedenen Rollen und Situationen zuverlässig umgesetzt werden. Wichtig ist der in vielen empirischen Studien bestätigte Befund, dass die Veränderungsergebnisse im Sinne *einzelner kleiner Fortschritte* innerhalb der Beratungs- bzw. Therapiesituation eine gute Vorhersage für den Behandlungserfolg insgesamt sind. Da das Lebensumfeld von Klienten Veränderungen immer wieder ablehnend gegenübersteht, ist es wichtig zu wissen, dass kleine Fortschritte, die Klienten / Patienten im Rahmen der helfenden Beziehung und der Beratungssituation machen, häufig durchaus robust sind (vgl. Orlinsky & Howard, 1987).

Der Erarbeitung eines *Arbeitskontraktes* („*contracting*“) erfordert eine frühe gegenseitige Übereinkunft über Ziele und Zweck der Maßnahmen zwischen Klient und Fachkraft. Insofern ist die *Zielformulierung* ein unerlässlicher Bestandteil des Contracting. Andererseits ist ein Kontrakt auch vorbereitendes

Element und Bestandteil jeder Form von Zielerreichungsanalyse. Der Kontrakt folgt aus den diagnostischen Abklärungen und beinhaltet eine klare Identifizierung von Problembereichen, spezifische Ziele für die gemeinsame Arbeit, ein Konzept für die Arbeitsschritte bzw. einen Veränderungsplan sowie eine Vereinbarung mit dem Klienten über die Art der Zielerreichungskontrolle.

Zentrales Prinzip ist die größtmögliche Einbeziehung des Klienten im Hinblick darauf, wie er sein(e) Problem(e) erlebt, was er verändern will und welche Art von Hilfe er sucht. Dabei geht es jedoch auch darum zu bestimmen, welche Art von Hilfe er braucht, unabhängig davon, ob dies in seiner Selbstwahrnehmung repräsentiert ist (vgl. Pauls, 2004).

Die Vereinbarung eines tragfähigen Beratungs- bzw. Behandlungskontraktes setzt eine Reihe grundlegender diagnostischer Abklärungen und Entscheidungen voraus. Wenn Klienten von sich aus weder Veränderung noch Hilfe suchen, wie es in der (Klinischen) Sozialarbeit häufiger vorkommt, ist die Fachkraft vor die Aufgabe gestellt, einen Kontakt und einen Veränderungswunsch zu provozieren, um überhaupt eine Basis für die Vereinbarung eines Kontraktes zu schaffen. Dies ist häufig in Behandlungsinstitutionen für Kinder und Jugendliche der Fall, ebenso in beschützenden Einrichtungen, in psychiatrischen Kliniken oder Institutionen für geistig behinderte oder retardierte Menschen. Es ist ebenfalls eine häufige Erfahrung mit schwer zu motivierenden Familien („*hard-to-reach families*“), die immer wieder verschiedenartige Probleme präsentieren, z.B. in der Schule oder bei der Polizei. Wie weit beispielsweise ein Klinischer Sozialarbeiter in seinen aufsuchenden und Kontakt provozierenden Bemühungen gehen soll, ist ein vielschichtiges Problem. Die Frage impliziert ethische, störungs- und beziehungstheoretische sowie methodische Gesichtspunkte. Die ethische Entscheidung steht in einem Bezug zum Recht des Klienten auf seinen eigenen individuellen Lebensstil. Dennoch sind proaktive und nachgehend-aufsuchende Bemühungen oft insofern gerechtfertigt, als sie weiterreichende Möglichkeiten der Hilfe und Chancen eröffnen, die ein Klient ansonsten gar nicht in Betracht ziehen könnte. Allerdings darf darüber dann eben nicht die explizite Besprechung der möglichen, notwendigen und gewünschten Ziele und Vorgehensweisen, einschließlich der damit verbundenen Verpflichtungen seitens der Helfer und der Klienten, vernachlässigt werden.