

# **Die Abschlussphase von Psychotherapien**

Untersuchung zur Gestaltung der  
Beendigung psychotherapeutischer Behandlungen

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (phil.)  
am Fachbereich Psychologie und Gesundheitswissenschaften  
der Universität Osnabrück

vorgelegt von Susanne Wittorf  
1999

Betreuer:  
Prof. Dr. Peter Machermer  
Prof. Dr. Jürgen Kriz

## Vorwort

Wie ist es möglich, eine Psychotherapie mit einem Klienten zu beenden, der schwer körperlich erkrankt ist und dessen Krankheit sich verschlimmert? Wie kann ich als Therapeutin in den Urlaub fahren, wenn es das Ende der Therapie bedeuten könnte, da eine Klientin ‚sterbenskrank‘ ist? Wie beende ich Psychotherapien?

Die Fragestellung der vorliegenden Studie entwickelte sich auf der Grundlage meiner langjährigen Arbeit in einer Beratungsstelle für Krebsbetroffene und Angehörige. In vielen Begegnungen mit krebserkrankten Menschen, ihrem Ringen um Sinn und Lebensfreude angesichts einer bedrohlichen Nähe der Endlichkeit des eigenen Lebens, wurden die vielfältigen Tabuisierungen spürbar, denen Vergänglichkeit, Tod und Endlichkeit unterliegen. Abschied ist immer wieder ein Thema in Therapien mit Schwererkrankten, besonders bei der Beendigung dieser Behandlungen. So mussten wir Wege finden, Therapien zu beenden, und dennoch eine Beziehung aufrechtzuerhalten, an die in Notfällen angeknüpft werden konnte, z. B. bei wieder auftretenden Ängsten vor den regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen in den Jahren nach einer Krebserkrankung.

Betrachtet man Reaktionen von Krebsbetroffenen, als zum größten Teil gesunde Reaktionen auf eine schicksalhafte Situation, wird außerdem eine Einengung psychotherapeutischer Perspektiven deutlich. Psychotherapeutische Interventionen richten meist die Aufmerksamkeit auf die eigene Verantwortung für ein Geschehen, in der Regel mit dem Ziel einer positiven Veränderung, d. h. Heilung oder Besserung. Welche Ziele hat Psychotherapie jedoch für jemanden, dessen Zukunft absehbar begrenzt und durch schwere Erkrankung zunehmend beeinträchtigt sein könnte?

Psychotherapeutische Theoriebildung ist überwiegend auf die frühe Kindheit, die Lerngeschichte oder die Vergangenheit eines Systems gerichtet, um Erkrankungen, Störungen und Probleme der Gegenwart zu erklären. Sogar lerntheoretische Ansätze, die nicht von entwicklungstheoretischen Modellen ausgehen, beziehen sich in ihren Erklärungsansätzen auf die Vergangenheit. Der Bedeutung zukünftiger Situationen wird demgegenüber wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Das pathogene Potential dieser Verdrängung der Zukunft wird jedoch selten bemerkt.

Die Schatten der Vergangenheit waren offenbar noch erträglicher als die drohende Dunkelheit der Zukunft ... Der Blick in die Zukunft ist immer auch der Blick auf ein unausweichliches, unvermeidbares Ende. Die ultimative Kränkung unserer Zerbrechlichkeit und Endlichkeit wird hartnäckig verdrängt, hartnäckiger noch als die Traumatisierungen der Vergangenheit. Und wenn Verdrängung krank macht, so müssen auch die Kränkungen unseres Alterns künftigen Siechtums, Sterbens, unseres persönlichen Todes ein pathogenes Potential bergen, wenn nicht durch den ‚aufdeckenden Blick‘, durch die Auseinandersetzung, das Durcharbeiten und *Teilen* der Bedrängnis Lösungen gefunden werden, eine Gelöstheit, eine Gelassenheit. (Petzold, 1990, S. 171)

In der psychosozialen Arbeit mit Schwererkrankten sind so die Themen Ende, Abschied und Tod in besonderer Weise aktualisiert: Wenn das Ende ‚unumgebar‘ im Weg steht, ist man gezwungen, damit ‚umzugehen‘. In meiner Auseinandersetzung mit dieser Arbeit stellte sich damit sowohl die Frage nach dem therapeutischen Umgang mit Abschiedsthemen innerhalb einer Psychotherapie als auch die Frage nach der Beendigung von Psychotherapien z. B. bei sich verschlechternden Krankheitsverläufen.

Ich begann mich nach Literatur und Fortbildungen zur Abschlussphase von Therapie umzusehen. Doch die Literatursuche gestaltete sich erstaunlich mühsam, und Fortbildungen fand ich zwar zu ‚Anfangsphase‘, jedoch nicht zu ‚Beendigung‘ von Therapien. Ließ sich zum Thema Abschied *in* Therapien noch Literatur aufspüren, so schien Beendigung oder Abschied *von* Psychotherapien kaum Thema zu sein. Auch in der Psychotherapieforschung schien das Ende von Therapien, wenn überhaupt, dann nur marginal erwähnt.

In Gesprächen mit anderen Psychotherapeuten wurde mir diese Diskrepanz zwischen praktischer Bedeutung der Abschlussphase und mangelnder theoretischer und empirischer Auseinandersetzung noch deutlicher. Nahezu jeder Kollege betonte, wie wichtig, auch wie schwierig oft die letzte Phase der Therapie sei. Andererseits wurde in diesen Gesprächen oft erstaunt festgestellt, wie wenig in Kollegengesprächen oder Fortbildungen über Beendigungen gesprochen wird.

Mein beruflicher Wechsel zur Universität förderte das Interesse an diesem Thema. Als Praktikerin in der psychosozialen Versorgung krebserkrankter Menschen war ich gefordert, meine Arbeit im täglichen Handlungsdruck zu verstehen und zu reflektieren. Die Möglichkeit, mich mit forschender Neugier, sozusagen von Außen, wieder der Beendigung von Therapie zuzuwenden, eröffnete neue Perspektiven und Zugangswege. Meine Doppelrolle, als praktizierende Psychotherapeutin, die auch weiterhin mit Krebserkrankten arbeitet, und als Forscherin hat diese Studie teils erleichtert, teils auch erschwert: immer wieder galt es, beide Betrachtungsebenen zu trennen und wieder zusammenzuführen, um zu einem sinnvollen Vorgehen zu kommen. Gerade die Verbindung dieser beiden Perspektiven hat mir vertiefte Einblicke in den Phänomenbereich ermöglicht.

Ganz herzlich möchte ich mich bei all denen bedanken, die mich auf unterschiedliche Weise in den verschiedenen Phasen dieser Arbeit unterstützt haben. Prof. Dr. Jürgen Kriz sowie Dr. Arist v. Schlippe sei gedankt für ihre hilfreichen Anregungen und vor allem für ihre ‚unbequemen‘ Fragen, in deren Spiegel meinen diversen Größenphantasien die Luft ausging. Weiterhin bedanke ich mich für das Engagement der PsychotherapeutInnen und KlientInnen, die bereit waren, an der Untersuchung teilzunehmen. Ganz besonders danke ich jedoch Prof. Dr. Peter Machemer, der mich in allen Stadien der Arbeit ermutigend begleitete und unterstützte. Er ermöglichte dieses Projekt und half mir, Umwege in der komplexen Thematik zu überstehen, ohne im Kaleidoskop der Facetten die Richtung zu verlieren.

# Inhaltsverzeichnis

<b>VORWORT.....</b>	<b>1</b>
<b>INHALTSVERZEICHNIS .....</b>	<b>3</b>
TABELLENVERZEICHNIS .....	8
BILDVERZEICHNIS .....	9
<b>1    EINLEITUNG.....</b>	<b>10</b>
<b>2    DIE BEENDIGUNG VON PSYCHOTHERAPIEN – GRUNDLAGEN UND         WIDERSPRÜCHE.....</b>	<b>14</b>
2.1    HISTORISCHE GRUNDLAGEN DER PSYCHOANALYSE .....	16
2.1.1 <i>Die endliche und die unendliche Analyse - Freud</i> .....	16
2.1.2 <i>Beendigung der frühen Lehranalysen</i> .....	19
2.1.3 <i>Konzeptualisierungen der Beendigungsphase</i> .....	20
2.2    EXKURS: ZEIT UND PSYCHOTHERAPIE .....	22
2.3    THERAPIEABSCHLUSS UND PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG .....	27
2.3.1 <i>Effektivitäts- und Wirkungsforschung</i> .....	27
2.3.2 <i>Konzept der Wirkfaktoren</i> .....	30
2.3.3 <i>Quantitative und Qualitative Prozessforschung</i> .....	32
2.4    WISSENSCHAFTLICHE VERSUS KLINISCHE THERAPIETHEORIEN.....	34
2.5    KLINISCHE THERAPIEENTWÜRFE .....	35
2.5.1 <i>Abschluss von Behandlung - lerntheoretische Überlegungen</i> .....	35
2.5.2 <i>Trennung von der therapeutischen Beziehung – ein tiefenpsychologisches Manual</i> .....	38
2.5.3 <i>Therapie als end-lose Entwicklung – humanistische Beiträge</i> .....	40
2.6    THERAPIEAUSBILDUNG .....	43
2.6.1 <i>Beendigung von Psychotherapie in Ausbildungsprogrammen</i> .....	44
2.6.2 <i>Beendigung von Psychotherapie in Lehrbüchern und Forschungsberichten</i> .....	45
2.7    ZUSAMMENFASSUNG.....	46
<b>3    BEENDIGUNG UND ALLTAGSKOMMUNIKATION .....</b>	<b>49</b>
3.1    ABSCHIED IN DER ALLTAGSKOMMUNIKATION .....	50
3.1.1 <i>Soziale Ritualisierungen</i> .....	50
3.1.2 <i>Trennung und endgültiger Abschied</i> .....	51
3.1.3 <i>Das Ende emotional bedeutsamer Beziehungen</i> .....	52
3.2    ALLTAGSKOMMUNIKATION UND THERAPEUTISCHER DISKURS .....	53
3.3    ZUSAMMENFASSUNG.....	54

<b>4</b>	<b>BEENDIGUNG VON PSYCHOTHERAPIEN IN DER PRAXIS .....</b>	<b>55</b>
4.1	ABSCHLUSS IM VERLAUF VON PSYCHOTHERAPIEN .....	56
4.1.1	<i>Abschluss einzelner Therapiestunden .....</i>	<i>56</i>
4.1.2	<i>Unterbrechungen eines regelmäßigen Therapieverlaufs .....</i>	<i>57</i>
4.2	ASPEKTE DER DAUER VON THERAPIEN .....	58
4.2.1	<i>Kurz- und Langzeittherapien .....</i>	<i>58</i>
4.2.2	<i>Vorzeitiges Therapieende ausgelöst durch Therapeuten .....</i>	<i>58</i>
4.3	KONTEXT DER BEENDIGUNG .....	59
4.3.1	<i>Folgetherapien.....</i>	<i>59</i>
4.3.2	<i>Zukunft der therapeutischen Beziehung .....</i>	<i>60</i>
4.4	TRENNUNG VON THERAPEUT UND KLIENT.....	61
4.4.1	<i>Trennung vom Therapeuten und von der therapeutischen Beziehung .....</i>	<i>61</i>
4.4.2	<i>Trennung als Separationsprozess .....</i>	<i>62</i>
4.5	KONFLIKTPOTENTIAL FÜR THERAPEUTEN.....	64
4.5.1	<i>Bedeutung von beruflicher Rolle, Motivation und Therapiezielen .....</i>	<i>65</i>
4.6	ZUSAMMENFASSUNG.....	67
<b>5</b>	<b>ÜBERLEITUNG ZUR EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>69</b>
<b>6</b>	<b>FRAGESTELLUNGEN DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>73</b>
6.1	PERSPEKTIVEN VON THERAPEUTEN UND KLIENTEN.....	74
6.2	BEENDIGUNG KONKRETER THERAPIEN .....	75
6.2.1	<i>Psychotherapeutische Vorerfahrungen der Klienten .....</i>	<i>75</i>
6.2.2	<i>Umgang mit formalen Grenzen.....</i>	<i>75</i>
6.2.3	<i>Dauer der Abschlussphase .....</i>	<i>76</i>
6.2.4	<i>Beginn der Beendigung.....</i>	<i>76</i>
6.2.5	<i>Gestaltung der Abschlussphase .....</i>	<i>77</i>
6.2.6	<i>Arbeitsbeziehung und Beendigung.....</i>	<i>77</i>
6.2.7	<i>Beendigung als Thema in der Supervision von Therapeuten .....</i>	<i>78</i>
6.2.8	<i>Veränderungen in der Abschlussphase .....</i>	<i>78</i>
6.3	ALLGEMEINE ASPEKTE VON ABSCHLUSSPROZESSEN .....	79
6.3.1	<i>Unterbrechungen im Laufe der Therapie .....</i>	<i>79</i>
6.3.2	<i>Beendigung als Ausbildungsthema .....</i>	<i>80</i>
6.3.3	<i>Grundsätze zur Beendigung.....</i>	<i>80</i>
6.3.4	<i>Sprachbilder der Beendigung .....</i>	<i>80</i>
6.4	ZUSAMMENFASSUNG.....	80

<b>7</b>	<b>PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>82</b>
7.1	KONSTRUKTION DER SCHRIFTLICHEN STANDARDISIERTEN BEFRAGUNG.....	82
7.1.1	<i>Sprachliche Formulierungen .....</i>	82
7.1.2	<i>Reihenfolge der Fragen .....</i>	83
7.1.3	<i>Offene versus geschlossene Fragen .....</i>	83
7.1.4	<i>Bereiche der Therapeutenbefragung .....</i>	84
7.1.5	<i>Bereiche der Klientenbefragung .....</i>	84
7.1.6	<i>Kodierung von Therapeuten- und Klientenbögen .....</i>	85
7.2	AUSWAHL UND UMFANG DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN .....	85
7.2.1	<i>Therapeutische Orientierung als Auswahlkriterium .....</i>	85
7.2.2	<i>Stichprobenauswahl.....</i>	86
7.3	BEFRAGUNG UND RÜCKLAUF.....	88
7.4	ZUSAMMENFASSUNG.....	89
<b>8</b>	<b>BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN .....</b>	<b>90</b>
8.1	GRUPPE DER THERAPEUTEN.....	91
8.1.1	<i>Alter, Berufserfahrung und Qualifikation .....</i>	91
8.1.2	<i>Ausbildung und therapeutische Orientierung .....</i>	91
8.1.3	<i>Zur Repräsentativität der Therapeutengruppe .....</i>	94
8.2	GRUPPEN DER KLIENTEN .....	96
8.2.1	<i>Angaben der Therapeuten über Klienten .....</i>	96
8.2.2	<i>Zur Repräsentativität der Klientengruppen .....</i>	97
8.3	GRUPPE DER PAARE VON THERAPEUTEN- UND KLIENTENBERICHTEN .....	98
8.4	MERKMALE DER THERAPIEN, ÜBER DIE THERAPEUTEN BERICHTEN.....	99
8.4.1	<i>Berichtszeitpunkt.....</i>	99
8.4.2	<i>Setting .....</i>	99
8.4.3	<i>Therapieergebnisse .....</i>	99
8.4.4	<i>Therapeutische Vorerfahrungen der Klienten .....</i>	101
8.5	ZUSAMMENFASSUNG.....	102
<b>9</b>	<b>BERICHTE ZUR BEENDIGUNG KONKRETER THERAPIEN .....</b>	<b>104</b>
9.1	ASPEKTE DER DAUER VON THERAPIEN .....	104
9.1.1	<i>Dauer der Therapien .....</i>	104
9.1.2	<i>Therapeuten zum Umgang mit formalen Grenzen .....</i>	104
9.1.3	<i>Paare von Klienten und Therapeuten zum Umgang mit formalen Grenzen .....</i>	105
9.2	FREQUENZ DER THERAPIESITZUNGEN .....	107
9.2.1	<i>Frequenz von Sitzungen während der Therapie .....</i>	107
9.2.2	<i>Veränderungen der Frequenz in der Abschlussphase .....</i>	107
9.3	DAUER DER ABSCHLUSSPHASE .....	109
9.4	BEGINN DER ABSCHLUSSPHASE .....	111
9.4.1	<i>Initiative zur Beendigung .....</i>	111
9.4.2	<i>Anlass zur Beendigung .....</i>	112

9.5	GESTALTUNG DER ABSCHLUSSPHASE .....	113
9.5.1	<i>Kommunikation über die Beendigung</i> .....	113
9.5.2	<i>Themen der Abschlussphase</i> .....	117
9.5.3	<i>Abschlussprozesse in erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapien</i> .....	120
9.5.4	<i>Katamnestiche Gespräche</i> .....	120
9.6	ÄNDERUNGEN IM THERAPIEPROZESS UND IN DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG .....	121
9.6.1	<i>Zusammenhänge der Veränderungen im Prozess und in der Beziehung</i> .....	123
9.7	VERÄNDERUNGEN DES THERAPEUTISCHEN KOMMUNIKATIONSVERHALTENS .....	124
9.7.1	<i>Itemanalyse</i> .....	125
9.7.2	<i>Therapeutenangaben zu Veränderungen des therapeutischen Verhaltens</i> .....	125
9.7.3	<i>Veränderungen im Vergleich der Angaben von Therapeuten und Klienten</i> .....	127
9.7.4	<i>Veränderungen im Zusammenhang mit der therapeutischen Orientierung</i> .....	128
9.7.5	<i>Veränderungen im Zusammenhang mit Störungsbildern</i> .....	130
9.8	ARBEITSBEZIEHUNG UND BEENDIGUNG .....	132
9.8.1	<i>Itemanalyse der Fragen zur Arbeitsbeziehung</i> .....	132
9.9	BEENDIGUNG ALS THEMA IN DER SUPERVISION VON THERAPEUTEN .....	133
9.10	ZUSAMMENFASSUNG .....	135
<b>10</b>	<b>THERAPEUTEN ZU ABSCHLUSSPROZESSEN ALLGEMEIN .....</b>	<b>139</b>
10.1	BEENDIGUNG ALS THEMA IN DER AUSBILDUNG VON THERAPEUTEN .....	139
10.1.1	<i>Beginn und Abschluss von Therapien in der Ausbildung</i> .....	139
10.1.2	<i>Ausbildungstherapeuten als Modell für die Beendigung</i> .....	140
10.1.3	<i>Einzelne Themen der Beendigung</i> .....	141
10.1.4	<i>Erste Therapieausbildung und Bearbeitung von Abschlussthemen</i> .....	142
10.2	BEENDIGUNGEN UND UNTERBRECHUNGEN IM LAUFE VON THERAPIEN .....	144
10.2.1	<i>Thematisieren der Beendigung am Anfang von Therapien</i> .....	144
10.2.2	<i>Unterbrechungen im regelmäßigen Therapieverlauf</i> .....	146
10.3	GRUNDSÄTZE ZUR GESTALTUNG VON ABSCHLUSSPROZESSEN .....	148
10.3.1	<i>Wesentliche Grundsätze zur Beendigung</i> .....	148
10.3.2	<i>Zusammenhänge von Grundsätzen und therapeutischer Orientierung</i> .....	151
10.4	ZUSAMMENFASSUNG .....	153
<b>11</b>	<b>DIE BEENDIGUNG VON THERAPIEN IM BILD DER SPRACHE .....</b>	<b>156</b>
11.1	SPRACHE UND PSYCHOTHERAPIE .....	156
11.2	DER METAPHERNANALYTISCHE ANSATZ .....	157
11.3	DIE SPRACHBILDER DER THERAPEUTEN .....	159
11.4	SCHATTENBILDER .....	162
11.5	ZUSAMMENSTELLUNG KONZEPTUELLER METAPHERN DER THERAPIEBEENDIGUNG .....	164
11.6	THERAPIEENDE ALS ‚ZWISCHENZEIT‘ UND ‚ÜBERGANG‘ .....	164

---

<b>12</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION WESENTLICHER ERGEBNISSE.....</b>	<b>167</b>
12.1	AUSGANGSPUNKT DER UNTERSUCHUNG .....	167
12.2	THEORETISCHE BEFUNDE .....	167
12.3	EMPIRISCHE BEFUNDE.....	168
12.3.1	<i>Merkmale der Gruppen von befragten Therapeuten und Klienten .....</i>	<i>168</i>
12.3.2	<i>Bericht zum Abschluss einer konkreten Therapie .....</i>	<i>169</i>
12.3.3	<i>Therapeuten zu Abschlussprozessen allgemein .....</i>	<i>171</i>
12.3.4	<i>Therapieende im Bild der Sprache .....</i>	<i>174</i>
12.4	AUSBLICK .....	174
<b>13</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>175</b>
<b>14</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>184</b>
14.1	ANHANG A: STATISTIKEN .....	184
14.2	ANHANG B: LISTE VON AUSBILDUNGSINSTITUTEN .....	205
14.3	ANHANG C: THERAPIEENDE IN SPRACHBILDERN .....	206
14.4	ANHANG D: SCHRIFTLICHE BEFRAGUNG .....	210



## **Tabellenverzeichnis**

<i>Tabelle 1: Bereiche der Fragen im Therapeutenbogen .....</i>	<i>84</i>
<i>Tabelle 2: Bereiche der Fragen im Klientenbogen .....</i>	<i>84</i>
<i>Tabelle 3: Gruppenauswahl der stratifizierten Stichprobe .....</i>	<i>87</i>
<i>Tabelle 4: Häufigkeit von Ausbildungen und Eigentherapie der Therapeuten.....</i>	<i>91</i>
<i>Tabelle 5: Therapierichtung von Ausbildungen, Eigentherapie und therapeutischer Orientierung .....</i>	<i>92</i>
<i>Tabelle 6: Studienvergleich – Demographische Angaben von Therapeuten .....</i>	<i>94</i>
<i>Tabelle 7: Studienvergleich – Psychotherapeutische Ausbildungen und Eigentherapie .....</i>	<i>95</i>
<i>Tabelle 8: Studienvergleich – Demographische Angaben der Klienten .....</i>	<i>97</i>
<i>Tabelle 9: Vergleich der Gesamtgruppen mit den Gruppen der Paare .....</i>	<i>98</i>
<i>Tabelle 10: Therapieergebnisse .....</i>	<i>100</i>
<i>Tabelle 11: Therapieergebnis im Paarvergleich .....</i>	<i>100</i>
<i>Tabelle 12: Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis.....</i>	<i>101</i>
<i>Tabelle 13: Zufriedenheit mit Therapieergebnis im Paarvergleich.....</i>	<i>101</i>
<i>Tabelle 14: Therapiestunden je Therapie .....</i>	<i>104</i>
<i>Tabelle 15: Begrenzung der Therapie von Anfang an im Paarvergleich .....</i>	<i>106</i>
<i>Tabelle 16: Initiative zur Beendigung im Paarvergleich.....</i>	<i>111</i>
<i>Tabelle 17: Kommunikation über die Beendigung im Paarvergleich.....</i>	<i>114</i>
<i>Tabelle 18: Rückblick auf die Therapie .....</i>	<i>114</i>
<i>Tabelle 19: Themen des Rückblicks im Paarvergleich .....</i>	<i>115</i>
<i>Tabelle 20: Angaben von Therapeuten und Klienten zu Themen im Abschlussprozess.....</i>	<i>118</i>
<i>Tabelle 21: Abschlussphase als Auslöser für wichtige Themen .....</i>	<i>120</i>
<i>Tabelle 22: Veränderungen im Therapieverlauf .....</i>	<i>122</i>
<i>Tabelle 23: Veränderungen in der therapeutischen Beziehung.....</i>	<i>122</i>
<i>Tabelle 24: Veränderungen des therapeutischen Verhaltens im Abschlussprozess .....</i>	<i>126</i>
<i>Tabelle 25: Angaben zu Änderungen des therapeutischen Verhaltens im Paarvergleich .....</i>	<i>130</i>
<i>Tabelle 26: Häufigkeiten der Diagnosegruppen (ICD 10) .....</i>	<i>131</i>
<i>Tabelle 27: Studienvergleich – Prozentuale Verteilung der Diagnosen.....</i>	<i>131</i>
<i>Tabelle 28: Themenbereiche der Beendigung in der Therapieausbildung .....</i>	<i>141</i>
<i>Tabelle 29: Bearbeitete Aspekte der Beendigung in Zusammenhang mit 1. Therapieausbildung .....</i>	<i>143</i>
<i>Tabelle 30: Thematisieren der Beendigung am Anfang von Therapien .....</i>	<i>145</i>
<i>Tabelle 31: Umgang mit Stundenende.....</i>	<i>146</i>
<i>Tabelle 32: Mittelwertvergleich der Gruppen mit unterschiedlicher therapeutischer Orientierung.....</i>	<i>152</i>

## **Bildverzeichnis**

<i>Bild 1: Generic Modell of Psychotherapy von Orlinsky &amp; Howard (1986) .....</i>	<i>31</i>
<i>Bild 2: Konzeptueller Rahmen für eine Allgemeine Psychotherapie .....</i>	<i>32</i>
<i>Bild 3: Darstellung der Untersuchungseinheiten .....</i>	<i>90</i>
<i>Bild 4: Art der Finanzierung und Einschätzung von Therapien als von Anfang an begrenzt .....</i>	<i>106</i>
<i>Bild 5: Stundenfrequenz in Therapiephase und Abschlussphase .....</i>	<i>107</i>
<i>Bild 6: Veränderung der Stundenfrequenz von der Therapiephase zur Abschlussphase .....</i>	<i>108</i>
<i>Bild 7: Zusammenhang von Aktivität der Klienten und Prozessintensivierung in der Abschlussphase ...</i>	<i>124</i>
<i>Bild 8: Zusammenhang von Änderungen des therapeutischen Verhaltens und Therapierichtung .....</i>	<i>128</i>
<i>Bild 9: Zusammenhang von Verhaltensänderungen und 1. therapeutischer Ausbildung .....</i>	<i>129</i>
<i>Bild 10: Vorbereitung von Unterbrechungen wie Urlaub u. ä. ....</i>	<i>148</i>

# 1 Einleitung

Psychotherapien werden geplant, begonnen und durchgeführt – doch wie werden sie beendet?

Sollen sie „... an Erschöpfung sterben ...“, wie Ferenzci (1984, S. 377) es forderte, oder gar in einer Sitzung erfolgreich abgeschlossen sein, wie Tolman (1990) es für seine „Single-Session Therapy“ beschreibt?

Mit dieser Studie möchte ich auf einen spezifischen Bereich im Psychotherapieprozess aufmerksam machen, der erstaunlich vernachlässigt wird.

Alle psychotherapeutischen Behandlungen gehen zu Ende. Diese Aussage erscheint zunächst trivial, ist es doch elementarstes Ziel psychotherapeutischer Behandlung, diese überflüssig werden zu lassen. Menschen suchen in der Regel wegen bestimmter Beschwerden oder eines Leidensdrucks eine Psychotherapie auf, mit dem Ziel, Beschwerden und Leidensdruck zu verändern. Wann nun ist diese Psychotherapie zu beenden? Für die Antwort auf diese Frage finden sich sehr unterschiedliche Kriterien und Aspekte, von ‚Symptombefreiheit‘ bis zu ‚struktureller Veränderung des psychischen Apparates‘, je nach Therapieschule. Laien beantworten diese Frage häufig viel schlichter: Eine Therapie ist zuende, wenn es einem besser geht und/oder die Krankenkasse nicht mehr zahlt. Doch selbst wenn die Frage beantwortet ist, *wann* eine Therapie zu beenden sei, bleibt offen, *wie* diese Beendigung gestaltet werden sollte und gestaltet wird.

Die Abschlussphase wird in der Literatur nicht oft thematisiert und wenn, dann meist in Fallvignetten oder in Form allgemeiner theoretischer Überlegungen beschrieben. Nur selten unterscheiden die Autoren darin deutlich zwischen ‚Wann beenden?‘ oder ‚Wie beenden?‘. Angesichts der trivialen Feststellung, dass alle Psychotherapien zu Ende gehen, ist es allerdings merkwürdig, dass die Abschlussphase so wenig Beachtung zu finden scheint. Die geringe Präsenz der Thematik von Beendigung und Abschluss von Psychotherapien in Forschung und Literatur ist bemerkenswert. Über diese Phase der Therapie sind differenzierte Betrachtungen selten, liegen kaum empirischen Befunde vor und gibt es sehr unterschiedliche Ansichten oder Vorannahmen. Bei der Suche nach Literatur zur Abschlussphase sind vor allem zwei überraschend gegensätzliche Positionen im Hinblick auf die Beendigung von Therapien zu finden: In den Extremen wird die Abschlussphase als entscheidend für das Ergebnis der gesamten Therapie gesehen beziehungsweise überhaupt nicht thematisiert.

Beispielsweise behandelt Hart (1982) unter dem Titel ‚Abschiednehmen in der Therapie‘ ausschließlich Abschiede der Klienten von lebensgeschichtlich wichtigen Personen vor oder während der Therapie, ohne das Therapieende als Abschiedssituation auch nur zu erwähnen. In seiner Arbeit ‚Therapie ohne Ende‘ geht Giernalczyk (1992) der Frage mehrfacher Nutzung von Therapie einzelner Klienten nach. End-lose Therapien werden

dokumentiert, ohne die Problematik der Beendigung der vorangegangenen Therapien mit einzubeziehen, die in einigen Fallgeschichten beschrieben werden.

Ähnlich geht Bowlby (1988) in seinem Buch „A secure base: Clinical application of Attachment Theorie“, in dem er sich intensiv mit der Anwendung von Bindungstheorie in der Psychotherapie auseinandersetzt, mit keinem Wort auf den Abschluss einer Therapie, bzw. die Trennung vom Therapeuten ein. Dies ist um so erstaunlicher, als gerade Bindungs- und Trennungsreaktionen wesentliche Elemente seiner Theorie sind.

In ausführlicheren Arbeiten zur Planung von Therapie (z. B. Fiedler, 1997; Schulte, 1996) wird die Abschlussphase der Therapie allenfalls indirekt unter dem Begriff ‚Transfersicherung‘ behandelt. Bemerkenswert finde ich ebenso, dass es über die Einwirkung ökonomischer Faktoren auf die Beendigung von Psychotherapien, z. B. durch Psychotherapie-Richtlinien, kaum Diskussionen und keine empirischen Befunde gibt. Diese erstaunlichen Auslassungen erschienen mir im Laufe meiner Auseinandersetzung mit dem Therapieende immer mehr als ein Hinweis auf Tabuisierungen beziehungsweise blinde Flecken in der Auseinandersetzung mit Psychotherapien.

An dieser Stelle könnte man eine Parallele ziehen zum Umgang mit dem bedrohlich nahekommenden Ende des Lebens bei Krebserkrankungen. In psychoonkologischer Literatur findet sich eine ähnliche Gegensätzlichkeit: Teilweise wird dort der Tod als selbstverständliches Ende des Lebens verdrängt und Psychotherapie gegen Krebs (gegen den Tod?) empfohlen. Dagegen wird von anderen Autoren ‚abschiedliches Leben‘, d. h. ein Leben, das den Tod einbezieht, zum alles entscheidenden Weg für psychische Entwicklung hervorgehoben (s. Kast, 1982, S. 139 ff.). Unser Umgang mit Krankheit und Tod, mit Ende und Vergänglichkeit ist geprägt durch die sozialen Konstruktionen von Normalität, welche die Endlichkeit unseres Lebens ausklammern (s. Gerdes, 1986). Wir sind fortschrittlich, dynamisch und erfolgreich. Notfalls müssen eben Medizin oder auch Psychologie ‚Betriebsunfälle‘ reparieren.

Begriffe wie Abschluss, Beendigung, Ende und Abschied, die mit dem Ende von Therapien verbunden sind, verweisen so bei genauerem Hinsehen auf einen in unserer Kultur problematischen Erfahrungsbereich. Die Abschlussphase spricht einen Zeitraum des Übergangs an. Die „rites des passage“ (Gennep, 1986), Übergänge, die das Leben rhythmisieren, werden im Alltag des modernen Lebens immer unkenntlicher. Anfang und Ende eines Tages z. B. werden nicht mehr durch Sonnenuntergang und Sonnenaufgang strukturiert, sondern durch Radiowecker und ‚abschalten‘. Selbst den bis vor wenigen Jahren durch Abspielen der Nationalhymne ritualisierten Sendeschluss im Fernsehen gibt es nicht mehr. Begriffe wie non-stop, just-in-time und rund-um-die-Uhr kultivieren eine Illusion von Endlosigkeit, vom endlosen Fortgang unseres Lebens, die typisch für unsere Zeit zu sein scheint. Beenden oder gar verabschieden wird überflüssig, denn Fortschritt scheint der alleinige Motor von Entwicklung geworden zu sein. Nicht verarbeiten ist gefragt, sondern abhaken (s. Geißler, 1994). Nachdenken über Beendi-

gung oder Abschluss widerspricht der Ideologie des Fortschritts, sich mit Ende und Abschied zu beschäftigen scheint geradezu anachronistisch zu sein.

Vielleicht wird aus diesen Gründen so wenig über Beenden von Therapien gesprochen und geschrieben. Die moderne Psychotherapie als Entwicklung des 20. Jahrhunderts befindet sich von den Anfängen her im Einklang mit dieser Tendenz einer Verdrängung der Endlichkeit im modernen Leben. Der Terminus von der „... unendlichen Eigenanalyse...“ (Freud, 1982, S. 388) als Ziel von Psychotherapie entspricht der Idee eines unendlichen Fortschritts. Trennung als kollektive und den Lebenslauf dynamisch mitgestaltende Erfahrung, die sich nicht auf das Trauma der Geburt und die spätere Trennung des Kleinkindes von der Mutter beschränkt, wurde bis heute von der Psychoanalyse kaum beschrieben (Petri, 1994).

Die Fähigkeit, etwas zu beenden, abzuschließen, ist eng verbunden mit der Kenntnis, Erfahrung und Akzeptanz von Grenzen und damit auch mit der eigenen Begrenztheit. Die verbreitete Tendenz von Psychotherapeuten, Therapieausbildungen aneinander zu reihen (s. Ambühl et al., 1995) könnte aus dieser Perspektive verstanden werden als Ausdruck der Schwierigkeit, mit der eigenen Begrenztheit umzugehen. Vielen Psychotherapeuten scheint es schwer zu fallen, sich von der Rolle des Lehrlings zu verabschieden und ‚Schluss zu machen‘. So als ob das aus der Bildungsdiskussion der 60er Jahre übernommene Schlagwort vom lebenslangen Lernen ersetzt worden ist durch den Zwang zur lebenslänglichen Ausbildung, zum (fast) unendlichen Fortschritt.

Nun eine Einleitung zu beenden, die mit dem Abschluss begonnen hat, ist nicht leicht. Der Blick auf das Ende und seine kulturellen Konnotationen verweist auf vielschichtige Bedeutungsebenen, die angesprochen sind, wenn es um die Beendigung von Psychotherapien geht. In der folgenden Untersuchung sollen vor diesem Hintergrund Elemente der Abschlussphase beschrieben und empirisch untersucht werden.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit werde ich folgenden Fragen intensiver nachgehen:

Welche Grundlagen und Anregungen sind in der Auseinandersetzung mit der Literatur zur Abschlussphase zu finden? Dies wird anhand eines Blicks auf historische Befunde der Psychoanalyse, der Untersuchung von Ergebnissen der Psychotherapieforschung sowie am Beispiel von unterschiedlichen klinischen Beiträgen erläutert (Kap. 2).

Wie werden soziale Situationen im Alltag beendet und was folgt daraus für die psychotherapeutische Kommunikation (Kap. 3)?

Abschließend werden Merkmale der Beendigung von Psychotherapien in der Praxis dargestellt (Kap. 4).

Nach einer Diskussion der Möglichkeiten eines empirischen Zugangs zur Abschlussphase in Kapitel 5 werden die Fragestellungen der konkret geplanten Untersuchung in Kapitel 6 beschrieben.

Planung und Durchführung der Untersuchung werden in Kapitel 7 dargestellt.

Ausgehend von einer Beschreibung der untersuchten Gruppen von Psychotherapeuten und Klienten in Kapitel 8 finden sich die Untersuchungsergebnisse zur Beendigung konkreter Therapien in Kapitel 9 sowie die Ergebnisse zu allgemeinen Fragen der Abschlussphase in Kapitel 10. Die Darstellung der Befragungsergebnisse wird abgeschlossen mit einer Analyse von Sprachbildern der Therapeuten über die Therapiebeendigung in Kapitel 11.

Wesentliche Ergebnisse der Studie werden abschließend in Kapitel 12 zusammengefasst und diskutiert.

## 2 Die Beendigung von Psychotherapien – Grundlagen und Widersprüche.

Das Ende einer Psychotherapie mutet an wie die Quadratur des Kreises.  
(Waldvogel, 1995, S. 1)

Nicht jeder Autor sieht den Abschluss von Therapien so problematisch, jedoch scheint die Beendigung einer therapeutischen Beziehung eine besondere Anforderung darzustellen. Wenn eine Therapie zufriedenstellend verlaufen ist, kann man davon ausgehen, dass Therapeut und Klient einige Zeit in dem Bemühen um Verstehen und Veränderung miteinander verbracht haben und dass in dieser Zeit Vertrauen und Empathie wichtig gewesen sind. Für beide Seiten kann die darin entstandene Beziehung wichtig und wertvoll geworden sein, so dass der Gedanke an eine Trennung schwerfällt. „Die Beendigung der Therapie kann zu den schwersten Übungen gehören, die Patient und Therapeut bewältigen müssen.“ (Reimer, Eckert, Hautzinger & Wilke, 1996, S. 54)

Wieso ist die Beendigung eine schwere Übung? Was führt zu Schwierigkeiten oder Konflikten mit dem Abschluss von Psychotherapien? Ein Blick auf die Definition von Psychotherapie kann verdeutlichen, was zum Abschluss gebracht wird und welche Aufgabe sich Therapeuten und Klienten damit stellt.

Eine eindeutige, allgemein akzeptierte und für wissenschaftliche Untersuchungen ausreichend konkrete Definition von Psychotherapie liegt allerdings bis heute nicht vor. Einige Aspekte werden in allgemeinen Definitionen immer wieder genannt, wie Geplantheit, Zielorientiertheit und Professionalität. In Bezug auf weitere Schwerpunkte, wie Orientierung an Normen von Gesundheit und Störung, Autonomie und Selbstverantwortlichkeit von Klienten, Prävention usw. unterscheiden sich auch die allgemeinen Definitionen schon deutlich (s. Huf, 1992). Als wesentliche Bestimmungsstücke von Psychotherapie werden immer wieder Kommunikation und Interaktion erwähnt. Weitgehend durchgesetzt hat sich die Definition von Strotzka (1975) nach der Psychotherapie definiert wird als

... ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen ..., die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln durch Kommunikation, meist verbal, aber auch a verbal ... . (S. 4)

Diese Definition ist zwiespältig. Einerseits ist von ‚Interaktion‘ die Rede, also einer wechselseitigen Kommunikation. Andererseits wird diese Interaktion jedoch als ein bewusster und geplanter Akt der Kommunikation dargestellt, die im Dienst einer einseitig gerichteten Beeinflussung geschieht (Buchholz & Streeck, 1994).

In einer Neufassung dieser Definition wird Psychotherapie zur

Krankenbehandlung bei seelisch bedingten Krankheiten, Beschwerden, Störungen, ... mittels wissenschaftlich begründeter und empirisch geprüfter Verfahren und Methoden, mit Bezug auf wissenschaftlich begründete und empirisch gesicherte Krankheits-, Heilungs- und Behandlungstheorien, durchgeführt nach qualifizierter Diagnostik und Differentialindikation ... (Senf & Broda, 1996, S.5)

In dieser Fassung, die von den Autoren als Weiterentwicklung der Definition von Strotzka bezeichnet wird, findet sich kein Hinweis mehr auf Kommunikation. Psychotherapie als komplexes interaktionelles Geschehen verschwindet zugunsten einer Sichtweise, die dem medizinischen Paradigma von Störung–Diagnose–Medikament verpflichtet ist. Ob sich allerdings dieses Modell grundsätzlich für Psychotherapien eignet, mag bezweifelt werden. Mit der Tendenz, Unterschiede zwischen Klienten zugunsten von Standardbehandlungen zu vernachlässigen, wächst die Gefahr, gleichfalls deren störungsunabhängige Ressourcen und Fähigkeiten außer acht zu lassen.

Die Grenzen des Behandlungsmodells werden in Bezug auf die Beendigung besonders deutlich, denn es ist gleichfalls zu bezweifeln, ob sich das Medizinische Modell von Behandlungen auf die Beendigung von Therapien, quasi als Absetzen von Medikamenten, übertragen lässt. Wenn das Ziel einer Intervention erreicht ist, bleibt die Kommunikation als soziale Situation, als ‚Beziehungsgeschichte‘ zwischen Therapeut und Klient und diese Beziehung muss ebenfalls beendet werden.

In der obigen Darstellung der Beendigung einer Therapie als ‚schwerster Übung für Patient und Therapeut‘ wurde die Spannung zwischen zielgerichteter Intervention und Kommunikation bereits angesprochen, die am Ende einer Therapie entstehen kann, wenn nach der Bearbeitung individueller Therapieziele Behandlung und therapeutische Beziehung abgeschlossen werden müssen.

Welche Widersprüche und Konflikte im Umgang mit der Beendigung von Psychotherapien aufkommen, soll in den folgenden Abschnitten beschrieben werden.

Grundlage sind dabei einzelne Veröffentlichungen mit dem thematischen Schwerpunkt Therapieende, bzw. Ausführungen dazu in aktuellen Lehrbüchern und Therapiemanualen. Bereits diese Zusammenstellung erwies sich als schwierig, da es bisher keine eindeutigen Begriffe in Bezug auf Therapieende<sup>1</sup> gibt. Zudem wird die Beendigung z. B. in Lehrbüchern oft nur am Rande behandelt, ohne dass ein entsprechendes Stichwort zu finden wäre.

Ausgehend von einem Rückblick auf den Umgang mit Beendigung in der Geschichte der Psychoanalyse, sollen in weiteren Abschnitten markante Problembereiche in Forschungsansätzen, klinischen Konzeptualisierungen und Manualen beschrieben werden.

---

<sup>1</sup> Beispielhaft eine Auswahl von Stichworten, die für die Literatursuche notwendig gewesen sind: Beendigung, Abschluss, Abschied, Finalphase, ending, termination, leaving.



## 2.1 Historische Grundlagen der Psychoanalyse

Die Entwicklung der Psychoanalyse durch Sigmund Freud ist Ausgangspunkt der modernen Psychotherapie. Bis heute wird die Abschlussphase in der Literatur überwiegend in Zusammenhang mit tiefenpsychologischen Ansätze thematisiert. Dies ist verständlich, da es sich hier um die historisch älteste Tradition der klinischen Behandlungsforschung (s. Kvale, 1996) handelt.

Für die heutige Praxis, zumindest tiefenpsychologischer Richtungen, ist die Geschichte der Entstehung der Psychoanalyse nach wie vor bedeutsam, da sie von Anfang an sowohl theoretisch als auch methodisch durch das Medium der Eigenanalyse entwickelt und weitergegeben worden ist.

The great discoveries and the subtle nuances of technique are passed through the analysis to each new generation of students. But equally, ..., the student will be subjected by distortions, errors, omissions, and blind spots going back to the very beginning of psychoanalysis.

