

A close-up photograph of a glass hourglass with white sand. The sand is in the process of falling from the top bulb to the bottom bulb. The background is a blurred clock face, suggesting the passage of time. The image is set against a dark blue background.

Thomas Schnell

# Das Ende in der Psychotherapie erfolgreich gestalten

EBOOK INSIDE

 Springer

Das Ende in der Psychotherapie erfolgreich gestalten

Thomas Schnell

# **Das Ende in der Psychotherapie erfolgreich gestalten**

**Thomas Schnell**  
Klinische Psychologie  
Medical School Hamburg  
Hamburg  
Deutschland

ISBN 978-3-662-54844-8      ISBN 978-3-662-54845-5 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-54845-5>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung: Marion Krämer

Einbandabbildung: © YinYang/Getty Images/iStock

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Deutschland

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

## Vorwort

---

Es war eine eigene Erfahrung mit einer unschön endenden Psychotherapie, die mich zu einer näheren Auseinandersetzung mit der Thematik „Schlussituationen in der Psychotherapie“ bewogen hat. Es handelte sich um die ambulante Therapie einer Patientin mit schwerer dissoziativer Symptomatik und einer mindestens akzentuierten histrionischen Persönlichkeitsstruktur. Die Behandlung verlief recht gut, die Beziehung war stabil. Als sich die Therapie dem Ende näherte (etwa Stunde 65 von 80 bewilligten Stunden) – die Symptomatik war nicht vollständig austherapiert, es gab also durchaus noch Klärungsbedarf –, sprach ich die Patientin darauf an, dass wir allmählich in die Zielgerade einbiegen, und fragte sie, wie sie sich ihre posttherapeutische Zeit vorstelle. Darauf reagierte die Patientin unvermittelt harsch. Davon wollte sie jetzt nichts wissen, sie sei schließlich noch nicht gesund, und man könne einen kranken Menschen ja nicht einfach sich selbst überlassen. Die formale Vorgabe einer Höchstdauer von 80 Stunden in der Verhaltenstherapie überhörte die Patientin ebenso wie meine Versuche, ihr zu vermitteln, dass sie ihr Leben ohne regelmäßige professionelle Unterstützung planen müsse.

Fünf Stunden vor dem Ende schlug ich der Patientin vor, die Frequenz der verbleibenden Sitzungen etwas zu strecken, um den Übergang in die Selbstständigkeit ohne Therapeuten dadurch weicher zu gestalten. Jetzt folgte ein erheblicher Wutausbruch inklusive Abwertungen meiner Person und meiner Arbeit als Therapeut, ohne dass es möglich war, beruhigend und regulierend einzugreifen. Schließlich verließ sie, immer noch deutlich in Rage, den Therapieraum. Die folgenden Tage konnte ich die Patientin telefonisch nicht erreichen. Es dauerte einige Wochen, bis sie sich schließlich meldete, und die Therapie konnte noch zu einem befriedigenden Ende gebracht werden. Der Prozess fühlte sich allerdings unrund an.

In der nachträglichen Reflexion der Situation fühlte ich mich an meine Zeit in der Psychiatrie erinnert. Dort war es häufig ein Thema, wie Patienten konfliktfrei aus dem stationären Setting entlassen werden können. Ich erinnerte mich an eine Patientin, die nach der Visite, in der ihre Entlassung festgelegt und mitgeteilt wurde, an den restlichen verbleibenden Tagen mit Krampfanfällen vor dem Stationszimmer auffällig wurde, und zwar immer dann, wenn das Stationsteam eine Besprechung hatte. Eine andere Patientin konnte einfach nicht entlassen werden, da sie jede entsprechende Initiative mit einem Suizidversuch beantwortete.