Termination is such blind spot, for study of how the early analysts dealt with it reveals a profound inability to conceive of termination in a way that would lead to scientific and clinical growth. (Novick, 1997, S. 147)

### 2.1.1 Die endliche und die unendliche Analyse - Freud

Die psychoanalytische Methode sowie der analytische Prozess als Behandlung und als Forschungsansatz wurden ausgehend von Freuds klinischer Erfahrung, vor allem aber auf der Grundlage seiner umfangreichen Selbstanalyse entwickelt. Solange er lebte, gab es in der Theorie der klinischen Analyse ausschließlich eine Anfangsphase und eine mittlere Behandlungsphase. Allgemeingültige behandlungstechnische Empfehlungen zur Beendigung hat Freud nicht mitgeteilt, obgleich Themen der Beendigung verschiedentlich erwähnt wurden. Selbst in seiner Arbeit ‚Trauer und Melancholie‘ bezog Freud den Verlust des Analytikers am Ende einer analytischen Behandlung nicht in seine Überlegungen mit ein (s. Blum, 1989).

Erst 1937, nach der Erfahrung seiner Emigration aufgrund der Bedrohung durch die Nationalsozialisten, schrieb Freud die Abhandlung „Die endliche und die unendliche Analyse“ (1982). Er war zu diesem Zeitpunkt 81 Jahre alt, schwer krebserkrankt und lebte im Exil in England, so dass man fragen könnte, warum er sich zu diesem Zeitpunkt in seinem Leben erstmals diesem Thema ausdrücklich zuwandte. Doch selbst in dieser Abhandlung wird die Beendigung nicht direkt und ausdrücklich als eine Behandlungsphase erwähnt. Nach Kriterien für den Beginn dieser Phase und dem Vorgehen während dieser Behandlungszeit sucht man vergeblich. Freud beschäftigt sich, abgesehen von dem Fallbeispiel einer forcierten Beendigung, vorwiegend mit den inhärenten Begrenzungen der Technik, des Patienten und des Analytikers.

Die Selbstanalyse als Ausgangspunkt der psychoanalytischen Theorie ist sicherlich ein Hindernis gewesen, sich mit Beendigung auseinanderzusetzen, da die Selbstanalyse nicht beendet wurde. „Freud did not take leave of himself.“ (Blum, 1989, S. 279) Im Gegenteil, er ging davon aus, dass die Selbstanalyse sich aus dem Prozess der vom (Lehr)therapeuten angeleiteten Analyse heraus endlos fortsetzt.

Jeder Analytiker sollte periodisch, ... , sich wieder zum Objekt der Analyse machen, ohne sich dieses Schrittes zu schämen. Das hieße also, auch die Eigenanalyse würde aus einer endlichen eine unendliche Aufgabe, nicht nur die therapeutische Analyse am Kranken. (Freud, 1982, S. 389)

Bemerkenswert ist an dieser Formulierung, dass Freud von der Analyse als ‚unendlicher‘ Aufgabe spricht und damit das Sprachspiel des Titels von der endlichen und unendlichen Analyse in seine Ausführungen hineinnimmt. Mit diesem Begriff wird metaphorisch die Endlichkeit der therapeutischen Beziehung sowie indirekt die Endlichkeit des menschlichen Lebens verschleiert. Denn selbst wenn eine Analyse gewissermaßen nicht zu beenden ist, da der Prozess der Selbstanalyse sich fortsetzt, ist das Leben endlich, wie auch Loewald hervorhebt:

Even though analysis in a certain sense is interminable, life is finite, and analysis has to end at a given point, if it is to be a guide and a rehearsal for a better life and not an end in itself. (Loewald, 1988, S.159)

Man könnte hier einwenden, dass Freud natürlich um die Endlichkeit des Lebens gewusst habe und selbstverständlich nicht von einer über den Tod hinausgehende Eigenanalyse ausging. Möglicherweise sind diese Ausblendungen der Realität von Trennungen in therapeutischen Beziehung besser zu verstehen vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten, die Freud mit Trennungen hatte, den berühmten Abbrüchen mit jedem seiner ehemaligen Schüler, deren theoretische Differenzen er als Verrat ansah. (s. Kupers, 1988)

Die unendliche Analyse ist eine Illusion, die den Tod ausblendet. Diese Ausblendung der existentiellen Endlichkeit setzte sich nach Novick in der Psychoanalyse bis heute überwiegend fort.

For almost 75 years, psychoanalysts had been unable to conceive of the idea of a terminal phase, because the words terminal und termination connoted death and – as noted by philosophers from the ancient Greek, Epicurus, to the 20<sup>th</sup> century philosopher Wittgenstein – death is a subject that does not exist. (Novick, 1997, S. 146)

Diese Vermutung trifft besonders auf den deutschen Sprachraum zu, in dem ‚Terminalphase‘ ausdrücklich der medizinische Begriff für die Sterbephase ist.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Wie nah die Assoziation von Terminal zu Tod ist wird z. B. deutlich wenn man von einer ‚Terminalphase (in) einer Psychotherapie‘ sprechen würde. Dieser Begriff löst bei den meisten Hörern ein deutliches Unbehagen beziehungsweise Bilder von sterbenden Klienten aus.

Für die Charakterisierung der Analyse wurden von Freud unterschiedliche Metaphern herangezogen, wie z. B. Analytiker-als-Spiegel, Analytiker-als-Chirurg oder Psychoanalyse-als-Kampf. Die deutlichste Prozessvorstellung von Anfang und Ende einer Analyse jedoch beinhaltet die Schachspiel-Metapher.<sup>3</sup>

Möglicherweise ist diese Metaphorik zutreffender, als Freud es geahnt hat. Einerseits wird in der Schachliteratur darauf hingewiesen, dass Anfänger meist die Bedeutung der Schlussphase nicht realisieren und hauptsächlich auf die Eröffnung und die mittlere Phase achten. Dabei übersehen sie, dass in einer kreativen Endphase durchaus noch ein Sieg errungen werden kann, während fehlende Fähigkeiten gerade in dieser Phase über Sieg und Niederlage eines sonst guten Spiels entscheiden. In der Psychoanalyse können fehlendes Wissen und fehlende Handlungskompetenz mehr verhindern als ein gutes Ergebnis. „At the very least, it may ruin a good analysis, or in some cases, result in catastrophe such as serious physical illness or even death.“ (Novick, 1997, S. 146).

Andererseits ist zu fragen, was die Metapher vom Schachspiel für das Ende einer Psychoanalyse bedeutet. Im Schachspiel geht es um Sieg oder Niederlage für die Beteiligten. Ebenso geht es in einem Beitrag von Freud (1982) zur forcierten Beendigung um die Niederlage der Widerstände eines Patienten in einer stagnierenden Therapiesituation<sup>4</sup>.

Es war ein Fall von Selbsthemmung der Kur; sie war in Gefahr, gerade an ihrem – teilweisen – Erfolg zu scheitern. In dieser Lage griff ich zu dem heroischen Mittel der Terminsetzung. ... Er schenkte mir zunächst keinen Glauben, aber nachdem er sich von dem unverbrüchlichen Ernst meiner Absicht überzeugt hatte, trat die gewünschte Wirkung bei ihm ein. Seine Widerstände schrumpften ein, und in diesen letzten Monaten konnte er alle Erinnerungen reproduzieren und alle Zusammenhänge auffinden, die zum Verständnis seiner frühen und zur Bewältigung seiner gegenwärtigen Neurose notwendig schienen. (S. 358)

Mit Blick auf den schwierigen weiteren Behandlungsverlauf des Wolfsmannes, dem berühmtesten ‚endlosen‘ Patienten der Psychoanalyse, beurteilt Blum (1989) dessen Reaktion auf die Terminsetzung eher als Pseudocompliance denn als Entwicklung. Freud (1982) jedoch bezweifelte auch 20 Jahre später nicht den Wert einer Terminsetzung.

Ich habe die Terminsetzung auch später in anderen Fällen angewendet und auch die Erfahrungen anderer Analytiker zur Kenntnis genommen. Das Urteil über den Wert der erpresserischen Maßregel kann nicht zweifelhaft sein. Sie ist wirksam, vorausgesetzt, dass man die richtige Zeit für sie trifft. Aber sie kann keine Garantie für die vollständige Erledigung der Aufgabe geben. Man kann im Gegenteil sicher sein, dass, während ein Teil des Materials unter dem Zwang der Drohung zugänglich wird, ein anderer Teil zurückgehalten bleibt und damit gleichsam verschüttet wird, der the-

---

<sup>3</sup> Einen Überblick über die Rolle von Metaphern in Theorie und Praxis von Psychotherapie geben Berlin, Olson, Cano & Engel (1991). Zur Bedeutung von Metaphern als Prozessvorstellung für den therapeutischen Prozess siehe Buchholz (1996).

<sup>4</sup> Es handelt sich um eine Fallgeschichte, die Freud in ‚Aus der Geschichte einer infantilen Neurose‘ 1918 veröffentlichte und die als Fallgeschichte vom ‚Wolfsmann‘ in die Literatur eingegangen ist.

rapeutischen Bemühung verloren geht. ... Auch lässt sich nicht allgemein giltig [sic] angeben, wann die richtige Zeit für die Einsetzung dieses gewaltsamen technischen Mittels gekommen ist, es bleibt dem Takt überlassen. Ein Missgriff ist nicht mehr gutzumachen. Das Sprichwort, dass der Löwe nur einmal springt, muss recht behalten. (S. 358)

Kein anderer Fall ist so gut dokumentiert worden wie die Behandlung des Wolfsmanes. Es gab viele Versuche, das Scheitern dieser Behandlung zu erklären, jedoch nur ein einziger der Autoren bezog die Art der Beendigung als eine Ursache für das Scheitern der Analyse in seine Überlegungen mit ein. (s. Novick, 1997, S. 149)

### 2.1.2 Beendigung der frühen Lehranalysen

Novick (1997) bezeichnet das Ausblenden der Beendigung von Freud an als blinden Fleck der Psychoanalyse mit massiven Auswirkungen auf die Beendigung der ersten Lehranalysen und Konsequenzen für weitere Behandlungen dieser so ausgebildeten Analytiker. „... termination issues were ignored and denied, and the management of termination was often a blind passive-to active repetition of what had been done to them.“ (S. 147)

In einem Überblick über die Geschichte von erzwungenen Beendigungen in den Anfängen der Psychoanalyse zeigen sich Linien von traumatischen Therapieabbrüchen, die sich durch die frühe Geschichte der Analyse hindurchziehen:

Freud had abruptly ended Helene Deutsch's analysis to make room for the Wolf Man's return in 1919. She in turn ended Margaret Mahler's analysis by proclaiming that Mahler was unanalyzable and summarily dismissed her. (Kanter, 1980; Mahler, 1988, Roazen, 1985)

Ruth Mack Brunswick was known as a gifted clinician, a favorite of Freud's and he sent the Wolf Man to her in 1926 for further treatment. But, as suggested by Rosenbaum (1986), Freud forced the ending of her analysis in the same way as he had ended the analysis of Deutsch and the Wolf Man. That is the way Ruth Brunswick ended the analysis of Muriel Gardiner, an important figure in the history of psychoanalysis, one of the last of prewar generation of analytic students. In her autobiography, Gardiner (1983) said that termination of her analysis occurred as follows. At the end of her third year of analysis she and her analyst shook hands, as was customary, at the end of the last session before the summer vacation. Dr. Brunswick said goodbye in such a ton of finality that Gardiner asked, 'Do you mean it's the end? My analysis is over?' Brunswick smiled and said yes. Gardiner wrote, 'I was overjoyed. 'Oh how wonderful! I'm so happy', I exclaimed, then I remembered to thank her.' (S. 148)

Das negative Potential dieser ‚erzwungenen Beendigungen‘ wird in den Reaktionen darauf deutlich. Helene Deutsch war nach ihrer Analyse depressiv und unzufrieden, Margaret Mahler begann umgehend eine zweite Analyse. Von Muriel Gardiner wird aus einer weiteren Analyse mehr als 50 Jahre später berichtet: „Her feelings at that meeting ... were ... strong, sad and angry.“ (Novick, 1997, S. 150)

Diese Kette von Therapieabbrüchen in den Anfängen der Psychoanalyse setzt sich in einer Beschreibung von Perls über seinen Ausbildungsweg fort. In einem Interview gibt Perls (in Petzold, 1985a) einen Hinweis auf die Beendigung seiner Lehranalysen, der

die Vermutung nahelegt, dass deren Beendigung wenig Aufmerksamkeit fand: „Ich begann meine Analyse bei Karen Horney. Dann ging ich nach Frankfurt und arbeitete mit Clara Harpel, *bis sie behauptete, dass ich fertig sei*, und so ging ich 1927 nach Wien, um unter Supervision zu arbeiten.“ (S. 19, Hervorhebung v. d. Verf.) Die Analyse mit Karen Horney wird lediglich begonnen, eine weitere Analyse durch seine Lehranalytikerin beendet. Bemerkenswert scheint mir in diesem Zusammenhang, dass Perls einen Therapiestil entwickelte, der vor allem durch kurzfristigen Kontakt geprägt war, während die therapeutische Begegnung, die sich zur Beziehung vertieft, wenn Dauer und Zuverlässigkeit erfahren werden, von ihm kaum thematisiert und praktiziert wurden. Mit dieser relativ einseitigen Betonung des Hier und Jetzt Prinzips in der Therapietheorie bleibt die therapeutische Beziehung ebenso unbeachtet wie deren Beendigung.

Zusammenfassend bezeichnet Novick die Geschichte von Therapieabbrüchen in der Frühzeit der Psychoanalyse als genetischen Defekt, der sich bis heute als blinder Fleck der Behandlungstheorie aufzeigen lässt:

So before termination can be conceptualized in a growth-enhancing way, we must recognize that throughout the history of analysis termination has been inconceivable, a trauma, denied and repeated with each succeeding generation. (Novick, 1997, S. 151)

### 2.1.3 Konzeptualisierungen der Beendigungsphase

Erst seit den 50er Jahren wird in der psychoanalytischen Literatur reflektiert, dass der Beendigung eine Beendigungsphase voranzustellen ist, in der die Beendigung vorbereitet und auf sie zugearbeitet werden kann. Interessanterweise entwickelte sich eine systematische Auseinandersetzung mit der Beendigung von Psychoanalysen in den 50er Jahren zeitgleich mit einer intensiven Diskussion der Gegenübertragung (Blum, 1989). Eine möglicherweise zugrundeliegende Gemeinsamkeit für dieses Zusammentreffen könnte man in dem Aspekt der Begrenztheit sehen, „...der Begrenztheit der Zeit und des Lebens einerseits und der Begrenztheit der Erkenntnis andererseits.“ (Waldvogel, 1995, S. 5). Am Ende einer Analyse, an ihrer notwendigen zeitlichen Grenze, wird die Begrenztheit therapeutischer Mittel sowie die Begrenztheit möglicher Erkenntnis deutlich.

In der Erfahrung von Phänomenen der Gegenübertragung wurden ebenfalls Grenzen deutlich. Psychoanalytiker sind nicht ausschließlich ‚Spiegel‘ oder ‚Chirurgen‘ im analytischen Prozess, wie Freud es beschrieben hatte. Die Forderung nach emotionaler Neutralität und Abstinenz, die diese Bilder für die therapeutische Haltung beinhalten, fanden damals ihre Grenze in der deutlich werdenden Realität unbewusster und emotionaler Reaktionen des Analytikers auf den Analysanden. Am Ende einer Analyse, an ihrer notwendigen zeitlichen Grenze, wird die Begrenztheit therapeutischer Mittel sowie die Begrenztheit möglicher Erkenntnis und Veränderung deutlich. In der Erfahrung von Phänomenen der Gegenübertragung wurden ebenfalls Grenzen deutlich. Psychoanalytiker sind nicht ausschließlich ‚Spiegel‘ oder ‚Chirurgen‘ im analytischen Prozess, wie Freud es beschrieben hatte. Die Forderung nach emotionaler Neutralität und Abstinenz, die diese Bilder für die therapeutische Haltung beinhalten, fanden damals ihre Grenze in

der deutlich werdenden Realität unbewusster und emotionaler Reaktionen des Analytikers auf den Analysanden.

Das Konzept einer Beendigungsphase wurde schnell und fraglos von den Psychoanalytikern als bedeutsamer und wesentlicher Teil jeder Behandlung übernommen. Viele Analytiker sahen in der Beendigung so etwas wie einen Prüfstein für eine gute und vollständige Analyse (s. Blum, 1989). Sullivan (1954, zit. n. Martin & Schurtmann, 1985) betrachtet die Beendigung als so wichtig, dass das Ergebnis einer gesamten Analyse zerstört werden kann, wenn die Beendigung nicht ausreichend bearbeitet wird. Diese extreme Position zur Bedeutung der Beendigung wird bis heute von vielen Autoren geteilt (s. Ferraro, 1995; Novick, 1997; Quintana, 1993). Die Diskussionen beschränken sich überwiegend auf Trennungsreaktionen von Klienten, während Reaktionen des Therapeuten wenig reflektiert werden.

Versucht man allerdings die Literatur zum Abschluss zusammenzufassen, die im Rahmen der Psychoanalyse entwickelt wurden, dann steht man vor einem „... Labyrinth der psychoanalytischen Literatur über Psychoanalysebeendigung ...“, wie Fürstenau (1986) im Nachwort einer umfangreichen Überblicksarbeit über die Beendigung von Psychoanalysen<sup>5</sup> zusammenfassend feststellt (S. 104).

Um an dieser Stelle die Komplexität der Thematik zu verdeutlichen, sollen die wesentlichen Bereiche angeführt werden, die in Bezug auf die Beendigungsphase diskutiert werden:

*Zeitpunkt* – Definition und Diagnose von Kriterien für den Beginn der Abschlussphase

*Terminsetzung* – Fragen der Aktivität des Therapeuten sowie Möglichkeiten der Beendigung (Einverständnis, forciert durch Therapeuten oder einseitig durch Klienten)

*Methode* – Veränderung des Therapierhythmus, Änderungen der therapeutischen Haltung (abstinent vs. persönlicher), Umgang mit Trauer und Transfer

*Schwierigkeiten* – Separationsprozess, Umgang mit Trauerreaktionen, störungsspezifische Reaktionen, kulturelle Verleugnung von Endlichkeit

*Nachtherapeutische Kontakte* – Angebot oder Ablehnung, Zukunft der therapeutischen Beziehung (Klient, Kollege)

*Reaktionen des Therapeuten* – Grenzen, Gegenübertragung, Gegenübertragungsschuld

In der Auseinandersetzung mit der Abschlussphase wird in Begriffen wie z. B. Beginn, Rhythmus, Zukunft immer wieder implizit ‚Zeit‘ angesprochen. Deshalb will ich kurz der Frage nach dem Verhältnis von Zeit und Psychotherapie nachgehen.

---

<sup>5</sup> „Wann ist eine Psychoanalyse beendet“ (Stoltzenberg, 1986)

## 2.2 Exkurs: Zeit und Psychotherapie

In psychotherapy timing is all. An interpretation delivered at the wrong time falls on deaf ears. A patient will only come into therapy successfully if the 'time is right', and this principle applies equally to ending therapy. (Holmes, 1997, S. 159)

Zeit ist, wie auch Raum, ein zentrales Phänomen unserer Wirklichkeit. Wir leben in Raum und Zeit, wobei wir über ersteren relativ viel wissen, über die Zeit jedoch recht wenig. „Zeit ist ein zu mannigfaltiger Begriff, um durch eine Antwort erfasst zu werden. Zeit ist viele Dinge, viele Prozesse, viele Erfahrungsarten ... Die verschiedenen Zeiten der Erfahrung benötigen unterschiedliche Erklärungsarten ...“ (Ornstein, 1969, zit. n. Boscolo & Bertrando 1994, S. 51.) Zeiterleben ist konstitutiv für psychisches Erleben<sup>6</sup>. Viele psychische Störungen sind mit deutlichen Veränderungen des Zeitempfindens verbunden, wie z. B. die ‚Zeitlosigkeit‘ in der Psychose, die stillstehende Zeit in der Depression oder die Veränderungen von Zeiterleben bei schwer traumatisierten Menschen (s. Bragt & Hesselink, 1993; Dapkus, 1985; Terr, 1984).

### Weltzeit und Eigenzeit

Würde man versuchen, sich darüber zu verständigen, was denn Zeit sei, wie sie zu definieren ist, wäre bald deutlich, dass Zeit kein Zustand, sondern Erfahrung und Denkweise ist. Zeit wird gedacht als Maßeinheit der chronologischen Zeit, doch ebenso als Zeit der Verliebtheit oder Verzweiflung, als gelebte Zeit. Der Weltzeit, einer Zeit der Materie und der Anonymität steht die gelebte Zeit bzw. das Zeiterleben von Menschen gegenüber. Gelebte Zeit ist Zeit der Liebe und des Leidens, sie ist nicht ‚objektiv‘ messbar. Die gelebte Zeit ist nicht zählbar, sie ist höchstens erzählbar. Weltzeit bewegt sich scheinbar unaufhörlich, selbst der Kreislauf der Uhr gibt die Illusion immerwährender, endloser Zeit. „Eigenzeit“ dagegen ist endlich (Novotny, 1989, S. 117 ff.).

Die Zeitstruktur des Lebens ist durch die gängigen Bezugssysteme zur Messung der objektiven Zeit nur unzureichend zu erfassen. Bedeutsamer sind gesellschaftlich strukturierte biographische Zeitmuster – wie etwas das Konzept der Lebensphasen und die damit verbundenen lebenszeitlichen Erwartungs- und Planungshorizonte. (Burkhart, 1992, S. 140)

Begriffe wie Zukunft, Vergangenheit und Gegenwart beinhalten neben einer Orientierung in der Weltzeit vor allem die subjektive Zeit: individuelle Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart, die Zeitspanne eines einzelnen Lebens zwischen Geburt und Tod. „Die Verklammerung von Zeit und Realität ist unlösbar. Wir können uns von der Zeit nur loslösen, indem wir Realität aufheben oder von Realität nur, indem wir den Sinn für Zeit aufheben.“ (Mann, 1978, S. 17) So ist die Eigenzeit weder kontrollierbar noch kann sie bekämpft werden. Mann (1978) beschreibt lediglich fünf Situationen, in denen Zeit aufgehoben werden kann:

---

<sup>6</sup> Siehe Boscolo (1994); Dapkus (1985); Fraser (1966); Revers (1985)

1. Träume, in denen wir die Illusionen der Kindheit bewahren und Zeit besiegen, indem wir uns versenken in die unendliche Zeit der Kindheit. 2. Tagträume, in denen Märchenphantasien von Allmacht vorherrschen und Zeit und Wirklichkeit überwunden sind. 3. Der Rausch der Liebe, der mit seiner bemerkenswerten Überschätzung des geliebten Objektes es dem Liebenden gestattet, die Zeitgrenzen zu überschreiten, ewige Liebe zu geloben und von der Wirklichkeit keine Notiz zu nehmen. 4. Alkohol- oder Drogenrausch, der dazu dient, die Wirklichkeit zu entschärfen oder auszulöschen. ... 5. Zustände mystischer Verzückung. (S. 20 f.)

Eine sechste Situation ist hinzuzufügen, in der im Suicid die Zeit kontrolliert bzw. versucht wird, sie aufzuheben.

Kommunikation im Alltag bezieht sich normalerweise auf die ‚unendliche‘ Weltzeit. Nur so ist es möglich, sich zur gleichen Zeit an einem bestimmten Ort zu verabreden und dann auch zu treffen. Diese Weltzeit ist selbstverständliche Orientierung, sie erscheint völlig real. Wie sehr diese Orientierung allerdings kulturelle Übereinkunft ist, zeigt sich am Umgang mit Zeit in anderen Kulturen.

In Ländern wie Griechenland (bzw. im Süden, in Lateinamerika oder arabischen Ländern) ist Zeit kein Ding an sich, insofern auch nicht wertvoll oder rar, sondern eine Bedingung wie das Wetter. Das Leben wird nicht an Zeitplänen orientiert, sondern an Menschen und Beziehungen. Termine und Zeitpläne werden als Anhaltspunkte betrachtet. Gespräche finden dann statt, wenn die für das jeweilige Thema wichtigen Personen da sind und der Kreis verläuft sich wieder, wenn das Thema erschöpft ist. (Rösgen, 1997, S. 5)

Indianer in Südamerika weigern sich z. B. selbst in politischen Funktionen, Uhren zu tragen. Kulturen, in denen ein zyklischer Zeitbegriff vorherrscht, messen der Geschichte oder der Genauigkeit der Chronologien keine Bedeutung bei. In Indien z. B. ist die Idee genauer historischer Bezüge (Jahreszahlen) erst in neuerer Zeit wichtig geworden. (s. Boscolo & Bertrando, 1994, S. 33). Einem monochromen Zeitverständnis der Nordeuropäer, das geprägt ist durch Sachorientierung und Pünktlichkeit als Priorität, steht ein polychromes Zeitverständnis gegenüber, das gekennzeichnet ist durch Personenorientierung und einer Priorität der Beziehungen (s. Hall & Hall, 1990).

In den nordeuropäischen Kulturen ist Zeiterleben wesentlich durch die Metapher ‚Zeit ist Geld‘ geprägt. Wir sind es gewohnt, unsere Zeit ‚einzuteilen‘, ‚Zeit zu sparen‘ oder zu ‚vergeuden‘ und haben meist recht präzise Vorstellungen davon, wieviel Zeit eine Handlung ‚kosten‘ darf. Wenn wir Zeit auf diese Weise verdinglichen, so verleitet diese Vorstellung zur problematischen Schlussfolgerung, dass wir Zeit *haben* und sie *kontrollieren* könnten. Obwohl fast jeder eine Armbanduhr als Symbol für diese Kontrollierbarkeit trägt, ist Zeit allerdings viel mehr persönliche Zeit, Eigenzeit, als uns im Hinblick auf ihre Endlichkeit lieb ist. Denn die gelebte und zu lebende Zeit ist endlich, da nichts in dieser Welt so sicher ist, wie der Tod eines jeden Menschen.

Beim Geld ist die jeweils verfügbare Menge immer bestimmbar, während wir nicht wissen, wieviel Lebenszeit noch vor uns liegt. Auch ist es nicht möglich, Zeit zum ‚späteren Gebrauch‘ aufzuheben. Beide skizzierten Überlegungen verweisen auf den Tod als Grenze des individuellen Lebens, der - ohne dass wir es merken - damit aus der alltäglichen Erfahrung der Zeit ausgeblendet, in ihr nicht formulierbar ist. (Kleist, 1987, S. 118)



Wenn die existentielle Bedeutung von Zeit deutlich wird, wie es z. B. in der Erfahrung lebensbedrohlicher Erkrankung oft geschieht, kann Zeit über die mentalen Konstruktionen hinaus wieder erfahren werden als dynamische Grundlage unseres Lebens. Zeit ist „... weit davon entfernt, einfach ein Produkt des menschlichen Geistes zu sein - [sie ist] eine Realität ...die eigentlich die Existenz des Lebens und der Menschheit selbst erst möglich macht. Der Mensch entsteht aus der Zeit, nicht umgekehrt.“ (Prignogne, 1988, zit. n. Boscolo & Bertrando, 1994) Dieses Bewusstsein der unkontrollierbaren Dynamik von Zeit kann zu einer ‚Vitalisierung‘ führen, jedoch gleichermaßen demoralisieren.

### **Zeit in der Psychotherapie**

Psychotherapie ist durch Zeitbegrenzungen strukturiert: Begrenzungen jedes einzelnen Termins, vorübergehende Unterbrechungen während Urlaubszeiten, Begrenzungen durch Kriterien gesetzlicher Regelungen zur Durchführung von Psychotherapien. Beendigung und Trennungen finden während der gesamten Therapie statt. Gleichwohl wird die Bedeutung von Zeit und Zeitwahrnehmung für psychotherapeutische Prozesse selten diskutiert (s. z. B. Brack, Brack & Zucker, 1992; Filipp, 1993).

Freud's Methode der Terminsetzung, einer einseitigen Zeitbegrenzung durch den Therapeuten, bezieht sich auf die existentielle Bedeutung von Zeitwahrnehmung, indem er von einer vitalisierenden Wirkung des Bewusstseins von begrenzter Zeit ausgeht. Welche Auswirkungen Terminierungen auf Menschen haben, deren Zeiterleben je nach Störung unterschiedlich verändert ist (s. o.), wurde bisher nicht untersucht.

Wie sehr Zeit Denkweise, und damit auch von Institutions-Kulturen geprägte Denkweise ist, zeigte sich in einer Untersuchung über die zeitliche Prognose therapeutischer Prozesse (Bragt & Hesselink, 1993). Therapeuten und Klienten wurden nach ihrer Einschätzung gefragt, wie viel Zeit wohl nötig wäre, um eine bereits begonnene Behandlung zu beenden. Die Angaben entsprachen weitgehend der jeweiligen ‚klinischen Kultur‘ von stationären Kurz- bzw. Langzeitaufenthalten, so dass die Autoren vermuten, dass Ideen über Zeitdauer und Beendigung durch institutionellen Normen im Behandlungssetting bestimmt werden. Patienten scheinen diese Normen bereits zu Beginn der Behandlung zu übernehmen.

In der Diskussion um Kurzzeittherapien wird allzu oft eine Polarität zwischen Kurzzeit- und Langzeitbehandlungen hergestellt, mit dem Tenor ‚schneller gleich besser‘, ohne diese Gleichsetzung zu reflektieren. Doch diese impliziten Bewertungen verhindern eine sorgfältige Diskussion der Bedeutung von Zeit und Zeitperspektiven für therapeutische Prozesse. Zumindest für den Umgang mit Beendigung fällt auf, dass sowohl im scheinbar endlosen Aufschieben der Beendigung in Langzeittherapien als auch in einer rigiden Thematisierung der Begrenzung in Kurzzeittherapien ein Unbehagen im Umgang mit Zeit deutlich wird. „Thus, a key dimension for all psychotherapy might be the definiteness or indefiniteness of the termination point, not the length of treatment per se.“ (Shectman, 1986, S. 524)

Die Einschätzung von Behandlungserfolgen z. B. korreliert vor allem mit der Dauer der Behandlung, was nicht nur im Sinne eines ‚Zeit-Dosis-Effekts‘<sup>7</sup> erklärbar ist, sondern ebenso als Vorstellung über den Zusammenhang von Zeit und Veränderung gesehen werden kann. Wenn wir Zeit im Sinne der Weltzeit als linear voranschreitend denken, dann liegt die Annahme nahe, dass mehr Zeit ebenso mehr an Veränderung mit sich bringt. Erst eine andere Zeitperspektive ermöglicht es, die Ideologie von linearer Veränderung in linearer Zeit zu relativieren und Therapie nicht nur als Aneinanderreihung von Veränderung, sondern z. B. als phasenhafte Entwicklung zu sehen. Mit einer Perspektive, die nicht in einer monochromen linearen Ideologie von Zeit gefangen ist, wird Psychotherapie beschreibbar als Veränderungsprozess, der durch wesentliche Momente oder existentielle Bewegungen bestimmt ist, die in qualitativen Sprüngen und phasenübergreifend stattfinden können. Diese Sichtweise ist z. B. notwendig in der Begleitung sterbender Menschen, da sonst die Gefahr einer Demoralisierung durch Zeitbegrenzung besteht, die Betroffene wie Therapeuten gleichermaßen lähmen kann.

### **Zwischenzeit**

Unser Zeitgefühl ist wesentlich bestimmt durch eine Projektion der eigenen Endlichkeit oder durch eine Vermeidung dieses verstörenden Aspektes von Ereignissen. Wahrnehmung von Zeit beeinflusst Erfahrungen und insbesondere Bewertungen von Ereignissen. Ein seltenes oder kurzes Ereignis kann z. B. allein durch diese Zeitbegrenzung als wertvoller und möglicherweise intensiver erlebt werden, als wenn es oft oder andauernd auftritt. Entwicklungskrisen werden meist von Veränderungen der Zeitwahrnehmung begleitet, sei es, dass die ‚unendliche Zeit‘ der Kindheit abgelöst wird durch die viel rigidere Zeitstruktur von Kindergarten oder Schule, oder dass die ausgefüllte Zeitstruktur des beruflichen Lebens sich öffnet zur freieren Zeit des ‚Ruhestandes‘. (s. Mann, 1978)

In der Einleitung wurde bereits auf diese ‚rites des passage‘ verwiesen, auf Übergänge, d. h. Zeiträume, in denen wir von einer Phase in eine andere wachsen, wie z. B. in der Übergangszeit der Pubertät der Jugendliche zum jungen Erwachsenen sich wandelt.

Diese ‚Zwischenzeiterfahrung‘ scheint mit einer besonderen Dynamik verbunden zu sein, sie ist darüber hinaus möglicherweise für menschliche Veränderungsprozesse von entscheidender Bedeutung. ... Bedrohlichkeit und Chance dieser Übergänge bestehen wohl darin, dass alte bekannte Strukturen verlassen werden, neue Orientierungen nicht (oder weniger) gegeben sind und absolut Unerwartetes sich ereignen kann. Der Mensch befindet sich in einer halb geformten, labilen Situation. (Machemer, 1995, S. 2)

Psychotherapeuten berichteten in den vorbereitenden Interviews und Diskussionen häufig von dieser ‚besonderen Dynamik‘ der Abschlussphase. In der Literatur wird vielfach von emotionalen Labilisierungen bis hin zu Rückfällen in alte schädigende Erlebens-

---

<sup>7</sup> Formuliert von Howard, Kopta, Krause & Orlinsky (1986).

und Verhaltensmuster während der Beendigungsphase berichtet<sup>8</sup>. In diesem Sinn kann die Abschlussphase einer Therapie als Zwischenzeit verstanden werden, in der das Ende der Therapie konkret wird, jedoch die therapeutische Beziehung noch besteht und ein Alltag ohne Therapie noch nicht konkret geworden ist. In dieser Zwischenzeit zeigt sich, ob eine Therapie mehr oder weniger ‚erfolgreich‘ gewesen ist. Gleichzeitig bleibt noch offen, ob Veränderungen Bestand haben werden, ohne die Unterstützung der Therapie und des Therapeuten.

### **Lebenszeitmuster**

Psychotherapeutische Theorien für Erwachsene befassen sich bis heute erstaunlich wenig mit der Lebenszeit als Altersvariable. In Bezug auf Psychotherapie wird implizit gedacht an die 30 bis 50 jährigen Erwachsenen. Die historische Altersgrenze von 50 Jahren für den Beginn einer Psychotherapie scheint nach wie vor gültig zu sein, obwohl sie angesichts verlängerter Lebenszeiten überholt ist – würde es doch bedeuten, Menschen im letzten Viertel ihres Lebens von psychotherapeutischer Behandlung auszuschließen. Radebold (1992) kommt nach einem Überblick über psychotherapeutische Zielsetzungen für Ältere in der Psychotherapie zu dem Schluss,

... dass die geäußerten – eher apodiktisch anmutenden – Zielsetzungen sich einerseits auf relativ geringe aktuelle (sozial-) gerontologische Kenntnisse und (sehr) geringe Behandlungserfahrungen stützen und andererseits stark (unbewusst bis vorbewusst) durch die eigene Position im Lebenszyklus und insbesondere durch die Distanz oder Nähe zum eigenen Altern sowie durch die Verarbeitung der eigenen Alterssituation beeinflusst werden. Weiterhin beziehen sie sich auf ein kontemplatives, altersweises oder ein defizitorientiertes Menschenbild. (S. 353 f.)

Jüngere Psychotherapeuten treffen inzwischen in vielen Arbeitsbereichen auf ‚Ältere‘, d. h. auf Klienten im Alter der Eltern- oder Großelterngeneration, was nicht nur für den therapeutischen Prozess wichtig sein kann, sondern ebenso für die Beendigung. Wenn die Beendigung häufig mit dem Separationsprozess des Adoleszenten (Klient) von Eltern (Therapeut) verglichen wird, so könnte sich das Bild für jüngere Therapeuten umdrehen, sie sind möglicherweise eher an die eigene Trennung als junge Erwachsene (Therapeut) von den Eltern (Klient) erinnert. Die Bedeutung von unterschiedlichen Lebenszeitmustern von Therapeut und Klient für die therapeutische Beziehung ist bisher ebenfalls weitgehend unerforscht.

### **Zusammenfassung**

Insgesamt zeigen sich vielfältige Einflüsse von alltäglichem Zeiterleben sowie von Veränderungen der Lebenszeit auf Psychotherapien. Psychotherapeutische Theorien sind zwar scheinbar ‚lebenszeitneutral‘, berücksichtigen jedoch viel zu wenig Aspekte von Lebenszeitmustern, die sowohl für Behandlungen als auch für deren Abschluss bedeutsam sein können.

---

<sup>8</sup> Siehe Ferraro (1995); Mann (1977, S. 30 ff.); Reimer (1996, S. 54 ff.); Stoltzenberg (1986, S. 59 ff.)

Zeit ist ein wesentlicher und machtvoller existentieller Hintergrund von Psychotherapien. Die assoziative Nähe von Zeit, Zeitbegrenzung und Tod, führt zu einer besonderen Entwicklung von Zeiterleben, welche insbesondere für die Beendigung von Therapien zu berücksichtigen ist.

Die Abschlussphase kann gesehen werden als Zwischenzeit, als Zeit des Übergangs, die gekennzeichnet ist durch eine spezifische Dynamik emotionaler Labilisierung.

Nach dem Blick auf das Hintergrundthema ‚Zeit‘ soll im nächsten Kapitel der pragmatischer orientierte Bereich der Psychotherapieforschung thematisiert werden, um zu untersuchen, wie die Beendigung bisher in diesem Rahmen bearbeitet worden ist.

## **2.3 Therapieabschluss und Psychotherapieforschung**

Eine umfassende elektronische Literaturrecherche zu den Stichworten ‚leav(e/ing), ending, termination, psychotherapy research‘<sup>9</sup> erbrachte insgesamt 69 Datensätze. Die Analyse der Abstracts zeigte jedoch, dass in der Mehrzahl der Quellen auf das Ende der Therapie ausschließlich als Zeitpunkt von Datenerhebung verwiesen wurde, oder dass z. B. vorzeitige Beendigungen als Stichprobenkriterien genutzt worden waren. In ausschließlich 17 dieser Quellen wird die Beendigung als Thema, Phase oder Problem von Therapien angesprochen, keine einzige bezieht sich ausdrücklich auf eine empirische Untersuchung von Beendigung. Insgesamt wird die Beendigung von Therapien als Untersuchungsschwerpunkt selten thematisiert.

In einem kurzen Abriss von Entwicklungslinien der Psychotherapieforschung soll im folgenden beispielhaft gezeigt werden, wie bestimmte Forschungsperspektiven es erschweren, die Abschlussphase in das Untersuchungsspektrum einzubeziehen.

### **2.3.1 Effektivitäts- und Wirkungsforschung**

Das einleitend aufgezeigte Dilemma zwischen Kommunikation und zielgerichteter Intervention in der klinischen Situation bildet sich gleichfalls in der Psychotherapieforschung ab. Lange Zeit standen die Effekte zielgerichteter therapeutischer Intervention im Mittelpunkt der Forschung. Diese erste Phase der Psychotherapieforschung (n. Grawe, 1982) diente vorwiegend der Legitimation von Psychotherapie und muss auch verstanden werden als Reaktion auf die provokative These Eysencks (1952), dass sich die Erfolgsrate von Psychotherapie nicht von der Rate der Spontanremissionen unterscheide. Die nachfolgende wissenschaftliche Auseinandersetzung ging von der Erkenntnis aus, dass Psychotherapie nur dann gerechtfertigt sei, wenn sie sich als grundsätzlich wirksam und darüber hinaus wirksamer als andere Hilfsmaßnahmen oder

---

<sup>9</sup> PsychLIT 1887-1998/09 und PSYINDEXplus 1977-1998/09

Stichwortsuche: ((leav\* or ending or termination) and research and psychotherapy) in AB, Ergebnis: 69 Datensätze.

‚Nicht-Behandlung‘ erweist. Ansätze der Effektivitäts- und Kontrollgruppenforschung wurden auf dieser Grundlage entwickelt. Aufgrund der ausreichend nachgewiesenen Effektivität kann diese Phase der Forschung als weitgehend abgeschlossen betrachtet werden.

An die Phase der Effektivitätsforschung schloss sich eine zweite Phase an, die überwiegend von der aufkommenden Konkurrenz zwischen den Therapieschulen (Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und Psychoanalyse) gekennzeichnet war. In dieser Phase ging es vor allem um vergleichende Studien unterschiedlicher Therapieformen oder Interventionsmethoden.

Bereits 1966 wurden jedoch von Kiesler die Uniformitätsmythen in Bezug auf Therapeuten, Klienten und Therapieergebnisse herausgearbeitet, die dieser Konkurrenzforschung zugrunde lagen. Er wies darauf hin, dass unter den einzelnen Therapieschulen sehr unterschiedliche Ansätze und Techniken subsumiert werden und damit der Forschungsgegenstand nur unzureichend spezifiziert sei. Der Mythos von *dem* Therapeuten, *dem* Klienten und *dem* Therapieergebnis schränkt die Relevanz von Forschungsergebnissen für die differentielle Praxis von Psychotherapie jedoch erheblich ein (Mahrer, 1995).

Das „Dodo Bird Verdict: Everybody has won and all must have prizes“, mit dem Luborsky, Singer & Luborsky, (1975) die Ergebnisse dieser Forschungsphase zusammenfassten, trug mit der lange unhinterfragten Behauptung zur Aufrechterhaltung des Uniformitätsmythos bei, dass alle Psychotherapien zu äquivalenten Ergebnissen führen (s. Stiles, Shapiro & Elliott, 1986; Stubbs & Bozarth, 1994).

In einer ähnlichen Kritik der Process-Outcome Forschung weisen Stiles & Shapiro (1994) darauf hin, dass eine wesentliche Grundlage dieser Forschung die sogenannte „drug-metaphor“ ist. Man geht davon aus, dass die Wirkung von Psychotherapie ähnlich der von Medikamenten durch Ingredienzen bestimmt ist, deren Zusammensetzung und Dosierung deutliche Zusammenhänge mit den Effekten aufweisen müssten. In dieser Metapher wird eine lineare Sichtweise von Kommunikationsprozessen deutlich, die menschliche Reflexivität ausblendet. Die Wirkung einer Droge ist, abgesehen von Placebo Effekten, unabhängig vom verordnenden und ausgebenden Arzt<sup>10</sup>. Doch die Annahme einer direkten ‚Behandlung‘ von Patienten mit therapeutischer Medizin in Form von Interventionen übersieht wesentliche Unterschiede von medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung:

Eine Reinheit der Ingredienzen für das ‚Medikament‘ Psychotherapie ist nicht ausreichend vorauszusetzen. Bei genauerer Betrachtung von Psychotherapieschulen sind Elemente aufzufinden, welche entweder zur gleichen Zeit von verschiedenen Schulen aus Nachbardisziplinen entlehnt wurden oder die durch gegenseitige Anleihen in die schu-

---

<sup>10</sup> Eine Sichtweise von Medizin, der allerdings in neueren Ansätzen von ‚Sprechender Medizin‘ deutlich widersprochen wird, in denen Kommunikation mit und Beziehung zum behandelnden Arzt als wesentliche Behandlungsmomente gesehen werden (s. Siegel, 1998).

lenspezifischen Konzepte eingeführt wurden. Das aus der Kybernetik stammende Modell der zirkulären Prozesse (Feedback-Schleife) z. B. beeinflusste sowohl die Verhaltenstherapie als auch die Systemische Therapie. Und verhaltenstherapeutische sowie hypnotherapeutische Ansätze berufen sich gleichermaßen auf die aus den Anfängen der Psychoanalyse stammende Methode der Hypnose (Parfy, 1996, S. 161 f.). Gleichfalls wird mit dem ursprünglich in der Psychoanalyse entwickelten Konzept des ‚Widerstandes‘ in unterschiedlichen Nuancierungen in vielen Therapieformen gearbeitet (s. Petzold, 1985b). Die psychotherapeutischen Theorien scheinbar eindeutig zugeordneten Methoden ähneln sich daher teilweise mehr, als es die Abgrenzungen zwischen den Schulen vermuten lassen.