Ich fing an, verhaltenstherapeutische Literatur zum Thema „Schlussituationen in der Psychotherapie“ zu suchen und mich mit Kollegen darüber auszutauschen. Fündig wurde ich nicht, abgesehen von den wenig tief greifenden Anmerkungen in der Literatur, dass Therapien mit Rückfallprophylaxe und Transferleistungen enden sollten. Die Kollegen waren sich ferner ausnahmslos einig, dass das Thema wichtig sei, sie sich aber auch noch nicht strukturiert damit auseinandergesetzt hätten. Dazu kam, dass alle Kollegen Beispiele für schwierig endende Therapien benennen konnten.

Schließlich entdeckte ich ein Interview von Redakteuren der Zeitschrift *Psychotherapie im Dialog* mit Prof. J. Kriz (Holm-Hadulla et al. 2004, S. 330), in dem dieser über das Thema „Beenden von Psychotherapie“ konstatierte, „[...] dass es über diesen wichtigen Punkt erstaunlich wenig Forschung gibt. Es gibt bei unterschiedlichen Therapeuten ganz unterschiedliche Erfahrungen und Bilder davon, wie eine Therapie beendet werden sollte. Vielleicht wird dies – ähnlich wie der

Tod und andere bedeutsame Abschiede im realen Leben – allzu sehr auch aus den theoretischen Erörterungen über Psychotherapie ‚verdrängt‘.“

So kam mir der Gedanke, diesen offensichtlichen Bedarf mit einem ersten verhaltenstherapeutisch orientierten Buch zu bedienen. Und auch wenn es kaum Forschung gibt, die sich explizit mit Schlussituationen in der Psychotherapie auseinandersetzt, lassen sich durchaus Bezüge zu anderen empirisch fundierten Bereichen herstellen. Beispielsweise liefert die Forschung zu therapeutischen Wirkfaktoren einige Ansatzpunkte, die eine explizite und wirkfaktorenorientierte Gestaltung des Therapieendes nahelegen. Auch aus der Erforschung von Wahrnehmungsprozessen, wie dem Rezenzeffekt, lassen sich fundierte Bezüge zu therapeutischen Schlussituationen konstruieren.

Viele der nachfolgend formulierten Anregungen zur Gestaltung von Schlussituationen können somit als Hypothesen aufgefasst werden, die sich wegen des Bezugs zu benachbarten Forschungsgebieten durchaus empirisch nachvollziehbar begründen lassen. Möglicherweise fühlen sich forschende Kollegen dadurch angeregt, die systematische Erforschung der Thematik endlich anzugehen. Ansonsten wird die therapeutische Praxis zeigen, inwieweit die formulierten Gestaltungsprinzipien der gelebten Realität in Psychotherapien standhalten.

**Literatur** Holm-Hadulla R, Kriz J, Lieb H (2004) Ist Beziehung alles und ohne Beziehung alles nichts? Gespräch mit Michael Broda und Wolfgang Senf. *Psychotherapie im Dialog* 5(4):321-334

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	1
	Literatur.....	7
<b>2</b>	<b>Das Therapieende als Ende einer Beziehung</b> .....	9
	Literatur.....	13
<b>3</b>	<b>Das Therapieende als therapeutischer Wirkfaktor</b> .....	15
3.1	Die Erforschung therapeutischer Wirkfaktoren .....	16
3.2	Das Konzept der allgemeinen Wirkfaktoren .....	17
3.3	Therapeutische Wirkfaktoren und das Therapieende .....	21
3.3.1	Transferleistung und therapeutische Wirkfaktoren.....	22
3.3.2	Bilanzieren und therapeutische Wirkfaktoren .....	25
	Literatur.....	27
<b>4</b>	<b>Historische Befunde zum Beenden von Psychotherapien</b> .....	29
	<i>Katharina-Sophie Rohlfig und Elisa Andersen</i>	
4.1	<b>Psychoanalytische Sichtweise auf das Ende – von Freud bis heute</b> .....	30
4.1.1	Diskurs zwischen Otto Rank und Sigmund Freud in den 1930er Jahren .....	30
4.1.2	Die Abschlussphase in der Literatur von 1942 bis 1980.....	32
4.1.3	Konkrete Auseinandersetzung mit der Abschlussphase von 1980 bis heute .....	32
4.2	<b>Verhaltenstherapeutische Sichtweise – vom Behaviorismus bis heute</b> .....	34
4.2.1	Symptomlinderung definiert das Ende – der klassische Behaviorismus .....	34
4.2.2	Neue Sichtweise auf das Ende im 21. Jahrhundert .....	35
4.3	<b>Schulenübergreifende Sichtweise</b> .....	36
	Literatur.....	37
<b>5</b>	<b>Umgang mit Schlussituationen in der Psychotherapie</b> .....	39
5.1	<b>Vorübergehende Trennungssituationen</b> .....	40
5.1.1	Beenden des Erstgesprächs .....	41
5.1.2	Beenden weiterer Therapiestunden .....	53
5.1.3	Das Ende der probatorischen Phase .....	62
5.1.4	Längere vorübergehende Trennungen in der Therapie.....	63
5.2	<b>Finale Schlussituationen</b> .....	65
5.2.1	Das Ende der ambulanten Psychotherapie .....	65
5.2.2	Das Ende des stationär-psychiatrischen Aufenthaltes.....	120
5.3	<b>Schlussituationen in Gruppentherapien</b> .....	131
5.3.1	Therapieabbruch in Therapiegruppen .....	133
5.3.2	Beenden einzelner Gruppentherapiestunden .....	139
5.3.3	Beenden von Gruppentherapien .....	142
	Literatur.....	150

<b>6</b>	<b>Schlusswort</b> .....	155
	<b>Literatur</b> .....	158
	<b>Serviceteil</b> .....	159
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	160

# Einleitung

Literatur – 7

Nicht jede Psychotherapie endet schwierig, aber jeder Psychotherapeut macht Erfahrungen mit schwierig endenden Psychotherapien.

Verhaltenstherapeutisch orientierte Einzelpsychotherapien finden üblicherweise einmal wöchentlich statt und dauern nicht selten ein bis zwei Jahre. Während dieser Zeit werden sensible, häufig angst- und/oder schambesetzte Themen bearbeitet. Dabei entsteht häufig eine sehr enge Bindung zwischen Patient und Therapeut. Derart enge Beziehungen gibt es ansonsten eigentlich nur im privaten Lebenskontext, und dort sind sie nicht darauf ausgerichtet, nach einer definierten Zeit zu enden. Enden sie doch, so ist dies meist mit einem krisenhaften Ereignis assoziiert (z. B. dem Tod eines Freundes oder Ehebruch) und von intensiven Emotionen begleitet.

Die von Beginn an feststehende Trennung von Patient und Therapeut ist also eine recht ungewöhnliche Erfahrung für Patienten, die mit ähnlicher emotionaler Intensität einhergehen kann wie private Trennungen. Damit das Therapieende nicht im Sinne einer Krise schädlich wirksam wird, sollte ihm ein „gut vorbereiteter und dosierter Abnabelungsprozess“ vorausgehen (Holm-Hadulla et al. 2004). Manche Therapeuten vertreten sogar die Haltung, dass der Erfolg einer Therapie nicht unwesentlich von der Gestaltung ihrer Schlussphase abhängt. Unbestritten ist sicherlich, dass ein schlecht gestaltetes Ende einer Therapie vieles von dem zerstören kann, was zuvor mühsam erarbeitet worden ist. Umso erstaunlicher ist, wie Prof. Jürgen Kriz bereits vor über zehn Jahren konstatierte (Holm-Hadulla et al. 2004), dass es zu dieser Thematik weder fundierte Forschung noch Fachliteratur gibt. Seitdem hat sich nicht viel geändert.