Bereits in den Bezeichnungen von Therapieschulen werden Unterschiede betont, die differenzierterer Betrachtung nicht standhalten: Wird in der Verhaltenstherapie nicht gesprochen? Beschäftigt sich nur der klientenzentrierte Therapeut mit den Klienten? Befassen sich alle außer den tiefenpsychologischen Therapien nur mit Oberflächlichem? Jede Bezeichnung steht im Kontext bestimmter Begriffe, Metaphern und Theorien, die jeweils andere mögliche Beschreibungen auslassen oder verbergen. Ob die Ausrichtung des Therapeuten an einer bestimmten Therapieschule ein ausreichendes Unterscheidungskriterium für den Vergleich dieser Schulen ist, kann zumindest bezweifelt werden (s. Ornstein, 1993; Rudolf, Grande & Porsch, 1988). Damit bleibt unklar, worauf Unterschiede in den Effekten zurückzuführen sind.

Mit der dieser Forschungsperspektive zugrunde liegenden Gleichsetzung von Intervention und therapeutischer Kommunikation wird zudem nicht berücksichtigt, dass Therapeuten sich Wissen aneignen, dieses in Auseinandersetzung mit eigenen Überzeugungen und Erfahrungen internalisieren und in Bezug auf Beobachtungsdaten in der therapeutischen Szene verständnis- und handlungsleitend einsetzen müssen. Dementsprechend groß ist die Varianz von Therapeutenverhalten innerhalb einer Therapierichtung. „Aufgrund beobachtbaren Therapeutenverhaltens auf eine therapeutische Richtung zu schließen, ist gar nicht so einfach.“ (Märtens, , S. 50) Weder werden didaktische Konzepte der Theorievermittlung an Therapeuten auf ihre Auswirkungen hin untersucht, noch gefragt, wie ‚die Theorie zum Klienten kommt‘. Wie psychotherapeutische Theorie in der Praxis in Arbeitsmodelle umgesetzt wird, welche klinischen und alltagsweltlichen Hintergrundtheorien in therapeutischem Handeln eine Rolle spielen, ist bisher nur unzureichend geklärt.

Für die Psychotherapieforschung bleibt so die Person des Therapeuten als „Mittler zwischen zwei Kontexten“ (Parfy, 1996, S. 180) zu wenig berücksichtigt. Damit erscheint die Beendigung der therapeutischen Beziehung ebenfalls unbedeutend. Die Trennung, der Abschied von Therapeut und Klient sowie der Übergang von einer Behandlungsphase in den Alltag ohne Therapie können in diesem Paradigma nicht thematisiert werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Abschlussphase bisher weder vom Untersuchungsraster der Effektivitätsforschung noch von der Process-Outcome-Forschung erfasst worden ist.

### **2.3.2 Konzept der Wirkfaktoren**

Einen Ausweg aus der Kontroverse um die spezifische Effektivität unterschiedlicher Therapieschulen scheint das Modell der ‚Wirkfaktoren‘ zu bieten, nach dem in jeder Therapie sogenannte theorieunspezifische Faktoren wie Akzeptanz, Einsicht, Erfolgserwartung, Problemkonzeptualisierung oder therapeutische Beziehung wesentlich an der Wirkung beteiligt sind (s. zusammenfassend Huf, 1992; Märtens & Petzold, 1998). Insbesondere die ‚therapeutische Beziehung‘ beziehungsweise die ‚therapeutische Allianz‘ ist ein viel diskutiertes Konzept geworden, dessen Bedeutung allerdings vage und unbestimmt bleibt und dessen empirische Fundierung noch aussteht (Bastine, 1988; Weinberger, 1995). Im Hinblick auf die Beendigung von Therapien ist allerdings fraglich, ob das Konzept der Wirkfaktoren in der Lage ist, weiterführende Akzente in die Psychotherapieforschung hineinzutragen, wenn der Wirkfaktor ‚therapeutische Beziehung‘ von einigen Autoren weiterhin im Rahmen der Medikamenten- Metapher, wie z. B. von Sellschopp (1993, S. 41) als „Beziehungsmedizin“, verstanden wird.

Wird aber die ‚gute Beziehung‘ naiverweise als eine Art ‚Medikament‘ angesehen, das einfach die Wirkmacht der therapeutischen Technik noch erhöht, dann liegt man ... auf der falschen Ebene. (Jaeggi, 1994, S. 111)

Diese einzelnen Wirkfaktoren wurden in einem weiteren Schritt von Orlinsky & Howard (1994; 1986) in Form des „Generic Model of Psychotherapy“ systematisiert. Die Autoren beschreiben ein Wirkungsgefüge vieler sich gegenseitig beeinflussender Variablen (s. Bild 1). Dabei zeigten sich in der empirischen Überprüfung dieses Modells zwei Wirkungslinien ausgehend von therapeutischen Techniken einerseits und der Qualität der therapeutischen Beziehung andererseits, wobei die Aufnahmebereitschaft des Klienten ein wichtiges Bindeglied darstellt (s. Ambühl, 1993) .

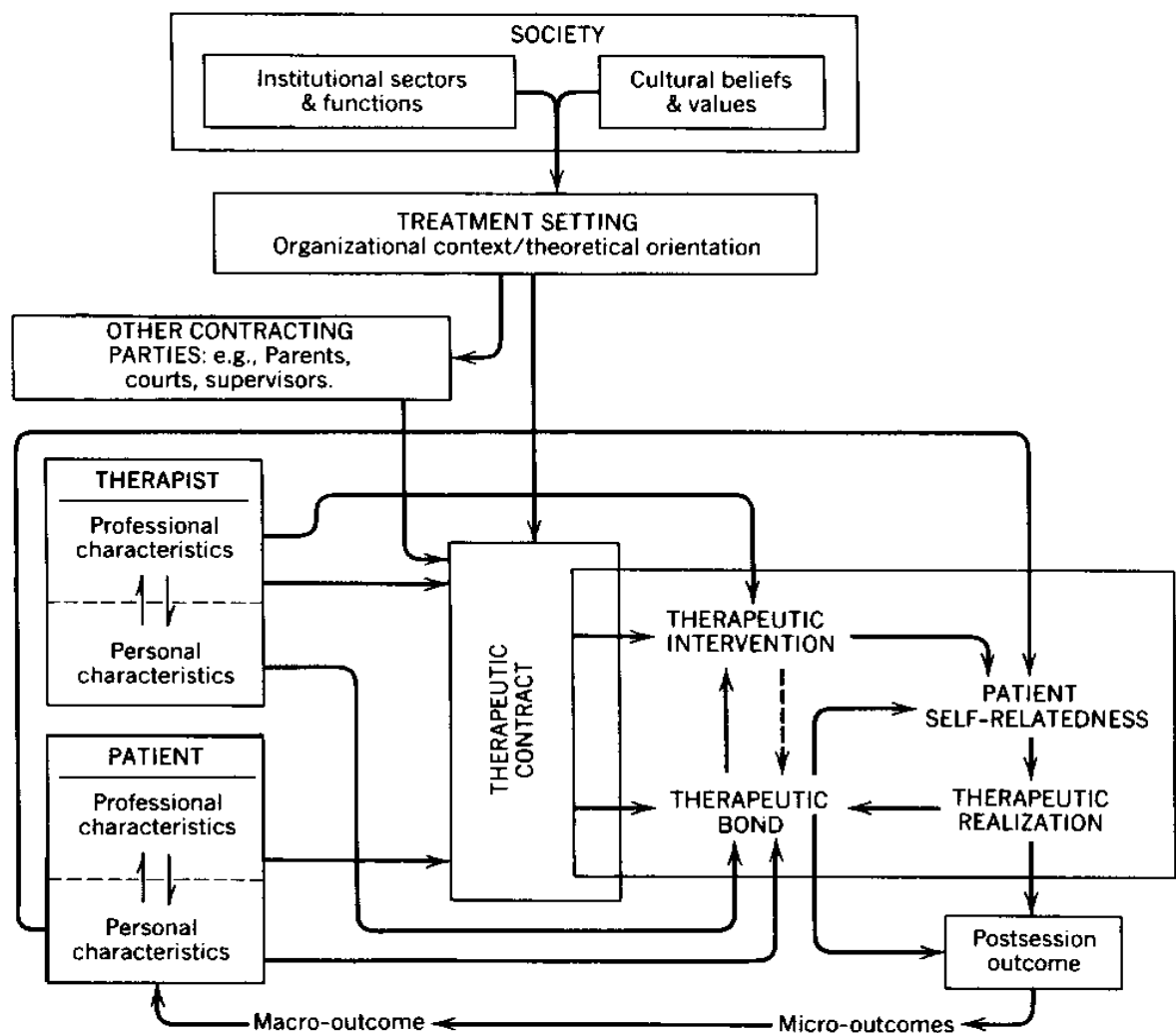


Bild 1: Generic Modell of Psychotherapy von Orlinsky & Howard (1986)

Ein weiteres Modell einer Allgemeinen Psychotherapie legte Grawe (1995) vor, dessen Fundament vier Wirkfaktoren bilden: Ressourcenorientierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und motivationale Klärung. Diese Wirkfaktoren werden zueinander in Beziehung gesetzt und mit der weiteren Dimension ‚intrapersonal versus interpersonal‘ in einem Würfelmodell zusammengefügt (s. Bild 2).



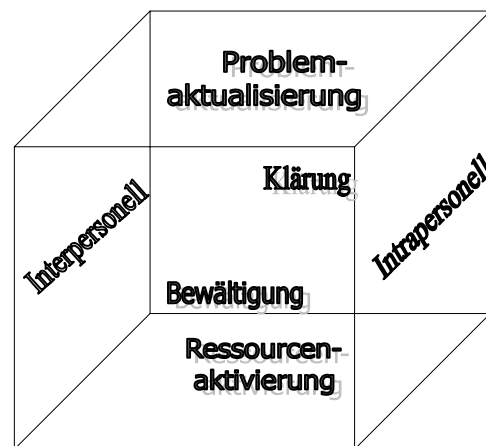


Bild 2: Konzeptueller Rahmen für eine Allgemeine Psychotherapie (n. Grawe, 1995, S. 141)

Beide Modelle bieten Möglichkeiten und Grenzen von klinischer Theorieentwicklung und Forschung, die an dieser Stelle nicht ausführlich diskutiert werden sollen.<sup>11</sup>

Im Hinblick auf den Abschluss von Therapien ist jedoch festzustellen, dass diese Modellvorstellungen begrenzt bleiben auf Wirkungsmechanismen *innerhalb* der Therapie. Die grafische Darstellung des Wirkfaktoren-Modells von Orlinsky (s. o.) beschreibt Kreisprozesse der Therapie und weist als Bild auf Beendigung als ‚Quadratur des Kreises‘. Zwar wird die psychotherapeutische Situation als soziale Kommunikation sichtbar und darüber hinaus werden Kontextbedingungen einbezogen, jedoch fehlt in diesen Konzepten der Übergang vom Prozess zum ‚Output‘, d. h. die Beendigung der realen Kommunikation von Therapeut und Klient. Ein Übergang in das Leben ohne Therapie oder einen ‚Ausweg‘ aus dieser Struktur wird nicht thematisiert. Der Abschluss wird ausschließlich mit Blick auf kurzfristige (postsession-outcome) und langfristige Effekte (treatment-outcome) konzeptualisiert.

### 2.3.3 Quantitative und Qualitative Prozessforschung

Ausgehend von einer Kritik an der Relevanz von Ergebnissen der vergleichenden Psychotherapieforschung für die praktische Anwendung von Psychotherapie entwickelte sich parallel zu den Ansätzen der Wirkungsforschung in einer dritten Phase die psychotherapeutische Prozessforschung. Dieser Forschungsansatz geht von dem Bemühen aus, die prozessuale Eigenschaft der therapeutischen Situation einzubeziehen sowie ihre individuelle, interaktive und soziale Komplexität zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sind Modelle von gesprächsanalytisch bzw. linguistisch kommunikativ

<sup>11</sup> Siehe dazu zusammenfassend: Eckert (1996); Senf & Broda (1997); Weinberger (1995).

orientierten Untersuchungen entwickelt worden<sup>12</sup>. Ein Schwerpunkt dieser Ansätze liegt in der Aufdeckung von Strategien, die Gesprächspartner einsetzen, um Gespräche im Sinne ihrer Absichten zu beeinflussen, während andere der Diagnose und Beobachtung von zentralen Konflikten im Verlauf einer Therapie dienen<sup>13</sup>.

In Zusammenhang mit einem prozessorientierten Vorgehen wurden erstmals in größerem Umfang qualitative Forschungsmethoden entwickelt und eingesetzt. Qualitative Psychotherapieforschung ist ein relativ junger Forschungszweig, der sich ebenfalls vor dem Hintergrund zunehmender Einsicht in die Grenzen vergleichender Ergebnisforschung und verstärktem Interesse am psychotherapeutischen Prozess entwickelt hat (s. Faller & Frommer, 1994). In diesen Forschungsansätzen sind zwei Aspekte des psychotherapeutischen Prozesses besonders in den Vordergrund gerückt: die subjektiven Krankheitsvorstellungen des Patienten einschließlich persönlichkeitsbezogener Aspekte seines Selbst- und Weltverständnisses sowie das soziale Handeln von Therapeut und Patient in ihrer zwischenmenschlichen Begegnung<sup>14</sup>.

Außer einer metaphernanalytischen Untersuchung von Buchholz (1996) über die Merkmale des Wandels im therapeutischen Gespräch vom Anfang bis zur letzten Stunde einer Therapie, fand sich keine Untersuchung zur Beendigung im Rahmen prozessanalytischer Ansätze. Ähnlich wie bei der Untersuchung von Wirkfaktoren beziehen sich die Fragestellungen auf die Prozesse innerhalb der Therapie.

Insgesamt wurde allerdings in diesem Rahmen die Reflexivität therapeutischer Kommunikation deutlich thematisiert. Die Auffassung therapeutischer Dialoge als „Konversation ... bricht mit der Vorstellung, derzufolge der Therapeut seinem Patienten psychotherapeutische Medizin in Form von Interventionen verabreicht.“ (Buchholz & Streeck, 1994, S. 82) Demnach ist das therapeutische Gespräch eine alltägliche Gesprächssituation, die zwar durch besondere Strukturmerkmale gekennzeichnet wird, deren Grundlage jedoch ein interaktioneller Prozess des Verstehens ist. Therapeut und Klient bedienen sich ebenso wie „... in alltäglicher Interaktion einer ‚logic-in-use‘ ... über die wir verfügen, wie über eine Sprache.“ (Buchholz & Streeck, 1994, S. 73)

Mit dieser Erweiterung des Verständnisses von Psychotherapie als Interaktion wird die Frage relevant, wie Therapeut und Klient mit den Mitteln der Alltagssprache und des Alltagswissens von Interaktion die spezifische Situation ‚therapeutisches Gespräch‘ herstellen. Daraus lässt sich für die Beendigung von Therapien die Frage ableiten, welche Mittel des Alltagswissens für die Beendigung von sozialen Situationen zur Verfügung stehen. Dieser Frage soll in Kap. 3 ausführlich nachgegangen werden.

---

<sup>12</sup> Siehe Überblick bei Mecheril (1992); Roderburg (1995).

<sup>13</sup> Darstellungen von prozessanalytischen Ansätzen finden sich bei Benjamin (1994); Luborsky (1994).

<sup>14</sup> Darstellungen einzelner qualitativer Ansätze bei Buchholz (1996); Frommer (1996); McLeod (1994); Stiles (1992); Tress, Henry, Strupp, Reister & Junkert (1990).

## 2.4 Wissenschaftliche versus klinische Therapietheorien

Wenn der Abschluss von Therapien bisher in der Psychotherapieforschung nicht bearbeitet worden ist, könnte das interpretierbar sein als Hinweis auf die Unwichtigkeit der Therapiebeendigung. Doch die eingangs zitierte Bewertung, der Beendigung einer Therapie als schwerster Übung für Therapeut und Klient steht in auffälligem Kontrast dazu.

An diesem Beispiel der Therapiebeendigung wird ein Konflikt zwischen wissenschaftlichen Perspektiven und klinischer Praxis deutlich. Die oft einseitig angewandten quantitativen und reduktionistischen Sichtweisen der Psychotherapieforschung erschweren es praktizierenden Psychotherapeuten bislang, eine Verbindung zwischen der eigenen klinischen Erfahrung und den Schwierigkeiten der alltäglichen Praxis zu diesen Ergebnissen zu finden. Die Perspektiven von Forschern und Praktikern sind meist völlig gegensätzlich: Wissenschaftliche Forschung richtet den Blick auf Gesetzmäßiges, Prognostizierbares und mögliche Gemeinsamkeiten in den Phänomenen und muss damit von Individualität und Einmaligkeit von Ereignissen abstrahieren. Dieser Blickwinkel reduziert die soziale Komplexität der therapeutischen Situation auf ein ‚operationalisierbares‘ Maß. Im Gegensatz dazu müssen Psychotherapeuten konkreten Menschen, einzelnen ‚Leidensgeschichten‘ und individuellen Bedingungen gerecht werden.

Die Lücke zwischen quantitativen Forschungsergebnissen, die im Gruppenvergleich gewonnen wurden und der klinischen Situation des Einzelfalls ist sehr groß. Der Transfer von empirisch geprüftem Wissen über Krankheitsentstehung und –verlauf, diagnostischen Systemen und Therapietheorie in die therapeutische Kommunikation bleibt dem Praktiker in der naiven Annahme überlassen, dass zuvor wissenschaftlich erforschte allgemeingültige Prinzipien direkt und nutzbringend angewandt werden (Parfy, 1996). Talley, Strupp & Beutler (1994) bedauern in ihrer Arbeit zum Verhältnis von Psychotherapieforschung und klinischer Praxis, dass „... the clinical meaning of research is sacrificed on the altar of methodological rigor.“ (S. 256) Besonders in Studien zu klinischen Fragestellungen ist dadurch die klinische Relevanz von Ergebnissen oft kaum noch zu erkennen.

Die Beendigung von Psychotherapien scheint in der Lücke zwischen wissenschaftlicher Forschung und klinischer Relevanz verborgen zu bleiben. Ein inzwischen unbestrittenes Ergebnis der Psychotherapieforschung ist die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung als notwendiger Faktor für eine erfolgreiche Therapie. Das diese Beziehung jedoch nicht nur zielgemäß vom Therapeuten eingegangen wird, sondern ebenfalls beendet werden muss, ohne das Therapieergebnis nachteilig zu beeinflussen, scheint bisher nicht aufzufallen.

Sowohl Klient, als auch Therapeut müssen sich in einer konkreten Therapiesituation aus ihrer *gemeinsamen* therapeutischen Beziehung lösen. Auf dieser Ebene ist die Beendigung von Therapien klinisch sehr relevant, was sich z. B. in Beschreibungen von Therapeuten über die Schwierigkeit und Bedeutsamkeit dieser Phase zeigt (z. B. Kupers, 1988; Quintana, 1993). In Vorgesprächen und Interviews in der Vorbereitungsphase

dieser Untersuchung reagierten Psychotherapeuten nachhaltig auf den Themenbereich ‚Abschluss von Therapien‘. Immer wieder wurde betont, wie wichtig und wie schwierig diese Therapiephase sei, wie wenig jedoch unter Kollegen darüber mitgeteilt werde.

Welche Konzepte und Handlungsanleitungen zur Beendigung in der klinischen Literatur zu finden sind, soll in den nächsten Abschnitten anhand einiger exemplarisch ausgewählter Beiträge gezeigt werden.

## **2.5 Klinische Therapieentwürfe**

Die im folgenden bearbeiteten Beiträge wurden ausgewählt als markante Beispiele für Problembereiche in der Auseinandersetzung mit der Beendigung von Psychotherapien. Ihre Auswahl ist weniger repräsentativ orientiert, sondern soll vielmehr dazu dienen, anhand von Widersprüchen, Auslassungen und Einseitigkeiten, die darin zu finden sind, auf wichtige Elemente der Abschlussphase hinzuweisen.

Das Kapitel beginnt mit einer Sicht von Beendigung aus lerntheoretischer Perspektive, in der vor allem das Ende der Behandlung betont wird. Daran anschließend folgt ein Beispiel für die Thematisierung von Beendigung der therapeutischen Beziehung in einem tiefenpsychologischen Therapiemanual und abschließend werden implizite Grundannahmen in humanistischen Therapietheorien diskutiert, die eine Auseinandersetzung mit Beendigung erschweren.

### **2.5.1 Abschluss von Behandlung - lerntheoretische Überlegungen**

In einem Artikel über die kognitiv-verhaltenstheoretische Sicht von Beendigung stellen Nelson III & Politano (1993) fest, dass in über 1400 Artikeln vier verhaltenstherapeutischer Zeitschriften<sup>15</sup> nur in einem einzigen Beitrag der Beendigungsprozess von Behandlungen fokussiert wird. Die Autoren vermuten eine historische Ursache für diesen Mangel in der Vernachlässigung der Klient-Therapeut-Beziehung durch die frühen Behavioristen. Sie betonen, dass die Konzepte kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung sowohl strukturelle Implikationen für den Behandlungsablauf als auch prozessuale Implikationen für die therapeutische Beziehung beinhalten. Zwei fundamentale Ziele kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen werden dabei als wesentlich für die Beendigung herausgearbeitet: Generalisierung (Transfer) und Aufrechterhaltung (Dauer) der Effekte.

When the end goal of therapeutic process is to end the process, and when this goal is explicit from the start, than termination takes on another dimension that it is seen as being the beginning rather than the end. (Nelson III & Politano, 1993, S. 260)

---

<sup>15</sup> Behavior Modification (1981-1991), Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry (1975-1991), Annual Review of Behavior Therapy (1975-1984), Behavior Therapy (1975-1991)

In Lehrbuchbeiträgen werden entsprechend „Erfolgsoptimierung“ und „Generalisierung“ als Leitbegriffe für die abschließende therapeutische Phase genannt (s. z. B. Rein-ecker, 1996, S. 150).

Die Vernachlässigung der therapeutischen Beziehung durch die frühen Behavioristen ist inzwischen ansatzweise überwunden. Verhaltenstherapie wird als komplexes interaktio-nelles Geschehen definiert, in dem „... Interventionen und das zwischenmenschliche Klima, das heisst die Therapeut-Patient Beziehung, eine unzertrennbare Einheit [bil-den].“ (Hoffmann, 1996, S. 259)

Beispielhaft möchte ich die einleitenden Maßnahmen der Therapiebeendigung darstel-len, wie sie im „Lehrbuch für Verhaltenstherapie“ (Hoffmann, 1996) im Abschnitt „Sta-bilisierung, Ablösung und Beendigung“ beschrieben werden:

Der Therapeut macht so *wenig* wie möglich *Vorgaben* über zu bearbeitende Themen und überlässt dies weitgehend dem Patienten.

Der Patient wird ermutigt, bestimmte *Probleme allein zu bearbeiten* mit minimaler Begleitung oder gar ohne nachträgliche Rückversicherung beim Therapeuten.

Er wird dazu angeleitet, auf ganz natürliche Art und ohne ein Therapiesurrogat dar-aus zu machen, alltägliche Schwierigkeiten wieder mit Personen aus seiner *natürli-chen Umwelt* zu besprechen und sich dabei die Hilfe zu holen, auf die jeder ein An-recht hat.

Wird eine Bilanz über die Geschehnisse in der Therapie gezogen, so sollen noch einmal die Prozesse, die der Patient eingeleitet hat, um sich zu helfen, explizit be-sprochen werden. Das Repertoire an *Problemlösefertigkeiten*, das er erworben hat, wird noch einmal in bezug auf seine Anwendungsmöglichkeiten, auf dabei eventuell auftretende Schwierigkeiten besprochen.

Schließlich soll er dabei unterstützt werden, sich die durch seine Erfolge nun mögli-che Revision seines Selbstbildes und seiner Zukunftsperspektive zu vergegenwärti-gen. Dabei ist es möglich, dass er zu einer *stimmigen und flexiblen Selbstsicht* ge-langt, die seine Stärken, aber auch die noch vorhandenen Unsicherheiten und Schwierigkeiten integriert.

Schließlich soll die ganze *Therapie* im nachhinein noch einmal *entdramatisiert* wer-den. Es ist eine ganz selbstverständliche Form der zeitweiligen Hilfe, keineswegs der Angelpunkt des gesamten Lebens oder die ultimative menschliche Erfahrung. (S. 158, Hervorhebungen. im Original)

Am deutlichsten wird in diesen Ausführungen hervorgehoben, dass eine Unterstützung der Unabhängigkeit des Klienten vom Therapeuten eine Aufgabe der Abschlussphase ist. Als weiteren Schwerpunkt betont der Autor eine Förderung der Rückkehr des Kli-enten in seinen Alltag ohne Therapie, indem er sowohl auf die Notwendigkeit einer Wiederangliederung des Klienten an sein soziales Netz als auch auf eine ‚Entdramati-sierung‘ von Therapie hinweist. Mit der Empfehlung einer Entdramatisierung von The-rapie wird zudem eine Bearbeitung von Idealisierungen des therapeutischen Mikrokos-mos empfohlen. Ablösung wird vor allem verstanden als Ablösung aus dem ‚Behandelt werden‘ des Patienten. Als Lösung der therapeutischen Beziehung wird mehr oder we-niger indirekt empfohlen, dass der Therapeut sich überflüssig macht, indem er passiver

den Themen des Patienten folgt und dessen Fähigkeit der eigenverantwortlichen Problemlösung betont.

Diese Empfehlung entspricht Ergebnissen eines Vergleichs von „Verlaufsanpassung versus Manualtreue“ in einer Untersuchung von Behandlungsplänen für die Behandlung von Angststörungen mit Reizkonfrontationsmethoden (Schulte, 1996). In einer Prüfung des Zusammenhangs von Verlaufsanpassung und Therapieerfolg erwies sich der Erfolg insgesamt als um so größer, je genauer die Therapeuten das Manual befolgten, für die Schlussphase allerdings kehrten sich die Ergebnisse um:

In der Anfangsphase scheinen Abweichungen vom Manual weitgehend irrelevant zu sein. Wichtig ist das Befolgen der Manualanweisungen hingegen in der mittleren Therapiephase, in der die Reizkonfrontation und andere Therapietechniken durchgeführt wurden. In der Schlussphase scheint sich dieser Zusammenhang umzukehren: Hier sind Abweichungen vom Manual sogar etwas günstiger. (Schulte, 1996, S. 32)

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei einem Vergleich von methodenorientierter und verlaufsorientierter Therapiestrategie. In der Endphase ist möglicherweise ein weniger aktiv-geplantes, sondern ein stärker passives Vorgehen von Vorteil (Schulte, 1996, S. 34 f.). Diese Studie ist in ihrer Generalisierbarkeit sicher eingeschränkt, da sie sich auf die Anwendung einer spezifischen Methode in einer relativ homogenen Patientengruppe bezieht, zudem sind die korrelativen Unterschiede nur schwach. Gleichwohl sind die Ergebnisse interpretierbar als empirischer Hinweis auf eine Abschlussphase im therapeutischen Prozess, in der vom Therapeuten eine Modifikation von ‚behandlungsorientierter Therapiestrategie‘ gefordert sein könnte.

Ähnliche Empfehlungen sind z. B. dem Manual für „Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen“ von Hautzinger, Stark, & Treiber (Hautzinger, Stark & Treiber, 1994) zu entnehmen:

Die Beendigung sollte nicht abrupt erfolgen, sondern ausreichend vorbereitet werden. Hierbei ist es notwendig, die wesentlichen Schritte in der Therapie noch einmal zusammenzufassen, die zentralen Problembereiche und die dazu in der Therapie erarbeiteten Lösungswege zu rekapitulieren und die vom Patienten erreichten Erfolge herauszustellen. Die verständlichen Ängste des Patienten vor dem Therapieende sollten schon vor der letzten Therapiestunde thematisiert werden. Wichtig ist es hierbei, auf eventuelle (wiederkehrende) kognitive Verzerrungen des Patienten zu achten, ihn darauf aufmerksam zu machen und ihn zu selbständigen Lösungen zu ermuntern. (S. 54)<sup>16</sup>

In einem weiteren Kapitel werden dann Maßnahmen zur Beibehaltung des Therapieerfolgs beschrieben, d. h. Maßnahmen für eine Sicherung des Transfers von Therapieergebnissen in den Alltag.

---

<sup>16</sup> Das Zitat beinhaltet den vollständigen Abschnitt zum Thema ‚Beendigung der Therapie‘ in diesem Manual.

Die therapeutische Beziehung wird in diesem Manual definiert im Sinne der Anwendung von Basiskompetenzen wie Empathie, Interaktionsfähigkeit, Interesse, Wärme und Direktheit (Hautzinger et al., 1994, S. 35 f.). Auf diese Weise wird auch die therapeutische Beziehung zur Intervention, die am Ende der Therapie sozusagen überflüssig wird, so wie andere Interventionsformen auch. Das ein Therapeut im Lauf der Therapie für den Patienten eine wichtige soziale Bezugsperson werden kann, von der sich der Patient dann auch wieder lösen muss, bleibt auch in diesem Beispiel ausgeklammert. Wie Therapeuten mit der real entstandenen Beziehung umgehen sollten, und wie sie sich aus dieser verabschieden können, wird nicht behandelt.

Insgesamt ist festzustellen, dass Hinweise zur Beendigung einer Therapie im Rahmen verhaltenstherapeutischer Ansätze vor allem auf einen Abschluss von Interventionen und den Transfer von Erreichtem fokussieren. Die Beschreibung einer ‚Einheit von therapeutischer Beziehung und Intervention‘ (s.o.) scheint jedoch den Blick auf die Ablösung vom Therapeuten zu verstellen, die in diesem Beispiel allenfalls indirekt in dem Hinweis auf eine Entdramatisierung von Therapie als selbstverständlicher Form zeitweiliger Hilfe angedeutet wird.

### **2.5.2 Trennung von der therapeutischen Beziehung – ein tiefenpsychologisches Manual**

Als ein Beispiel für konkrete Handlungsanleitungen im Rahmen tiefenpsychologischer Ansätze möchte ich auf das Manual zur Durchführung analytischer Therapien von Luborsky (1988) eingehen. Obwohl dieses Manual sicher nicht die Bedeutung einer allgemeinen Ausbildungsgrundlage für tiefenpsychologische Psychotherapeuten hat, kann es als eine charakteristische, theoretisch und empirisch fundierte Darstellung tiefenpsychologischer Therapie angesehen werden.

In fünf grundlegenden Gesichtspunkten führt Luborsky (1988) eine Fülle von Hinweisen und Empfehlungen dafür an, wie Patient und Therapeut die Trennung gemeinsam vorbereiten sollen:

- 1) Patient und Therapeut erinnern sich gegenseitig daran, wann die Behandlung tatsächlich zu Ende sein wird, damit sie sich gemeinsam darauf einstellen können. Es ist empfehlenswert, wenn der Therapeut den genauen weiteren zeitlichen Ablauf der Behandlung zu diesem Zeitpunkt nochmals verdeutlicht.
- 2) Patient und Therapeut besprechen gemeinsam die Bedingungen, unter denen die Behandlung zum Ende kommen wird. Es empfiehlt sich, dass der Therapeut schon erste, vorläufige Anzeichen beim Patienten zur Kenntnis nimmt, die auf eine Beendigung hindeuten; dass er Behandlungsschritte hervorhebt und damit Meilensteine des Therapieverlaufs setzt; dass er auf den Behandlungserfolg hinsichtlich der ursprünglich verabredeten Behandlungsziele hinweist; dass er deutlich macht, dass ein Behandlungserfolg nicht die Lösung aller Probleme bedeutet.
- 3) Bisweilen mag es vorkommen, dass Therapeut und Patient die Hoffnung verlieren, jemals die Behandlungsziele zu erreichen und damit einen guten Ausgang der Behandlung zu erreichen; unter solchen Umständen neigt meist der Patient voreilig dazu, die Behandlung abubrechen. Der Therapeut sollte sich in solchen Fällen verschiedene Möglichkeiten der Handhabung solcher Absichten überlegen und dabei besonders sein Verständnis der Übertragung nutzen.

4) Obwohl die Behandlungsziele erreicht sind, sorgen sich Patient und Therapeut, ob das Erreichte Bestand haben wird, ob sie die Trennung werden bewältigen können, und ob der Patient wirklich zur Beendigung der Behandlung in der Lage ist. Es empfiehlt sich, dass der Therapeut frühere Trennungserfahrungen zur Sprache bringt und das eventuelle Wiederauftreten von Symptomen als eine Möglichkeit für die Untersuchung der Bedeutung des bevorstehenden Therapieendes ansieht.

5) Patient und Therapeut besprechen die Frage einer erneuten Konsultation nach Abschluss der Behandlung. Es empfiehlt sich, dass der Therapeut die Möglichkeit einer erneuten Konsultation grundsätzlich zulässt und mit dem Patient [sic] bespricht, wie vorzugehen ist, wenn der Patient zu einem späteren Zeitpunkt die Wiederaufnahme der Therapie für erforderlich hält. (S. 93 ff.)

Auffällig an diesen Empfehlungen ist bereits der erste Satz, nach dem Therapeut und Klient sich *gegenseitig* an das Therapieende erinnern. Der Autor betont insgesamt die *gemeinsame* Aufgabe der Trennung. Diese Empfehlung steht im Gegensatz zur Definition der Aufgaben des Therapeuten in den anderen Teilen dieses Manuals.

In den ‚behandlungstechnischen‘ Kapiteln des Manuals wird der Therapeut eindeutig als ‚Behandler‘ angesprochen, der zuhört, versteht und, ausgehend von diagnostischen Kriterien, begründet interveniert. Die Empfehlungen für die Beendigung bedeuten darüber hinausgehend, dass in der Beendigungsphase der Therapeut sich nicht nur als ‚Behandelnder‘ sondern auch als ‚Sich-gleichberechtigt-Trennender‘ verhalten sollte. Das Konfliktpotential, welches diese doppelte Aufgabe enthält, wird im Manual nicht angesprochen.

Als Hintergrund kann eine Sicht psychoanalytischer Technik vermutet werden, nach der in der Beendigungsphase einer Therapie die Übertragungsbeziehung in eine reale Beziehung überführt werden soll, in welcher der Therapeut als reale Person sichtbar wird. Die Forderung, dass Patient und Therapeut sich gegenseitig an das Therapieende erinnern sollen, geht jedoch in der Veränderung der Beziehungsdefinition sehr weit. Hier wird eine ‚untherapeutische‘ gleichberechtigte Verantwortung für einen wichtigen Therapieabschnitt postuliert. Diese Änderung der therapeutischen Haltung wird im Manual jedoch nicht thematisiert.

Im Vergleich zu den oben zitierten verhaltenstherapeutischen Manuals werden hier andere Aspekte der Beendigung hervorgehoben. Neben der Möglichkeit enttäuschter Therapieerwartungen werden Befürchtungen in Bezug auf Transfer und Bestand von Therapieergebnissen sowie das Phänomen des Wiederauftretens früherer Symptome thematisiert. Darüber hinaus wird die Bedeutung katamnestischer Gespräche erwähnt. Allerdings fehlen Aspekte der Wiederangliederung des Klienten an seine soziale Umwelt hier gänzlich, die im verhaltenstherapeutischen Manual hervorgehoben wurden.

Deutlich sichtbar wird allerdings auch in diesen sehr ausführlichen Anleitungen wieder der einleitend schon beschriebene Zwiespalt zwischen Therapie als Kommunikation und als Intervention: Beendigung wird beschrieben als Kommunikation über die Trennung (gemeinsam erinnern) und gleichzeitig als spezifische Intervention (Therapeut bringt frühere Trennungen zur Sprache). Kritisch erscheint mir hierbei weniger dieser Zwiespalt an sich, sondern die Ausblendung des darin liegenden Konfliktpotentials.



### 2.5.3 Therapie als end-lose Entwicklung – humanistische Beiträge

Im Unterschied zu den tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen, die sich zumindest anfänglich aus relativ homogenen Theorien entwickelten, sind die unter dem Begriff ‚Humanistische Therapie‘ zusammengefassten verschiedenen Ansätze eher durch ein ähnliches Menschenbild sowie einige grundsätzliche Übereinstimmungen in den Prinzipien therapeutischer Arbeit verbunden. Zu den Hauptrichtungen dieser Ansätze gehören die Gestalttherapie von Fritz Perls und die Gesprächspsychotherapie von Carl Rogers

In diesem Bereich gestaltete sich die Literatursuche zur Beendigung am mühsamsten. Die Stichworte Beendigung, Abschluss, Abschied, Ende, Trennung waren in Lehrbüchern sowie Einzelbeiträgen kaum zu finden. In der Literatur wird die therapeutische Beziehung als notwendig und ihre Entstehung am Beginn einer Therapie als wesentlich beschrieben. Eine intensivere Diskussion der Abschlussphase ist mir nicht gelungen aufzufinden.

Dies ist erstaunlich, da z. B. in der Gestalttherapie die therapeutische Bearbeitung von ‚unerledigten Geschäften‘ (unfinished business) ein wichtiges Element der Therapie-theorie sowie -praxis darstellt. Obwohl damit die Bedeutung der ‚vollständigen‘ Beendigung von Situationen für die psychische Entwicklung anerkannt wird, fehlt die Anwendung dieser Erkenntnis auf die therapeutische Situation insgesamt.

In der Auseinandersetzung mit humanistischen Beiträgen wurde mir allerdings deutlich, dass in Beschreibungen von Therapieprozessen und Kriterien für deren Beendigung Grundannahmen über menschliche Entwicklungs- oder Wachstumspotentiale enthalten sind, die eine Beschäftigung mit Beendigung oder Grenzen zumindest erschweren.

Perls (Perls, 1985, S. 49) beschreibt beispielsweise den Therapieprozess als ein Kontinuum der Entwicklung zum ‚wahren Selbst‘, als ein Durcharbeiten von Schichten, die das Individuum wie Zwiebelschalen um sein eigentliches authentisches Selbst gelegt hat. Eine Behandlung ist beendet,

... wenn der Patient die grundlegenden Erfordernisse erreicht hat: eine Veränderung seiner Einstellungen, Mittel zu angemessenem Selbstausdruck und Assimilation und die Fähigkeit, seine bewusste Wahrnehmung auch auf den nonverbalen Bereich auszudehnen. Er hat dann die Stufe von Integration erreicht, die ihre eigenständige Entwicklung fördert, und er kann jetzt ohne Bedenken sich selbst überlassen werden. (Perls, 1985, S. 49)

Schließlich muss, unabhängig von jeder Theorie des Selbst, der Patient so, wie er aus eigenem Antrieb gekommen ist, am Ende aus eigenem Antrieb auch wieder gehen. Das gilt für jede Therapie. (Perls, Hefferline & Goodman, 1985, S. 34)

Ähnlich beschreibt Rogers (1989b) die Therapie als ein Prozesskontinuum von sieben Stufen der Entwicklung, deren letzte Stufe den voll sich entfaltenden Menschen, „the fully functioning person“ repräsentiert (S. 33 ff.).

Einige Hinweise auf emotionale Reaktionen von Klienten in der Abschlussphase finden sich in Zusammenhang mit einem Fallbeispiel, von dem Rogers (1989a) zur „Erfahrung

des Abschlusses“ berichtet: „Nicht selten erfährt der Klient gegen Ende der Therapie Angst, das Gefühl etwas zu verlieren, und eine vorübergehende Abneigung gegenüber der Vorstellung, dem Leben allein und ohne die Unterstützung der therapeutischen Stunde zu begegnen.“ (S. 92) Diese Hinweise werden jedoch an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt oder in ihrer Bedeutung für den Therapeuten diskutiert.

Die Vorstellung von lebenslangen Entwicklungsprozessen wurde bereits bei Jung ausgearbeitet. Die jungianische Idee von Individuation als Ziel sowie als Lebensweg weist fraglos über den therapeutischen Rahmen hinaus. So scheint auch für Jung die Beendigung aus dem Blick geblieben zu sein, da er nicht davon ausging, dass Klienten ihren Prozess beenden, wenn die Therapie aufhört. Zumindest findet sich kein Stichwort zur Beendigung von Therapien im Verzeichnis seiner umfangreichen Gesammelten Werke (s. Zinkin, 1994).

Auch auf die Gefahr hin, Differenzierungen und Weiterentwicklungen dieser Ansätze zu vernachlässigen, will ich mich hier auf Beispiele für die humanistische Grundannahme beschränken, nach denen alle Menschen den beschriebenen idealen Entwicklungszustand potentiell erreichen könnten. Vergleichbar mit der Freud'schen Formulierung von der ‚unendlichen Analyse‘ birgt diese Konzentrierung auf Entwicklungsmöglichkeiten als einzigem Kriterium für die Beendigung einer Therapie die Gefahr, Begrenzungen und pragmatisch notwendige Beendigungen von Psychotherapien zugunsten eines idealen Zielzustandes zu vernachlässigen.

Entsprechend Freuds Vorstellung der unendlichen Eigenanalyse wird sowohl bei Perls als auch bei Rogers ein Leitbild unendlichen Fortschritts des sich selbst aktualisierenden Individuums beschrieben, das die Begrenztheit des therapeutischen Kontaktes verschleiert. Obwohl in beiden Therapierichtungen die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, bzw. des therapeutischen Kontaktes hervorgehoben wird, scheint eine Auseinandersetzung mit den Grenzen von Therapie, zumindest mit der Begrenztheit der therapeutischen Beziehung mit diesem Leitbild zumindest erschwert.