Während die Anfangsphase von Therapien auffallend gut konzeptualisiert ist – so bedienen die fünf probatorischen Sitzungen klar definierte Inhalte, bevor die regulären Sitzungen beginnen –, liefert die sonst so strukturliebende Verhaltenstherapie ihren Therapeuten für die therapeutische Abschlussphase kaum Gestaltungsprinzipien, abgesehen von der wenig ausdifferenzierten Forderung, sowohl den Transfer des Erlernten in den Alltag des Patienten als auch Rückfallprophylaxe zu sichern. Es ist nicht einmal klar definiert, ab wann sich eine Therapie in der Abschlussphase befindet, abgesehen von entsprechenden Einschätzungen von Therapeuten, wonach zwischen 10 und 20 % der Gesamtdauer einer Therapie für die Gestaltung der Abschlussphase benötigt würde (Wittorf 1999). Primär in der psychoanalytischen Literatur lassen sich vereinzelte Auseinandersetzungen mit der Thematik identifizieren (z. B. Lindner 1990; Müller-Ebert 2001; Rieber-Hunscha 2005; Novick 2008). Deren Empfehlungen lassen sich jedoch nur bedingt auf den verhaltenstherapeutischen Ansatz transferieren.

In verhaltenstherapeutisch orientierten Beschreibungen zur Therapieplanung, z. B. von Schulte (1996), Fiedler (1997) oder Bartling et al. (2016), wird die *Abschlussphase von Psychotherapien* immerhin im Kontext der *Transfersicherung* behandelt. Tiefergehende

Auseinandersetzungen mit der emotionalen Auflösung der Beziehung zwischen Patient und Therapeut finden dabei jedoch nicht statt.

Kanfer et al. (2012) haben sich sehr differenziert mit dem Prozesscharakter von Psychotherapien auseinandergesetzt und dabei sieben Phasen unterschieden, die jeweils spezifischen Gestaltungsprinzipien unterliegen:

1. Eingangsphase: Positive Ausgangsbedingungen, Diagnostik, biografische Anamnese
2. Herstellen von Änderungsmotivation und Definition vorläufiger Schwerpunkte, Problemanalyse
3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell
4. Vereinbarung therapeutischer Ziele
5. Planung, Auswahl und Durchführung spezifischer Methoden
6. Evaluation therapeutischer Fortschritte
7. Abschluss, Rückfallprophylaxe, Katamnese

Allerdings haben auch Kanfer et al. (2012) die Schlussphase (Phase 7) primär auf der Inhaltsebene betrachtet, mit Fokus auf Transfersicherung, Festigung des Erreichten und Förderung der Selbstmanagementkompetenzen der Patienten. Zwar weisen die Autoren auf die Notwendigkeit einer „zielgerichteten Beziehungsgestaltung“ hin und konstatieren, dass diese in der Schlussphase wieder aufgelöst werden muss. Wie das Auflösen der Therapiebeziehung (TB) konkret erfolgen und dabei mit potenziell auftretenden Trennungskonflikten umgegangen werden soll, wird jedoch nicht vertieft.

Auch Bartling et al. (2016), die das o.g. Modell von Kanfer et al. (2012) aufgreifen, widmen der finalen Phase 7 lediglich wenige Absätze. Neben Transfer und Rückfallprophylaxe betonen sie die Notwendigkeit zur Stabilisierung erreichter Erfolge durch Übung und Wiederholung – sicherlich wichtige, aber wiederum nur inhaltliche Aspekte. Patienten sollen ferner instruiert werden, nach der Therapie selbstständig an ihren Problemen weiterzuarbeiten. Aus einer formalen Perspektive heraus weisen die Autoren auf die Option hin, Therapiestunden gegen Ende der Behandlung niederfrequenter im Sinne eines „Ausschleichens“ stattfinden zu lassen.

Sicherlich lässt sich begründen, warum bislang primär die psychoanalytische Literatur mit dem Thema befasst war, denn hier hat die TB schon immer einen besonders hohen Stellenwert. Je weniger intensiv die Beziehungsarbeit während einer Therapie ist, umso weniger problematisch ist die Auflösung der Beziehung am Ende der Therapie. Die Verhaltenstherapie war traditionell problemfokussiert, und ihre Wirksamkeit wurde durch die Anwendung konkreter Interventionen erklärt. Wenn das Ende der Therapie naht, ist das Wesentliche bereits erfolgt. Ob und wie das Ende dann konkret ausgestaltet wird, ist aus einer solchen Betrachtung heraus nur noch Makulatur. So formuliert Hautzinger (2007) im Lehrbuch *Psychotherapie* von Reimer et al. (2007), dass die Beendigung einer Verhaltenstherapie „selten ein Problem“ sei. Sicherlich kann diese Begründung auch heute noch für zumindest sehr

kurze Therapien der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) herangezogen werden und auch für etwas längere Therapien, sofern sie spezifisch an konkreten inhaltlichen Problemen arbeiten.

Allerdings sind auch Verhaltenstherapien häufig tief greifend und dauern mehrere Jahre an (Noyon und Heidenreich 2009). Zudem hat die moderne KVT in den vergangenen 20 Jahren im Rahmen der sogenannten dritten Welle eine gewisse Veränderung ihres Fokus erfahren. Beeinflusst wurde die dritte Welle in der KVT ausgerechnet durch eine Phase verstärkter „Biologisierung“ in der Psychiatrie. Bildgebende Verfahren (MRT, fMRT) ermöglichten neue Einsichten ins Gehirn und wurden nahezu euphorisch gefeiert, einhergehend mit der Hoffnung, das Gehirn inklusive der Ursachen psychischer Störungen bald entschlüsselt zu haben. Psychotherapeuten befürchteten bereits, im Strom der „Biologisierung“ abgelöst und wegrationalisiert zu werden. Die hohen Erwartungen an die Bildgebung wurden jedoch schnell enttäuscht und durch pragmatischen Realismus abgelöst. Allerdings hat ausgerechnet die Psychotherapie nachhaltig von der immensen Flut an bildgebenden Studien des Gehirns profitiert. Denn obschon psychische Störungen nicht entschlüsselt wurden, konnten wichtige Erkenntnisse über die Hirnentwicklung generiert werden. Dabei haben sich insbesondere die frühen Entwicklungsphasen des Gehirns sowie die komplexe Interaktion zwischen frühen Erfahrungen mit der Umwelt (insbesondere mit prägenden Bezugspersonen) und der biologischen Hirnentwicklung als bedeutsam für die spätere psychische Befindlichkeit herauskristallisiert. Für die Verhaltenstherapie bedeutete dies, sich vermehrt mit der frühen Kindheit und den Bindungstheorien auseinanderzusetzen (Grawe 2004).

Insbesondere Klaus Grawe (1998, 2004) nahm die Impulse der bildgebenden neurobiologischen Forschung auf und entwickelte mit seiner *Konsistenztheorie* ein störungsübergreifendes ätiologisches Konzept, in das er biologische, bindungstheoretische, psychodynamische und lerntheoretische Perspektiven integrierte. Als wesentliche ätiologische Bedingung psychischer Störungen identifizierte der Forscher frühe biografische Verletzungen von Grundbedürfnissen durch prägende Bezugspersonen. Als Grundbedürfnisse definierte der Forscher

- Bindung,
- Orientierung und Kontrolle,
- Lustgewinn und Unlustvermeidung und
- Selbstwerterhöhung.

Da das Ausmaß der Erfüllung jeglicher Grundbedürfnisse entscheidend davon abhängt, ob prägende Bezugspersonen verfügbar sind, wird dem *Bindungsbedürfnis* bei der Entstehung psychischer Störungen eine maßgebliche Rolle zugesprochen (Schönwald 2015). Dadurch wurde nicht zuletzt die Bindungsforschung von Bowlby (1975) für die Verhaltenstherapie interessant, wobei Bindung als die Gewissheit bezüglich der Verfügbarkeit von Bezugspersonen sowie bedürfniskongruenter Erfahrungen mit Bezugspersonen aufgefasst wird. Die moderne

Verhaltenstherapie ist somit eindeutig beziehungsfokussierter geworden, wodurch der emotionalen Ablösung des Patienten von seinem Therapeuten am Ende der Therapie eine gestiegene Bedeutung beigemessen werden muss.