In der humanistischen Therapie allgemein und bei Rogers im Besonderen wird dem Begriff ‚Wachstum‘ eine besondere Bedeutung beigemessen. Kriz (1993) weist auf die Gefahr eines ideologischen Missverständnisses von Wachstum hin, die dann entsteht, wenn die Metapher des Wachstums getrennt wird von dem Bereich der Natur, dem der Wachstumsgedanke zunächst entlehnt wurde. Der Ideologie von Wachstum als wucherndes ‚immer mehr‘, das im wirtschaftlichen Denken vorherrscht, setzt der Autor in der Metapher einer ‚Baumschule‘ eine Vorstellung von Wachstum entgegen, die orientiert ist am Bild des Wachstums in der Natur:

Wachstum bedeutet daher zuallererst einmal, sich dem ständigen Prozess aus Leben und Sterben von wesentlichen Teilen anheim zu stellen, sich der Freude der Neuschöpfung und dem Schmerz des Abschieds als zum Leben gehörig hinzugeben - ohne bei dieser Hingabe die Gefühle von Freude und Schmerz verleugnen zu müssen. (Kriz, 1993, S.436)

Therapeutisches Handeln wird in den humanistischen Therapieansätzen als Zur-Verfügung-Stellen von entwicklungsfördernden Umgebungsbedingungen verstanden, und die Trennung von Kommunikation und Intervention ist weitgehend aufgehoben. Im Ideal bleibt der Therapeut auch nach der Beendigung der therapeutischen Kommunikation sozusagen als kognitiver Partner verfügbar. Diese Vorstellung von therapeutischer Entwicklung wirft allerdings in Bezug auf die Beendigung einer therapeutischen Beziehung eine ähnliche Frage wie in psychodynamischen Ansätzen auf, nämlich wie Therapien so beendet werden können, dass z. B. der Therapeut als innerer unterstützender Bezugsrahmen erhalten bleibt. Welche Bedingungen dieses Ziel fördern oder hemmen wird im Rahmen humanistischer Ansätze bisher nicht diskutiert.

Exemplarisch soll ein Manual von Greenberg, Rice & Elliott (1993) untersucht werden, das von den Autoren ausdrücklich auf der Grundlage der Arbeiten von Rogers sowie Perls, Hefferline & Goodman entwickelt wurde. Ziel der Autoren ist es, die Rolle von internalen Modellen und automatischem Verarbeiten für die kognitiven und affektiven Prozesse von therapeutischer Veränderung theoretisch zu fassen sowie praktische Handlungsmodelle zur Verfügung zu stellen.

Dieses Manual geht von zwei übergeordneten grundlegenden Prinzipien aus, das ‚Angebot einer Therapeutischen Beziehung‘ sowie die ‚Unterstützung Therapeutischer Arbeit‘. Diese Prinzipien werden in folgender Übersicht zusammengefasst:

*Treatment Principles in a Process-Experiential Approach*

---

Relationship Principles: Facilitate a Therapeutic Relationship

1. Empathic Attunement: Contact and be Empathically Attuned to the Client's Internal Frame of Reference
2. Therapeutic Bond: Communicate Empathy in a Genuine, Prizing Relationship
3. Task Collaboration: Facilitate Mutual Involvement in Goals and Tasks of Therapy

Task Principles: Facilitate Therapeutic Work on Specific Therapeutic Tasks

4. Experiential Processing: Facilitate Optimal, Differential Client Processes
  5. Growth/Choice: Foster Client Growth and Self-Determination
  6. Task Completion: Facilitate Completion of Specific Therapeutic Tasks
- 

Note: A creative tension or balance exists among treatment principles, requiring adaptation to specific clients and situations within sessions.

(Greenberg et al., 1993, S. 100)

Die Ausführungen gehen dann im Einzelnen auf Problemstellungen sowie daraus folgende Aufgaben für den Therapeuten ein. Allerdings bleiben diese vollständig konzentriert auf den Prozess innerhalb der Therapie, ohne eine Beendigung zu erwähnen. Aufschlussreich sind zwei Fallbeispiele von Therapieverläufen, deren letzte Sitzungen folgendermaßen beschrieben werden:

Fallbeispiel 1:

Session 14 – This turned out to be the last session of therapy ... Sharon decided that she was ready to end two sessions early ... and that it [the therapy] had been a success because she felt changed *inside*. The therapist disclosed his pleasure at how well she had done, and therapy ended. (Greenberg et al., 1993, S. 301 f.)

## Fallbeispiel 2:

Session 15 – The therapy terminated with the client reviewing her progress and stating that she knows she ... has the knowledge to recognize her despair and to know that it was actually quite life-giving. ... She felt she now had tools to deal with her issues and was looking at her problem from a different perspective.  
(Greenberg et al., 1993, S. 310)

Interessant sind jeweils die ersten und letzten Sätze dieser Beschreibungen. Die Therapie endet, doch die therapeutische Beziehung, deren Zustandekommen als unverzichtbare Grundlage von therapeutischer Veränderung beschrieben worden ist, wird nicht mehr erwähnt, bis auf den Hinweis, dass der Therapeut seine Freude über die Veränderungen mitteilt. Diese Fallbeispiele entsprechen so dem Tenor des Manuals, in dem ausschließlich das Beginnen einer therapeutischen Beziehung ausgeführt wird.

Man könnte nun einwenden, die therapeutische Beziehung hätte sich in diesen Kurztherapien nicht so intensiv entwickeln können, dass ihre Beendigung schwerwiegend oder gar problematisch verlaufen könne. Jedoch auch wenn das zutrifft, bleibt festzuhalten, dass in diesem Manual, das sich ausdrücklich als praktische Anleitung für Therapeuten versteht, die Beendigung der therapeutischen Beziehung nicht einbezogen wird. Weder für erfolgreich verlaufende noch für scheiternde Therapien sind Hinweise enthalten, wie diese Beziehung beendet werden kann.

Am Beispiel dieser humanistischen Ansätze zeigt sich eine Vernachlässigung der Abschlussphase, die dadurch entsteht, dass nicht ausreichend differenziert wird zwischen einem Entwicklungsprozess als potentielltem Ziel einer Therapie und dem therapeutischen, durch Raum und Zeit begrenzten Prozess im engeren Sinn.

Sieht man als Ziel der humanistischen Therapien die Entwicklung von Beziehungsfähigkeit zu anderen und sich selbst, dann könnte daraus gefolgert werden, dass die therapeutische Beziehung bei positiv verlaufender Entwicklung immer mehr ‚Hintergrund‘ dieser Entwicklung und damit gegen Ende einer Therapie unwichtig wird. Thematisiert wird dementsprechend in erster Linie die Entwicklung, die für den Klienten so angestoßen und unterstützt werden soll, dass sie sich über die Therapie hinaus fortsetzt. Die real begrenzte therapeutische Kommunikation, die in einem bestimmten Rahmen stattfindet, erfährt demgegenüber erstaunlich wenig Aufmerksamkeit.

## 2.6 Therapieausbildung

A kind of professional folklore surrounds the training of psychotherapists.  
(Binder, 1993, S. 592)

In Therapieausbildungen sollen Therapeuten lernen, Therapien sinnvoll einzuleiten, zu planen, durchzuführen und zu beenden, und dieses unter Einbeziehung von Klientendaten, Störungswissen, Therapiewissen und Beziehungswissen, d. h. Wissen um mögliche Interferenzen durch die eigene Persönlichkeit.

Wie klinisches Wissen über Krankheitsentstehung und -verläufe, diagnostische Systeme und Therapietheorien in die therapeutische Kommunikation transferiert werden kann, ist weitgehend unerforscht und bleibt dem Praktiker überlassen. Die Notwendigkeit, im therapeutischen Kontakt konkret handelnd Verantwortung zu übernehmen, führt dann im Extrem zum Rückzug auf die Anwendung ‚wissenschaftlich bewiesener therapeutischer Techniken‘ (siehe Definition von Psychotherapie, S.13) oder gar zum Plädoyer, „... nach Abschluss der Ausbildung Theorien so schnell und gründlich wie möglich zu vergessen.“ (Caspar, 1994, S. 56)

Therapiebeginn, Diagnostik und Erstgespräch, Therapieplanung, Störungswissen, Beziehungswissen, alles das findet man in Lehrbüchern und Ausbildungscurricula mit unterschiedlicher Gewichtung, je nach therapeutischer Schule. In Bezug auf die Abschlussphase ähneln sich Curricula sowie Forschungsberichte und Lehrbücher allerdings sehr: die Beendigung wird selten erwähnt.

### **2.6.1 Beendigung von Psychotherapie in Ausbildungsprogrammen**

Therapieausbildungen sind in der Regel so aufgebaut, dass ein theoretisches Curriculum verbunden wird mit der Supervision von Fällen sowie Praktika. Supervision wird dabei für das wesentlichste Element der Ausbildung gehalten und wird sehr häufig genutzt, um Therapieverfahren zu lehren. Wall (1994) weist darauf hin, wie wichtig die Berücksichtigung paralleler Prozesse der Beendigung zwischen Klienten, Therapeuten und Supervisoren in der Ausbildung dafür ist, mit der Komplexität von Abschlussphasen zurechtzukommen. Allerdings werden Supervisionsfertigkeiten teilweise so behandelt, als würden sie sich automatisch entwickeln, ohne dass sie gelehrt oder supervidiert werden müssten (s. Watkins, 1990). Empirische Evaluationen von Therapieausbildungen gibt es bis jetzt kaum, so dass über Aufbau und Effekte von Ausbildungen wenig bekannt ist. Informationen über die Methoden, die Ausbildungssupervisoren nutzen, und deren Effektivität sind nur unzureichend vorhanden (s. zusammenfassend Binder, 1993).

In Ausbildungscurricula<sup>17</sup> wird meist der Beginn einer Psychotherapie ausführlich behandelt, d. h. die Entwicklung der therapeutischen Beziehung, Erstkontakt und Erstgespräch, jedoch Begriffe wie Letztgespräch, Beendigung, Ablösung vom Therapeuten sind bis auf wenige Ausnahmen<sup>18</sup> nicht zu finden. Teilweise werden themenbezogene Seminare ausschließlich zu Erstkontakt und Eingangsgespräch, also zur Phase des Therapiebeginns angeboten<sup>19</sup>, während die Abschlussphase im Programm nicht erwähnt ist.

Einschränkend muss berücksichtigt werden, dass die Auswahl exemplarisch erfolgte und aufgrund fehlender gesetzlicher Grundlagen die Curricula sehr unterschiedlich dif-

---

<sup>17</sup> Gesichtet wurde eine Auswahl von Curricula verhaltenstherapeutischer, humanistischer und tiefenpsychologischer Ausbildungsinstitute, Liste im Anhang B.

<sup>18</sup> Siehe z. B. Curriculum der Ausbildung Familientherapie des Institutes für Familientherapie, Weinheim.

<sup>19</sup> Siehe z. B. das Programm des Fritz Perls Institutes für Integrative Gestaltpsychotherapie.

ferenziert ausgeführt sind. In Diskussionen und Interviews mit Psychotherapeuten zeigte sich zudem, dass die Curricula kaum Aussagen darüber zulassen, wie die Ausbildung konkretisiert wird.

Psychotherapeuten berichten von fast völlig fehlender Beschäftigung mit Therapieabschluss bis hin zu gründlicher Auseinandersetzung mit verschiedensten Aspekten während ihrer Ausbildung. Ob und in welcher Ausführlichkeit die Beendigung von Therapien sowie der Abschluss der eigenen Ausbildung thematisiert wird, scheint wesentlich von einzelnen Ausbildern abzuhängen, so dass eine Analyse von Ausbildungsprogrammen nur bedingt relevant sein kann. Interessant fand ich den Hinweis einer Analytikerin, dass die Beendigung nicht theoretisch vermittelt werden könne, da die Abschlussphase doch individuell gestaltet werden müsse. Mit diesem Argument müsste man allerdings die gesamte theoretische Therapieausbildung abschaffen, da es keine Phase des Therapieprozesses gibt, in der individuelle Modifikationen ohne Bedeutung sind.

### **2.6.2 Beendigung von Psychotherapie in Lehrbüchern und Forschungsberichten**

Eine empirische Analyse von Forschungsberichten sowie ausgewählten Lehrbüchern im Hinblick auf den Themenbereich ‚Beendigung von Psychotherapien‘ bestätigt den ersten Eindruck, wie selten dieses Thema behandelt wird.

Nach einer umfangreichen Recherche kommt Wichmann (1998) zu beeindruckenden Ergebnissen. Bei einer Stichwortsuche in einer Datenbank psychologischer Fachliteratur (Psyndex Gesamtverzeichnis 1998) stellt sie fest, dass z. B. zu Stichworten wie Therapieende, Termination, Abschied oder Beendigung jeweils rund 200 Artikel aufgelistet werden, sich davon jedoch nur ca. 10 % direkt auf die Thematik der Beendigung von Psychotherapie beziehen. In den meisten Quellen wird das Ende von Therapien ausschließlich als Kriterium für den Zeitpunkt von Datenerhebungen erwähnt.

Ein ähnliches Bild findet die Autorin in der Analyse von 20 Fachbüchern zu den psychotherapeutischen Orientierungen Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und Psychoanalyse, die jeweils von Experten dieser Richtungen als wesentliche Lehrbücher eingeordnet werden. Nur in 6 dieser Lehrbücher ist überhaupt ein Stichwort<sup>20</sup> zur Beendigung von Therapien zu finden. Bis auf das Lehrbuch der Psychoanalyse von Mertens (1992, Bd. 3), in dem der Beendigung ein ganzes Kapitel gewidmet ist, wird das Therapieende in allen anderen Lehrbüchern allenfalls in Unterkapiteln auf relativ wenigen Seiten behandelt. Als insgesamt am Besten geeignet, um überhaupt spezifische Beiträge zu finden, erweisen sich nach dieser Recherche die Stichworte Termination, Beendigung, Trennung und Abschied.

---

<sup>20</sup> Ausgewertete Stichworte: Ablösung, Abschied, Abschluss, Beendigung, Ende, Endphase, Finalphase, Termination, Therapieende, Trennung

## **2.7 Zusammenfassung**

### **Historische Grundlagen in der Psychoanalyse**

In den Anfängen der Psychoanalyse wurde die Beendigung kaum thematisiert. Wesentliche Gründe dafür lassen sich einerseits in der ‚end-losen‘ Selbstanalyse Freuds als wichtiger Grundlage seiner Studien und andererseits in der Metaphorik der ‚unendlichen Eigenanalyse‘ als Ziel der Behandlung aufzeigen.

Im Rückblick auf den konkreten Umgang von Freud mit dem Ende seiner ersten Therapien und Lehranalysen sind traumatisierende Therapieabbrüche zu erkennen, deren Auswirkungen bis in die folgenden Analytikergenerationen zu erkennen sind.

Die Auseinandersetzung mit der Beendigung der psychoanalytischen Behandlung wird durch diesen blinden Fleck von Anfang an beeinträchtigt. Als einziges konkretes Modell geht das Beispiel einer Terminierung von Therapien als Mittel, um Widerstände zu überwinden, in die Literatur ein.

Eine Beendigungsphase wird erst seit den 50er Jahren diskutiert. Theoretische und methodische Überlegungen liegen jedoch überwiegend als Diskussion einzelner Aspekte vor und sind insgesamt uneinheitlich. Wesentliche Bereiche der Auseinandersetzung mit dieser Therapiephase sind Zeitpunkt, Terminsetzung, Methoden und Schwierigkeiten der Beendigung sowie der Kontext der therapeutischen Beziehung nach der Therapie und Reaktionen des Therapeuten auf das Therapieende.

### **Zeit und Psychotherapie**

Psychotherapien werden auf vielfältige Weise beeinflusst von alltäglichem Zeiterleben sowie von Veränderungen der Lebenszeitperspektive. Psychotherapeutische Theorien sind zwar scheinbar ‚lebenszeitneutral‘, berücksichtigen jedoch viel zu wenig Aspekte von Lebenszeitmustern, die sowohl für Behandlungen als auch für deren Abschluss bedeutsam sein können.

Zeit ist ein wesentlicher und machtvoller existentieller Hintergrund von Psychotherapien. Die assoziative Nähe von Zeit, Zeitbegrenzung und Tod, führt zu einer besonderen Entwicklung von Zeiterleben, welche insbesondere für die Beendigung von Therapien zu berücksichtigen ist.

Die Abschlussphase kann gesehen werden als Zwischenzeit, als Zeit des Übergangs, die gekennzeichnet ist durch eine spezifische Dynamik emotionaler Labilisierung.

### **Therapieabschluss und Psychotherapieforschung**

Die Psychotherapieforschung stellt kaum Ergebnisse zur Beendigung von Psychotherapie zur Verfügung.

Nach einer ersten Phase, in der die Effektivität von Therapie nachgewiesen werden konnte, befassen weitere Forschungsansätze sich mit vergleichenden methodischen Fragestellungen (Intervention) sowie mit prozessualen Analysen der spezifischen sozialen

Situation Therapie (Kommunikation). Allgemeine Modelle von Psychotherapie versuchen eine Systematisierung des Wechselspiels von wesentlichen Wirkfaktoren während einer Therapie, jedoch ohne den ‚Ausstieg‘ aus diesem Prozess einzubeziehen.

Die Beendigung von Psychotherapien wurde bisher nicht Gegenstand der Psychotherapieforschung, da diese vor allem Prozesse innerhalb von psychotherapeutischer Behandlung fokussiert, ohne den Übergang vom erfolgreichen Verlauf einer therapeutischen Behandlung bis zum Alltag zu thematisieren. Darüber hinaus erschwert die Definition von Psychotherapie als Medikament im Rahmen des Medizinischen Modells den Zugang zu Aspekten der Kommunikation und damit auch zur Frage der Beendigung dieser Kommunikation.

Im Rahmen von therapeutischer Prozessforschung wurden Ansätze von linguistischen und kommunikativen Analysen entwickelt, die unter anderem von der therapeutischen Interaktion als Spezialfall von Alltagskommunikation ausgehen. Dies führt für den Therapieabschluss zu der weitergehenden Frage nach dem Wissen über die Beendigung von sozialen Situationen in der Alltagskommunikation und dessen Auswirkung auf die Beendigung therapeutischer Kommunikation (s. Kap.3).

### **Klinische Therapieentwürfe**

Anhand von drei exemplarischen Ausschnitten werden Problembereiche der Abschlussphase beschrieben.

Verhaltenstherapeutische Ansätze verstehen die Therapie als gezielten Einsatz von Interventionen und begreifen ebenso die therapeutische Beziehung als Intervention. Für den Abschluss der Therapie werden eine Förderung der Unabhängigkeit des Klienten vom Therapeuten, eine Unterstützung des Transfers von Therapieergebnissen sowie die Verbindung des Klienten mit seiner sozialen Umwelt betont. Die Trennung vom Therapeuten als zeitweilig bedeutsamem Teil der sozialen Umwelt des Klienten wird nur indirekt angedeutet.

Am Beispiel eines tiefenpsychologischen Manuals zeigt sich der Zwiespalt zwischen Therapie als Kommunikation und als Intervention von einer anderen Seite. Die Beendigung wird deutlich als Trennung von der therapeutischen Beziehung beschrieben, die sowohl Therapeuten als auch Klienten betrifft. Allerdings wird für die Beendigungsphase eine Veränderung der therapeutischen Haltung vom eher distanzierten ‚Behandelnden‘ zum ‚Sich-verabschiedenden-Mitmenschen‘ empfohlen ohne dass mit dieser Veränderung verbundene Konfliktpotentiale diskutiert werden. Die im verhaltenstherapeutischen Beispiel hervorgehobenen Aspekte einer Förderung der Autonomie des Klienten und dessen Wiedereingliederung in die soziale Umgebung bleiben hier weitgehend unberücksichtigt.

Am Beispiel wesentlicher Grundannahmen sowie den Ausführungen in einem praxisorientierten Manual im Rahmen humanistischen Ansätze zeigt sich exemplarisch eine Vernachlässigung der Abschlussphase, die dann entsteht, wenn in klinischen Theorien



nicht ausreichend differenziert wird zwischen einem Entwicklungsprozess als potentielltem Ergebnis einer Therapie und der begrenzten therapeutischen Kommunikation, die beendet werden muss. Wird der humanistische Begriff des Wachstums einseitig als ‚immer mehr‘ missverstanden, besteht die Gefahr, Grenzen und Begrenzungen von therapeutischen Möglichkeiten zu vernachlässigen.

Die Auseinandersetzung klinischer Therapietheorien mit der Abschlussphase ist, abgesehen von einzelnen gründlichen und differenzierten Beiträgen<sup>21</sup> geprägt durch einen Mangel an theoretisch und empirisch fundierten Konzepten. Der Anspruch von Psychotherapie als Anwendung wissenschaftlich und empirisch geprüfter Verfahren und Methoden ist für die Abschlussphase bis heute uneingelöst, da theoretisch und empirisch fundierte Konzepte der Beendigung fehlen.

### **Therapieausbildung**

Abschlussphase und Beendigung sind Bereiche von Psychotherapien, deren Vermittlung in Ausbildungen aufgrund fehlender theoretischer und empirisch fundierter Konzepte erschwert ist. Inwieweit diese Thematik in Ausbildungen einbezogen wird, scheint vor allem von der persönlichen Auseinandersetzung einzelner Ausbilder abzuhängen.

Berichte, Fachwissen und Diskussionen zur Abschlussphase sind insgesamt sowohl in Forschungsberichten als auch in Lehrbüchern selten vorhanden und nur in aufwendiger bibliographischer Arbeit zu finden.

Da Therapien jedoch praktisch beendet werden müssen, sind Therapeuten für ihr konkretes Handeln demnach in hohem Maße auf eigene Ableitungen ihres Verständnisses einer Therapiebeendigung angewiesen, in das neben dem theoretischen Wissen auch ‚Alltagswissen‘ eingeht. Welche Handlungsanleitungen Alltagswissen zum Umgang mit der Beendigung sozialer Situationen zur Verfügung stellt, soll im folgenden Kapitel untersucht werden.

---

<sup>21</sup> Siehe z. B. Chu (1989); König (1991); Rahm (1993).

### 3 Beendigung und Alltagskommunikation

Nietzsche blickte abermals auf die Uhr. „Ich kenne Ihre Stundeneinteilung indessen gut genug, Josef, um zu wissen, dass andere Patienten auf sie warten. Ich will sie nicht länger aufhalten. Wir müssen unserer verschiedenen Wege gehen.“  
(Yalom, 1996, S. 437)

Das Ende einer Psychotherapie, die Trennung von Therapeut und Klient, lässt sich als Spezialfall der Beendigung einer sozialen Situation betrachten, da die direkte Kommunikation von Therapeut und Klient beendet wird. Darüber hinausgehend kann die Beendigung jedoch ebenso als ein Aspekt dieser sozialen Situation gesehen werden, in dem die therapeutische Kommunikation so transformiert wird, dass sie auch nach dem Ende der direkten Kommunikation für den Klienten, sozusagen als transformierter innerer Dialog zur Verfügung steht<sup>22</sup>.

„Wir müssen jetzt Schluss machen“ – so enden nicht nur alltägliche Telefonate, sondern auch manche Therapiestunden. Dabei gehen die Kommunikationspartner in der Regel davon aus, dass kein Suicid gemeint ist, sondern eine Unterbrechung des Gespräches, mit der Möglichkeit eines Wieder-Anknüpfens.

In der Alltagskommunikation wird diese Situation als ‚Abschied‘ bezeichnet. Der Begriff Abschied ist dabei nicht spezifisch für soziale Situationen – man kann sich auch von Theorien oder von Dingen verabschieden, gemeint ist die Kennzeichnung von Situationen, in denen Etwas zu Ende geht und Etwas anderes beginnt. Dieses Etwas kann sehr unterschiedlich definiert sein, es kann sich dabei sowohl um einen Phasenübergang in einem Prozess handeln als auch um das Ende eines Zustandes.

„In ‚Abschied‘ steckt das Verb ‚scheiden‘. ‚Scheiden‘ bezeichnet den Vorgang einer Trennung, die, sofern sie einen Verlust mit sich bringt, als schmerzlich vorgestellt wird. Somit ist dem ‚Abschied‘ immer auch ein Moment der Trauer eingeschrieben.“ (Schuller, 1994, S. 1153) Scheiden deutet auf einen Prozess des Übergangs und beinhaltet somit die Herausforderung der Transformation eines Zustandes oder eines Prozesses.

Viele intellektuelle Debatten der Gegenwart handeln von der Notwendigkeit, Abschied zu nehmen: Abschied vom Sozialismus, Abschied von der DDR oder Abschied von der Wohlstandsgesellschaft. In diesen vielschichtigen gesellschaftlichen Abschiedsszenarien schwingt die Bedeutung von Abschied als Schwellenerfahrung mit. Sie deuten auf gefährdende Erfahrungen von Übergängen im kollektiven und im individuellen Leben, mit deren Auswirkungen wir z. B. seit der ‚Wende‘ in Deutschland massiv konfrontiert

---

<sup>22</sup> Vgl. hier das „gute innere Objekt“ als Ziel der Psychoanalyse oder der „innere Therapeut“ in humanistischen Therapieansätzen.

sind. Gleichzeitig wird immer wieder eine Unfähigkeit zum Abschied diagnostiziert und die Arbeiten von Margarete und Alexander Mitscherlich (1990) zur „Unfähigkeit zu trauern“ scheinen nichts an Aktualität verloren zu haben. Dies hängt möglicherweise mit herrschenden Fortschrittsideologien zusammen, die ein ‚stirb und werde‘ nicht mehr thematisieren.

Ausgehend von einer Perspektive der Trennung von Therapeut und Klient als Beendigung und Transformation einer sozialen Situation sollen zunächst sozialpsychologische Aspekte von Abschied in der Alltagskommunikation untersucht werden. Der zweite Abschnitt geht dann der Frage nach, inwieweit sich therapeutische Kommunikation den Mitteln des Alltagsdiskurses bedient und welchen Einfluss das auf die Beendigung von Psychotherapien haben kann.

### 3.1 Abschied in der Alltagskommunikation

Abschied von sozialen Situationen hat im Alltag vielfältigste Konnotationen: weggehen, verlassen, hinter sich lassen sowie verlassen oder entlassen werden. „Alle Erwachsenen verabschieden sich, wir erkennen, dass sich andere verabschieden und wir wissen auch, ob eine spezielle Art des Abschieds angemessen war.“ (Merz, 1990, S. 417)

#### 3.1.1 Soziale Ritualisierungen

Im Alltag stellen sich Abschiedssituationen als ein Feld dar, das durch soziale Ritualisierungen strukturiert ist (s. Adato, 1979): In direkten Kommunikationssituationen wird der Abschied durch vielfältige Gesten wie z. B. durch ‚auf die Uhr sehen‘ oder Abschiedsfloskeln wie ‚Na dann ...‘ vorbereitet. Für emotional bedeutsame Situationen und Beziehungen gibt es besondere Rituale wie Abschiedsgeschenke oder Abschiedsfeste. Von anderen Mitfahrenden im Bus verabschiedet man sich nicht, wohl aber von der Bedienung im persönlichen ‚Stammlokal‘. Wir kennen misslungene Abschiede, wenn eine Situation zu plötzlich oder unangemessen beendet wurde oder in denen ein Partner einen begonnenen Abschied nicht akzeptiert. Schwierig sind auch Situationen, in denen der Ablauf eines Abschieds unterbrochen wird, wenn man sich z. B. schon verabschiedet hat, aber der Zug nicht losfährt. Es entsteht ein Gefühl von Peinlichkeit, was immer man tut. Ein Gehen ohne Abschied wird in vielen Situationen als gezielte Aggression verstanden. „To not say goodbye is to virtually not recognize having been together, etc. in some concrete and significant sense.“ (Adato, 1975, S. 257)

Empirische Untersuchungen von verbalem und nonverbalem Abschiedsverhalten deuten auf die Existenz von Normen des Abschied-Nehmens hin, die geeignet sind, Verhalten bei Beendigungen zu leiten, zu regulieren oder zu kontrollieren (Knapp, Hart, Friedrich & Shulman, 1973). Verstöße eines Partners gegen diese Normen werden als ‚unangemessen‘ erlebt.

Was angemessen ist, hängt u. a. von der antizipierten *Dauer der Trennung* (z. B. kurz, lang oder endgültig), der *Art der sozialen Interaktion* (z. B. flüchtiger Kontakt oder in-

tensive Beziehung) sowie der *Art der sozialen Beziehung* (z. B. Kunde, Nachbarin oder Geliebte) ab. Beobachter können die soziale Relevanz eines Abschieds zwischen anderen annähernd erkennen. Die Einschätzung einer beobachteten Beziehung kann sich angesichts eines beobachteten Abschieds dieser Personen verändern. Merz (1990) zeigte in einer experimentellen Studie einen Zusammenhang zwischen Einschätzungen von Beziehungen mit der Art eines beobachteten Abschiedsverhaltens. Das Verhalten bei einem Abschied wurde von den Versuchspersonen als Rückmeldung über die Beziehung gedeutet.

Von einer anthropologischen Perspektive ausgehend, betont Adato (1975), Abschied sei notwendig, um sich zu vergewissern, dass eine Beziehung bestanden hat, an die auch nach der aktuellen Unterbrechung angeknüpft werden kann. Abschied wird als Prozess der Vorhersage und Versicherung sozialer Strukturen beschrieben, der „1) ... terminates the sense of occasioned presence and ‚being together‘ ... ; and 2) presupposes a ‚personal relationship‘ between departing members to the occasion“ (Adato, 1975, S. 255). Ein „Abschied als vorübergehende Trennung (leave-taking)“ wird abgegrenzt vom „Lebewohl-Sagen (farewell)“, das spezifisch ist für die endgültige oder unabsehbare Trennung oder Beendigung einer besonderen Beziehung (Adato, 1979, S. 181).

### 3.1.2 Trennung und endgültiger Abschied

Lebewohl-Sagen würde demnach in Situationen angemessen sein, bei denen es um einen endgültigen Abschied geht, d. h. um Beendigungen, die keine Wiederanknüpfung vorsehen. Endgültiger Abschied - das weckt Assoziationen zu Tod, zum sicheren und unkontrollierbaren Ende unseres Lebens. Doch unsere „normale Wirklichkeit“ ist so konstruiert, dass wir den Tod im Alltag ausblenden (Gerdes, 1986). Man könnte sagen, dass der Schatten des Tabus Tod auch auf endgültige Abschiede fällt, so dass wir fast reflexhaft versuchen, das ‚End-gültige‘ zu verleugnen.

Im Alltag wird es weitgehend vermieden, endgültige Abschiede als solche zu benennen. Oft werden Situationen einer endgültigen Trennung als vorübergehend umdefiniert. Statt ‚Lebe Wohl‘ werden dann Abschiedsfloskeln wie z. B. ‚Vielleicht sehen wir uns ja noch mal wieder‘ benutzt, und das Ansprechen der Trennung damit umgangen. Das verbreitete Austauschen von Adressenlisten nach Gruppenveranstaltungen z. B. dient erfahrungsgemäß gleichfalls eher der Vermeidung eines bewussten ‚Abschieds ohne Wiederanknüpfung‘ als der Fortsetzung von Beziehungen.

Beobachtet man Eltern, die ihre Kinder vorübergehend verlassen, dann fällt auf, dass sie in der Regel versuchen, traurige oder wütende Reaktionen ‚wegzutösten‘. Der Hinweis, dass Mutter wiederkommt, ändert jedoch nichts an dem aktuellen Gefühl über das ‚verlassen werden‘. Selbst wenn Kinder alt genug sind und ihr Zeithorizont die Vorstellung von ‚Wiederkommen‘ zulässt, besteht die Gefahr, dass Kinder so lernen, emotionale Reaktionen in Abschiedssituationen wären unangemessen und ‚unvernünftig‘. Abschiedssituation zwischen Erwachsenen verlaufen oft ähnlich, nur dass diese meist von vornherein ‚vernünftiger‘ reagieren als Kinder. Wenn emotionale Abschiedsreaktionen

auf diese Weise abgewehrt werden, bleibt die Fähigkeit zu trauern, d. h. diese Gefühle zu transformieren, unentwickelt.

Abwehr von Gefühlen, die mit Abschied verbunden sind, scheint als Norm Abschiedsverhalten zu beeinflussen: In dieser Norm ist sehr differenziert geregelt, wieviel Gefühl man z. B. jemandem zumuten darf, der einen ‚nur vorübergehend‘ verläßt.

In Bezug auf endgültige Abschiede wird in unserem Kulturkreis diese Norm der Zurückhaltung der Gefühle noch offensichtlicher. „Wir wollen nicht trauern, dass wir sie verloren haben, sondern dankbar sein, dass wir sie gehabt haben, ja, auch jetzt noch besitzen“ (so z. B. Sterbeanzeige in einer Tageszeitung) Ebenso wird als ‚tapferes‘ Verhalten besonders lobend erwähnt, wenn Angehörige wie versteinert eine Beerdigung durchstehen. Wie pathogen diese Norm, Gefühle in Trennungssituationen nicht auszudrücken, sich auswirken kann wird deutlich, wenn man mit Menschen nach einer einschneidenden Trennung psychotherapeutisch arbeitet (s. Canacakis, 1989; Kast, 1982; Kleining, 1996).

### 3.1.3 Das Ende emotional bedeutsamer Beziehungen

Trennungsprozesse in emotional bedeutsamen Beziehungen sind schwer zu bewältigen. Scheidungen oder der Tod eines Partners sind oft verbunden mit langfristigen psychischen Belastungen. Der Tod eines Partners ist in der Belastungsforschung als einer der schwersten biographischen Stressfaktoren identifiziert worden. Die Auswirkungen von Scheidungen sind offensichtlich so drastisch, dass 1991 die Mediation, d. h. eine Partnerschafts-, Trennungs- und Scheidungsberatung für Eltern, als Pflichtaufgabe<sup>23</sup> der Kommunen ins Kinder- und Jugendhilfegesetz<sup>24</sup> aufgenommen worden ist. Tod eines Partners und Scheidung ist gemeinsam, dass die Beendigung unter starker emotionaler Belastung und notgedrungen geschieht.

Therapeutische Beziehungen sind emotional bedeutsame Beziehungen, in denen ein Partner (Therapeut) einem anderen (Patient/Klient) in einer Konflikt- oder Krisensituation eine Beziehung anbietet mit dem Ziel, dass die Kommunikation dieser beiden dem Patienten/Klienten hilft, nötige Schritte der Veränderung zu unternehmen, um die Krisen- oder Konfliktsituation zu beenden und wenn möglich künftige zu verhindern. Diese Rahmenbedingung besteht unabhängig davon, ob ein Teil der Kommunikation durch spezifische Methoden bestimmt wird.

Ausgehend von der These, dass Abschiedsverhalten im Alltag durch Verhaltensnormen reguliert und kontrolliert wird, stellt sich im Hinblick auf die therapeutische Situation die Frage nach den Differenzen zwischen Alltagskommunikation und therapeutischer Kommunikation, der ich im folgenden Kapitel nachgehen will.

---

<sup>23</sup> D. h., die Kommunen sind verpflichtet, dieses Beratungsangebot in ausreichendem Umfang zur Verfügung zu stellen und können es z. B. bei schlechter Finanzlage nicht ersatzlos streichen.

<sup>24</sup> §§ 17 u. 50 KJHG

### 3.2 Alltagskommunikation und therapeutischer Diskurs

Verhaltenstherapeuten, Psychoanalytiker, Gesprächspsychotherapeuten, Gestalttherapeuten, systemische Therapeuten, Körpertherapeuten und alle anderen reden mit ihren Klienten, auch wenn sie unterschiedliche Gesprächsinhalte fokussieren oder z. B. Exploration inneren Erlebens, Hausaufgaben oder Rollenspiele verschieden gewichten. Psychotherapie ist über alle schulischen Differenzen hinweg in erster Linie „Rede-Kur“ (Buchholz, 1996). Das Gespräch kann als notwendiges Medium psychotherapeutischer Aktivität betrachtet werden. Psychotherapeutische Schulen postulieren je nach theoretischer Orientierung und Behandlungskonzept unterschiedliche Formen und Wirkungen des psychotherapeutischen Gesprächs. Doch die schulengebundene Verschiedenheit in der Gesprächsführung hat sich empirisch in geringerem Maß zeigen lassen, als es die Lehrtexte postulieren. Mit Klienten wird zwar konzeptuell bestimmt, aber eben doch alltagssprachlich gesprochen. Psychotherapieschulen dagegen vermitteln den Eindruck, wie und was ein Therapeut sagt, sei die direkte Anwendung der schulengebundenen Therapieprozesstheorie. Hinsichtlich ihrer Theoriespezifität wird jedoch die therapeutische Gesprächssituation vielfach überschätzt, während Einflüsse von Regeln alltäglicher Konversation unterschätzt werden. Die therapeutische Situation muss im Rahmen allgemeingültiger Konversationsregeln gestaltet werden. Dabei ist es Aufgabe der Beteiligten sich in Bezug auf grammatikalische Regeln, Sprechinhalte, und der Definition dieser Situation als therapeutischer abzustimmen (Wittmann, 1990).

Gleichzeitig ist eine Divergenz von Alltagserwartungen in therapeutischer Kommunikation konstitutiv für die therapeutische Wirkung, obgleich sich die Beteiligten der Regeln kommunikativen Alltagshandelns bedienen. Ein wesentliches Handlungselement, durch das therapeutische Kommunikation sich von Alltagsdiskursen unterscheidet ist das ‚Unterlaufen‘ gewohnter Handlungssequenzen sei es durch eine ‚systematische Selbstbeobachtung‘ oder eine ‚Exploration des inneren Erlebens‘ oder indem Therapeuten zwar Persönliches, jedoch im Gegensatz zum Klienten nichts Privates von sich mitteilen. Ein Teil der Wirksamkeit therapeutischer Kommunikation liegt in der Initiierung von ungewöhnlichen, abweichenden oder provokativen Handlungsmustern. „Die Kommunikation ist teils widersprüchlich, teils überraschend.“ (Roderburg, 1995, S. 26)

Möglicherweise ist es diese Divergenz von Alltagskommunikation, die in der Abschlussphase von Psychotherapien wieder aufgegeben werden muss. Man könnte z. B. die Formulierung tiefenpsychologischer Ansätze, dass die Übertragungsbeziehung im Abschluss in eine reale Beziehung übergehen soll, so interpretieren. Ebenso deuten die Anweisungen verhaltenstherapeutischer Ansätze zur Zurücknahme methodenorientierter Kommunikation in der Beendigungsphase in diese Richtung.

In dem Maße, wie sich jedoch die therapeutische Kommunikation dem Alltagsdiskurs nähert, ist zu erwarten, dass die Regeln der Alltagskommunikation für den Abschied von der therapeutischen Situation bedeutsam werden. Therapieschulen thematisieren fast ausschließlich die nötige Abweichung der therapeutischen Kommunikation vom Alltagsdiskurs während der Behandlung und weisen dann für die Abschlussphase darauf

hin, dass die therapeutische Haltung geändert werden sollte. Doch wie diese Änderung geschehen soll, wie Therapeuten die Kommunikation abwandeln sollen, bleibt vage.

Damit ist zu erwarten, dass Alltagsnormen des Abschiedsverhaltens relativ unreflektiert in den therapeutischen Diskurs einfließen wenn es um Beendigung und Abschied geht. Das beinhaltet vor allem die Gefahr eine unreflektierten Übernahme von Normen der Vermeidung von Trennungsgefühlen.

### **3.3 Zusammenfassung**

#### **Abschied in der Alltagskommunikation**

Der Beendigungsprozess sozialer Situationen wird im Alltag als Abschied bezeichnet. Abschied hat vielfältige Konnotationen und wird im Alltagshandeln durch vielfältige Normen geregelt. Soziale Rituale des Abschieds dienen sowohl einer Vergewisserung von Beziehung über die Trennung hinaus als auch als Rückmeldung über die Art und Intensität der vorhandenen Beziehung.

Endgültige Abschiede emotional bedeutsamer Beziehungen beinhalten ein belastendes Potential, das durch eine kulturelle Norm der Verdrängung von Tod als Inbegriff endgültiger Trennung verstärkt werden kann.

#### **Alltagskommunikation und therapeutischer Diskurs**

Psychotherapie ist einerseits wesentlich gestaltet mit den Mitteln von Alltagssprache, zeichnet sich jedoch durch spezifische Abweichungen von der Alltagskommunikation aus. Handlungsanweisungen für Therapeuten betonen vielfach für die Abschlussphase eine Zurücknahme methodenorientierter Kommunikation durch den Therapeuten.

In dem Maße, wie sich jedoch die therapeutische Kommunikation dem Alltagsdiskurs nähert, ist zu erwarten, dass die Regeln der Alltagskommunikation für den Abschied von der therapeutischen Situation bedeutsam werden. Damit müssen Therapeuten und Klienten auch in der Beendigung der therapeutischen Situation mit den Schwierigkeiten und Belastungen umgehen, die Trennungssituationen im Alltag mit sich bringen.

Im nächsten Kapitel soll im Einzelnen beschrieben werden, welche Abschlusssituationen im Verlauf einer Psychotherapie relevant werden können und durch welche Merkmale die Abschlussphase gekennzeichnet ist.

## 4 Beendigung von Psychotherapien in der Praxis

The emphasis each therapist places on the termination process reflects not only the patient's central problem, the therapist's theoretical stand, but also the importance of the themes of separation, individuation, loss and death in the therapist's early experiences and defensive structure.  
(Noy-Sharav, 1998, S. 75 f.)

Nach der Diskussion bedeutsamer Aspekte für die Beendigung von Psychotherapien in Entwicklung, Forschung und Konzeptualisierung von Psychotherapie, sollen Merkmale der Abschlussphase im Folgenden ausgehend von einer pragmatischeren Sicht auf die Praxis von Psychotherapie dargestellt werden.

Für eine differenzierte Betrachtung der Abschlussphase sind die folgenden Themenkomplexe voneinander unterscheidbar:

1. Kriterien für den Erfolg einer Therapie, die sich aus den Zielen des jeweiligen Therapievertrages beziehungsweise der angewandten Therapiemethode ableiten.
2. Diagnostische Möglichkeiten für diese ‚Erfolgskriterien‘
3. Handlungsmodelle für Therapeuten, wenn diese Kriterien erreicht sind – hinsichtlich Terminsetzung, Therapierhythmus, therapeutische Haltung
4. Probleme in der Phase der Beendigung – kulturelle, störungsspezifische, biographische Einflüsse

Diese praxisrelevanten Aspekte sind voneinander abhängig, sie lassen sich jedoch nicht ohne weiteres voneinander ableiten. So sind z. B. Kriterien für den Erfolg einer Therapie bezogen auf die jeweilige Therapietheorie. Allerdings beinhaltet eine Definition von Erfolgskriterien weder diagnostische Empfehlungen, wie diese zu erkennen sind, noch Handlungsanweisungen für Therapeuten, wie der therapeutische Prozess gestaltet werden kann, wenn ein ‚Erfolg‘ diagnostiziert ist. Dies wird spätestens dann deutlich, wenn man sich fragt, wie eine wenig oder nicht erfolgreiche Therapie beendet werden kann, ohne einem Klienten zusätzlich ‚therapeutische Schädigungen‘ zuzufügen.

Eine Unterscheidung zwischen Kriterien für einen Therapieerfolg und Kriterien, welche den Beginn der Abschlussphase anzeigen, d. h. eine Unterscheidung zwischen Ergebnis- und Prozesskriterien der Beendigung, fehlt in der Literatur fast vollständig (Novick, 1988). Überlegungen zum Beendigungsprozess betreffen, wenn sie überhaupt ausgeführt werden, vorwiegend positiv verlaufende Therapien (s. Quintana & Holahan, 1992; Reimer et al., 1996)].

Schwerpunkte der folgenden Diskussion sind Problembereiche von Beendigung. Die Komplexität der Thematik erfordert wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln eine Struktur der Bearbeitung, die wesentliche Themen fokussiert. Da in der Literatur über Therapiebeendigung bisher sehr verstreut unterschiedlichste Einzelaspekte thematisiert



werden, erscheint es mir für eine konzeptuelle Weiterentwicklung wichtig, Überlegungen zu wesentlichen Problembereichen dieser Therapiephase thematisch zusammenzufassen.

Ausgehend von Trennungssituationen im Verlauf von Therapien werden in den folgenden Abschnitten kritische Aspekte der zeitlichen Gestaltung von Therapien des Kontextes einer Therapiebeendigung sowie Aspekte der Psychodynamik von Beendigung dargestellt. Abschließend werden konflikthafte Aspekte für Therapeuten während der Abschlussphase beschrieben.

## **4.1 Abschluss im Verlauf von Psychotherapien**

### **4.1.1 Abschluss einzelner Therapiestunden**

Ein Merkmal, das therapeutische Situationen von Alltagskommunikation unterscheidet, ist die formale Gestaltung des Kontaktes: durch Ort, Zeit und Dauer. D. h. Gesprächskontakte werden unabhängig von Inhalt und Intensität der Kommunikation in der Regel in einem vorher festgelegten Zeitraum beendet.

Das Ende einzelner Therapiestunden wird wahrscheinlich ähnlich wie alltägliche Abschiedssituationen mit Hilfe von Normen gestaltet. Der Therapeut blickt auf die Uhr oder stellt vielleicht bestimmte Abschlussfragen, die durch eine Wiederholung am Ende fast jeder Stunde rituellen Charakter erhalten. Waldvogel (1995) beobachtet z. B. in Verbatim-Protokollen von Analyse-Stunden Stundenbeendigungen durch den Analytiker, die, „... sofern sie überhaupt mitprotokolliert sind, oft merkwürdig verlegen oder auch fremd und dem vorherigen Dialog äußerlich ...“ klingen, so z. B. Abschiedsformeln wie: „Die Stunde ist zuende.“ oder: „Wir müssen leider aufhören.“ (S. 1)

Da jede einzelne Therapiestunde nun einmal zu Ende geht, findet jedesmal eine Trennung statt. Das Ende von Stunden kann dadurch diagnostisch sehr aufschlussreich sein für die mit Trennungen verbundene Dynamik. Manche Klienten achten z. B. selber auf die Zeit, so dass sie das Stundenende ‚unter Kontrolle‘ behalten. Dagegen müssen andere Klienten direkt aufgefordert werden, zu gehen, da sie trotz deutlicher Hinweise auf das Ende einer Behandlungsstunde einfach weiterreden, als ob die Stunde niemals zu Ende gehen dürfe. Fast jeder Therapeut kennt ebenso Momente, in denen es unangemessen erscheint, dass eine Stunde gerade jetzt zu Ende geht, in denen Unabgeschlossenes durch die festgelegte Zeitstruktur unterbrochen wird. In einer Auseinandersetzung mit „Problemen beim Beenden einer Therapiestunde“ berichtet Greitemeyer (1993) eine Reihe von Hindernissen der Beendigung von Therapiestunden, wie z. B. ein problematisches Verhältnis zur Therapie als ‚Arbeit‘ des Therapeuten oder Muster des ‚nie genug Bekommens‘ bei Klienten.

Immer wieder gibt es Klienten, die bereits nach kleinen Abschlusshinweisen auf der Stelle gehen, fast ohne sich zu verabschieden oder ohne ein Händereichen zum Schluss. Berücksichtigt man die soziologischen Perspektive, dass Abschiedsgesten der gegensei-

tigen Versicherung einer Vorhersage sowie als Zeugnis der Beziehung dienen, könnte man vermuten, dass diese Klienten unsicher sind, ob eine Wiederanknüpfung möglich ist. Unter Umständen sind sie sogar unsicher, ob überhaupt eine Beziehung besteht, an die sie wieder anknüpfen können.

Das Ende jeder Stunde kann so wesentliche Hinweise auf die Trennungsthematik einzelner Klienten geben. Darüber hinaus kann der Umgang mit vorübergehenden Trennungen verstanden werden als Übungssituation für den Abschluss, wenn es gelingt, z. B. die sich darin ausdrückende Dynamik für den Klienten mitteilbar werden zu lassen.

#### **4.1.2 Unterbrechungen eines regelmäßigen Therapieverlaufs**

Ähnliche Prozesse, wie beim Abschluss einzelner Stunden, sind zu beobachten, wenn eine längere Abwesenheit des Therapeuten oder Klienten bevorsteht. Obwohl es lange vorher angekündigt sein worden kann, gibt es Klienten, die so tun, als ob es diese Unterbrechung nicht geben wird. Die Norm, dass mit Abschied verbundene Gefühle nur eingeschränkt geäußert werden dürfen, bringt Therapeuten sowie Klienten in die Gefahr, die emotionale Bedeutung von z. B. vorübergehenden Unterbrechungen zu übersehen. Manchmal sind Klienten erst viel später in der Lage, davon zu berichten, dass allein die Ankündigung einer Abwesenheit des Therapeuten für sie innerlich das drohende Ende der Beziehung bedeutete.

Eine Urlaubsunterbrechung z. B., die vorher nicht erkennbar konflikthaft gewesen ist, kann im nachhinein aus so einer Abschiedsdynamik heraus zu einer massiven Gefährdung der weiteren Therapie oder auch zu einem wütenden Therapieabbruch führen (s. Webb, 1983). Längere Abwesenheiten eines Therapeuten, sei es aufgrund von Studienaufenthalten oder eines längerenurlaubes führen zu der Frage, wie es möglich ist, ‚Interims-Therapeuten‘ für die Zwischenzeit einzuführen und welche Schwierigkeiten das mit sich bringt (s. Sarnat, 1991). Ein besonderer Einfluss auf den Therapieverlauf ist durch eine Unterbrechung von Therapien durch die Schwangerschaft einer Therapeutin zu erwarten (s. Fuller-Stockman & Green-Emrich, 1994)

Zeiten vor und nach Unterbrechungen eines regelmäßigen Therapieablaufs sind möglicherweise sehr sensible Therapiephasen. In der Gestaltung und im Erleben von Stunde-nende und Unterbrechungen im Therapieverlauf wirken sich sowohl Normen des Abschiedsverhaltens als auch Symbolisierungen individueller Themen aus, die sich für Klienten mit Abschied und Trennung verbinden. Es wäre z. B. interessant zu untersuchen, ob Therapieabbrüche u. a. mit der Gestaltung von Therapieunterbrechungen in Zusammenhang stehen.

In der Diskussion von Alltagswissen über Beendigung (s. Kap. 3) war deutlich geworden, dass Handlungsnormen sich ableiten aus der Intensität der Beziehung sowie der vorhergesehenen Dauer der Trennung. Daraus lässt sich schließen, dass Kontextbedingungen für die Beendigung von Therapien ebenso von Bedeutung sind. Wie unter-

schiedliche Kontextbedingungen die Abschlussphase beeinflussen können, soll im nächsten Abschnitt ausgeführt werden.

## **4.2 Aspekte der Dauer von Therapien**

### **4.2.1 Kurz- und Langzeittherapien**

Die zeitliche Orientierung des Therapeuten spielt für die Beendigung eine wesentliche Rolle. In Kurzzeittherapien wird das Ende von Anfang an betont, indem die Zahl der Sitzungen begrenzt und teilweise das Ende zum Ziel gemacht wird. Im Gegensatz dazu wird in Langzeittherapien die Beendigung auf einen unbestimmten Zeitpunkt verschoben. Dieser Umgang mit Zeit bildet zwei Extreme ab, in denen mit Zeit umgegangen wird: Einerseits die Idee, Zeit kontrollieren zu können und andererseits die Idee endloser Zeit. Beiden gemeinsam ist ein Unbehagen mit der Zeit, mit ihrer Unkontrollierbarkeit sowie mit ihrer Endlichkeit (s. Shectman, 1986).

Über die Bedeutung, die das Therapieende für Therapeuten in Kurz- und Langzeittherapien hat, gibt es gegensätzliche Überlegungen: Einerseits wird vermutet, dass längere Therapien zu einer größeren Bindung von Therapeuten und Klienten führen, welche die Trennung erschwert. Dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit von sich verlängernden Therapien (s. Zinkin, 1994). Andererseits wird von einer erhöhten emotionalen Belastung von Kurzzeittherapeuten berichtet, die in größerer Frequenz therapeutische Beziehungen aufbauen müssen. Infolge von dadurch erhöhter Sensibilität und Unzufriedenheit besteht die Gefahr, dass Therapeuten die Trennung innerlich vorwegnehmen und deren Bearbeitung vermeiden (s. Hoyt, 1979).

Zusammenfassend haben Therapeuten in Kurz- oder Langzeittherapien nicht mehr oder weniger Probleme mit der Beendigung, sondern die Problematik unterscheidet sich (Noy-Sharav, 1998). Im Hinblick auf die Beendigung scheint es wichtig zu sein, wie mit Zeit und ihrer Begrenzung umgegangen wird, unabhängig von der konkreten Länge einer Therapie.

### **4.2.2 Vorzeitiges Therapieende ausgelöst durch Therapeuten**

Therapien müssen manchmal beendet werden, weil sich die Lebenssituation von Therapeut oder Klient so ändert, dass sie nicht fortgesetzt werden kann. Arbeitsplatzwechsel oder auch Ausbildungsbedingungen können Therapien vorzeitig beenden. So wird z. B. eine Beendigung von Behandlungen mit einer Überweisung an einen anderen Therapeuten im Zuge der Neuordnung der Psychotherapeutenausbildung (Psychologe im Praktikum) auch in Deutschland wahrscheinlich häufiger auftreten als bisher. Die Schwierigkeiten solcher ausbildungsbedingter Abbrüche von therapeutischen Bezie-

hungen wurden bisher nur im anglo-amerikanischen Raum diskutiert, in dem es schon ähnliche Ausbildungsstrukturen<sup>25</sup> gab.

Zahourek und Crawford (1978) beschreiben z. B. Reaktionen von intensiven Schuldgefühlen bei Therapeuten, die wegen eines Umzugs Therapien vorzeitig beenden. Therapeuten können ängstlich reagieren, weil sie dem Klienten eine Beendigung der Behandlung noch nicht zutrauen. Die Schuld wird um so größer erlebt, wenn der Klient mit Verschlechterungen seines Zustandes auf die Trennung reagiert. Sie berichten außerdem, dass die Trauer darüber, den Klienten zu verlassen sich mischt mit den Reaktionen auf die Trennung von Angehörigen und Freunden. Befürchtungen und Schuldgefühle des Therapeuten können zu folgenreicher Abwehr in Bezug auf die Trennung vom Klienten oder auch zu einer Verteidigungshaltung des Therapeuten führen, die z. B. Klienten daran hindert, berechtigten Ärger über das Therapieende mitzuteilen.

Einen ganz anderen Kontext für die Dynamik einer Abschlussphase stellt dagegen z. B. die Schwangerschaft einer Therapeutin als Auslöser einer Therapieunterbrechung oder -beendigung dar (s. Etchegoyen, 1993). In beiden Situationen, die hier beispielhaft genannt sein sollen, ist es die Aufgabe von Therapeutinnen und Therapeuten, den Abschluss der Therapie so zu gestalten, dass eine Fortsetzung bei einem anderen Therapeuten möglich wird und/oder dass sich biographische Trennungstraumata für Klienten und vielleicht auch für den Therapeuten nicht schädigend wiederholen (s. Ferraro, 1995).

Eine Gefahr besteht darin, dass der Therapeut sich diesem Prozess entzieht und damit die Beziehung zum Klienten emotional vorzeitig beendet. Glenn (1971) sieht hier eine Parallele zum sterbenden Patienten, von dem sich Freunde, Familie und behandelnde Ärzte emotional zurückziehen, indem sie sich trauernd abwenden, während der Patient noch lebt. „Being isolated while dying may be more ‚painful‘ than the fact of death itself (S. 442).

## **4.3 Kontext der Beendigung**

### **4.3.1 Folgetherapien**

Einzelbefunde und Erfahrungsberichte in Gesprächen mit Kollegen deuten darauf hin, dass der Abschluss von Therapien auch in Zusammenhang damit steht, ob Klienten „Mehrfachnutzer“ (Giernalczyk, 1992) von Therapien sind oder nicht. Die psychotherapeutische Fachdiskussion hat dieses Thema bisher noch viel zu wenig aufgegriffen. Es gibt keinen eingeführten Fachbegriff für die mehrfache Inanspruchnahme von Psycho-

---

<sup>25</sup> Siehe Überblick zu ausbildungsbedingtem Therapeutenwechsel bei Penn (1990).

therapie<sup>26</sup>. Katamnestische Studien betrachten oft einen viel zu kurzen Zeitraum, so dass Folgetherapien kaum in den Blick kommen können.

Therapeutische Unternehmungen scheinen als ‚jungfräulich‘ angesehen zu werden, als ob es sich immer um das ‚erste Mal‘ handeln würde. Doch Therapeuten haben es zum Teil mit erfahrenen Klienten zu tun, die nicht nur ihre biographischen Verstrickungen mitbringen, sondern auch schon eine therapeutische Biographie (siehe z. B. Etchegoyen, 1993; Glenn, 1971; Penn, 1990). Idealisierungen, Enttäuschungen und unaufgelöste Konflikte in dieser therapeutischen Biographie beeinflussen folgende Therapien möglicherweise sehr, indem sie z. B. die Entwicklung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung überschatten. Es gibt Hinweise, dass die Tatsache und die Häufigkeit von mehrfachen Therapien z. B. bei agoraphobischen Störungen eher ein Prädiktor für geringe Aussichten auf einen Behandlungserfolg ist (Fischer, Hand & Angenendt, 1988).

#### **4.3.2 Zukunft der therapeutischen Beziehung**

Für die Beendigung einer Therapie ist von Bedeutung, ob Klient und Therapeut sich weiterhin begegnen können und in welchem Kontext diese nach-therapeutischen Kontakte stattfinden werden:

- Ende der Therapie als endgültiger Abschied von Therapeut und Klient (z. B. Therapeut verlässt den Arbeitsplatz, das Land oder den Wohnort)
- Beendigung mit der Möglichkeit weiterer Termine in Krisen oder auch der Wiederaufnahme einer Therapie
- Beendigung der Beziehung bei Überweisung an weitere Behandlung (z. B. bei Therapieabbruch infolge von Stellenwechsel, Schwangerschaft oder Krankheit eines Therapeuten oder bei nachhaltig gestörter therapeutischer Beziehung)
- Beendigung einer Behandlung mit gleichzeitigem Fortbestehen der Beziehung, an die wieder angeknüpft werden kann (z. B. Krebserkrankte in der ambulanten Nachsorge)
- Beendigung der Behandlung mit Fortbestehen einer beruflichen Beziehung (z. B. bei Ausbildungsanalysen oder der Behandlung von therapeutischen Kollegen)

Im Rückblick auf die frühen Lehranalysen in der Geschichte der Psychoanalyse (s. Kap.2.1) wurde bereits deutlich, wie folgeschwer der Umgang mit der Beendigung bei Ausbildungstherapien sein kann. Berücksichtigt man Modelllernen als eine der effektivsten Lernformen, dann wird die Rolle des Ausbildungstherapeuten als Modell für künftige Therapeuten sichtbar. Dieses Modell taugt jedoch nur eingeschränkt als Vorbild für den Abschluss von Therapien außerhalb von Ausbildungskontexten: Am Ende von Ausbildungstherapien steht direkt oder indirekt eine Fortsetzung der Beziehung als ‚Kollegen‘, d. h. Therapeut und Analysand müssen sich nur bedingt trennen. Dieser fundamentale Unterschied zwischen dem Ausbildungsende und der Beendigung einer

---

<sup>26</sup> In Expertengesprächen wurden Begriffe wie z. B. Zweittherapie, Mehrfachtherapie oder Wiederholungstherapie genannt. Mir scheint der Begriff Folgetherapie am eindeutigsten: Zweittherapie würde dritte und vierte Therapien nicht berücksichtigen, Mehrfachtherapien könnten auch gleichzeitig stattfinden und eine Therapie kann nicht wiederholt werden wie eine Prüfung.

Therapie außerhalb von Ausbildung wird bisher unzureichend berücksichtigt (Novick, 1997).

Eine andere Problematik stellt die Beendigung in einem Kontext dar, in dem ein Wiederanknüpfen an die therapeutische Situation ausdrücklich vorbereitet wird, weil künftige Krisen, z. B. bei Menschen mit schweren chronischen (körperlichen oder psychischen) Erkrankungen, abzusehen sind.

## **4.4 Trennung von Therapeut und Klient**

### **4.4.1 Trennung vom Therapeuten und von der therapeutischen Beziehung**

Enge und vertraute Beziehungen, wie sie auch therapeutische darstellen, werden im Alltag selten freiwillig endgültig beendet. Man zerstreitet sich z. B., jemand zieht weit weg oder stirbt oder man hat sich auseinander entwickelt. Daraus folgt, dass es im Alltagshandeln kein Modell für die Beendigung einer ‚guten‘ Beziehung gibt. Die Beendigung einer therapeutischen Beziehung ist im Hinblick auf Regeln des Alltagshandelns geradezu eine paradoxe Situation: Eine gute therapeutische Arbeitsbeziehung ist notwendig für therapeutische Effekte. Wenn die Beziehung sich jedoch vertrauensvoll entwickelt hat und ein Klient sie für Veränderungen oder Verbesserungen seines Befindens nutzen konnte, dann wird sie beendet. „Die eigenartige Situation des Psychoanalytikers bedingt, dass sein professioneller Erfolg regelmäßig im Objektverlust besteht.“ (Leupold-Löwentahl, zit. n. Stoltzenberg, 1986, S. 43)

Die Beendigung einer misslungenen Therapie ist noch verückter, denn sie dürfte eigentlich nicht beendet werden, da sie ihr Ziel verfehlt hat. Belastungen, die daraus für Klienten und Therapeuten entstehen werden meist nur am Rande in Zusammenhang mit ‚burn-out‘ diskutiert. Im Falle einer weniger erfolgreichen Therapie können beim Therapeuten Schuldgefühle entstehen, dem Klienten nicht gerecht geworden zu sein.

Mögliche Schädigungen durch Psychotherapie sind kaum Thema oder Untersuchungsgegenstand der Psychotherapieforschung. Das ist angesichts einer politischen Situation verständlich, in der Psychotherapie unter einem erheblichen Druck steht, Effektivität nachzuweisen, ist jedoch für die Entwicklung von ‚hochpotenten Behandlungsmethoden‘ nicht zu verantworten. Selbst die sonst im Rahmen von Medikamenten-Forschung unerlässliche Frage nach Nebenwirkungen und Kontraindikationen wurde bisher erstaunlich wenig thematisiert<sup>27</sup>.

Für eine erfolgreiche Therapie ist eine vertrauensvolle Beziehung notwendig. Der Erfolg einer Therapie kann recht gut vorhergesagt werden auf der Grundlage der Einschätzung der therapeutischen Beziehung am Anfang der Therapie (Rudolf & Manz, 1993). Daraus könnte man die Schlussfolgerung ziehen, dass Therapien beendet werden sollten, in denen ein Klient nicht ansatzweise eine vertrauensvolle Beziehung entwickelt.

---

<sup>27</sup> Siehe Diskussion bei Märtens (1997, S. 41 ff.).

Das würde erfordern, Verfahrensweisen für diesen Fall zu entwickeln, um wenig aussichtsreiche Therapien so wenig wie möglich schädigend zu beenden. Dabei müssten allerdings die Schwierigkeiten von Klienten berücksichtigt werden, denen es aufgrund ihrer ‚Störung‘ nur schwer oder eingeschränkt möglich ist, eine vertrauensvolle Beziehung einzugehen.

Diese letztgenannte Schlussfolgerung, wurde bereits im Ethik Kode der American Psychological Association (APA) von 1992 als Standard festgelegt, in dem ausdrücklich auch auf Beendigung von Therapien und der therapeutischen Beziehung eingegangen wird. Die Diskussion von Standards für die Beendigung misslingender Therapien oder von Therapien, die aufgrund von Finanzierungsbedingungen von Krankenkassen vorzeitig beendet werden müssen, ist ebenso in Deutschland dringend notwendig. Wie eine misslingende oder misslungene Therapie beendet werden kann, ohne dem Klienten weitere Schädigungen zuzufügen, ist ein dringend zu bearbeitendes Forschungsfeld.

Ergebnisse einer Therapeutenbefragung zu Reaktionen auf das Ende der Therapie (Fortune, Pearlingi & Rochelle, 1992) relativieren allerdings das von Schwierigkeiten und Konflikten gekennzeichnete Bild der Beendigung in der Literatur. Beendigung wird in den untersuchten Berichten von Therapeuten und Klienten deutlich als eine Zeit, in der Therapieergebnisse gewürdigt werden, in der neue Aktivitäten an Bedeutung gewinnen und in der ein Gefühl von Unabhängigkeit entsteht. Trauer wurde wesentlich seltener berichtet. Daraus leiten die Autoren den Hinweis ab, dass Therapeuten genauso darauf vorbereitet sein sollten, mit den positiven Affekten zu arbeiten, wie mit den negativen. Positive Gefühle mit der Beendigung sollten nicht als Verleugnung von Trauer missinterpretiert werden. Vor allem weisen sie darauf hin, dass skeptische Reaktionen des Therapeuten auf Freude über das Neue darüber hinaus das Selbstvertrauen eines Klienten unterminieren könnten, weil darin indirekt vermittelt wird, der Klient sei noch nicht reif für das Therapieende.

#### **4.4.2 Trennung als Separationsprozess**

Die Trennung, die in der Literatur immer wieder als Vergleichssituation für den Abschied vom Therapeuten herangezogen wird, ist der Abschied von den Eltern (Dewald, 1964; Kauff, 1977; Novick, 1982). Der Abschied vom Therapeuten wird als Wiederholung des Separationsprozesses aufgefasst, in dem sich alle Störungen wiederfinden lassen, die sich im Separationsprozess von den Eltern ergeben haben (z. B. Reimer et al., 1996). Dabei ist nicht der Abschied von sterbenden Eltern, sondern die Trennung des Adoleszenten von der äußeren und inneren Bindung an die Eltern gemeint.

Wenn die Beendigung, die Trennung von Therapeut und Klient als Separationsprozess betrachtet wird, dann ist nicht nur der Klient betroffen, sondern ebenso der Therapeut. Mit diesem Bild der Trennung von Eltern und Kind ist zu erwarten, dass Therapeuten, ähnlich wie Eltern, nicht weniger intensiv auf diese Trennung reagieren als Klienten. Beschrieben werden Gegenübertragungsreaktionen, ausgelöst durch die Konfrontation

mit den Grenzen eigener therapeutischer Möglichkeiten, oder durch die Erfahrung, überflüssig zu werden (s. Glenn, 1971; König, 1991; Kramer, 1986; Penn, 1990).

Die Trennung von den Eltern und vom Therapeuten weist für Klienten im Hinblick auf verschiedene Aspekte Ähnlichkeiten auf:

- beides sind emotional bedeutsame Beziehungen,
- beide Beziehungen sind gekennzeichnet durch ungleiche Verteilungen von Fähigkeiten, Kenntnissen und Verantwortung,
- in beiden Beziehungen geht es um die Entwicklung von Fähigkeiten, die nach der Trennung vom konkreten Lebenszusammenhang weiter zur Verfügung stehen sollen,
- mit der Trennung endet ein konkreter Lebenszusammenhang (gemeinsamer Alltag als Eltern und Kind/Therapiestunden)
- beide Beziehungen können schädigende Wirkungen haben.

Eine bevorstehende Trennung vom Therapeuten kann biographischen Ablösungs- und Trennungserfahrungen des Klienten wiederbeleben, die zu unerwarteten Krisen oder Labilisierungen während der Therapiebeendigung führen (Ferraro, 1995). Novick (1982) vermutet, dass die übliche Trennungserfahrung von den Eltern eher eine vorzeitig unterbrechende (premature) als eine Trennung im gegenseitigen Einverständnis ist. Die Trennung von den Eltern sowie dem Therapeuten wird bestimmt durch Impulse einer vorzeitigen Beendigung wie z. B. ,Weglaufen, Herausgeworfen werden, gezwungen sein (durch äußere Notwendigkeiten). Ausgehend von diesen Erfahrungen nimmt er weiterhin an, „... that patients come into therapy with their own unilateral termination plan.“ (S. 336)

So weist die Metapher vom Separationsprozess auf einen Bedeutungsrahmen von Abschlussprozessen in Psychotherapien, sie verschleiert jedoch wichtige Einschränkungen der Vergleichbarkeit. Klienten sind nicht so existentiell abhängig vom Therapeuten, wie sie es von den Eltern gewesen sind.

Biographische Ablösungs- und Trennungserfahrungen können zwar die Handlungsfähigkeit von Therapeuten einschränken, jedoch bleibt ihnen im Gegensatz zu Eltern die Rolle des Therapeuten grundsätzlich erhalten. Dieser Rollenverlust im ,empty-nest‘ wird als ein wesentliches Merkmal von elterlichem Trennungserleben beschrieben (s. Papastefanou, 1997) (Allerdings kann die Trennung von Klienten erschwert sein, wenn der Therapeut eine ,empty-praxis‘ befürchtet, also finanzielle Einbußen erwartet.) Obgleich Therapeuten grundsätzlich in ihrer Rolle bleiben, kann sich die Beziehung zu einem Klienten in der Abschlussphase sehr verändern. Die Beendigung kann mit Modifikationen des therapeutischen Verhaltens verbunden sein, die den Verlust von Teilaspekten der therapeutischen Rolle bedeuten können. Wenn z. B. der Therapeut in der Abschlussphase mehr als Person sichtbar werden soll, wie es vielfach diskutiert wird, dann bedeutet das teilweise einen Verlust von schützender Distanz durch die Berufsrolle. Mit dieser Veränderung fällt es Therapeuten möglicherweise schwerer, mit Erwartungen und Enttäuschungen von Klienten umzugehen, ohne sich persönlich überfordert oder gekränkt zu fühlen.



Das Bild einer Elternschaft des Therapeuten birgt außerdem die Gefahr einer Überhöhung der therapeutischen Beziehung. Die Beendigung ist erschwert, wenn Therapeuten unbewusste Phantasien darüber haben, welche Veränderungen stattgefunden haben müssen, bevor eine Therapie endet. Kein Klient erreicht sämtliche Entwicklungsmöglichkeiten während einer Therapie, wie lange eine Behandlung auch dauert. Therapeuten müssen Klienten gehen lassen, auch wenn sie unsicher sind, ob die Unterstützung ausreichend gewesen ist. In der Folge können sich beim Therapeuten Tendenzen zu einer „Gegenübertragungs-Schuld“ entwickeln, wenn ideale Ziele nicht sicher erreicht sind (Shechter, 1993, S. 149). Diese Reaktionen können die Zufriedenheit und das Gefühl von Kompetenz des Therapeuten mit der Zeit nachhaltig beeinträchtigen. Eine Situation in der Therapeuten schlimmstenfalls gefährdet sind ‚auszubrennen‘.

Obwohl in der Literatur zur Beendigung häufig auf diese gemeinsame Aufgabe für Klient und Therapeut hingewiesen wird, liegt der Schwerpunkt von Analysen bei den Reaktionen von Klienten. Den Schwierigkeiten und dem Konfliktpotential von Trennung und Abschied auf Seiten des Therapeuten wird in der Literatur sehr wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Doch Normen des Abschiedsverhaltens und individuelle Themen mit Trennungssituationen können auf Seiten des Therapeuten ebenso zu Schwierigkeiten in der Abschlussphase führen.

## **4.5 Konfliktpotential für Therapeuten**

Die Aufgaben, mit denen Therapeuten in der Abschlussphase konfrontiert sind, wurden bisher überwiegend in psychoanalytischer Literatur thematisiert. Da die psychoanalytische Therapie das Zusammenspiel der inneren Welten von Therapeut und Klient betont, von einer langen Dauer dieser Beziehung ausgeht und vor allem die Beziehungsdynamik bearbeitet, ist es nicht überraschend, wenn ebenso die persönlichen Schwierigkeiten des Therapeuten mit Beendigungen untersucht werden. Allerdings darf daraus nicht geschlossen werden, nur psychoanalytisch orientierte Therapeuten hätten mit diesen Schwierigkeiten umzugehen. Am Ende trennt sich nicht die Therapietheorie, sondern jeder Therapeut als Person vom Klienten und damit steht für den Therapeuten mehr zur Diskussion als seine Therapietheorie.

Psychotherapeuten aller Orientierungen müssen mit persönlichen Reaktionen in der Abschlussphase umgehen, sei es Stolz über die Entwicklung oder ein Gefühl von Inkompetenz angesichts geringer Fortschritte von Klienten, seien es finanzielle Sorgen durch eine leere Warteliste. Ebenso können unabhängig von der Therapierichtung persönliche Lebensumstände die Möglichkeiten des Therapeuten erheblich beeinflussen, mit Beendigungen umzugehen. Nicht nur der Klient, ebenso der Therapeut verliert eine intime und bedeutsame Beziehung und kann Ängste in der Abschlussphase entwickeln, die auf einen allgemein ängstlichen Umgang mit Trennungssituationen zurückzuführen sind, oder z. B. auf unverarbeitete Trennungsängste aus der eigenen Biographie.

Nun ist es sicher nicht spezifisch für die Abschlussphase, dass persönliche Lebensumstände des Therapeuten seine Arbeitsmöglichkeiten beeinflussen. Diese Einflüsse sind jedoch angesichts der konkreten Begrenztheit des Kontaktes schwerwiegender. Können Versäumnisse oder Fehler eines Therapeuten im Laufe der weiteren Therapie zumindest teilweise bearbeitet werden, so ist eine unbefriedigend verlaufende Abschlussphase kaum nachträglich korrigierbar<sup>28</sup>.

Im Rahmen psychoanalytischer Therapie werden Behinderungen des Therapeuten vor allem unter der Perspektive von Gegenübertragung behandelt. In keiner anderen Phase der Therapie sind Gegenübertragungsphänomene so verwirrend und potentiell gefährdend. Gefühle des Therapeuten von Schuld, Stolz, Angst und Verzweiflung während der Beendigung können den therapeutischen Prozess unterminieren (s. Weddington & Cevenar, 1979).

Die Trennungsdynamik einer therapeutischen Beziehung kann auf Seiten des Therapeuten durch verschiedene Faktoren beeinflusst sein<sup>29</sup>:

- Trennungsdynamik, die unabhängig vom Klienten aus der Biographie des Therapeuten oder allgemeiner ängstlicher Erwartung in Bezug auf jede Trennung gespeist wird (s. Maholick & Turner, 1979).
- Trennungsdynamik, die entsteht durch aktuelle Lebensveränderungen des Therapeuten wie Umzug, Stellenwechsel oder auch Scheidung oder Tod eines Angehörigen. (s. Greenspan & Kulish, 1985)
- Trennungsdynamik, die in der spezifischen Situation mit einem Klienten und dessen Reaktionen sowie dem realen Verlust einer auch für den Therapeuten bedeutsamen Beziehung entsteht.
- Trennungsdynamik, die abhängig ist von Dauer und Orientierung der Therapie
- Trennungsdynamik, die durch implizite Therapieziele sowie Aspekte der Berufsrolle wie Motivation der Berufswahl, oder dem Verlust der professionellen Rolle während der Beendigung ausgelöst wird.

Mit dieser Aufzählung wird deutlich, wie groß das Konfliktpotential der Beendigung auf Seiten des Therapeuten ist. Die Bedeutung von Motivation, Berufszielen und beruflicher Rolle für die Beendigung soll ausführlicher beschrieben werden, da diese Aspekte in der Literatur oft unerwähnt bleiben.

#### **4.5.1 Bedeutung von beruflicher Rolle, Motivation und Therapiezielen**

Neben persönlichen Schwierigkeiten, mit Trennungssituationen umzugehen, beeinflussen Faktoren der beruflichen Rolle des Therapeuten den Abschlussprozess. Einer dieser

---

<sup>28</sup> Omer (1994) schlägt einige Vorgehensweisen zum Abschluss von ungünstig beendeten Therapien vor.

<sup>29</sup> Siehe Überblick bei Brady, Guy, Poelstra & Brown, 1996; Martin & Schurtmann, 1985

Faktoren ist die Motivation, mit der jemand in ein therapeutisches Berufsfeld hineingegangen ist (s. Brady et al., 1996). Die in Deutschland teilweise abwertend geführte Diskussion um die ‚hilflosen Helfer‘, d. h. um Bedürfnisse nach Zuwendung, Nähe, Verstehen und Fürsorge, die vielfach an der Berufsentscheidung zum Therapeuten beteiligt sind, erschwert es erheblich, diese Quellen der Motivation zuzugeben und zu bearbeiten. Eine Vermeidung dieses Motivationshintergrundes vom Therapeuten, kann insbesondere in der Abschlussphase zu Schwierigkeiten führen, wenn ein Therapeut in dieser Zeit damit konfrontiert ist, für ihn wichtige Gratifikationen zu verlieren.

Eine andere Schwierigkeit ergibt sich für Therapeuten aus den unterschiedlichen Vorstellungen in Bezug auf die therapeutische Haltung während der Beendigung. Beispielsweise liegen für die Psychoanalyse sehr widersprüchliche Lehrmeinungen vor (s. Überblick bei Stoltzenberg, 1986, S. 45 ff.; Waldvogel, 1995, S. 9 f.). Während einige Autoren für die Beibehaltung der Grundregel der Übertragungsdeutung bis zur letzten Minute plädieren (s. z. B. Lipton, 1961), beschreiben andere das allmählich Anwachsen der realen (persönlichen) Beziehung zwischen Patient und Analytiker als Ziel der Endphase (s. z. B. Rangell, 1982; Ticho, 1971).

Die Vorstellung der Entwicklung einer realeren Beziehung zwischen Therapeut und Klient in der Abschlussphase bedeutet einerseits eine Gefährdung durch den Verlust von Teilen der Berufsrolle, von notwendiger professioneller Distanz. Andererseits kann die Abschlussphase behindert sein, wenn für Therapeuten die Nähe und Intimität, die sich in therapeutischen Kontakten ergeben kann, sehr wichtig ist. Greene & Geller (1980) berichten von einer Studie mit angehenden Therapeuten, in der sich zeigte, dass die Auszubildenden dazu neigten, die Abschlussphase zu benutzen, um ihre eigenen Bedürfnisse nach Distanz oder Nähe zu befriedigen. Diese Tendenz war um so stärker, je weniger befriedigende Kontakte sie außerhalb der Berufsrolle hatten.

Ein weiterer Faktor sind allgemeine Therapieziele. Eines der relevanten Merkmale der therapeutischen Tätigkeit sind die Therapieziele, die ein Therapeut mit dem Klienten zu verwirklichen versucht. Wird es in der Ausbildung versäumt, therapeutische Grenzen zu thematisieren, kann sich daraus ein hohes Maß an Ängstlichkeit des Therapeuten während der Abschlussphase ergeben sowie ein Gefühl des Versagens bei beiden Beteiligten (s. Grinberg, 1980). Vorzeitige Therapieabbrüche zeigten sich in einer Untersuchung von z. B. häufiger bei Therapeuten, die keine eigene Therapie während der Ausbildung erhalten hatten.

Möglicherweise wird die Abschlussphase deshalb so selten zum Thema gemacht, weil in diesem Zeitraum Enttäuschungen über begrenzte Veränderungsmöglichkeiten für Klienten und Therapeuten unübersehbar werden. In Interviews mit Psychotherapeuten wurde z. B. immer wieder besprochen, wie schwer es sei, Therapien zu beenden, in de-

nen nur geringfügige Veränderungen möglich gewesen sind, oder in denen Menschen in schweren schicksalhaften Lebensumständen bleiben.

Diese Erfahrung von Schwere ausschließlich mit der Kränkung individueller Omnipotenzphantasien von Therapeuten zu erklären, greift meiner Meinung nach zu kurz. Jedes Therapieende weist auf Grenzen hin, auf die Illusion von Kontrollphantasien in Bezug auf Klienten und ebenso für den Therapeuten selber. In diesem Zusammenhang wäre es sicher wichtig, vorhandene Omnipotenzphantasien im Hintergrund von Psychotherapietheorien zu entschlüsseln, um Ausbildungskandidaten angemessener auf die Grenzen therapeutischer Veränderungsmöglichkeiten im Rahmen von Richtlinienpsychotherapie vorzubereiten. Ob diese Thematik in Ausbildungen und Supervision ausreichend bearbeitet wird, ist sicher im Einzelfall sehr unterschiedlich, insgesamt jedoch aufgrund der bereits beschriebenen Ausblendungen in Bezug auf Beendigung zumindest fraglich.

Darüber hinaus sind Therapeuten am Ende von Psychotherapien mit den Grenzen therapeutischer Möglichkeiten konfrontiert: Die Rollen von Therapeut und Klient sind, anders als z. B. die von Lehrer und Schüler, potentiell in jedem Moment umkehrbar. Klienten kennen größtenteils aus anderen Kontexten auch die Rolle des anteilnehmenden Zuhörers. Therapeuten (sollten) wissen, dass auch sie in Krisen kommen können, in denen sie fachliche Hilfe benötigen. So sind Therapeuten an den Grenzen therapeutischer Möglichkeiten immer auch mit den grundsätzlichen Begrenzungen menschlichen Lebens konfrontiert, das Leben zu gestalten und das Schicksal zu kontrollieren.

## **4.6 Zusammenfassung**

### **Abschluss im Verlauf von Psychotherapien**

Zeitliche Strukturierungen und Unterbrechungen des regelmäßigen Therapieverlaufs sind Bestandteil jeder Psychotherapie. Trennung wird auf diese Weise im Therapieverlauf vorbereitet bzw. geübt. Die Gestaltung von zeitlichen Begrenzungen sowie von Unterbrechungen und emotionale Reaktionen darauf können wichtige Hinweise auf vorhandene Dynamiken geben, mit denen sich Trennungssituationen für einzelne Klienten verbinden.

### **Aspekte der Dauer von Psychotherapien**

Die Beendigung von Kurzzeittherapien stellt an Therapeuten erhöhte Anforderungen, da sie aktiv mit Zeitbegrenzungen sowie häufig mit Trennungen von Klienten umgehen müssen. Währenddessen sind Therapeuten beim Abschluss von Langzeittherapien damit konfrontiert, sich von therapeutischen Beziehungen zu lösen, in die sie viel Zeit und Engagement investiert haben. Im Hinblick auf die Beendigung scheint es wichtig zu sein, wie mit Zeit und ihrer Begrenzung in einer Therapie umgegangen wird, unabhängig von der konkreten Länge einer Therapie.

### **Kontext von Beendigungen**

Abschlüsse erhalten unterschiedliche emotionale Bedeutungen für Therapeuten und Klienten, je nach dem ob sie freiwillig oder aufgrund äußerer Umstände geplant und durchgeführt werden.

Vorangegangene Therapien können den Abschlussprozess erheblich beeinflussen. Ebenso können Kontext und Zukunft der therapeutischen Beziehung für die Gestaltung und das Erleben der Abschlussphase für Therapeuten und Klienten sehr unterschiedlich bedeutsam sein.

### **Trennung von Therapeut und Klient**

Die Abschlussphase ist nicht nur für Klienten, sondern ebenso für Therapeuten eine sensible Phase. Therapeuten und Klienten müssen sich damit auseinandersetzen, dass die therapeutische Situation zu Ende geht, für die eine gute therapeutische Beziehung wichtig gewesen ist. Für diese Situation gibt es in den Normen des Alltagshandelns kein Modell, da gute Beziehungen im Alltag in der Regel nicht freiwillig beendet werden.

Die Metapher vom Separationsprozess für die Beendigung einer Therapie verweist, wenn auch mit Einschränkungen, auf einen emotionalen Bedeutungshintergrund, der dazu beitragen kann, Krisen und Labilisierungen in dieser Phase des Therapieprozesses einzuordnen und zu bewältigen. Darüber hinaus wird das oben bereits beschriebene Dilemma zwischen Therapie als zielgerichteter Intervention und der Kommunikation von Therapeut und Klient als existentieller Situation in diesem Bild verdeutlicht. Wenn die Intervention ihr Ziel der ‚Besserung‘ erreicht hat, dann müssen sich zwei Menschen verabschieden, die einen Teil ihrer Lebenszeit gemeinsam verbracht haben.

### **Konfliktpotential für Therapeuten**

Die Phase der Beendigung stellt für Therapeuten eine besondere Herausforderung dar, da die Beendigung biographische Trennungsbelastungen auch des Therapeuten aktualisieren kann. Darüber hinaus kann der Therapeut mit Grenzen seiner therapeutischen Möglichkeiten konfrontiert sein, d. h. mit Enttäuschungen seiner impliziten Therapieideale. Gleichzeitig ist der Einfluss nicht zu unterschätzen, den signifikante Lebensereignisse, wie Trennungen oder Tod eines Angehörigen für die Möglichkeiten des Therapeuten bedeuten, gleichzeitig einen Abschluss mit einem Klienten zu bearbeiten.

## 5 Überleitung zur empirischen Untersuchung

Psychotherapie, die dem Bild der Ingenieurwissenschaft oder in der Analogie zur Pharmakotherapie nicht angemessen erfasst wird, benötigt statt vorwiegend naturwissenschaftlicher Methoden eine verstärkte Rückbesinnung auf ihre humanwissenschaftliche Herkunft. So sollte Psychotherapie dort untersucht werden, wo sie gemacht wird, in den Praxen statt im Forschungslabor. (Rudolf, 1996)

Im Laufe der Auseinandersetzung mit der Abschlussphase von Therapien entwickelten sich viele verschiedene Forschungsfragen auf die ich teilweise hingewiesen habe. Mein besonderes Interesse weckten die Ergebnisse von Untersuchungen, in denen Psychotherapeuten konkret nach ihren Erfahrungen in der Praxis gefragt wurden. Die Berichte der Therapeuten wichen oft erheblich von den vorliegenden theoretischen Überlegungen ab. So stellte sich heraus, dass signifikante Lebensereignisse weit weniger mit vorzeitigen Therapieabbrüchen zusammenhingen als die Autoren vermutet hatten (s. Greenspan & Kulish, 1985). Statt dessen zeigte sich die Bedeutung von eigener Therapie der Therapeuten. In einer anderen Untersuchung waren die Autoren sehr überrascht, dass Therapeuten weit weniger Komplikationen während der Beendigung berichteten und statt dessen Aspekte von positiver Zukunftsorientierung im Vordergrund standen. Sicher kann man diese Ergebnisse diskutieren im Hinblick auf die soziale Erwünschtheit der Antworten und ähnliches. Andererseits finde ich es unter der Perspektive einer Verbindung von Forschung und Praxis wichtig, Praktiker nach ihren ‚alltäglichen Forschungsergebnissen‘ zu fragen.

So entstand die Idee einer größeren Befragung von Praktikern. Dabei interessierte mich vor allem, ausgehend von den bisher dargestellten Überlegungen, wie Therapeuten in der Praxis mit Beendigungen umgehen, welche Erfahrungen sie dabei machen und wie sie in Ausbildungen darauf vorbereitet wurden. Dazu kam die Frage, inwieweit Therapeuten und Klienten in ihrer Beschreibung des gemeinsamen Abschlussprozesses übereinstimmen, oder ob sie sich, wie in der Literatur so häufig betont, im Erleben der Beendigung unterscheiden.

Um diese Fragestellungen zu untersuchen, gäbe es sehr verschiedene Möglichkeiten. Als Ausgangsmaterial sind z. B. längsschnittliche Untersuchungen von Therapieverläufen, die als Video oder Tonbanddokument vorliegen, Tiefeninterviews mit Therapeuten und Klienten oder standardisierte Befragungen von Therapeuten und deren Klienten möglich.