Zudem wurden zunehmend Konzepte für Patientengruppen entwickelt, die von den herkömmlichen KVT-Programmen nicht profitierten. Das gilt insbesondere für die Gruppe der Persönlichkeits- bzw. Interaktionsstörungen. Mittlerweile spricht diese dritte Welle der KVT jedoch bei Weitem nicht mehr primär besonders schwierige und interaktionell gestörte Patienten an. Die Veränderungen innerhalb der KVT haben sich deutlich generalisiert, und viele der ehemals störungsspezifischen Weiterentwicklungen werden heute bei nahezu allen psychischen Störungen eingesetzt. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Linehan 1996) fokussierte zunächst lediglich auf schwer suizidale Patienten. Mittlerweile gibt es Modifikationen für nahezu jede Störung der Affektregulation (u. a. Borderline, Essstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom [ADHS], Sucht, forensische Patienten). Die Schematherapie (Young et al. 2008) richtete sich zunächst explizit am Bedarf der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus, bietet mittlerweile aber Modifikationen für Essstörungen, Depression, Zwangsstörungen und Narzissmus (Jacob und Seebauer 2013).

Damit ist die Bedeutung der Beziehungsgestaltung in der „Mitte der KVT“ angekommen, was impliziert, dass die emotionale Ablösung gegen Ende der Therapie stärker konzeptionell anvisiert werden sollte.

Befragt man ferner Therapeuten, unabhängig von der therapeutischen Schule, wie sie die Bedeutung der aktiven Gestaltung des Therapieendes beurteilen, so zeigt sich durchgehend, dass sie dieser einen sehr hohen Stellenwert beimessen und mehr entsprechende Literatur begrüßen würden (eigene bislang unveröffentlichte Daten), denn die wenigsten Therapeuten haben ein Konzept dahingehend verinnerlicht, wann sie die Abschlussphase ihrer Therapien zeitlich einleiten und wie sie inhaltlich ausgestaltet wird. Das Vorgehen praktizierender Therapeuten scheint in hohem Maße intuitiv gesteuert. Vielfach erfolgt gegen Ende der Therapien eine Art „Ausdünnen“ der Stundenfrequenz. Auch wird ggf. das Thema Abschied und Trennung aufgegriffen und bearbeitet (Holm-Hadulla et al. 2004). Darüber hinaus lassen sich aber so gut wie keine konzeptualisierten Handlungspläne finden. Zwar enden die meisten Therapien ohne größere Probleme, d. h., die meisten Patienten kommen mit der Beendigung relativ gut zurecht (Wittorf 1999), doch immer wieder werden Eskalationen berichtet. Das Therapieende kann krisenhaft erlebt werden, was aus mindestens zwei Perspektiven nachvollziehbar ist:

1. Es endet eine enge Beziehung, was bei Menschen, die keine stabile Bindungsstruktur internalisiert haben (was für viele Psychotherapiepatienten zutrifft), zu dysfunktionalen Schemaaktivierungen führen kann.
2. Es entfällt eine kontinuierliche aktive Unterstützung für die Bewältigung von Problemen.

Letzteres kann eine ähnliche Dynamik erzeugen wie das Absetzen einer psychiatrischen Medikation. Wenn eine wichtige Stütze für die alltägliche Problembewältigung wegfällt, auf die sämtliche Verbesserungen im subjektiven Erleben attribuiert werden, reagieren Patienten häufig mit Angst und Unsicherheit. Sie befürchten, ihr Leben ohne die Hilfe des Therapeuten oder ohne das Medikament nicht bewältigen zu können. Entsprechend gibt es viele Patienten, deren Medikamentendosis erfolgreich bis unter die therapeutische Schwelle heruntergesetzt wurde. Dennoch schaffen sie es nur schwer, sich von einer nahezu homöopathischen Dosierung des Medikaments zu lösen.