In einem ersten Herangehen verfolgte ich den Ansatz, Tiefeninterviews mit Therapeuten metaphernanalytisch zu untersuchen. Die Hypothese dabei war, dass sich aus den Berichten der Therapeuten und den Metaphern, die sie darin verwenden die ‚subjektiven Theorien‘ der Praktiker zur Abschlussphase herausfiltern lassen. In den Untersuchungen von Buchholz (1996) hatte sich gezeigt, dass die Metaphernanalyse ein Instrument sein

kann, mit dem Interaktionsprozesse in Therapie zu beschreiben sind. So dokumentiert Buchholz z. B. in einem Vergleich der Metaphern, die Klienten in Gesprächspassagen eines mittleren und des letzten Gespräches verwenden, sowohl grundlegende Interaktionsschemata der Klienten als auch Veränderungen in diesen Schemata.

Eine intensivere Auseinandersetzung mit dieser inhaltsanalytischen Methode zeigte jedoch, dass ihre Anwendung für die inhaltsanalytische ‚Auswertungsobjektivität‘ einen intensiven Kommunikationsprozess in einem Team erfordert, das mir nicht zur Verfügung stand. Aus dieser methodischen Auseinandersetzung heraus entwickelte sich der Plan einer schriftlichen Befragung von Psychotherapeuten als ‚Experten in der Praxis‘ sowie deren Klienten zum Abschlussprozess von Psychotherapien.

## 5.1 Zur Problematik standardisierter Befragungen

Befragungen sind in sehr vielen Formen und Modifikationen möglich, „... manchmal herrscht unter Bezugnahme auf diese ein geradezu babylonisches Sprachgewirr, weil die Terminologie nicht einheitlich und übereinstimmend gefasst ist.“ (Lamnek, 1989, S. 36) Unterschieden werden Befragungen grundsätzlich als quantitativ vs. qualitativ, wobei oft nicht differenziert wird ob diese Unterscheidung sich auf die Befragungssituation, die Informationsreduktion oder das methodische Vorgehen der Auswertung bezieht. Quantitative und qualitative Herangehensweisen in der Forschung werden in der Regel sehr kontrovers diskutiert.

Die Auseinandersetzung um diese Forschungsmethoden ist geprägt von subjektiven Wertungen. Fast immer wird ein grundsätzlicher Gegensatz zwischen zählendem, prüfendem, experimentellem Vorgehen einerseits und einfühlemem, verstehendem, interpretativem, naturalistischem Zugang andererseits konstruiert. Da ist z. B. von ‚harten‘ und ‚weichen‘ Methoden die Rede, ohne dass genau definiert wird, was in Bezug worauf härter oder weicher ist. Relationale Begriffe werden so, implizit verbunden mit Wertungen, als scheinbar substantielle Beschreibungen benutzt. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die in dieser Metaphorik versteckten wissenschaftstheoretischen Grundannahmen und die Kritik daran auszuführen<sup>30</sup>.

Mit dieser polarisierenden und bewertenden Perspektive wird die Wahl einer Methode zur ‚Gretchenfrage‘ eines Forschers. Diskussionen um methodische Zugänge zur Wirklichkeit sind damit in der Gefahr, in ideologischen Auseinandersetzungen um die ‚wissenschaftliche‘ oder ‚wahrere‘ Methode zu versanden, oder man kann den Eindruck gewinnen, dass es sich um kaum getarnte Auseinandersetzungen um Macht und Einfluss in der Scientific Community handelt.

Exploration und Kontrolle werden mit diesen Wertungen zu einander sich ausschließenden Forschungsstrategien. Beide Möglichkeiten wissenschaftlicher Forschung sind

---

<sup>30</sup> Siehe dazu: Bergold (1987); Flick (1995); Flick, von Kardorff, Keupp, von Rosenstiel & Wolff (1995); Henwood (1992); Kriz (1980); Lamneck (1988); Reicher (1994)

allerdings in alltagspraktischen Vorformen der Forschung vorhanden - Menschen zählen und kontrollieren ebenso wie sie verstehen und interpretieren. Die Wahl der Methode scheint jedoch im Alltag viel selbstverständlicher an der Funktion der angestrebten Ergebnisse orientiert zu sein, als im wissenschaftlichen Diskurs.

Bei genauerer Betrachtung ist die Wahl einer Methode weder eine neutrale technische Entscheidung, noch eine Wahl zwischen mehr oder weniger wahren Zugängen zur Realität.

Neither measure gives an account of ‚the way things are‘ because each one constrains the phenomena they describe within certain degrees of freedom.“  
(Tseelon, 1991, S. 312)

Ein Ausweg aus diesem Dilemma scheint mir die von Wolff (1994) vorgeschlagene „Perspektive einer qualitativen Forschungshaltung“:

Ich möchte daher vorschlagen, die gewohnte Unterscheidung von qualitativ und quantitativ (nebst allen einschlägigen Assoziationen) zur Disposition zu stellen, genauer: sie unter den Prämissen einer bestimmten übergeordneten analytischen Haltung zu betrachten.

nicht:

qualitativ ← versus → quantitativ

sondern

‚qualitative Forschungshaltung‘ ← versus → ‚mundanes Denken‘

also:

stärker ‚qualitative‘ ← → weniger ‚qualitative‘ Methoden

(Wolff, 1994, S. 44)

In diesem Sinne ist bei einer schriftlichen standardisierten Befragung zu beachten, dass die Ergebnisse einerseits zuverlässiger als in unstandardisierten Befragungen quantifiziert werden können, da die Fragen und ihre Reihenfolge in jeder Befragung gleich sind. Andererseits entsteht diese Zuverlässigkeit auf Kosten einer erheblichen Einschränkung der Kommunikationssituation mit dem Befragten, die zudem grundsätzlich nicht kontrollierbar ist (Kriz & Lisch, 1988, S. 45).

Aufgrund der Einschränkung der Kommunikationssituation ist zu erwarten, dass die Verweigerungsquote relativ hoch sein wird. Da jedoch Therapeuten und deren Klienten befragt und die Angaben zudem verglichen werden sollen, stellt eine schriftliche Standardisierung der Befragungssituation einen wichtigen Vorteil dar. Therapeuten sind aufgrund von Supervisionserfahrungen in der Regel viel geübter, Therapieprozesse zu reflektieren und zu kommunizieren. Klienten dagegen sind reflektierende Gespräche über ihre Therapie mit Dritten kaum gewohnt. Möglicherweise würde die Konfrontation mit einer persönlichen Befragung ‚über die Therapie‘ Klienten erheblich mehr verunsichern, als eine schriftliche Befragung, in der sie in Ruhe ihr Erleben reflektieren können. Die schriftliche standardisierte Befragung kann im Gegensatz dazu die Befragungssituation für Therapeuten und Klienten zumindest ähnlicher gestalten, was für einen Vergleich der Angaben wichtig ist.



Ein weiteres Problem schriftlicher standardisierter Befragungen ist eine Einschränkung der Reichhaltigkeit von Informationen aufgrund vorgegebener Antwortkategorien. Die Gefahr liegt darin, dass „Relevanzsysteme der Befragten“ nicht zu Wort kommen, da sie Fragen nicht ausweiten oder Nebenaspekte nicht ansprechen können (Lamnek, 1988, S. 51).

Dieser Vorbehalt kann für die geplante Untersuchung als weniger bedeutsam gesehen werden, da ich, wie gesagt, in meiner Doppelrolle als Forscherin mit umfangreicher praktischer Psychotherapieerfahrung den Forschungsbereich sozusagen ‚von Innen‘ kenne, dass heisst, mit den relevanten Themen vertraut bin. Zusätzlich wurden vorbereitend einige ausführliche Interviews mit Kollegen und Kolleginnen geführt, die in verschiedenen Settings und mit unterschiedlicher therapeutischer Orientierung arbeiten, in denen die Relevanz der geplanten Fragebereiche überprüft werden konnte. In diesen Interviews stellte sich z. B. heraus, dass es für eine Präzisierung der Informationen günstiger war, nicht nur allgemein nach ‚Erfahrungen und Umgang mit Beendigung‘ zu fragen, sondern die Therapeuten zu bitten, über einen konkreten Abschluss zu berichten.

Mit den angeführten Einschränkungen gehe ich insgesamt davon aus, dass die geplante Befragung für eine erste empirisch fundierte Deskription von Therapiebeendigungen geeignet ist. Im Sinne einer qualitativen Forschungshaltung sehe ich die schriftliche standardisierte Befragung in diesem Fall als eine Explorationsstrategie im Rahmen einer Feldstudie. Ziel dieser Feldstudie sind Annäherungen an eine Deskription von Therapiebeendigungen von der ausgehend spezifischere Fragestellungen zur Beendigung von Psychotherapien entwickelt werden können.

## 6 Fragestellungen der empirischen Untersuchung

Forschung *in* der Psychotherapie muß zu allererst einmal erfassen, was zwischen den Protagonisten in Tat und Wahrheit vor sich geht, was sie in ihrem intentionalen, zwischenmenschlichen Handeln miteinander und gegeneinander tun, bzw. wie und wozu sie einander und sich selbst, geleitet von ihrem Erleben und ihren Absichten, ihren Wahrnehmungen und ihren jeweils noch näher zu bestimmenden Kriterien der Rationalität, zu beeinflussen und zu bewegen suchen. (Tress, 1994, S. 40)

Wie sich in der Literaturübersicht gezeigt hat, liegen zur Thematik ‚Beendigung von Psychotherapien‘ nur sehr wenige fundierte Untersuchungen vor. Wegen des Mangels an theoretischen Konzepten und geeigneten empirischen Grundlagen, erscheint mir die Untersuchung einzelner spezifischer Fragestellungen wenig sinnvoll: sie könnten nicht in umfassendere Konzepte eingeordnet werden und ihre Relevanz wäre somit kaum angemessen zu beurteilen. Aus diesem Grund habe ich mich einem weiteren Spektrum von Themen zugewandt, die in der vorliegenden Literatur häufiger angesprochen werden. Diese Vorgehensweise wurde von mir mit dem Ziel eingeschlagen, aus einer relativ breiten Perspektive relevante Fragestellungen der Beendigung herauszufiltern.

Ausgangspunkt der Diskussion ist folgende Definition von Abschlussphase:

Am Ende einer Therapie müssen nach der Bearbeitung individueller Therapieziele sowohl die Behandlung als auch die therapeutische Beziehung abgeschlossen werden. Dieser Zeitraum der Therapie wird als Abschlussphase bezeichnet.

Die Abschlussphase einer Therapie beginnt, wenn Therapeut und/oder Klient anfangen, über ein konkretes Ende der Therapie zu kommunizieren und sie endet mit dem letzten Termin.

Diese Definition beinhaltet pragmatische Einschränkungen: Sie schließt das Gespräch über ein Ende der Therapie, wie es teilweise am Anfang von Therapien üblich ist, ebenso aus, wie die Erfahrung, dass Therapien mit dem letzten konkreten therapeutischen Gespräch für den Klienten oft noch lange nicht abgeschlossen sind, bzw. in einer Therapie angeregte Entwicklungen sich darüber hinaus fortsetzen (sollten). In der konkreten Kommunikation über die Beendigung sehe einen deutlichen Indikator für die einsetzende Abschlussphase. Ähnliches gilt für den Beginn einer Therapie. Auch wenn eine Therapie lange vor dem ersten konkreten Kontakt mit der Planung und gedanklichen Auseinandersetzung beginnen kann, wird der erste konkrete Kontakt als Beginn der Anfangsphase einer Therapie definiert.

Ausgangspunkt der Untersuchung ist die Frage, inwieweit am Ende von Therapien eine Abschlussphase zu beobachten ist, die sich durch spezifische Veränderungen von der vorangehenden ‚Behandlungsphase‘ unterscheiden lässt.

In den folgenden Abschnitten werden die Fragestellungen zu einzelnen übergeordneten Bereichen dargestellt. Die Ausführung der Fragestellungen konzentriert sich in diesem Kapitel auf inhaltliche Themenbereiche der Untersuchung. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die spezifischen Fragestellungen im Folgenden jeweils den entsprechenden Abschnitten der Ergebnisdarstellung vorangestellt.

In den Interviews der Voruntersuchung zeigte sich, dass es ergiebiger ist, Therapeuten über allgemeine Aspekte von Abschlussphasen hinaus nach konkreten Erfahrungen mit dem Abschluss einzelner Therapien zu fragen. Daher sind die Fragestellungen unterteilt in zwei Bereiche: erstens Fragen zu allgemeinen Aspekten der Beendigung und zweitens Fragen, die sich auf eine bestimmte Therapie beziehen.

Da für eine Untersuchung von Psychotherapie sowohl die Perspektive der Therapeuten als auch die ihrer Klienten bedeutsam ist, wird in einem vorangehenden Abschnitt erläutert, wie diese unterschiedlichen Sichtweisen in die Untersuchung einbezogen werden.

## **6.1 Perspektiven von Therapeuten und Klienten**

Die Diskussion über Beendigungen von Psychotherapien in der Literatur wird oft nur aus einem einseitigen Blickwinkel geführt. Es handelt sich im Wesentlichen um Beobachtungen und Spekulationen von Therapeuten über Klienten. Hier ist ein wichtiges Ergebnis der Psychotherapieforschung zu berücksichtigen: Die Wahrnehmungen von Gefühlen und Beziehungsqualitäten von Therapeuten und Klienten stimmen oft nicht überein, wobei sich die Einschätzungen der Klienten im Hinblick auf die Vorhersage eines Therapieerfolges als bedeutsamer erwiesen haben<sup>31</sup>.

Auch für den Abschlussprozess ist nämlich zu erwarten, dass die Wahrnehmungen von Klienten sich von denen der Therapeuten unterscheiden. Das Ende einer Therapie hat für beide grundsätzlich andere Bedeutungen: Für den Therapeuten handelt es sich um einen Prozess, der zu seinem beruflichen Alltag gehört, in dem immer wieder Therapien abgeschlossen und neue Therapien begonnen werden. Der Therapeut bleibt dabei jedoch grundsätzlich in seiner Rolle als Therapeut.

Für den Klienten dagegen handelt es sich um eine außergewöhnliche Situation, da er sich von seiner Rolle als Klient, als ‚Behandeltem‘ oder im weitesten Sinne ‚Hilfesuchendem‘ lösen muss. Eine Situation geht zu Ende, in der etwas für sein Leben vielleicht sehr Wichtiges sich entwickelt oder verändert hat. Eine Beziehung, die unterstützend gewesen ist, muss verlassen werden.

Daraus ergibt sich die Frage, ob Therapeuten und Klienten ihre Erfahrungen in Bezug auf den Abschlussprozess unterschiedlich beschreiben. Da der Fokus dieser Untersuchung auf der Perspektive von Psychotherapeuten liegt, werden Erweiterungen der Fra-

---

<sup>31</sup> Siehe Ambühl (1993)

gestellungen im Hinblick auf einen Vergleich von Therapeuten- mit Klientenangaben sich leider auf einige ausgewählte Bereiche konzentrieren müssen.

## **6.2 Beendigung konkreter Therapien**

### **6.2.1 Psychotherapeutische Vorerfahrungen der Klienten**

Einzelbefunde und Erfahrungsberichte in Gesprächen mit Kollegen deuten darauf hin, dass der Abschluss von Therapien auch in Zusammenhang damit steht, ob Klienten Therapien mehrfach in Anspruch nehmen. Angaben zur Häufigkeit von Folgetherapien liegen nicht vor.

Die Frage nach vorangegangenen Therapien ist wahrscheinlich auch in Zusammenhang mit der Beendigung von Therapien wichtig: Das Ende einer Folgetherapie könnte für Klienten eine andere Bedeutung haben, als der Abschluss einer ersten Therapie. Vielleicht gehen auch Therapeuten mit dem Abschluss einer Folgetherapie aufmerksamer um, weil sie um die vorangegangenen Erfahrungen des Klienten wissen.

Auch wenn es im Rahmen dieser Studie nicht möglich sein wird, der Frage von Folgetherapien im Einzelnen nachzugehen, soll grundsätzlich danach gefragt werden, ob Klienten schon therapeutische Vorerfahrungen haben. Als Folgetherapie soll eine Therapie dann definiert werden, wenn Klienten vorangegangene ambulante (Kurzzeit oder Langzeittherapie) oder stationäre Therapieerfahrungen (4-6 Wochen) aufzuweisen haben.

Da die Wiederaufnahme einer Therapie nicht gleichzeitig mit einem Therapeutenwechsel verbunden sein muss, stellt sich weiterhin die Frage, wie oft eine Folgetherapie mit einem Therapeutenwechsel verbunden ist.

### **6.2.2 Umgang mit formalen Grenzen**

Eine Psychotherapie ist als spezifische soziale Kommunikationssituation definiert, in der es relativ eindeutige Rollenzuweisungen gibt (Therapeut/Klient) und deren Ziel in Veränderungen zum Wohle des Klienten besteht. Als Hauptziel der Psychotherapie könnte man bezeichnen, dass sie zu den beabsichtigten Veränderungen führt und dann beendet werden kann.

Da Psychotherapie in Deutschland überwiegend im Rahmen von kassenfinanzierter ‚Behandlung‘ durchgeführt wird, sind sowohl Zugangswege zu Therapeuten als auch Dauer und Anzahl von kassenfinanzierten Therapiestunden gesetzlich geregelt.

Die Begrenztheit von therapeutischen ‚Verträgen‘ ist demnach sowohl inhaltlich, als auch formal wichtiger Bestandteil von Psychotherapien. Da dieses Thema jedoch in psychotherapeutischer Theorie nur selten thematisiert wird, soll der Frage nach einer bewussten Einbeziehung der Begrenzung im Zusammenhang mit dem Finanzierungsmodus von Therapien nachgegangen werden.

Hier stellt sich außerdem die Frage, ob sich Klienten von Therapeuten in Bezug auf ihre Wahrnehmung im Hinblick auf die Begrenztheit des Therapieumfanges (Stundenzahl oder zeitlicher Umfang) unterscheiden.

### **6.2.3 Dauer der Abschlussphase**

Da in der Literatur kaum Angaben zur konkreten Länge von Abschlussphasen vorhanden sind, soll die Dauer dieser Phase in den konkreten Therapiebeschreibungen erkundet werden. Dafür sollen die Anzahl der Stunden im Verhältnis zur Gesamtzahl von vereinbarten Therapiestunden erhoben werden, die noch zur Verfügung standen, als die Beendigung nach einer Zeit der ‚Behandlung‘ zuerst konkret angesprochen wurde. Diese Stunden werden als Abschlussstunden bezeichnet, deren Anzahl dann die Länge der Abschlussphase kennzeichnet.

Der Begriff Abschlussstunden bezieht sich also auf die Therapiestunden, die noch stattfinden, *nachdem* konkret über die Beendigung der Therapie kommuniziert wird. Es handelt sich damit um eine formale Definition, mit der nichts über den konkreten Inhalt dieser Stunden gesagt wird.

### **6.2.4 Beginn der Beendigung**

#### **Initiative zur Beendigung**

Eine Beendigungsphase kann sehr unterschiedlich verlaufen, je nachdem, ob Therapeut oder Klient die Initiative zur Beendigung ergreifen. Da Therapeuten und Klienten unter Umständen unterschiedlich darüber berichten, wer die Initiative zur Beendigung ergriff, soll weiterhin erkundet werden, inwieweit Therapeuten und Klienten in dieser Frage übereinstimmen.

#### **Anlass zur Beendigung**

Es gibt insgesamt in der Literatur nur wenig Hinweise auf diagnostische Kriterien für den Beginn der Abschlussphase, so dass sich die Frage stellt, aufgrund welcher Veränderungen oder Verbesserungen das Ende der Therapie konkret angesprochen wird. Um diese Fragestellung im Rahmen der vorliegenden Untersuchung auf wesentliche diagnostische Kriterien zu konzentrieren, wurden die Antwortkategorien in Anlehnung an Untersuchungsergebnisse von Heuft, Senf, Wagener, Pintelon & Lorenzen (1996) formuliert, die zeigten, dass Therapieauswirkungen in einigen wesentlichen Bereichen deutlich werden.

Im Einzelnen wird nach Verbesserungen im körperlichen Empfinden, im psychischen Empfinden und im Selbstwerterleben gefragt, außerdem nach Verbesserungen im Bereich sozialer und beruflicher Beziehungen sowie nach einer Abnahme von Verhaltens Einschränkungen sowie einer Zunahme vom Verständnis der Beschwerden und einer verbesserten Zukunftsorientierung.

## **6.2.5 Gestaltung der Abschlussphase**

### **Kommunikation über die Beendigung**

Ob die Abschlussphase ausdrücklich mit Klienten besprochen werden soll und wie aktiv Therapeuten dabei spezifische Themen der Beendigung wie frühere Trennungen, Wut, Enttäuschung oder Trauer ansprechen müssen, ist in der Literatur sehr umstritten. Deshalb sollen die Therapeuten danach gefragt werden, wie aktiv sie mit Themen der Beendigung umgehen, ob sie ausdrücklich mit den Klienten einen Rückblick auf die Therapie erarbeiten und ob sie das Ende der Behandlung und die Trennung vom Therapeuten ausdrücklich besprechen.

### **Themen der Abschlussphase**

Viele Autoren weisen daraufhin, dass die Beendigung einer therapeutischen Beziehung frühere Trennungserfahrungen bzw. Trennungstraumata eines Klienten aktualisieren kann. Darüber hinaus wird die assoziative Nähe von Trennung, Abschied und Ende einer Therapie zu Sterben oder Tod betont und damit eine existentielle Dimension vom Ende einer Psychotherapie für Klienten wie für Therapeuten hervorgehoben. Davon ausgehend, werden spezifische Themen und Gefühle wie Abhängigkeit, Trauer und Wut als Reaktion auf das Therapieende wesentlich häufiger diskutiert, als z. B. Freude über Therapieergebnisse. Ob diese Themen ebenso in konkreten Therapiebeendigungen häufiger besprochen werden ist weitgehend unbekannt. Ebenso gibt es keine Informationen darüber wie die Themen der Abschlussphase aus der Sicht von Klienten gewichtet werden, so dass beides erkundet werden soll.

Weiterhin ist in der Literatur immer wieder davon die Rede, dass es wichtige Themen von Klienten gibt, die erst in der Abschlussphase angesprochen werden. Aus diesem Grund soll danach gefragt werden, ob es Themen gab, die erst in der Abschlussphase wichtig wurden.

### **Katamnestische Gespräche**

In der Literatur werden katamnestische Gespräche in der Regel ausschließlich in Zusammenhang mit Forschungsprojekten erwähnt. In den Interviews der Voruntersuchung fiel auf, dass die Berichte von Therapeuten über ihren Umgang mit katamnestischen Gesprächen teilweise den Charakter von ‚Geständnissen‘ hatten. Als ob der Wunsch des Therapeuten nach Informationen über Klienten nach Abschluss der Therapie irgendwie unangemessen und allenfalls im Rahmen von wissenschaftlichen Studien erlaubt sei.

Aus diesem Grund soll danach gefragt werden, ob und wie Therapeuten mit ihren Klienten katamnestische Gespräche vereinbaren.

## **6.2.6 Arbeitsbeziehung und Beendigung**

Ein zentrales Ergebnis der Psychotherapieforschung ist die Bedeutung der Arbeitsbeziehung für den Erfolg einer Therapie. Eine gute Arbeitsbeziehung in der Sicht von Kli-

enten scheint eine wesentliche Voraussetzung für einen Therapieerfolg zu sein. Was bedeutet jedoch eine gute Arbeitsbeziehung für die Beendigung der Therapie? Wenn einige Autoren betonen, dass der Abschlussprozess über den Erfolg einer Therapie entscheiden könne, dann stellt sich die Frage nach den Zusammenhängen von Qualität der Arbeitsbeziehung und Abschlussprozess.

Das Erleben der Arbeitsbeziehung sowie von Veränderungen des therapeutischen Verhaltens und des Therapieprozesses ist wahrscheinlich auf vielfältige Weise mit der Einschätzung des Therapieerfolgs durch Klienten verwoben. Ärger, Trauer oder Freude, d. h. alle Gefühle eines Klienten über das Ende der Therapie und den Abschluss der therapeutischen Beziehung, können z. B. seine Einschätzung von Ergebnissen der Therapie insgesamt beeinflussen, während ein Therapeut möglicherweise ebenso unter dem Eindruck einer schwierigen Beendigung Fortschritte eines Klienten übersieht.

Eine in diesem Rahmen mögliche Erkundung soll sich auf die Untersuchung von Zusammenhängen der Arbeitsbeziehung mit zwei Aspekten konzentrieren: Erstens den Zusammenhängen von Arbeitsbeziehung und Veränderungen der therapeutischen Kommunikation sowie zweitens den Zusammenhängen von Arbeitsbeziehung der Vorbereitung von Klienten auf den Therapieabschluss.

Die Fragen zur Wahrnehmung der Beziehung zum Therapeuten werden in Anlehnung an die deutschsprachige Überarbeitung des „Helping Alliance Questionnaire“ von Luborsky in einer Studie von Bassler, Potraz & Krauthauser (1995) formuliert.

### **6.2.7 Beendigung als Thema in der Supervision von Therapeuten**

Die Supervision von Abschlussprozessen wurde bisher in der Literatur kaum thematisiert. In Gesprächen mit Psychotherapeuten stellten diese oft erstaunt fest, wie selten Beendigungen in ihren Supervisionserfahrungen besprochen worden waren. Um zu erkunden, ob es sich hierbei um Einzelergebnisse oder eher eine systematische Tendenz handelt, soll danach gefragt werden, inwieweit die Beendigung von Therapien in der Supervision von Therapeuten besprochen wird.

Um weiterhin Hinweise darüber zu erhalten, welche Themenbereiche in der Supervision wichtig sind, soll zusätzlich gefragt werden, welche Themen oder Gefühle für die Therapeuten wichtig waren, zu besprechen.

### **6.2.8 Veränderungen in der Abschlussphase**

#### **Charakteristische Veränderungen**

Ausgehend von der Grundannahme, dass die Beendigung einer Therapie als eine spezifische Phase des Therapieprozesses beschreibbar ist, die sich von der Behandlungsphase unterscheiden lässt, entwickelte sich die Frage danach, ob die Abschlussphase einer Therapie sowohl von Therapeuten als auch von Klienten deutlich als eine Phase des Therapieprozesses erlebt wird, die durch charakteristische Veränderungen gekennzeichnet-

net ist. Untersucht werden sollen spezifische Auswirkungen, die in der Literatur und in Erfahrungsberichten einzelner Therapeuten häufig thematisiert werden: Veränderungen der Stundenfrequenz, des therapeutischen Prozesses, der Arbeitsbeziehung sowie des therapeutischen Verhaltens.

Unter therapeutischem Verhalten wird hier die Gestaltung der therapeutischen Kommunikation verstanden. Therapeuten können sich z. B. darin unterscheiden, ob sie die Haltung therapeutischer Abstinenz lockern oder ob sie sich aktiver beziehungsweise reaktiver verhalten.

### **Unterschiede zwischen Klienten- und Therapeutenberichten**

Da in der Psychotherapieforschung häufig Unterschiede zwischen den Berichten von Therapeuten und deren Klienten beobachtet worden sind, stellt sich die Frage, ob sich ihre Berichte ebenso im Hinblick auf Veränderungen in der Abschlussphase unterscheiden.

### **Zusammenhänge mit der theoretischen Orientierung von Therapeuten**

Da in der Literatur um die Beendigung immer wieder davon ausgegangen wird, dass die theoretische Orientierung von Therapeuten einen wesentlichen Ausgangspunkt für deren Verhaltensvariabilität darstellt, sollen die Zusammenhänge zwischen der Orientierung und Veränderungen des therapeutischen Verhaltens im Abschlussprozess untersucht werden.

### **Zusammenhänge mit Störungsbildern von Klienten**

In der Literatur zur Therapiebeendigung wird vereinzelt darauf hingewiesen, dass Störungsmuster von Klienten den Verlauf der Abschlussphase erheblich beeinflussen, daher soll erkundet werden, ob Zusammenhänge bestehen zwischen Veränderungen des therapeutischen Prozesses und diagnostischen Gruppen von Klienten.

## **6.3 Allgemeine Aspekte von Abschlussprozessen**

### **6.3.1 Unterbrechungen im Laufe der Therapie**

Unterbrechungen in der Therapie, d. h. sowohl das Ende jeder einzelnen Therapiestunde, als auch längere Unterbrechungen durch Urlaub oder Fortbildungen sind Bestandteil von Psychotherapien. Sie können als passagere Abschlusssituationen bezeichnet werden.

Auch wenn es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich sein wird, die symbolische und diagnostische Bedeutung dieser Abschiedssituationen innerhalb des Therapieverlaufs im Einzelnen zu untersuchen, sollen im Sinne einer ersten empirischen Dokumentation Fragen zur Gestaltung des Stundenendes und der Vorbereitung auf längere Unterbrechungen aufgenommen werden.



### **6.3.2 Beendigung als Ausbildungsthema**

Themen der Abschlussphase und der Beendigung sind sowohl in Lehrbüchern als auch in Ausbildungsprogrammen wenig präsent. Im Verhältnis dazu berichten Therapeuten in Einzelgesprächen häufig, die Beendigung wäre im Laufe ihrer Ausbildung ausführlich bearbeitet worden. Damit ist zu fragen, ob es sich hier um Ausnahmen handelt, oder ob Themen der Beendigung häufiger in Ausbildungen bearbeitet werden, als mit Blick auf Lehrpläne vermutet werden kann.

Da viele Therapieausbildungen neben der Theorie auch Anteile psychotherapeutischer Selbsterfahrung beinhalten, stellt sich ebenso die Frage nach dem Umgang mit der Beendigung in persönlichen Ausbildungstherapien bzw. ausbildungsbezogener Selbsterfahrung.

### **6.3.3 Grundsätze zur Beendigung**

In der Literatur ist eine Vielzahl unterschiedlichster und zum Teil widersprüchlicher Grundsätze zu finden, wie Therapeuten mit der Beendigung von Therapie umgehen, wie sie den Abschlussprozess gestalten und wie sie sich verhalten sollen, so dass danach gefragt wird, welche Grundsätze und Überzeugungen Therapeuten in der Praxis zum Therapieabschluss vertreten.

### **6.3.4 Sprachbilder der Beendigung**

Eine weitere Möglichkeit, Überzeugungen beziehungsweise Konzepte von Therapeuten zum Therapieabschluss zu ermitteln, sehe ich in der Frage nach sprachlichen Bildern für den Therapieabschluss. Dabei gehe ich davon aus, dass sprachliche Bilder Hinweise auf Konzeptualisierungen enthalten, die für den Umgang mit dem Therapieende bedeutsam sind.

## **6.4 Zusammenfassung**

Psychotherapeuten sollen zu ihrem Erleben und Verhalten der Abschlussphase befragt werden. Insgesamt wird eine Forschungsstrategie gewählt, die von relativ allgemeinen Fragestellungen ausgeht und das Ziel verfolgt, relevante Aspekte der Beendigung zu ermitteln.

In einzelnen Bereichen sind die unterschiedlichen Perspektiven von Therapeuten und Klienten von Bedeutung. Die Fragestellungen sind unterteilt in spezifische Fragen zur Beendigung konkreter Therapien sowie allgemeine Fragen zur Abschlussphase.

Im Hinblick auf konkrete Therapien wird nach charakteristischen Merkmalen und Modifizierungen der Abschlussphase in Abgrenzung zur Behandlungsphase gefragt.

Als wesentliche Merkmale für eine Abschlussphase werden deren Dauer im Verhältnis zur Anzahl der Therapiestunden insgesamt, die Kommunikation über die Beendigung sowie Veränderungen in der Abschlussphase im Hinblick auf den therapeutischen Pro-

zess und das therapeutische Verhalten thematisiert. Darüber hinaus sollen Zusammenhänge zwischen Veränderungen des therapeutischen Verhaltens im Abschlussprozess und der theoretischen Orientierung der Therapeuten sowie Zusammenhänge zwischen Veränderungen des therapeutischen Prozesses und diagnostischen Gruppen von Klienten erkundet werden. In Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsbeziehung durch Klienten wird nach Zusammenhängen mit Veränderungen im Abschlussprozess und der Qualität der Vorbereitung auf das Therapieende gefragt. Weiterhin stellt sich die Frage danach, inwieweit die Beendigung von Therapien in der Supervision von Therapeuten besprochen wird.

Wichtige Bereiche der allgemeinen Fragestellungen sind die Beendigung als Thema in der Therapeutenausbildung sowie allgemeine Grundsätze zur Beendigung. Außerdem soll dokumentiert werden, wie Therapeuten mit dem Ende einzelner Stunden und der Vorbereitung längerfristiger Unterbrechungen des Therapieverlaufs umgehen.

## 7 Planung und Durchführung der Untersuchung

Knowledge is not a effect of method but of engagement with the material -  
methods are only aids. (McLeod, 1996)

Im Folgenden werden wesentliche Leitlinien für die Entwicklung der Fragebögen beschrieben. Daran schließt sich eine Darstellung von Auswahlstrategien der zu befragenden Psychotherapeuten an. Abschließend werden Versand und Rücklauf der Fragebögen dargestellt.

### 7.1 Konstruktion der schriftlichen standardisierten Befragung

Die Formulierungen der Fragen wurden in der Entwicklungsphase der Fragebögen wiederholt nach Rückmeldungen von psychotherapeutisch qualifizierten Forschungskollegen und Praktikern als Experten überarbeitet. Therapeuten- und Klientenfragebögen sind schließlich in einer Voruntersuchung weiterhin auf ihre Verständlichkeit geprüft und nochmals gründlich überarbeitet worden. Wesentliche Leitlinien für den Aufbau der Befragung waren:

#### 7.1.1 Sprachliche Formulierungen

Die Fragen sind weitgehend umgangssprachlich formuliert. Auf psychotherapeutische Fachtermini wird, wenn notwendig, nur im Therapeutenbogen bezug genommen, im Klientenbogen werden sie vermieden. Insgesamt werden die Fragen möglichst einfach und neutral formuliert.

Die Kategorien sind als ‚Ja – Nein‘ Alternativantwort oder als fünfstufige Likert-Skalen formuliert. Verbale Ankerungen werden ausgehend von einer empirischen Studie zur Entwicklung von Antwortskalen (Rohrmann, 1978) so gewählt, dass sie als hinreichend äquidistant gesehen werden können. Dabei wird unterschieden nach Einschätzung von Häufigkeit, Intensität sowie der Bewertung von Ereignissen:

Häufigkeit: nie, selten, gelegentlich, oft, sehr oft

Intensität: gar nicht int., wenig int., mittelmässig int., ziemlich int., sehr intensiv

Bewertung: trifft nicht zu, wenig zu, mittelmässig zu, ziemlich zu, sehr zu

Auf eine Variation der Itempolung zur Vermeidung der Antworttendenz der Akquieszenz wird verzichtet. Wie Matschinger & Angermeier (1992) in ihrer Studie zu Effekten der Itempolung auf das Antwortverhalten zeigen konnten, zieht die gegensätzliche Polung von Items zur Vermeidung von Antworttendenzen andere - ebenso wenig wünschenswerte - Artefakte nach sich. Die Annahme der Eindimensionalität von positiv und negativ gepolten Items ist nach dieser Untersuchung nicht ohne weiteres zulässig. Auch

die Ordinalität des Urteils wird durch Itempolungen beeinflusst, da von einer Asymmetrie von Ablehnung und Zustimmung bei gegensätzlich gepolten Items auszugehen ist.

### **7.1.2 Reihenfolge der Fragen**

Der Fragebogen enthält insgesamt drei Abschnitte: 1. demographische Angaben des Therapeuten, 2. Beendigung einer konkreten Therapie, 3. Allgemeines zur Beendigung in der Ausbildung von Therapeuten und in ihrer Praxis.

Um eine Beeinflussung der Antworten durch die Befragungssituation möglichst gering zu halten, sind die Fragen zur konkreten Therapie so angeordnet, dass sie Allgemeines wie z. B. die Frage nach dem Therapieerfolg insgesamt vor Speziellem wie z. B. Fragen nach Verbesserungen in einzelnen Bereichen ansprechen.

Untersuchungen zur Kontextabhängigkeit von Urteilen in standardisierten Befragungen zeigten, dass durch die Beantwortung von speziellen Fragen spezifische Informationen aktiviert werden, die bei der abschließenden Bildung des allgemeinen Urteils bedeutsam werden können. Durch die speziellen Fragen wird die Aufmerksamkeit auf Details gelenkt, die bei der Beantwortung der allgemeinen Frage sonst eine geringere Rolle gespielt hätten. Dagegen zeigt die vorangegangene Beantwortung allgemeiner Fragen keinen spezifischen Einfluss auf die Beantwortung darauf folgender spezieller Fragen (s. Strack, 1994, S. 72 ff.).

### **7.1.3 Offene versus geschlossene Fragen**

Die Fragen werden überwiegend als geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortalternativen formuliert.

Die Vermutung, Bedeutungsnuancen der Antworten gingen verloren, wenn die Reaktion des Befragten in eine Anzahl vorgegebener Alternativen gezwängt würde, konnte empirisch nicht bestätigt werden. Allerdings ist damit zu rechnen, dass Inhalte durch vorgegebene Alternativen in die Antwort einfließen, die vom Befragten bei offener Fragestellung nicht genannt werden würden (s. Strack, 1994, S. 27 f.). In den vorausgegangenen Interviews hatte sich gezeigt, dass die befragten Psychotherapeuten in der offenen Befragungssituation vielfältige Details von sich aus ansprachen. Die Gefahr, durch die schriftlichen Fragen Details zu induzieren, die sonst nicht erwähnt werden würden, wird danach als eher gering eingeschätzt.

Als Möglichkeit für weitere, nicht vorgegebene Antworten wird jeweils die offene Kategorie ‚Anderes‘ mit Raum für frei formulierte Antworten als abschließende Alternative vorgegeben.

### 7.1.4 Bereiche der Therapeutenbefragung

Tabelle 1: Bereiche der Fragen im Therapeutenbogen

Bereich	Fragen im Einzelnen zu:
Demographische Angaben des Therapeuten	Alter, Geschlecht, Qualifikation, Dauer der Berufstätigkeit, Setting
Angaben zu Klient, von dem berichtet wird <sup>32</sup>	Alter, Geschlecht, Diagnose, Finanzierung, Stundenzahl, Rhythmus, therapeutische Vorerfahrung
Therapieergebnis <sup>32</sup>	insgesamt, einzelne Bereiche von Verbesserungen
Abschlussprozess <sup>32</sup>	Erstes Ansprechen von Ende, von Wem, Warum, Einigkeit über Abschluss, Bewertung von Abschluss, Katamnese, Veränderung im Abschlussprozess, aktives Ansprechen von Themen, Rückblick, wichtige Themen und Gefühle, Änderung der therapeutischen Haltung, Zufriedenheit mit Ergebnis
Supervision <sup>32</sup>	Supervision des berichteten Abschlussprozesses
Ausbildung des Therapeuten	Ausbildungen, therapeutischen. Orientierung, Eigentherapie, Sicherheit mit Abschluss, Abschluss in Ausbildungen
Eigentherapie	Modell für Abschluss, biographische Modelle für Abschluss
Thematisieren der Beendigung	am Anfang von Therapie, Absprachen mit Kollegen, Ende einzelner Stunden, Unterbrechungen der Therapie
Grundsätze zum Abschluss	Überzeugungen zur Beendigung von Therapien, Sprachbilder

### 7.1.5 Bereiche der Klientenbefragung

Tabelle 2: Bereiche der Fragen im Klientenbogen

Bereich	Fragen im Einzelnen zu:
Allgemeine Angaben	Alter, Geschlecht, therapeutische Vorerfahrung
Therapieergebnis	insgesamt, einzelne Bereiche von Verbesserungen
Arbeitsbeziehung	Wahrnehmung der Beziehung zum Therapeuten
Abschlussprozess	1. Ansprechen von Ende, von Wem, Warum, Einigkeit über Abschluss, Bewertung von Abschluss, Katamnese, Veränderung im Abschlussprozess, aktives Ansprechen von Themen, Rückblick, wichtige Themen und Gefühle, Änderung der Haltung des Therapeuten, Zufriedenheit mit Ergebnis

In den folgenden Abschnitten werden Auswahl und Umfang der Stichprobe, Stichprobenerhebung sowie der Rücklauf der Befragung beschrieben.

<sup>32</sup> Bereich, in dem die Fragen sich auf einen konkreten Therapieabschluss mit einem bestimmten Klienten beziehen.

### **7.1.6 Kodierung von Therapeuten- und Klientenbögen**

Da geplant ist, die Angaben der Paare von Therapeuten und deren Klienten über deren ‚gemeinsame‘ Therapie zu vergleichen, müssen beide Bögen gleichermaßen kodiert werden.

In der Voruntersuchung zeigte sich, dass Therapeuten teilweise erhebliche Bedenken in Bezug auf den Datenschutz hatten. Obwohl eine vorgegebene übereinstimmende Kodierung von Therapeuten- und Klientenfragebogen die beste Lösung in Bezug auf eine Zuordnungssicherheit der Paare von Therapeuten- und Klientenfragebögen wäre, ist dadurch eine Vorkodierung der Fragebögen ungünstig. Statt dessen werden Therapeuten und Klienten gebeten, einen Kode aus den ersten zwei Buchstaben des Vornamens sowie des Nachnamens des Klienten anzugeben. Als weiteres Zuordnungsmerkmal dient darüber hinaus die Angabe von Monat und Jahr des Geburtsdatums vom Klienten.

## **7.2 Auswahl und Umfang der Untersuchungsgruppen**

Für eine Befragung von Psychotherapeuten in der Praxis waren die Auswahlkriterien einer Stichprobe aufgrund von fehlenden gesetzlichen Regelungen<sup>33</sup> dieses Berufsstandes in der Planungsphase dieser Studie 1997 nicht vorgegeben. Obwohl es in Deutschland viele professionelle Psychotherapeuten gibt, existierten bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1. 1. 1999 keine eindeutigen formalen Kriterien der Zugehörigkeit zu dieser Profession. Der Titel Psychotherapeut war bis dahin weder gesetzlich definiert noch geschützt. Es gab Listen von Ärztlichen Psychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten, die von den Kassenverbänden anerkannt waren (sogenannte Delegationspsychologen), jedoch darüber hinaus arbeiteten viele Psychologische Psychotherapeuten ohne diese Anerkennungen in ambulanter Praxis (sogenannte Erstattungspsychologen). Da die vorliegende Studie als Feldstudie geplant wurde, konnten deshalb als Zugangsweg zu Psychotherapeuten keine offiziellen Listen von ‚registrierten‘ Psychotherapeuten genutzt werden.

Im folgenden werden ausgehend von einer Diskussion der therapeutischen Orientierung als relevantes Merkmal für eine Stichprobenauswahl die Auswahlmodi der Untersuchungsteilnehmer beschrieben.

### **7.2.1 Therapeutische Orientierung als Auswahlkriterium**

Ein wesentliches Merkmal von inhaltlicher psychotherapeutischer Qualifikation und Tätigkeit ist die Orientierung an therapeutischen Schulen. Diese Orientierung als Auswahlkriterium für die Studie schien in Bezug auf die Fragestellungen sinnvoll, da allgemein davon ausgegangen wird, dass sie einen Einfluss auf die Gestaltung von Psychotherapien hat.

---

<sup>33</sup> In der Planungsphase dieser Studie war das Psychotherapeutengesetz zwar in der Diskussion, jedoch nicht abzusehen, wann es in Kraft treten würde.

Ambühl et al. (1995) stellen z. B. in ihrer „Studie zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen“ fest:

Das Festhalten an einer theoretischen Orientierung hat einen erheblichen Einfluss auf die Therapieziele, die TherapeutInnen in der Arbeit mit Patienten formulieren. Die Ergebnisse zeigen, dass Therapeutinnen tatsächlich Ziele verfolgen, die mit ihrem theoretischen Konzept zusammenhängen, und auf die sie sich auch verlassen.  
(S. 109)

Die Annahme eines begründeten Zusammenhangs zwischen theoretischer Orientierung und Therapieausbildung ist allerdings zu kritisieren, da die Befunde zur Entwicklung der Orientierung von Therapeuten uneinheitlich sind.

So scheint die Wahl von Therapieausbildungen sowie deren Umsetzung beeinflusst zu sein durch bereits vorhandene persönliche Einstellungen und damit verbundene Verhaltenspräferenzen der angehenden Therapeuten (Duehrssen, 1996; Lyddon & Bradford, 1995; McLeod, 1993). In diese Richtung weist ebenso ein Beitrag von Binder & Strupp (1993), die nach Untersuchungen an manual-gestütztem Psychotherapie-Training diskutieren, wie weit Therapeuten überhaupt trainierbar sind, und darüber hinaus die Frage stellen, ob nicht vielmehr die Auswahl von Bewerbern für Psychotherapie-trainings einer höheren Aufmerksamkeit bedarf.

Insgesamt kann man jedoch davon ausgehen, dass Wissen und zunehmende Erfahrung Therapeuten auf verschiedene Wege der professionellen Entwicklung führen und ihre theoretische Orientierung als Ausdruck dieser unterschiedlichen Entwicklung gesehen werden kann.

Als Hinweis auf die theoretische Orientierung wird die Zugehörigkeit zu einem therapeutischen Berufsverband gesehen. Die Adressen von Psychotherapeuten wurden über Therapieverbände generiert, da man annehmen kann, dass die Mitglieder zumindest in dieser Therapierichtung ausgebildet sind und sich in ihrer praktischen Tätigkeit im weitesten Sinne daran orientieren.

### **7.2.2 Stichprobenauswahl**

Ausgehend von den Fragestellungen gäbe es nun mehrere Möglichkeiten der Stichprobenauswahl:

1. Eine Auswahl von Therapeuten unterschiedlicher Orientierung, um für eine Erkundung der Abschlussphase möglichst reichhaltiges Material zu erhalten.
2. Eine Auswahl von z. B. drei Gruppen verschiedener Orientierungen, um zu erkunden, ob es Unterschiede zwischen Therapeuten verschiedener Orientierungen im Hinblick auf die Gestaltung der Abschlussphase gibt.
3. Die Auswahl von Psychotherapeuten einer bestimmten theoretischen Orientierung, um möglichst genau zu erkunden, wie im Rahmen dieser Therapie mit dem Abschluss umgegangen wird.

Die letzten beiden Auswahlstrategien würden voraussetzen, dass es möglich ist, Therapeuten mit eindeutiger theoretischer Orientierung vor der Befragung zu identifizieren. Das scheint jedoch kaum möglich zu sein, da Praktiker in der Regel im Laufe ihres Berufslebens an unterschiedlichen Ausbildungen teilnehmen und sich eher in Richtung auf Methodenvielfalt entwickeln (s. Ambühl et al., 1995; Butollo, Piesbergen & Höfling, 1996; Orlinsky 1994).

Aus diesem Grund wird die erste Strategie gewählt. Die therapeutische Orientierung als Auswahlstrategie dient damit der Erfassung einer repräsentativen Stichprobe möglichst vieler Therapeuten verschiedener Therapierichtungen. Die Zugehörigkeit zu Therapieverbänden wird als Kriterium für unterschiedliche Orientierung angenommen. Damit entspricht die Stichprobenauswahl anhand definierter relevanter Merkmale einer Gesamtstichprobe den Kriterien einer „stratifizierten Stichprobe“ (Bortz, 1993, S. 86).

Eine Übersicht über die ausgewählten Gruppen und den jeweiligen Auswahlmodus für die Adressen enthält Tabelle 3:

*Tabelle 3: Gruppenauswahl der stratifizierten Stichprobe*

Gruppe	Anzahl	Auswahlmodus
Verhaltenstherapie	199	jede 3. Adresse –Therapeutenliste der Dt. Gesellschaft für Verhaltenstherapie <sup>34</sup>
Psychoanalyse	212	alle Dipl. Psych. – Therapeutenliste der Dt. Gesellschaft für Individualpsychologie <sup>34 35</sup>
Gesprächspsychotherapie	160	alle Therapeuten - Lehrtherapeutenliste – Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie <sup>34</sup>
Systemische Therapie	100	an Therapeuten verteilt durch Lehrtherapeuten des Institutes für Familientherapie – Weinheim
Gestalttherapie	85	alle Lehrtherapeuten des Fritz-Perls-Institutes für Integrative Therapie <sup>34</sup>
Psychoonkologie	118	alle Diplom Psychologen – dapo, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie
Osnabrück/Umgebung	124	Psychotherapeuten des Arbeitskreises Osnabrück
Insgesamt versandt	998	

Für die Stichprobenauswahl werden aus Therapeutenlisten von verschiedenen Therapie- bzw. Berufsverbänden jeweils zufällige Stichproben gezogen. Dazu kommt eine Gesamtliste Psychologischer Psychotherapeuten im Bereich von Osnabrück, von der ange-

<sup>34</sup> Ausgenommen die Großstädte Hamburg, Berlin, Hannover, München weil sich in der Voruntersuchung gezeigt hatte, dass in Großstädten häufiger Befragungen durchgeführt werden, was die ohnehin zu erwartende niedrige Rücklaufquote noch weiter senken könnte.

<sup>35</sup> Da sich in der Studie von Driessen, Petzold & Dilling (1996) zeigte, dass die Arbeitsbedingungen ärztlicher Psychotherapeuten und Psychologischer Psychotherapeuten sich in vielen Aspekten deutlich unterscheiden, wurden aus dieser Liste die Psychologischen Psychotherapeuten ausgewählt.



nommen werden kann, dass darin die verschiedenen Therapierichtungen ebenfalls repräsentiert sind.

### 7.3 Befragung und Rücklauf

Die Therapeuten erhielten im November 1997 je einen Fragebogen, den sie selber beantworten sollten. Der Fragebogen beinhaltet allgemeine Fragen zum Abschluss von Therapien sowie Fragen in Bezug auf das kurz zurückliegende oder bevorstehende Therapieende mit einem bestimmten Klienten. Zusätzlich lag ein Klientenfragebogen bei. Die Therapeuten wurden gebeten, diesen an den Klienten weiterzugeben, über dessen Therapieende sie Auskunft gaben. Beide Bögen sollten für die Zuordnung kodiert werden mit den Anfangsbuchstaben von Namen sowie dem Geburtsdatum des Klienten. Für die Rücksendung lagen beiden Bögen portofreie Rückantwortumschläge bei.

Insgesamt wurden 998 Fragebögen versandt, davon kamen 18 als unzustellbar zurück. 9 Therapeuten sandten den Fragebogen unbearbeitet wegen Arbeitsüberlastung bzw. Praxisaufgabe zurück. Damit ist von einem Gesamtumfang der Stichprobe von 971 Adressen auszugehen.

Bis April 1998 (Stichtag 30.4.) wurden insgesamt 111 Fragebögen von Therapeuten zurückgesandt. 85 Therapeuten sagen zu, den Fragebogen an ihre Klienten weiterzugeben, 26 waren dazu ausdrücklich nicht bereit. 60 Klienten schickten im gleichen Zeitraum den Fragebogen zurück. In 44 Fällen konnten die Bögen von Therapeut und Klient eindeutig einander zugeordnet werden.

Die Rücklaufquote der Therapeutenstichprobe beträgt damit 11,4 %. Die Rücklaufquote der Klientenbögen ist schwer einzuschätzen, da unbekannt ist, wie viele Bögen tatsächlich an Klienten weitergegeben wurden. Geht man davon aus, dass im wesentlichen die Therapeuten den Klientenbogen weitergegeben haben, die ihre Bereitschaft dazu erklärten (85) und berücksichtigt man weiterhin, dass einige wenige Therapeuten den Bogen weitergaben, ohne selber teilzunehmen (16 + ?), kann man zurückhaltend eine Rücklaufquote von 50 – 60 % der Klientenfragebögen annehmen.

Eine Rücklaufquote von 11,4 % bei den Therapeuten erscheint auf den ersten Blick sehr niedrig. Dieser Effekt war jedoch aus mehreren Gründen zu erwarten: Eine schriftliche Befragung schränkt die Kommunikationssituation für die Befragten erheblich ein, so dass Verweigerungen insgesamt häufig sind. Besonders von Psychotherapeuten als ‚Spezialisten für Kommunikation‘ ist zu erwarten, dass sie sich auf eine derart eingeschränkte Kommunikation nur ungern einlassen. Darüber hinaus wird mit den Fragen zum Abschlussprozess vermutlich der Assoziationsbereich ‚Abschluss, Abschied, Ende, Tod‘ angesprochen, der, wie bereits diskutiert, auch in psychotherapeutischen Zusammenhängen mehr Abwehr als Neugier hervorzurufen scheint.

## **7.4 Zusammenfassung**

### **Planung der Befragung**

Die Untersuchung wird als Explorationsstudie geplant mit dem Ziel, von Psychotherapeuten und deren Klienten Informationen über die Abschlussphase von Therapien zu erhalten. Die Befragung soll schriftlich und weitgehend standardisiert durchgeführt werden.

Der Therapeutenfragebogen enthält insgesamt drei Abschnitte: 1. demographische Angaben des Therapeuten, 2. Beendigung einer konkreten Therapie, 3. Allgemeines zur Beendigung in der Ausbildung von Therapeuten und in ihrer Praxis. Weiterhin sollen die Therapeuten einen Fragebogen an den Klienten weitergeben, über dessen Therapie sie berichten, so dass Angaben von Therapeuten und Klienten über die ‚gemeinsame‘ Therapie untersucht werden können..

Die Fragen werden weitgehend umgangssprachlich als geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortalternativen formuliert. Um eine Beeinflussung der Antworten durch die Befragungssituation möglichst gering zu halten, sind sie so angeordnet, dass Allgemeines vor Speziellem angesprochen wird. Verbale Ankerungen von Antwortabstufungen werden in Bezug auf die Einschätzung von Häufigkeit, Intensität und Bewertung so gewählt, dass sie als hinreichend äquidistant angenommen werden können.

### **Auswahl und Umfang der Untersuchungsgruppen**

Für eine stratifizierte Stichprobe werden 998 Adressen von praktisch tätigen Psychotherapeuten generiert. Als Auswahlkriterium für die Schichtung dient die Zugehörigkeit zu einem Psychotherapieverband als Hinweis auf die grundsätzliche therapeutische Orientierung der Therapeuten. Aus Therapeutenlisten von verschiedenen Therapie- bzw. Berufsverbänden werden jeweils zufällige Stichproben gezogen, so dass ungefähr gleich viele Adressen verschiedener Psychotherapeutengruppen in der Adressenliste sind.

### **Befragung und Rücklauf**

Die Befragung fand im Zeitraum zwischen November 1997 und April 1998 statt.

111 Therapeuten nahmen an der Befragung teil, das entspricht einer Rücklaufquote von 11,4 %. Weiterhin antworteten 60 Klienten auf die Befragung. Die Rücklaufquote der Klientenfragebögen wird auf 50 – 60 % geschätzt. In 44 Fällen sind die Antworten von Therapeuten und Klienten eindeutig einander zuzuordnen, so dass diese Paare für einen Vergleich der Antworten zur Verfügung stehen.

Im folgenden Kapitel werden wichtige Kennwerte der untersuchten Gruppen von Therapeuten, Klienten und Paaren dargestellt. Anhand dieser Kennwerte soll beurteilt werden, inwieweit die vorliegenden Angaben sich für die geplanten Fragestellungen nutzen lassen.

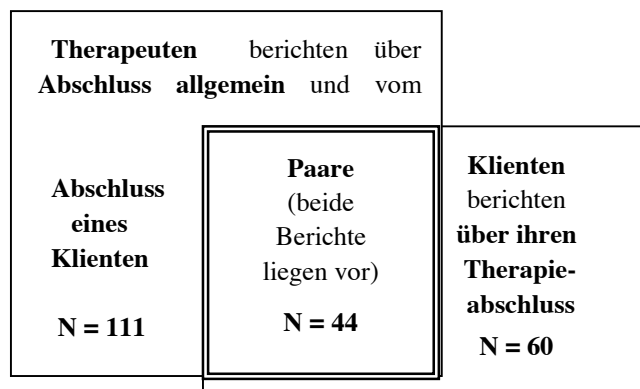
## 8 Beschreibung der Untersuchungsgruppen

Es liegen Angaben aus zwei unterschiedlichen Befragungen vor: Therapeutenbefragung und Klientenbefragung. Die Therapeuten wurden im Rahmen einer stratifizierten Stichprobenerhebung angeschrieben. Gefragt wurde neben allgemeinen Angaben zu ihrem Umgang mit Therapieabschlüssen nach einem Abschluss einer bestimmten Therapie. Außerdem waren die Therapeuten gebeten worden, den Klientenfragebogen an den Klienten weiterzugeben, über den sie berichteten.

Da nicht zu allen Therapeutenberichten die dazugehörenden Klientenangaben vorliegen andererseits aber auch einige Klientenberichte vorhanden sind, denen kein Therapeutenbericht zuzuordnen war, ergeben sich vier mögliche Analyseeinheiten:

1. Therapeutenangaben zum Therapieabschluss allgemein
2. Therapeutenangaben zum Abschlussprozess einer einzelnen Therapie mit einem bestimmten Klienten
3. Klientenangaben zum Abschluss ihrer eigenen Therapie
4. Angaben von Therapeut und Klient zur ‚gemeinsamen‘ Therapie (Paare)

Einen Überblick über die verschiedenen Gruppen gibt das folgende Bild:



*Bild 3: Darstellung der Untersuchungseinheiten*

Die einzelnen Gruppen werden in den folgenden Abschnitten beschrieben.

## 8.1 Gruppe der Therapeuten

### 8.1.1 Alter, Berufserfahrung und Qualifikation

111 Therapeuten nahmen an der Befragung teil. Sie sind zwischen 32 und 78 Jahre alt, das durchschnittliche Alter liegt bei 48 Jahren (Md 47, M 47,9, sd 7,4 Jahre). Im Mittel sind sie seit 16 Jahren als Psychotherapeuten berufstätig, mindestens 7 Jahre und maximal 30 Jahre (Md 17; M 16,5, sd 6,2 Jahre). 57,7 % der Therapeuten sind Frauen.

81,1 % der Therapeuten haben einen Ausbildungsabschluss als Diplom Psychologe, 6,7 % als Arzt, 8,1 % als Diplom Sozialpädagoge sowie 4,5 % andere Abschlüsse wie z. B. Theologe oder Heilpraktiker.

Von den Psychologen arbeiten 61 % mit einer Anerkennung als Klinischer Psychologe des BDP im Erstattungsverfahren und 39 % als Psychotherapeuten im Delegationsverfahren. Die Ärzte sind je zur Hälfte als Fachärzte für psychotherapeutische Medizin bzw. mit Zusatztitel Psychotherapie tätig.

### 8.1.2 Ausbildung und therapeutische Orientierung

Die Therapeuten sind in der Regel vielfach ausgebildet, nur 3 % geben an, dass ihre Ausbildung sich auf Literaturstudium und den Besuch einzelner Workshops beschränkte, d. h. sie haben an keiner formalen längeren Ausbildung teilgenommen. Drei Viertel der Therapeuten geben an, an mindestens zwei unterschiedlichen Ausbildungen teilgenommen zu haben. 83 % der Therapeuten sind im Laufe ihrer Therapieausbildung in persönlicher Analyse oder Therapie gewesen. Die Angaben bezogen auf die Therapeutengruppe (N = 111) im Einzelnen:

*Tabelle 4: Häufigkeit von Ausbildungen und Eigentherapie der Therapeuten*

keine Ausbildung	2,7 %
eine Ausbildung	19,8 %
zwei Ausbildungen	35,1 %
drei Ausbildungen	23,4 %
vier Ausbildungen	18,9 %
Eigentherapie	82,7 %

Weiter wurden die Therapeuten nach der Art ihrer Ausbildung und ihrer eigenen Therapie sowie nach der Therapierichtung gefragt, an der sie sich in ihrer Arbeit hauptsächlich orientieren (s. Tabelle 5).

Die Angaben zu den Therapierichtungen wurden zusammengefasst nach vier Hauptrichtungen der Psychotherapie. Dabei mußte die Spalte Orientierung um die Kategorie ‚mehrere Verschiedene‘ erweitert werden, da 30 % der Therapeuten die Frage nach der hauptsächlichlichen Orientierung in der therapeutischen Arbeit nicht eindeutig

beantworteten, sondern mehrere verschiedene Richtungen ohne Gewichtung angaben wie z. B. verhaltenstherapeutisch, körpertherapeutisch und tiefenpsychologisch.

*Tabelle 5: Therapierichtung von Ausbildungen, Eigentherapie und therapeutischer Orientierung*

Therapierichtung	1. Ausbildung	Ausbildungen	Eigentherapie	Orientierung
Psychodynamisch	15,7	19,8	40,9	17,4
Verhaltenstherapeutisch	30,6	27,9	5,7	8,3
Humanistisch	41,7	12,2	45,5	33,0
Systemisch	6,5	12,2	0,0	4,6
Andere	5,6	27,9	8,0	5,5
mehrere Verschiedene				29,4

N = 111, Häufigkeiten als prozentualer Anteil der Therapeuten,

‚1. Ausbildung‘ = Angaben zur ersten Therapieausbildung

‚Ausbildungen‘ = Angaben aller Therapeuten zu ihren Ausbildungen (1.-4.) insgesamt

‚Eigentherapie‘ = Angaben der Therapeuten zur ausbildungsbezogenen Eigentherapie

‚Orientierung‘ = Angaben der Therapeuten zur eigenen therapeutischen Orientierung

## **Diskussion:**

Auffällig sind die Unterschiede zwischen den Angaben zur ersten Ausbildung und der Summe der Angaben aller Therapeuten über alle Ausbildungen (ein bis vier Ausbildungen je Therapeut). Während die erste Ausbildung von fast allen Therapeuten in einer der drei großen Therapierichtungen absolviert worden ist, verändert sich das Bild mit zunehmender Anzahl der Ausbildungen, indem Therapeuten weitere Ausbildungen in deutlich mehr verschiedenen Richtungen wie z. B. Hypnotherapie, Körpertherapie oder Psychodrama aufsuchen.

Dieses Ergebnis bestätigt die Überlegungen zur Stichprobenauswahl, bei denen ich davon ausgegangen war, dass es in einer Feldstudie nicht möglich ist, Therapeuten nach ihrer therapeutischen Orientierung sinnvoll eindeutig einzuteilen. Eine genauere Betrachtung der Angaben zu erster und zweiter Ausbildung, zur eigenen Therapie und zur aktuellen therapeutischen Orientierung zeigt ein sehr vielfältiges Bild. So geben z. B. einige Therapeuten mehrere verschiedene Ausbildungen an, nennen dann jedoch als Hauptorientierung ihrer Arbeit eine Therapierichtung, in der sie weder ausgebildet sind, noch eigene therapeutische Erfahrungen machten.

Die Zusammenhänge zwischen Ausbildung, Eigentherapie und hauptsächlichlicher Orientierung in der Arbeit sind sehr uneinheitlich. So geben von 46 Therapeuten, die als erste oder zweite Ausbildung einen in einer humanistischen Richtung erwarben, nur 21 an, dass sie sich in ihrer Arbeit hauptsächlich an einer humanistischen Therapierichtung orientieren. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich in Bezug auf verhaltenstherapeutische Ausbildungen. Hier geben von 37 Therapeuten, die in erster oder zweiter Ausbildung einen Abschluss in Verhaltenstherapie erwarben, nur 27 an, sich verhaltenstherapeutisch in ihrer Arbeit zu orientieren. Die größte Gruppe der Therapeuten (30 %) geben an, sich an mehreren verschiedenen Richtungen zu orientieren.

Auch die Zusammenhänge zwischen der Richtung der Eigentherapie und der therapeutischen Orientierung sind wenig ausgeprägt, wenn auch signifikant (Goodman & Kruskal Tau = .30, Orientierung abhängig von Eigentherapie, sign.  $p < 0.01$ ). Hierbei fällt auf, dass die Gruppe derer, die eine psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch orientierte Eigentherapie angaben, sich auch überwiegend tiefenpsychologisch in ihrer Arbeit orientieren. Dies könnte zurückzuführen sein, auf die zum Teil sehr langen und intensiven Ausbildungsmodi in psychoanalytischen Richtungen, die den Therapeuten vielleicht einerseits ausreichend ‚Handwerkszeug‘ zur Verfügung stellt, andererseits aber auch zu einer stärkeren Identifizierung sowie Bindung an diese Richtung führen kann.

Interessant ist, dass die Therapeuten, die sich verhaltenstherapeutisch orientieren, kaum eigene Therapieerfahrungen in dieser Richtung berichten. Wenn Eigentherapien angegeben werden, dann eher in humanistischen Richtungen. Insgesamt gibt diese Gruppe sehr wenig eigene Therapieerfahrungen an, was darauf zurückzuführen sein kann, dass im Rahmen verhaltenstherapeutischer Ausbildungen der ‚therapeutischen Selbsterfahrung‘ ein geringerer Stellenwert beigemessen wird, als in anderen Richtungen.

Die therapeutische Orientierung von Psychotherapeuten scheint sich insgesamt auf sehr verschlungenen Wegen zu entwickeln. In diesem Ergebnis spiegelt sich wahrscheinlich die bisherige unregelmäßige und damit vielgestaltige Ausbildungssituation von Psychotherapeuten wieder, die sowohl viel Freiheit ließ für individuelle Wege der Ausbildung aber auch eine gewisse Beliebigkeit von Ausbildung und therapeutischem Arbeitsstil bedeutet. Eine Integration unterschiedlicher Ausbildungsschwerpunkte blieb dem einzelnen Therapeuten überlassen, da psychotherapeutische Schulen bisher deutlich mehr an Abgrenzungsfragen interessiert waren, als an Fragen von Kooperation oder Integration.

Langjährig tätige Psychotherapeuten scheinen ein berufliches Entwicklungsmodell des „Learning from many masters“ (Orlinsky, 1994) dem Streit der Psychotherapieschulen vorzuziehen. Ob und wie die Entwicklung der therapeutischen Orientierung von Psychotherapeuten sich künftig durch die staatliche Regelung der Ausbildung zum Psychotherapeuten ändern wird, ist sicher eine interessante Frage für weitere praxisbezogene Untersuchungen, wenn die ersten Ausbildungskandidaten der dann staatlich anerkannten Institute einige Jahre in der Praxis gewesen sind.

Für die weitere Analyse der Daten in dieser Untersuchung werde ich mich auf die Angaben der Therapeuten zu ihrer hauptsächlichen therapeutischen Orientierung beziehen. Auch wenn diese Angabe nicht zur absoluten Unterscheidung von Therapeuten taugt, nehme ich an, dass sie als Hinweis auf unterschiedliche Orientierungen dienen kann. Da Ambühl et al. (1995) festgestellt hatten, dass sich Therapeuten unterschiedlicher Orientierung auch im Hinblick auf ihre therapeutischen Strategien unterscheiden lassen, soll ausgehend von der therapeutischen Orientierung weiter untersucht werden, ob sich auch im Hinblick auf die Beendigung unterschiedliche therapeutische Strategien finden lassen.

### 8.1.3 Zur Repräsentativität der Therapeutengruppe

Da es aufgrund der zum Untersuchungszeitpunkt noch uneinheitlichen Regelung der psychotherapeutischen Tätigkeit keine allgemeinen Statistiken über diesen Berufsstand gibt, können zur Abschätzung der Repräsentativität aufgrund dieser Merkmale nur ähnliche Studien herangezogen werden. Leider werden in Psychotherapiestudien oft keine Therapeutenmerkmale erhoben bzw. veröffentlicht, so fehlen sie z. B. auch in der relativ umfangreichen Heidelberger Katamnese studie (Rad, Senf & Bräutigam, 1998). Zum Vergleich werden in der folgenden Tabelle drei Studien herangezogen, in denen zumindest zum Teil Therapeutenangaben veröffentlicht wurden (Butollo et al., 1996; Driessen et al., 1996; Orlinsky et al., 1996)

*Tabelle 6: Studienvergleich – Demographische Angaben von Therapeuten*

	Butollo et al.	Driessen et al. <sup>36</sup>	Orlinsky et al.	vorl. Studie
N	243	25	2376	111
Alter/Jahre M			41	48
sd			9,7	7,4
Alter Min-Max		42 % > 40		32-78
Praxis/Jahre M	75 % 6-10	ca. 10	9	17
sd			7,5	6,2
Praxis Min-Max	5 – 21	3 - 20		2-30
Frauen/Männer		56 %/44 %	57,2 %/42,8 %	57,7 %/42,3 %

Für leere Zellen liegen keine Angaben vor

Auch die Vergleichsstudien unterliegen im Hinblick auf ihre Repräsentativität Einschränkungen: Butollo et al. befragten Psychotherapeuten der Landesgruppe Bayern im Berufsverband deutsche Psychologen (BDP), die Rücklaufquote dort betrug 25 %. In der Studie von Driessen et al. wurden sämtliche kassenzugelassenen ärztlichen Therapeuten sowie alle Psychologen der Landesgruppe Schleswig-Holstein des BDP befragt. Die Rücklaufquote betrug dort nach zweimaliger telefonischer Rücksprache 55 %. In dieser Stichprobe beträgt der Anteil von Psychologischen Psychotherapeuten jedoch nur 19,7 %. Für die Studie von Orlinsky et al. wurden Fragebögen in Deutschland vor allem bei den Lindauer Psychotherapiewochen verteilt, Angaben zur Rücklaufquote liegen nicht vor. Diese Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass externe Generalisierungen nur vorsichtig möglich seien (Orlinsky et al., 1996, S. 105).

Im Vergleich der Studien zeichnet sich die vorliegende Stichprobe insbesondere durch eine auffällig lange durchschnittliche psychotherapeutische Berufstätigkeit aus. Es handelt sich also im Hinblick auf Alter und Berufserfahrung um eine relativ homogen selektierte Gruppe von Psychotherapeuten mit langjähriger Berufserfahrung.

<sup>36</sup> Die Angaben aus dieser Studie beziehen sich jeweils auf die Untergruppe der Psychologischen Psychotherapeuten.

Im Vergleich der Angaben zur Orientierung und den therapeutischen Ausbildungen zeigen sich z. T. große Unterschiede zwischen den Stichproben (s. Tabelle 7), was zusätzlich darauf hinweist, wie sehr die Ergebnisse von den Zugangswegen zu Psychotherapeuten (Berufsverband, Fachtagung oder KV-Verzeichnis) der Stichprobenauswahl abhängen.

Es zeigt sich in allen Studien eine deutliche Tendenz zur Ausbildung von Therapeuten in mehreren unterschiedlichen therapeutischen Verfahren im Laufe ihres Berufslebens. Genaue Angaben zur Anzahl der Therapieausbildungen, die Therapeuten durchlaufen, liegen aus den Vergleichsstudien nicht vor. Die Angaben lassen jedoch den Schluss zu, dass mehr als eine Therapieausbildung die Regel ist: Mehrfachnennungen summieren sich deutlich über 100 %. In Bezug auf die Therapieausbildung zeigt die vorliegende Stichprobe bemerkenswerte Übereinstimmungen mit den anderen Studien. Sie ist mit diesen vergleichbar im Hinblick auf eine Mehrfachausbildung in unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren, obgleich die Häufigkeit, mit der verschiedene Orientierungen gewählt wurden, sich unterscheidet. Gleiches gilt für die Angaben über Eigentherapie, hier sind die Angaben in der sehr umfangreichen Studie von Orlinsky et al. (1996) fast identisch mit der vorliegenden Studie.

*Tabelle 7: Studienvergleich – Psychotherapeutische Ausbildungen und Eigentherapie*

	Driessen et al. <sup>37</sup>	Orlinsky et al.	vorl. Studie
Verhaltenstherapeutisch	56,0	15,3	48,1
Humanistisch	80,4	30,9	67,6
Systemisch	56,0	20,7	29,6
Psychodynamisch	60,0	60,2	29,6
Andere	56,0	19,5	67,6
Eigentherapie		80,4	82,7

„Humanistisch“ beinhaltet Gesprächspsychotherapie und Gestalttherapie

„Psychodynamisch“ beinhaltet Psychoanalyse und Tiefenpsychologisch-fundiert

Häufigkeiten angegeben als prozentualer Anteil der Angaben zu allen Ausbildungen für alle Therapeuten

Auch die Angaben zur Reihenfolge von Ausbildungen, sowie zu der sehr unterschiedlichen Entwicklung der therapeutischen Orientierung entsprechen den Ergebnissen dieser Studie in der Analyse zur Entwicklung der therapeutischen Orientierung von PsychotherapeutInnen von Ambühl et al. (1995).

Im Hinblick auf Ausbildungsverhalten und Eigentherapie zeigen sich hier große Übereinstimmungen mit anderen Untersuchungen. In Bezug auf Alter und Dauer der psychotherapeutischen Berufstätigkeit sind die Stichproben jedoch nur eingeschränkt vergleichbar. Die Therapeuten dieser Untersuchung sind deutlich älter und lange im Beruf.

<sup>37</sup> Die Angaben aus dieser Studie beziehen sich jeweils auf die Untergruppe der Psychologischen Psychotherapeuten.



Sehr vorsichtig könnte man diesen Selektionseffekt als ein erstes Ergebnis der Studie betrachten: Einerseits weckt das Thema Beendigung von Psychotherapien bei vielen Therapeuten wenig Interesse, möglicherweise auch Abwehr, andererseits scheinen insbesondere Therapeuten mit langjähriger Berufserfahrung die Abschlussphase einer Therapie als so wichtig zu erleben, dass sie sich für die Befragung engagierten und die Arbeit einer standardisierten längeren schriftlichen Befragung auf sich nahmen.

Für diese Interpretation spricht, dass insgesamt 96 % der Therapeuten angeben, sich mit dem Abschlussprozess von Therapien sicher zu fühlen.

Die subjektive Sicherheit im Umgang mit Beendigungen kann damit als ein Kriterium der Selbstselektion interpretiert werden. Es haben offensichtlich vor allem Therapeuten an der Befragung teilgenommen, die sich mit dem Thema Therapiebeendigung sicher fühlen.

Allerdings bedeutet dieser Selektionseffekt auch, dass bei der Interpretation von Ergebnissen der Befragung dieser Gruppe insgesamt eine wichtige Einschränkung berücksichtigt werden muss: Wenn man vermutet, dass nur Therapeuten an der Befragung teilgenommen haben, die sich vom Thema der Untersuchung ‚Studie zum Abschlussprozess‘ angesprochen fühlten, so muss man auch davon ausgehen, dass eben diese Therapeuten schon mit einem Konzept von ‚Abschlussprozess‘ an die Befragung herangingen. Die Interpretationen der vorliegenden Ergebnisse sind also immer vor dem Hintergrund zu sehen, dass es sich um Aussagen einer Gruppe von psychotherapeutischen Experten handelt, die auf eine schriftliche Befragung zum Abschlussprozess geantwortet haben.

Im Sinne einer Expertengruppe ist diese Gruppe jedoch für eine Erkundungsstudie sehr geeignet. Diese Psychotherapeuten sind vielfältig ausgebildet und haben aufgrund ihrer langjährigen Berufserfahrung sehr viele Beendigungen von Therapien erlebt, so dass sie fundiert über den Gegenstandsbereich der Studie berichten können.

## **8.2 Gruppen der Klienten**

Für die Klienten liegen unterschiedliche Angaben vor: Therapeutenberichte über Klienten ( $N = 111$ ) sowie Berichte von Klienten selber ( $N = 60$ ). Im folgenden sollen Merkmale dieser Gruppen beschrieben werden

### **8.2.1 Angaben der Therapeuten über Klienten**

Die Klienten, deren Abschlussprozesse von den Therapeuten beschrieben werden ( $N = 111$ ), sind im Durchschnitt 41 Jahre alt, mit einer Streuung von 16 bis 66 Jahren ( $M = 41,4$ ,  $sd = 10,68$ ). 76,7 % sind Frauen und 21,7 % Männer, von 5 Klienten (0,6 %) fehlen die Angaben zur Geschlechtszugehörigkeit.

Um beurteilen zu können, inwieweit die vorliegende Klientenstichprobe vergleichbar ist mit Stichproben anderer Felduntersuchungen, in denen demographische Angaben zu

Psychotherapiepatienten vorliegen, seien drei Feldstudien herangezogen (s. Tabelle 8), in denen die Klientengruppen ebenfalls nicht unter experimentellen Bedingungen ausgewählt wurden: die Berliner Psychotherapiestudie (Rudolf, Grande & Porsch, 1987), die Kieler Katamnese Studie (Strauß, Speidel, Seifert & Probst, 1991), sowie die Heidelberger Katamnese Studie (Rad et al., 1998).

*Tabelle 8: Studienvergleich – Demographische Angaben der Klienten*

	Rudolf et al. <sup>38</sup>	Strauß et al.	Rad et al. <sup>38</sup>	vorl. Studie
N		125	69	111
Alter/Jahre M	32	35,2	31,3	41,4
sd			9,5	10,7
Min-Max	? - 70	17-70	17-57	16 - 66
Frauen/Männer	69 %/31 %	71 %/29 %	69,5 %/30,5 %	76,4 %/23,6 %

Für leere Zellen liegen keine Angaben vor

Im Hinblick auf die Alters- und Geschlechtsverteilung kann man die vorliegende beschriebene Klientenstichprobe als übereinstimmend mit den Verteilungen der anderen Stichproben sehen. Der Altersdurchschnitt der vorliegenden Studie ist etwas höher. Das könnte durch einen Selektionseffekt erklärbar sein, da die beiden Vergleichsstudien jeweils Klienten von Universitätsambulanzen untersuchten. Möglicherweise melden sich hier mehr jüngere Klienten, als in freien ambulanten Praxen.

### 8.2.2 Zur Repräsentativität der Klientengruppen

Die Repräsentativität der Klientengruppen in Bezug auf ‚Klienten, die bei erfahrenen Therapeuten in Therapie sind‘, ist nicht einfach zu beurteilen. Wie bereits oben erwähnt ist die Rücklaufquote nur schwer einzuschätzen. 85 Therapeuten wollten den Fragebogen an ihren Klienten weitergeben, 26 waren dazu ausdrücklich nicht bereit. Zurückgesandt wurden 60 Fragebögen von Klienten, wobei in 44 Fällen die Bögen von Therapeut und Klient eindeutig einander zugeordnet werden konnten. Unbekannt ist, wie viele Therapeuten den Klientenbogen weitergaben, dann aber selber nicht antworteten. 16 Klientenbögen waren keinem Therapeutenbogen zuzuordnen.

Alle Klienten erhielten den Fragebogen über ihren Therapeuten. Die Therapeuten wurden gebeten, für die Befragung eine Therapie auszuwählen, die gerade beendet wurde, oder die kurz zuvor beendet worden war. Dies war verbunden mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass es nicht um „gute“ Abschlüsse ging, sondern gerade auch „schwierige“ Abschlüsse wichtige Informationen beinhalten können, um eine Positivauswahl zu vermeiden.<sup>39</sup> Da die Befragung anonym durchgeführt wurde, kann angenommen werden, dass die Therapeuten dieser Anweisung weitgehend folgten. Dies würde insgesamt für

<sup>38</sup> Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Gruppe der in ambulanter Praxis behandelter Klienten in Einzeltherapien.

<sup>39</sup> Siehe Anhang D: Schriftliche Befragung -Therapeutenbogen S. 210

eine zufällige Auswahl von „Klienten im Abschlussprozess oder kurz nach Beendigung ihrer Therapie“ sprechen, denen der Fragebogen weitergegeben wurde.

Die Selbstauswahl der Klienten, die dann antworteten, ist eher nicht als zufällig anzusehen. Die Bereitschaft, sich mit dem Abschluss der eigenen Therapie zu beschäftigen, wurde wahrscheinlich durch Aspekte der Beziehung zum Therapeuten wie Dankbarkeit oder Verpflichtung u. ä. beeinflusst. Außerdem ist auch bei den Klienten damit zu rechnen, dass die Frage nach dem Abschluss der Therapie verdrängte oder unbearbeitete Gefühle von Enttäuschung Ärger u. ä. aktualisieren kann, wodurch eine Teilnahme an der Studie wenig attraktiv wäre.

So berichtete z. B. ein Therapeut, dass seine Klientin, deren Therapie seit ca. 4 Monaten abgeschlossen war, sich nach Erhalt des Fragebogens erneut an ihn wandte. Die Fragen zu ihrem Abschluss hatten ‚Ungeklärtes‘ für sie so deutlich werden lassen, dass sie um einige weitere Stunden fragte, um sich noch deutlicher von ihm zu verabschieden, als es ihr bis dahin möglich gewesen wäre. Erst in diesen nachträglichen Stunden hätte sie wichtige Aspekte des Therapieendes verarbeiten können.

### 8.3 Gruppe der Paare von Therapeuten- und Klientenberichten

Die folgenden Angaben beziehen sich auf diejenigen Therapeuten und deren Klienten, die beide an der Befragung teilnahmen und deren Fragebögen eindeutig einander zuzuordnen gewesen sind.

Von 44 Paaren liegen Therapeuten- und Klientenbogen vor. Zum Vergleich der jeweiligen Gesamtgruppen mit der Gruppe der Paare werden die Angaben zu Geschlecht, Alter und Dauer der Berufstätigkeit in Tabelle 9 zusammengestellt.

*Tabelle 9: Vergleich der Gesamtgruppen mit den Gruppen der Paare*

	Therapeuten Gesamtgruppe	Therapeuten Paare	Klienten Gesamtgruppe	Klienten Paare
N	111	44	60	44
Frauen/Männer	56,8 %/43,2 %	63,6 %/36,4 %	74,7 %/23,6 %	75 %/25 %
Alter/Jahre M	47,9	48,9	39,6	39,1
sd	7,5	5,7	9,3	9,4
Praxis/Jahre M	16,6	17,9		
sd	6,2	5,6		

Die Klientengruppe ist im Hinblick auf Alters- und Geschlechtsverteilung vergleichbar mit Klienten in ambulanter Einzeltherapie anderer Felduntersuchungen. Man kann diese Gruppe damit als von Experten zufällig ausgewählte Stichprobe betrachten, die geeignet ist für eine Erkundungsstudie. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse darüber hinaus ist nur mit großer Vorsicht anzunehmen.

Die Gruppen der Paare von Therapeuten und deren Klienten von denen beide Berichte vorliegen ( $N = 44$ ) unterscheiden sich nicht wesentlich von den jeweiligen Gesamtgruppen, so dass eine interne Repräsentativität der Paargruppe angenommen werden kann.

## 8.4 Merkmale der Therapien, über die Therapeuten berichten

Im folgenden werden diejenigen Klienten und Therapien beschrieben, welche von den Therapeuten ausgesucht worden sind, um über einen konkreten Abschlussprozess zu berichten ( $N = 111$ ).

### 8.4.1 Berichtszeitpunkt

Die Therapeuten waren gebeten worden, über eine Therapie zu berichten, die abgeschlossen ist, oder demnächst beendet wird. Um beurteilen zu können, zu welchem Zeitpunkt der Therapie über den Abschlussprozess berichtet wird, wurde in einem ersten Schritt die Differenz zwischen insgesamt genehmigten Stunden und Stunden zum Befragungszeitpunkt berechnet. Da diese Differenz jedoch nur in Beziehung zur Gesamtstundenzahl zu vergleichen ist, wurde in einem zweiten Schritt das Verhältnis dieser Differenz zur Gesamtstundenzahl in Prozent berechnet.<sup>40</sup>

In mehr als der Hälfte aller Fälle (55 %) ist die Therapie zum Befragungszeitpunkt bereits abgeschlossen und nur in 16 % der Berichte sind noch mehr als 10 % des Stundenkontingentes übrig. Das heisst, die Therapeuten sind weitgehend der Anleitung zur Auswahl eines Abschlussprozesses gefolgt.

### 8.4.2 Setting

Die Therapien, von denen berichtet wird, fanden weitgehend (93 %) im ambulanten Setting statt.

### 8.4.3 Therapieergebnisse

Therapeuten und Klienten wurden gefragt, wie sich die Beschwerden im Laufe der Therapie veränderten. In beiden Gruppen wird in ca. 90 % der Fälle von deutlichen Besserungen berichtet, in keinem einzigen Fall von Verschlechterungen (s. Tabelle 10). Die Therapeuten zeigen eine Tendenz zu einer etwas vorsichtigeren Bewertung.

---

<sup>40</sup> Beispiel 1: 200 Std. genehmigt – 198 Std. bei Befragung = 2 Std. Differenz  
 $2/200 = 0,01 \times 100 = 1$  % des Stundenkontingentes ist zum Befragungszeitpunkt übrig  
Beispiel 2: 40 Std. genehmigt – 38 Std. bei Befragung = 2 Std. Differenz  
 $2/40 = 0,05 \times 100 = 5$  % des Stundenkontingents ist zum Befragungszeitpunkt übrig  
Bei gleicher Differenz ergibt sich ein deutlicher Unterschied im Verhältnis zur Gesamtdauer der Therapie.

Tabelle 10: Therapieergebnisse

Veränderung der Beschwerden	Therapeuten	Klienten
verschlechtert	0 %	0 %
unverändert	1,8 %	1,7 %
etwas gebessert	9,0 %	1,7 %
ziemlich gebessert	55,9 %	48,3 %
sehr gebessert	25,2 %	46,7 %
keine Angabe	8,1 %	1,7 %
N	111	60

Angaben in prozentualen Häufigkeiten der Gesamtgruppen

Die Paare von Therapeuten und deren Klienten, die jeweils beide an der Befragung teilnahmen, stimmen in ihrer Einschätzung des Therapieergebnisses zu 91,7 %<sup>41</sup> überein.

Tabelle 11: Therapieergebnis im Paarvergleich

Therapieergebnis Veränderung der Beschwerden	Klientenangaben			Gesamt	Ü %
	unveränd. bis verschlecht.	etwas gebessert	ziemlich bis sehr gebessert		
Therapeuten- angaben	unveränd. bis verschlecht.	0	0	1	34
	etwas gebessert	0	0	1	
	ziemlich bis sehr gebessert	1	0	33	

Angaben in absoluten Häufigkeiten (N = 44)

Diese Angaben über die Effekte der Therapien entsprechen sowohl dem allgemeinen Wissen, dass Psychotherapien wirksam sind (s. Grawe, Donati & Bernauer, 1994), als auch z. B. den Angaben der „Consumer Reports study“ von Seligman (1995). Auch die Befunde zum Therapieergebnis unterstützen die Annahme, dass es sich bei der Stichprobe der Therapien, über die berichtet wird um eine repräsentative Stichprobe von Psychotherapien außerhalb experimenteller Bedingungen handelt.