Neben dem finalen Beenden der ambulanten Psychotherapie gibt es diverse weitere Schlussituationen im therapeutischen Setting, die ebenfalls von einer guten Strukturierung profitieren, etwa das Beenden des ambulanten Erstgesprächs und das Beenden der weiteren regulären Psychotherapiestunden. Schließlich ist mit jeder Therapiestunde ein temporärer Abschied verbunden, dessen Gestaltung darüber entscheidet, wie die Sitzung im Patienten „nachhallt“. Da Therapien primär emotional belastende Themen bearbeiten, sind es keine „schönen Termine“. Dennoch sollten Patienten möglichst positive Erinnerungen mit ihrer Therapie assoziieren, damit sie regelmäßig kommen und aktiv mitarbeiten. Therapieerfolge können motivierend wirken, stellen sich aber oft erst nach längeren Frequenzen ein oder sind eher subtil wahrnehmbar. Da die letzten Minuten jeder Therapiestunde vermutlich am nachhaltigsten in Erinnerung bleiben (abgesehen von einigen sehr emotionalen Momenten zwischendurch), sollte die wöchentliche Verabschiedung möglichst mit positiven Affekten in Verbindung stehen. Es ist also eine gewisse Kunst, Patienten aus einem emotional belastenden Setting heraus so zu verabschieden, dass auch positive Affekte „nachhallen“ und sie gerne wiederkommen.

Weitere Schlussituationen stellen Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Beendigungen von Therapieprozessen dar. Dies tritt umso wahrscheinlicher auf, wenn Therapien nicht erfolgreich verlaufen, was entsprechend diverser Übersichtsarbeiten bei 10–50 % aller Therapien der Fall ist, oder wenn sich sogar Verschlechterungen bei Patienten einstellen, die für 5–15 % aller Therapien angegeben wird (Mohr 1995; Fischer-Klepsch et al. 2009; Jacobi et al. 2011). Auch hier sollte die Schlussituation möglichst nicht abrupt erfolgen, sondern eine gewisse auslaufende Dynamik erfahren. Schließlich werden längere vorübergehende Trennungen besprochen, die immer wieder vorkommen können, wenn der ambulante Therapeut beispielsweise für mehrere Wochen in Urlaub oder für längere Zeit erkrankt ist. Auch der Übergang zwischen der probatorischen Therapiephase und dem Beginn der regulären Therapie kann mehr oder weniger günstig gestaltet werden.

Ein ebenfalls in der Literatur stark vernachlässigtes Thema betrifft das Ende stationärer psychiatrischer Aufenthalte. Hierbei ist speziell, dass Psychiatriepatienten eine gewisse Zeit ihren Alltag hinter sich lassen können. Viele Probleme, die im Alltag nicht mehr bewältigt werden konnten, lösen sich alleine durch die stationäre Aufnahme auf.

Vielfach jedoch verlieren sie lediglich an Bedeutung, indem sie während des Klinikaufenthalts aus dem Sichtfeld des Patienten entschwinden. Die Alltagsfunktionsfähigkeit verbessert sich dadurch jedoch nur, wenn ausreichend Gewicht auf die Transferleistung gelegt wird. Ansonsten kann der Wiedereintritt in den Alltag ein regelrechter Schock sein. Patienten sind erneut mit Reizen konfrontiert, die sie an die schlechte Zeit vor der Klinik erinnern. So aktivieren sich schnell wieder die alten Schemata, und bereits wenige Monate nach der stationären Therapie sind viele der erreichten Erfolge nicht mehr messbar (vgl. Schnell 2014). Um die stationären Therapieerfolge zu konservieren, müssen sie also möglichst gut mit dem Alltag verknüpft werden. Ohne strukturierte Gestaltung des Übergangs in den Alltag, d. h. der Beendigung der stationären Therapie, scheint dies nicht nachhaltig zu funktionieren.

Beim Umgang mit Schlussituationen in Gruppenpsychotherapien wird auf die Beendigung der gesamten Therapie sowie einzelner Therapiestunden fokussiert. Ferner werden relevante Störungen der Gruppendynamik und der Gruppenkohäsion besprochen, die Gruppenteilnehmer erzeugen, wenn sie einen laufenden Therapieprozess abbrechen und frühzeitig aus der Gruppe ausscheiden. Dies kann bei den verbleibenden Gruppenteilnehmern vulnerable Strukturen im Sinne von Verlust- und Trennungsschemata aktivieren, und Therapeuten sollten hinsichtlich solcher Phänomene und deren Folgen sensibilisiert sein. Gerade für Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) ist dies ein wichtiges Thema, da sie zu Beginn ihrer psychiatrischen Ausbildungsphase häufig relativ schnell die Leitung verschiedener Gruppenformate übernehmen.

Das vorliegende Buch arbeitet auf eine kompakte und praxisorientierte Weise die Bedeutung einer sensiblen und expliziten Gestaltung verschiedener Schlussphasen in Psychotherapien heraus und stellt entsprechende Vorgehensweisen exemplarisch dar. In Ermangelung einer fundierten empirischen Datenbasis können die Notwendigkeit und die Wirksamkeit solcher Gestaltungsprinzipien lediglich als augenscheinlich verifiziert werden. Aber vielleicht wirken die nachfolgenden Ausführungen ja hypothesengenerierend und anregend für die Durchführung längst überfälliger entsprechender empirischer Studien.

## Literatur

- 
- Bartling G, Echelmeyer L, Engberging M (2016) Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess: Leitfaden für die Praxis. Kohlhammer, Stuttgart
- Bowlby J (1975) Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Kindler, München
- Fiedler P (1997) Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 18(1):7–39
- Fischer-Klepsch M, Münchau N, Hand I (2009) Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen, 3., vollständig bearbeitete und erweiterte Aufl. Springer, Heidelberg, S 261–275
- Grawe K (1998) Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen

- Hautzinger M (2007) Verhaltenstherapie und kognitive Therapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Springer, Heidelberg, S 167–225
- Holm-Hadulla R, Kriz J, Lieb H (2004) Ist Beziehung alles und ohne Beziehung alles nichts? Gespräch mit Michael Broda und Wolfgang Senf. Psychotherapie im Dialog 5(4):321–334
- Jacob G, Seebauer L (2013) Fallbuch Schematherapie. Weinheim, Beltz
- Jacobi F, Uhmann S, Hoyer J (2011) Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 40(4):246–256
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (2012) Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis, 5., korr. und durchges. Aufl. Springer, Berlin, New York
- Lindner WV (1990) Die Beendigung der psychoanalytisch geführten Gruppe. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 26:123–144
- Linehan MM (1996) Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. CIP-Medien, München
- Mohr DC (1995) Negative outcome in psychotherapy – a critical review. Clin Psychol-Sci Pr 2(1):1–27
- Müller-Ebert J (2001) Trennungskompetenz: Die Kunst, Psychotherapien zu beenden. Klett-Cotta, Stuttgart
- Novick A (2008) Ein guter Abschied. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main
- Noyon A, Heidenreich T (2009) Schwierige Situationen in Therapie und Beratung. Beltz PVU, Weinheim
- Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (2007) Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Springer, Heidelberg
- Rieber-Hunscha I (2005) Das Beenden der Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart
- Schnell T (2014) Moderne Kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen. Lösungsansätze für die Therapie mit schwierigen Patienten. Springer, Heidelberg
- Schönwald S (2015) Biographische Determinanten der Disposition zu psychischer Erkrankung: Evaluation des VDS 1-Fragebogens zur Lebens- und Krankheitsgeschichte. CIP-Medien, München
- Schulte D (1996) Therapieplanung. Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen
- Wittorf S (1999) Die Abschlussphase von Psychotherapien. Dissertation Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie, Osnabrück
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2008) Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Junfermann-Verlag, Paderborn

# Das Therapieende als Ende einer Beziehung

Literatur – 13