Als weiteres Maß für das Therapieergebnis wurde nach der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Erreichten gefragt (s. Schulte, 1993). Die Angaben von Therapeuten (N = 111) und Klienten (N = 60) entsprechen den Angaben zur Veränderung der Beschwerden:

<sup>41</sup> Die prozentuale Übereinstimmung der Angaben von Therapeuten und Klienten (Ü %) wird trotz prinzipieller Mängel dieses Maßes in diesem Fall als Index der Übereinstimmung gewählt. Eine Relativierung der prozentualen Übereinstimmung in Bezug auf zufällige Übereinstimmungen z. B. durch die Berechnung des Koeffizienten Cohens  $\kappa$  ist hier nicht sinnvoll, da eine gleiche Auftretenswahrscheinlichkeit der vorgegebenen Kategorien nicht angenommen werden kann (s. Asendorpf & Wallbott, 1979; Krauth, 1995). Ebenso wenig ist es in diesem Fall passend, eine Prüfung von Fehlern mangelnder Konsistenz der Kategorien für die ‚Beobachter‘ vorzunehmen, da weder die Reliabilität von Beobachtungskategorien noch systematische Beobachterfehler geprüft werden sollen (s. Greve & Wentura, 1997).

Tabelle 12: Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis

zufrieden mit Therapieergebnis	Therapeuten	Klienten
trifft nicht zu	4,5 %	1,7 %
trifft wenig zu	2,7 %	1,7 %
trifft mittelmäßig zu	11,7 %	3,3 %
trifft ziemlich zu	53,2 %	28,3 %
trifft sehr zu	26,1 %	63,3 %
keine Angabe	1,8 %	1,7 %
N	111	60

Angaben in prozentualen Häufigkeiten der Gruppen

Die Paare von Therapeuten und deren Klienten (N = 44) stimmen mit 87,8 % in ihrer Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis überein:

Tabelle 13: Zufriedenheit mit Therapieergebnis im Paarvergleich

Zufriedenheit mit Therapieergebnis		Klientenangaben		Gesamt	Ü %
		weniger	deutlich		
Therapeutenangaben	weniger	1	5	41	87,8
	deutlich	0	35		

Angaben in absoluten Häufigkeiten (N = 44)

weniger =  $\Sigma$  trifft nicht zu/trifft wenig zu/trifft mittelmäßig zu

deutlich =  $\Sigma$  trifft ziemlich zu/trifft sehr zu

#### 8.4.4 Therapeutische Vorerfahrungen der Klienten

Von den 111 Therapeuten gaben 109 (98,2 %) an, ob sie von therapeutischen Vorerfahrungen der Klienten wissen. Dies trifft auf 37,6 % der Klienten zu. Damit hat über ein Drittel der Klienten, von deren Abschlussprozess berichtet wird, schon andere psychotherapeutische Behandlungen (62 % ambulant, 21 % stationär, 5,4 % beides) erfahren.

Dieses Ergebnis ist bemerkenswert, da über die Häufigkeit von Folgetherapien nur sehr wenig bekannt ist (Giernalczyk, 1992). Angaben über eine mehrfache Inanspruchnahme von Psychotherapie wären z. B. wichtige ergänzende Informationen in Therapievergleichsstudien sowie in katamnestischen Studien, um die Verschiedenartigkeit der langfristigen Auswirkungen unterschiedlicher therapeutischer Strategien einschätzen zu können. Ob allerdings eine Mehrfachnutzung von Psychotherapie gleichgesetzt werden kann mit minderer Wirksamkeit, mag bezweifelt werden. Bevor nicht genauer bekannt ist, unter welchen Umständen und mit welcher Motivation Klienten mehrfach eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, erscheint eine Gleichsetzung von ‚nie-wieder-Therapie‘ mit ‚grösstem Therapieerfolg‘ zu kurz gegriffen.

Die Häufigkeit einer mehrfachen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen könnte in dieser Stichprobe von Therapien, die unter dem Gesichtspunkt des Ab-

schlussprozesses ausgewählt wurden, ein Selektionseffekt aus verschiedenen Gründen sein:

- Klienten mit mehrfacher Therapieerfahrung haben auch schon häufiger einen Abschlussprozess erlebt; sie gehen damit bewusster um und das führt beim Therapeuten zu erhöhter Aufmerksamkeit auf diese Beendigung,
- Folgetherapien könnten in Zusammenhang mit vorangegangenen Therapieabbrüchen<sup>42</sup> stehen, so dass die Beendigung eine besondere Aufmerksamkeit erfährt,
- Beendigungen mit Klienten, die den Therapieverlauf vergleichen können, werden von Therapeuten aufmerksamer wahrgenommen, da die Therapeuten um Vergleichsmöglichkeiten der Klienten wissen.

Insgesamt kann die Repräsentativität in diesem Fall nicht beurteilt werden.

Für 78 % der Klienten, die schon andere therapeutische Behandlungen in Anspruch genommen haben, war die erneute Aufnahme einer Therapie mit einem Therapeutenwechsel verbunden, das heisst andererseits, rund ein Viertel dieser Gruppe begann auch die Folgetherapie bei dem Therapeuten der Ersttherapie.

## 8.5 Zusammenfassung

### Therapeutenstichprobe

Die Therapeuten (N = 111) sind zwischen 32 und 78 Jahre alt, das durchschnittliche Alter liegt bei 48 Jahren. Sie sind im Mittel seit 16 Jahren als Psychotherapeuten berufstätig. Rund 60 % der Therapeuten sind Frauen. Über 80 % der Therapeuten haben einen Ausbildungsabschluss als Diplom Psychologen, zwei Drittel dieser Gruppe arbeiten mit einer Anerkennung als Klinischer Psychologe des BDP im Erstattungsverfahren und ein Drittel mit einer Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut im Delegationsverfahren.

Die Angaben zu Ausbildungen, eigenen Therapieerfahrungen und therapeutischer Orientierung zeigen insgesamt ein wenig einheitliches Bild. Die Therapeuten haben überwiegend mehrere verschiedene Ausbildungen abgeschlossen, die Zusammenhänge zwischen therapeutischer Richtung der Ausbildungen, der Eigenthherapie und der therapeutischen Orientierung sind uneinheitlich und wenig ausgeprägt. Für die weitere Analyse der Therapeutenberichte wird die therapeutische Orientierung der Therapeuten als Unterscheidungskriterium gewählt.

Die Gruppe der Therapeuten ist im Hinblick auf Alter und Berufserfahrung eine relativ homogen selektierte Gruppe von Psychotherapeuten mit langjähriger Berufserfahrung. Das Verhältnis von Therapeutinnen zu Therapeuten und die Angaben zur Berufsausbildung entsprechen den Angaben in vergleichbaren Studien. Die Stichprobe ist damit als repräsentativ anzusehen für Psychotherapeuten mit langjähriger Berufserfahrung.

---

<sup>42</sup> Leider ist mir viel zu spät aufgefallen, dass die Frage nach einem vorangegangenen Therapieabbruch im Fragebogen fehlte, so dass dazu keine Angaben vorliegen.

Die vorliegenden Ergebnisse sind damit vor dem Hintergrund einer Selbstselektion von Therapeuten zu interpretieren, die an einer schriftlichen Befragung zum Abschlussprozess teilnahmen. Auf dieser Grundlage ist es nicht möglich, die Frage nach der Bedeutung der Abschlussphase im Allgemeinen zu untersuchen.

Im Sinne einer Expertengruppe ist diese Gruppe jedoch für eine Erkundungsstudie sehr geeignet. Diese Psychotherapeuten sind vielfältig ausgebildet und haben aufgrund ihrer langjährigen Berufserfahrung sehr viele Beendigungen von Therapien erlebt, so dass sie fundiert über den Gegenstandsbereich der Studie berichten können. Der gewählte Zugangsweg einer am Kriterium der psychotherapeutischen Orientierung stratifizierten Stichprobe hat sich als geeignet erwiesen, um erfahrene Psychotherapeuten für eine Feldstudie zu gewinnen.

### **Klientenstichprobe**

Bei der Klientenstichprobe (N = 60) handelt es sich um eine von Experten zufällig ausgewählte Gruppe von Klienten in Einzeltherapie, die geeignet ist für eine Erkundungsstudie. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse darüber hinaus ist nur mit großer Vorsicht anzunehmen.

### **Paare von Therapeuten und deren Klienten**

Die Gruppen der Paare von Therapeuten und deren Klienten von denen beide Berichte vorliegen (N = 44) unterscheiden sich nicht wesentlich von den jeweiligen Gesamtgruppen, so dass eine interne Repräsentativität der Paargruppe angenommen werden kann.

### **Merkmale der Therapien, über die berichtet wird**

Die Therapien fanden zu 93 % im ambulanten Setting statt, in der Mehrzahl in wöchentlichem Behandlungsrhythmus.

Als Therapieergebnis wird von den meisten Therapeuten und Klienten eine deutliche Besserung der Beschwerden angegeben. Die Zufriedenheit mit diesem Ergebnis ist hoch. Im Vergleich der Paare, von denen beide Berichte vorliegen, stimmen Therapeuten und Klienten in diesen Angaben weitgehend überein.

Auffällig ist, dass in einem Drittel der Fälle die Klienten bereits psychotherapeutische Vorerfahrungen haben.

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass die Therapeuten weitgehend der Anweisung gefolgt sind, eine beliebige Therapie auszuwählen, die gerade abgeschlossen wurde oder die kurz vor dem Abschluss steht. Deutliche Selektionseffekte sind nicht erkennbar.



## 9 Berichte zur Beendigung konkreter Therapien

### 9.1 Aspekte der Dauer von Therapien

#### 9.1.1 Dauer der Therapien

Von 82 % der Therapeuten liegen Angaben zur Anzahl der genehmigten Stunden vor. Das Minimum genehmigter Stunden liegt bei 4, das Maximum bei 320 Stunden (Median 50, sd 72,5). Tabelle 14 zeigt eine Auflistung der genehmigten Stundenanzahl je Therapie, unterteilt in Intervalle, die dem Genehmigungsumfang der Krankenkassen entsprechen.

Tabelle 14: Therapiestunden je Therapie

Anzahl der Stunden	Häufigkeit
< 25	16,3 %
26 – 50	37,5 %
51 – 80	23,8 %
> 80	22,5 %

Diese Verteilung von Kurz- und Langzeittherapien stimmt weitgehend mit Angaben zur Häufigkeit von Kurz- und Langzeittherapien der Kassenärztlichen Vereinigungen<sup>43</sup> überein.

#### 9.1.2 Therapeuten zum Umgang mit formalen Grenzen

##### Fragestellungen:

- ☞ Sehen Psychotherapeuten Therapien als von Anfang an begrenzt?
- ☞ Steht die Wahrnehmung von Begrenzung einer Therapie in Zusammenhang mit der Art der Finanzierung?

Ich nehme an, dass in den Beschreibungen von Therapeuten überzufällig häufig:  
 ... kassenfinanzierte Therapien als ‚von Anfang an begrenzt‘ gesehen werden  
 ... selbstfinanzierte Therapien als eher ‚nicht von Anfang an begrenzt‘  
 gesehen werden

<sup>43</sup> Laut telefonischer Mitteilung des Berufsverbandes Deutscher Psychologen für 1995: 22 % Kurzzeittherapien, 62 % Therapien bis 80 Stunden, 16 % Langzeittherapien.

**Ergebnis:**

Die Therapien werden von den Therapeuten ( $N = 111$ ) in Bezug auf Stundenzahl oder zeitlichen Umfang sowohl als von Anfang an begrenzt (52 %) als auch als nicht von Anfang an begrenzt (48 %) aufgefasst. Diese Beurteilung ist unabhängig von der Art der Finanzierung der Therapie ( $\chi^2$  n. s.).

**Diskussion:**

Da Therapien grundsätzlich als begrenzt definiert sind, ist dieses Ergebnis überraschend. Es könnte interpretiert werden als Ausdruck eines Ideals von ‚grenzenloser Therapie‘, wie es in Kap. 2.5.3 in der theoretischen Auseinandersetzung mit Therapie-theorien aufgezeigt wurde. Einschränkend soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Frage in der gewählten Formulierung<sup>44</sup> möglicherweise verstanden worden ist als Frage danach, ob von vorn herein eine bestimmte Stundenzahl feststand. Da es möglich ist, anfänglich vereinbarte Stundenkontingente zu verlängern, könnte eine Begrenzung von Anfang an im Hinblick darauf verneint worden sein.

**9.1.3 Paare von Klienten und Therapeuten zum Umgang mit formalen Grenzen****Fragestellung:**

- ⇨ Stimmen Therapeuten und ihre Klienten darin überein, ob Therapien von Anfang an begrenzt sind?

Ich nehme an, dass Klienten häufiger als ihre Therapeuten die Therapie als von Anfang an begrenzt sehen, unabhängig vom Zahlungsmodus, da es für sie von größerer Bedeutung ist, die Rolle des ‚Hilfesuchenden‘ auch wieder zu verlassen, wieder ‚gesund‘ zu werden.

**Ergebnis:**

Ausgewertet werden hier ausschließlich Angaben über Therapien, von denen sowohl die Berichte der Klienten als auch ihrer Therapeuten vorliegen ( $N = 44$ ).

Die Therapeuten dieser Gruppe unterscheiden sich nicht von der Gesamtgruppe. Sie sehen die Therapien je zur Hälfte als von Anfang an begrenzt und unbegrenzt. Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der Art der Finanzierung und der Einschätzung von Therapien als von Anfang an begrenzt.

Ihre Klienten stimmen mit ihnen zu 69 % darin überein, ob die Therapie von Anfang an begrenzt gewesen ist (s. Tabelle 15).

---

<sup>44</sup> War die Therapie in Bezug auf Stundenzahl oder zeitlichen Umfang von Anfang an begrenzt?

Tabelle 15: Begrenzung der Therapie von Anfang an im Paarvergleich

Begrenzung der Therapie von Anfang an	Klientenangaben		Gesamt	Ü %
	ja	nein		
Therapeutenangaben	17	6	42	69,0
	7	12		

Angaben in absoluten Häufigkeiten (N = 44)

In der Gruppe der Klienten zeigt sich allerdings im Gegensatz zur Therapeutengruppe ein Zusammenhang zwischen Art der Finanzierung und Einschätzung der Begrenzung. Klienten, deren Therapien fremdfinanziert sind, schätzen diese auch eher von Anfang an als begrenzt ein.

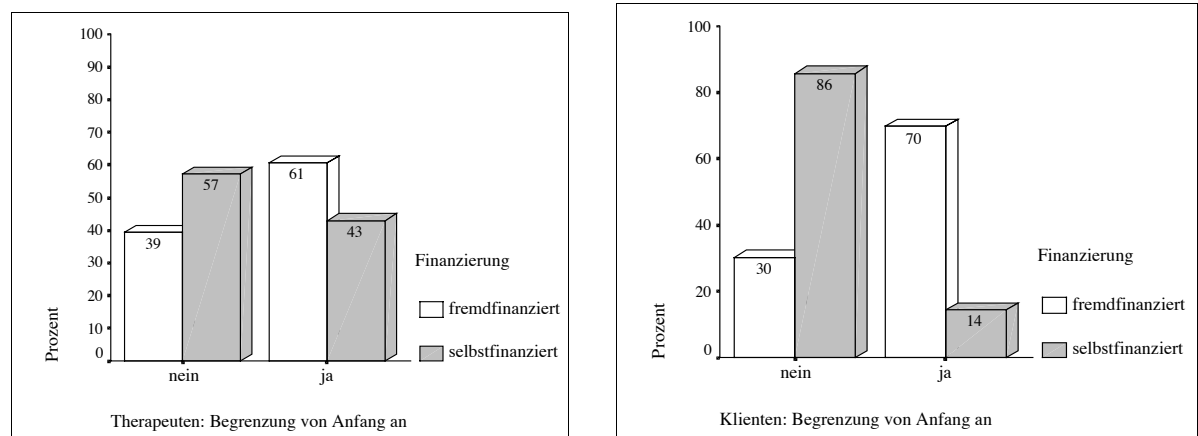


Bild 4: Art der Finanzierung und Einschätzung von Therapien als von Anfang an begrenzt

Angaben von Therapeuten und Klienten (N = 44) ob die Therapie von Anfang an begrenzt war

Therapeuteinschätzung: Begrenzung/Art der Finanzierung: n. s.

Klienteneinschätzung: Begrenzung/Art der Finanzierung: Phi .34, sign.  $p < .02$

## Diskussion:

Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass Klienten, die ihre Therapie selber finanzieren, diese mit anderen Erwartungen in Bezug auf die Begrenzung betrachten, als Klienten, deren Therapie fremdfinanziert wird.

Welche Auswirkungen dieser unterschiedliche Umgang mit Begrenzungen von Therapeuten und Klienten auf den Verlauf von Therapien hat, bleibt eine Frage für weitere Untersuchungen. Vermutlich ist es für die Erwartungen an Ergebnisse einer Therapie bzw. für die Therapieziele von Therapeuten und Klienten nicht unerheblich, ob zeitliche oder finanzielle Begrenzungen von Anfang an mit einbezogen werden.

Insgesamt weisen die Ergebnisse allerdings auf einen deutlichen Forschungs- und Diskussionsbedarf über die Begrenztheit von Therapien hin. Dies gilt um so mehr, als z. B. häufig in Therapievergleichsstudien sogenannte Kurz- und Langzeittherapien miteinander verglichen werden. Möglicherweise sind für die Unterschiede dieser Therapien der Umgang mit Zeit und Begrenzungen viel wichtiger als ihre Länge (s. Kap. 2.2).

## 9.2 Frequenz der Therapiesitzungen

### 9.2.1 Frequenz von Sitzungen während der Therapie

Die Therapien werden überwiegend im wöchentlichen Behandlungsrhythmus (78 %) durchgeführt. Nur in jeweils rund 10 % der Therapien geben Therapeuten entweder eine häufigere Frequenz (mehrmals wöchentlich) oder eine geringere (vierzehntägig) an.

### 9.2.2 Veränderungen der Frequenz in der Abschlussphase

#### Fragestellung:

- ⇒ Wird die Abschlussphase von konkreten Therapien von Therapeuten und Klienten deutlich als eine spezifische Phase des Therapieprozesses beschrieben, die durch charakteristische Veränderungen der Stundenfrequenz gekennzeichnet ist?

#### Ergebnis:

In der Abschlussphase verändert sich der Rhythmus, in dem Therapiestunden stattfinden in drei Viertel aller Therapien, in Richtung auf eine Erweiterung der Abstände zwischen den Therapiestunden (s. Bild 5 und Bild 6).

Nur noch eine Behandlung (1 %) wird mehrmals wöchentlich durchgeführt, während je 23 % wöchentlich beziehungsweise vierzehntägig stattfinden. In 46 % der Therapien wird die Stundenfrequenz auf mehr als vierzehntägig verlängert und in einigen Therapien finden die Stunden nur noch unregelmäßig statt.

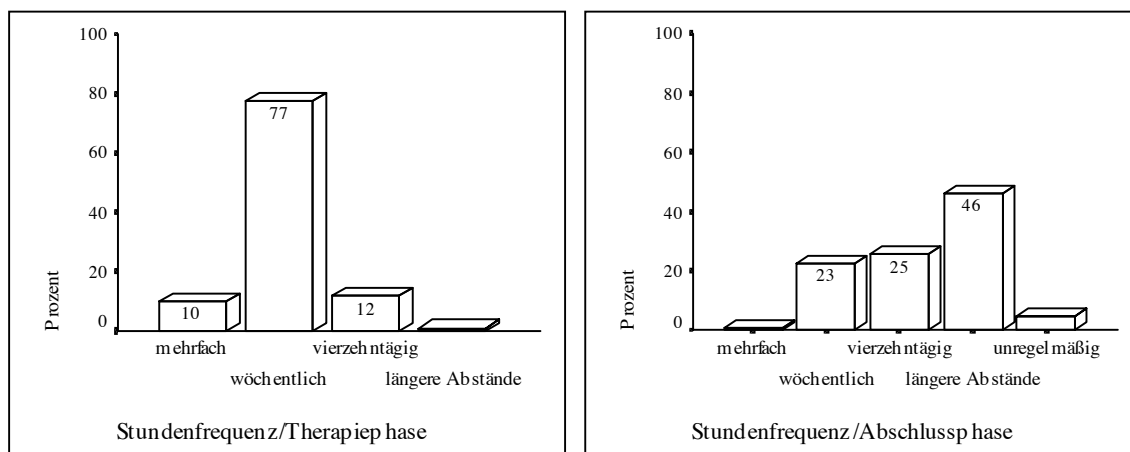


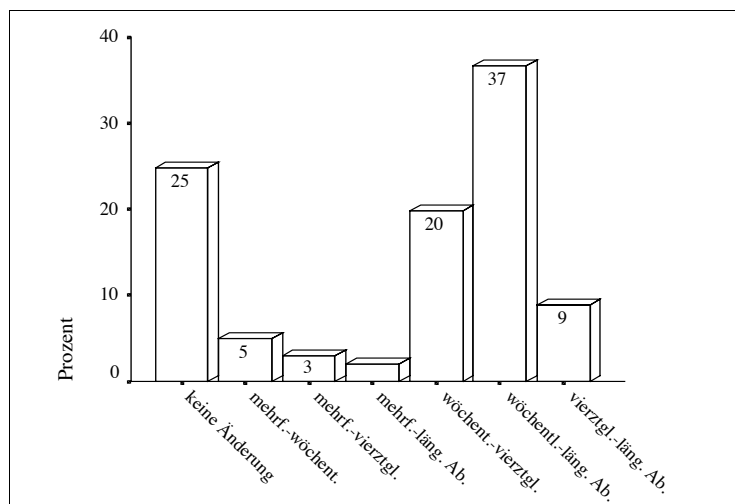
Bild 5: Stundenfrequenz in Therapiephase und Abschlussphase

*N = 111, mehrfach = Therapiestunden mehrmals in der Woche*

Aus einer Berechnung der Differenz zwischen den Angaben zur Frequenz in der Behandlungsphase und in der Abschlussphase für die einzelnen Therapeuten ergibt sich, dass 77 % der Therapeuten die Behandlungsfrequenz in Richtung auf eine Verlängerung der Zeiten zwischen den Stunden verändern, während die übrigen den Behand-

lungsrhythmus nicht modifizieren. Diese Veränderungen zeigen sich unabhängig von der therapeutischen Orientierung sowie der ersten therapeutischen Ausbildung der Therapeuten.

Die Veränderungen der Stundenfrequenz auf der Ebene von Veränderungen bei einzelnen Klienten sind in Bild 6 dargestellt.



*Bild 6: Veränderung der Stundenfrequenz von der Therapiephase zur Abschlussphase  
N = 111, mehrf. = Therapiestunden mehrmals in der Woche, wöchent. = wöchentlich  
vierzegl. = vierzehntäglich, läng. Ab. = längere Abstände  
Beschriftung benennt die Änderung der Frequenz, z. B. mehrf. - wöchent. meint eine Verringerung  
der Frequenz von mehrfach wöchentliche auf wöchentliche Termine*

Danach verlängern fast 60 % der Therapeuten die Stundenfrequenz von wöchentlich auf vierzehntäglich bzw. längere Abstände.

### **Diskussion:**

Ausgehend von diesen Ergebnissen kann die Definition des Zeitpunktes präzisiert werden, an dem die Abschlussphase anfängt. Als Kriterium für den Beginn der Abschlussphase war der Zeitpunkt angenommen worden, an dem konkret über die Beendigung kommuniziert wird. Eine Verlängerung der Abstände zwischen den Stunden beinhaltet das Gespräch von Therapeuten mit Klienten darüber, dass und warum jetzt gegen Ende der Therapie der Rhythmus der Stunden verändert wird. Eine solche Neuregelung wird meiner Erfahrung nach auch von Klienten deutlich wahrgenommen, da sie sich spürbar vom bisher gewohnten Ablauf der Therapie abhebt. Die Veränderung der Stundenfrequenz könnte, sozusagen als ein ‚hartes Merkmal‘ der Kommunikation über Beendigung, in weiteren Untersuchungen zur Abschlussphase präziser erhoben werden, da dieses Datum aus den Therapieunterlagen eindeutig hervorgeht.

Die häufige Veränderung der Behandlungsfrequenz kann insgesamt als ein deutlicher Hinweis dafür interpretiert werden, dass Therapeuten die Behandlungsphase von der Abschlussphase unterscheiden und letzere abweichend gestalten. Mit diesem Ergebnis bestätigt sich die Hypothese, dass sich die Spezifität der Abschlussphase in einer verän-

erten Stundenfrequenz in dieser Zeit der Behandlung zeigt (siehe S. 107). Bezieht man hier ein, dass die Therapeuten auch angeben, zehn bis zwanzig Prozent des Gesamtstundenkontingentes für diese Abschlusszeit zu nutzen, nachdem Verbesserungen in vielen Bereichen deutlich geworden sind, kann man diese Verlängerung der Zeiten zwischen einzelnen Therapiesitzungen auch als Zeiten interpretieren, in denen es mehr um eine Übung von ‚Leben ohne Therapie‘ als um die weitere ‚Behandlung‘ geht.

### 9.3 Dauer der Abschlussphase

#### Fragestellung

- ⇨ Wie viele Stunden eines vereinbarten Stundenkontingentes sind noch verfügbar, wenn Therapeut und Klient konkret über die Beendigung kommunizieren?
- ⇨ Gibt es Tendenzen in Bezug auf die Länge von Abschlussphasen?

#### Ergebnis:

Von 71 % der Therapeuten (N = 111) liegen die Angaben sowohl zu Gesamtstundenzahl der Therapie als auch zu den Abschlussstunden vor.

Im Durchschnitt verbleiben noch 10 Abschlussstunden (M 10,7, sd 9,9) mit einer Spannbreite von einer bis 60 Stunden, wenn konkret über die Beendigung gesprochen wird. Um einschätzen zu können, in welchem Verhältnis die Abschlussstunden zur Gesamtdauer der Therapie stehen, wird die Differenz der Gesamtstundenzahl zur Anzahl der Abschlussstunden in Prozenten der Gesamtstundenzahl berechnet.

Die Abschlussphase wird im Durchschnitt begonnen, wenn noch 17 % der Gesamtstundenzahl übrig sind (M 16,6, sd 14,3). Dabei gibt ein Therapeut an, den Abschluss schon anzusprechen, wenn noch 88 % der Gesamtstunden übrig sind, während drei Therapeuten angeben, die Beendigung schon zur Hälfte der Gesamtstundenzahl zu beginnen. Auf der anderen Seite besprechen rund 10 % der Therapeuten den Abschluss erst, wenn nur noch 7 % der Gesamtstunden zur Verfügung stehen.

#### Diskussion:

In diesem Ergebnis zeigt sich eine Schwierigkeit der empirischen Untersuchung von Abschlussprozessen. Wenn z. B. ein Therapeut angibt, den Abschluss schon konkret nach 10 % der Gesamtstundenzahl anzusprechen, würden nach der hier vorgenommenen Definition 90 % der Therapie als Abschlussprozess gesehen werden müssen. Es ist demnach wichtig zu unterscheiden, ob ein Therapeut im Laufe der Therapie immer wieder daran erinnert, dass diese irgendwann auch zu Ende gehen wird oder ob ganz konkret über den bevorstehenden Abschluss gesprochen wird. Einige Autoren (s. Stoltzenberg, 1986, S. 28 f.) schlagen aus diesem Grund vor, vom Endprozess erst nach der konkreten Terminierung der letzten Stunde zu sprechen. Damit würde jedoch die Zeit

ausgeklammert werden, in der konkret über die Beendigung gesprochen wird und deren Abschluss dann eine konkrete Terminierung darstellt.

Für weitere Untersuchungen des Abschlussprozesses, besonders auch bei Analysen von Therapieverläufen, könnte mit Rücksicht auf diese Problematik der Operationalisierung, eine Unterscheidung zwischen ‚Kommunikation über die zeitliche Begrenzung einer Therapie‘ und ‚konkreter Kommunikation über eine bevorstehende Beendigung‘ wichtig sein. Die Terminierung wäre dann eine Kategorie der konkreten Kommunikation über die Beendigung.

### **Ergebnis:**

Die meisten Therapeuten beginnen die Abschlussphase in einem Zeitraum in dem noch 10 bis 20 % der gesamten Therapiestunden übrig sind. Darin unterscheiden sich Langzeittherapien mit bis zu 300 Stunden nicht signifikant von kürzeren Therapien mit bis zu 25 Stunden Gesamtdauer.

Bezogen auf die Anzahl der gesamten Stunden einer Therapie, dauert die Abschlussphase bei einer Therapie von 25 Stunden danach zwei bis 5 Stunden, während die Abschlussphase einer Therapie von 80 Stunden schon acht bis 16 Stunden und in einer Langzeittherapie von 300 Stunden in 30 bis 60 Stunden umfassen kann. Die Länge der Abschlussphase zeigt sich unabhängig von der konkreten Therapielänge einer Psychotherapie sowie unabhängig von den behandelten Störungsbildern ( $\chi^2$  n.s.). Es zeigt sich allerdings eine Tendenz zu relativ kürzeren Abschlussphasen bei Langzeittherapien.

### **Diskussion:**

Berücksichtigt man die in Kap. 3 diskutierten soziologischen Erkenntnisse über ‚Abschiedsprozesse‘ dann wird diese Tendenz verständlich, da es offensichtlich auch soziale Regeln gibt, wonach der Abschluss einer sozialen Situation weder zu kurz noch zu lange dauern darf.

Insgesamt wird deutlich, dass es wahrscheinlich kaum möglich ist, undifferenziert von ‚der Abschlussphase‘ zu sprechen. Es ist zu vermuten, dass sich die Abschlussprozesse in zwei bis drei Stunden anders gestalten als in 30 bis 60 Stunden, obgleich es sich prozentual gesehen um die gleiche Zeit im Verhältnis zur Gesamttherapiezeit handelt. Gleichzeitig kristallisiert sich jedoch in der Erfahrung von Therapeuten so etwas wie eine ‚goldene Regel‘ der Anzahl von Abschlussstunden im Verhältnis zur Gesamtstundenzahl heraus, nach dem Abschlussphasen begonnen werden.

## 9.4 Beginn der Abschlussphase

### 9.4.1 Initiative zur Beendigung

#### Fragestellungen:

- ⇨ Von wem geht die Initiative zur Beendigung aus?
- ⇨ Stimmen Therapeuten und Klienten in ihren Angaben zur Initiative überein?

#### Ergebnis:

Therapeuten (N = 111) sprechen die Beendigung meistens als erste an, nur in 17 % der Fälle geben sie an, dass ihre Klienten das Therapieende zuerst ansprachen.

Die Angaben von Therapeuten und Klienten (Paarvergleich, N = 44) dazu, von wem die Beendigung zuerst angesprochen wird, stimmen zu 57,8 % überein.

*Tabelle 16: Initiative zur Beendigung im Paarvergleich*

Ansprechen der Beendigung		Therapeutenangaben		Gesamt	Ü
		Therapeut zuerst	Klient zuerst		
Klientenangaben	Therapeut zuerst	16	3		
	Klient zuerst	13	6	38	57,8 %

Angaben in absoluten Häufigkeiten (N = 44)

#### Diskussion:

Man kann diesen Unterschied so interpretieren, dass Therapeuten sich retrospektiv in Bezug auf den Beginn der Abschlussphase für aktiver halten, als dieses der Erinnerung der Klienten entspricht. Möglicherweise beschäftigen sich Klienten innerlich intensiv mit dem Abschluss, sprechen dieses jedoch nicht zuerst an, sondern warten den Anstoß des Therapeuten ab. In der Erinnerung bleibt jedoch die eigene Aktivität. Es könnte allerdings ebenso sein, dass in die Erinnerungsverzerrung Unterschiede in der Einschätzung der Aktivität und Initiative eingehen. Therapeuten schreiben sich in ihrer Rolle ein größeres Ausmaß an aktivem Handeln zu, während Klienten in der Einschätzung ihrer Initiative während der Therapie viel mehr interindividuell differieren können.

Dieses Ergebnis weist für die Analyse der vorliegenden Daten auf die Einschränkungen hin, denen die Interpretation retrospektiver Daten unterworfen ist. Auf welche Weise die Erinnerung von Ereignissen durch innere Prozesse beeinflusst ist, kann so nicht festgestellt werden.

Die unterschiedliche Erinnerung von Therapeuten und Klienten könnte darauf hinweisen, dass das Ansprechen der Beendigung ein sensibler Moment im Therapieverlauf ist. Welche Bedeutung ein aktives erstes Ansprechen durch den Therapeuten hat und wie die Konsequenzen für den Therapieverlauf zu beschreiben sind, bleibt eine offene Frage. Für fundierte Entscheidungsmöglichkeiten wäre es wichtig zu untersuchen, ob es



im Hinblick auf den weiteren Verlauf der Abschlussphase Klienten gibt, bei denen ein Therapeut eher abwarten sollte oder bei welchen es förderlich ist, wenn der Therapeut die Beendigung von sich aus anspricht.

Mit dem Blick auf die Förderung autonomer Entscheidungen von Klienten am Ende von Therapien stellt sich insbesondere die Frage, wie Abschlussprozesse dahingehend gestaltet werden können, dass sie Klienten in ihrer Erfahrung von Autonomie oder Selbstwirksamkeit unterstützen. So berichtete eine Therapeutin in einem Interview, dass sie z. B. Klienten, die sich in ihrer Biographie oft als von außen kontrolliert und fremdbestimmt erlebt haben, weitgehend die Initiative überlässt, das Ende der Therapie anzusprechen. Diese Vorgehensweise findet allerdings eine Grenze in der Fremdbestimmung durch relativ starr von den Psychotherapierichtlinien definierte Stundenkontingente.

#### **9.4.2 Anlass zur Beendigung**

##### **Fragestellung:**

⇨ Aus welchem Grund oder Anlass wird das Ende der Therapie konkret angesprochen?

##### **Ergebnis:**

Im Einzelnen wird nach Verbesserungen in den sich überlappenden Bereichen körperliches Empfinden, psychisches Empfinden und Selbstwerterleben gefragt; außerdem nach Verbesserungen im Bereich sozialer und beruflicher Beziehungen sowie nach einer Abnahme von Verhaltenseinschränkungen sowie einer Zunahme vom Verständnis der Beschwerden und einer verbesserten Zukunftsorientierung.

Insgesamt sind vielfältige Verbesserungen Anlass für ein Ansprechen der Beendigung. Fast 60 % der Therapeuten berichten von Verbesserungen in sieben bis acht Bereichen, während nur 8 % Verbesserungen in bis zu vier Bereichen angeben. Am häufigsten werden positive Veränderungen im psychischen Befinden und im Selbstwerterleben genannt. Ebenso wird oft von einer Zunahme des Verständnisses für die eigenen Beschwerden und eine veränderte Zukunftsorientierung als Anlass für den Beginn des Abschlussprozesses berichtet.

##### **Diskussion:**

Auf den ersten Blick ist es in dieser Allgemeinheit wenig überraschend, dass Therapeuten und Klienten positive Veränderungen im psychischen Befinden und im Selbstwerterleben häufig als Anlass nehmen, die Beendigung einer Therapie anzusprechen. Dieses Ergebnis deutet jedoch auf ein weiteres Detail der Abschlussphase.

Verbesserungen bzw. das Erreichen abgesprochener Ziele werden in der Literatur als Kriterien für den Abschluss einer Therapie behandelt. Das ist ähnlich wie bei medizini-

schen Behandlungen in ambulanter Praxis. Dort werden jedoch die Kontakte zum Arzt<sup>45</sup> in der Regel *mit* dem Termin beendet, in dem eine Symptomreduktion oder Heilung festgestellt wird. Die Beendigung einer Psychotherapie setzt ebenfalls voraus, dass Therapeuten und Klienten erreichte Verbesserungen wahrnehmen und darüber kommunizieren. Ein Einverständnis von Therapeut und Klient über erreichte Verbesserungen wird jedoch in den seltensten Fällen zu einem sofortigen Ende der Behandlungsstunden führen. Mit dieser Kommunikation beginnt in einer Psychotherapie erst eine ‚Zwischenzeit‘ in der sich ein Klient auf den Übergang von der Therapie zu seinem ‚Leben ohne therapeutische Kontakte‘ vorbereitet und dieses konkret besprochen, geplant sowie geübt werden kann. Aus einem Misslingen dieses Übergangs entwickelt sich in Einzelfällen möglicherweise der Beweggrund für eine Mehrfachnutzung von Therapien oder eine Anbahnung für Rückfälle.

Welche therapeutischen Verhaltensweisen in dieser Übergangszeit notwendig, fördernd oder effektiv sind, ist weitgehend unerforscht. Ausgebildet werden Therapeuten für die Behandlungsphase, was sie jedoch tun oder lassen sollen, wenn die Behandlung positive Veränderungen mit sich gebracht hat, findet viel zu wenig Aufmerksamkeit.

## 9.5 Gestaltung der Abschlussphase

### 9.5.1 Kommunikation über die Beendigung

#### Fragestellungen:

- ⇨ Wird die Abschlussphase einer Therapie in den Beschreibungen von Therapeuten deutlich als eine Phase des Therapieprozesses gesehen, die ausdrücklich mit den Klienten besprochen wird?

Wenn Therapeuten die Beendigung ausdrücklich thematisieren, nehme ich an, dass sie

- ... spezifische Abschlussthemen aktiv ansprechen.
- ... mit dem Klienten einem Rückblick auf die Therapie erarbeiten.
- ... den Transfer von Therapieergebnissen in den Alltag vom Klienten besprechen.
- ... das Ende der therapeutischen Beziehung besprechen.

- ⇨ Unterscheiden sich die Einschätzungen der Vorbereitung auf die Beendigung von Therapeuten und Klienten?

---

<sup>45</sup> Gemeint ist hier das Ende regelmäßiger Kontakte während einer ambulanten Behandlung, unabhängig davon, ob eine sogenannte ‚Hausarztbeziehung‘ bestehen bleibt, an die bei Bedarf wieder angeknüpft wird.

### Besprechen spezifischer Abschlussthemen

In der Abschlussphase besprechen 74 %<sup>46</sup> der Therapeuten (N = 111) ausführlich mit ihren Klienten die Möglichkeiten, Erreichtes in den Alltag zu übertragen, während 64 %<sup>46</sup> ausführlich Trennung und Abschied von der therapeutischen Beziehung thematisieren.

Im Vergleich der Paare von Therapeuten und deren Klienten (N = 44) stimmen die Angaben zu rund 65 % darin überein, ob Trennung und Abschied von der therapeutischen Beziehung sowie der Transfer von Erreichtem in den Alltag ausführlich besprochen wurden (s. Tabelle 17).

*Tabelle 17: Kommunikation über die Beendigung im Paarvergleich*

In der Abschlussphase ausführlich besprochen:		Klientenangaben		Gesamt	Ü %
Therapeutenangaben		weniger	deutlich		
Möglichkeiten, Erreichtes	weniger	5	5		
in den Alltag zu übertragen (Transfer)	deutlich	10	24	44	65,9
Trennung und Abschied	weniger	8	8		
von der therapeutischen Beziehung	deutlich	6	22	44	68,2

Angaben in absoluten Häufigkeiten (N = 44)

### Erarbeiten eines Rückblicks auf die Therapie

Bis auf drei geben alle Therapeuten (N = 111) an, in der Abschlussphase mit dem Klienten einen Rückblick auf die Therapie erarbeitet zu haben.

Im Vergleich der Paare von Therapeuten und deren Klienten (N = 44) zeigen sich Unterschiede der Einschätzungen innerhalb der Paare. In dieser Teilgruppe der Therapeuten geben ebenso 98 % an, den Rückblick auf die Therapie thematisiert zu haben. Allerdings stimmen ihre Klienten nur zu 75 % mit ihnen überein.

*Tabelle 18: Rückblick auf die Therapie*

Ein Rückblick auf die Therapie wurde		Klientenangaben		Gesamt	Ü %
in der Abschlussphase erarbeitet		ja	nein		
Therapeutenangaben	ja	29	10		
	nein	0	1	40	75,0

Angaben in absoluten Häufigkeiten (N = 44)

<sup>46</sup> Antwortkategorien: trifft nicht/wenig/mittelmäßig/ziemlich/sehr zu; hier zusammengefasst: Antworten in den Kategorien trifft ziemlich/sehr zu.

Gefragt nach einzelnen Bereichen, die rückblickend besprochen wurden, geben die Therapeuten (N = 111) zu jeweils über 90 % an\*, folgendes angesprochen zu haben:

Erleben der Therapiezeit,  
Veränderungen der Beschwerden seit Therapiebeginn,  
Schwierigkeiten, die sich nicht verändert haben,  
Veränderungen im Alltagsleben des Klienten  
Erfüllung von Erwartungen des Klienten.

Seltener besprechen die Therapeuten im Rückblick:

Enttäuschung von Erwartungen des Klienten 78 %  
Entwicklung der therapeutischen Beziehung 77 %  
Veränderung von Zielen seit Therapiebeginn 70 %  
Schwierigkeiten der therapeutischen Beziehung 64 %

\*Antwortkategorien: ja/nein; hier gezählt: ja Angaben

Die Angaben der Paare von Therapeuten und deren Klienten (N = 44) zu Bereichen des Rückblicks (s. Tabelle 19) stimmen im Hinblick auf das Gespräch über Veränderungen der Beschwerden und im Alltag des Klienten sowie in Bezug auf das Erleben der Therapiezeit weitgehend überein.

Tabelle 19: Themen des Rückblicks im Paarvergleich

Im gemeinsamen Rückblick werden besprochen		Klientenangaben		Gesamt	Ü %
Therapeutenangaben		ja	nein		
Veränderungen der Beschwerden seit Therapiebeginn	ja	29	1	31	93,5
	nein	1	0		
Veränderungen im Alltagsleben des Klienten	ja	27	1	31	93,5
	nein	1	2		
Erleben der Therapiezeit	ja	24	6	30	80,0
	nein	0	0		
Erfüllung von Erwartungen des Klienten	ja	18	7	26	69,3
	nein	1	0		
Schwierigkeiten, die sich nicht verändert haben	ja	17	7	28	64,3
	nein	3	1		
Entwicklung der therapeutischen Beziehung	ja	14	8	27	63,0
	nein	2	3		
Veränderung von Zielen seit Therapiebeginn	ja	14	2	27	63,0
	nein	8	3		
Enttäuschung von Erwartungen des Klienten	ja	12	1	26	57,5
	nein	10	3		
Schwierigkeiten der therapeutischen Beziehung	ja	6	10	27	44,5
	nein	5	6		

Angaben in absoluten Häufigkeiten (N = 44)

Deutlich niedriger sind die Übereinstimmungen, wenn es um den Rückblick auf Erwartungen des Klienten, auf Schwierigkeiten, die sich nicht verändert haben und auf die Entwicklung der therapeutischen Beziehung geht. Zu diesen Bereichen geben relativ viele Therapeuten an, sie im Rückblick besprochen zu haben, deren Klienten dieses verneinen.

Andererseits geben relativ viele Klienten an, dass die Veränderung ihrer Ziele sowie Enttäuschungen ihrer Erwartungen besprochen worden wären, deren Therapeuten dieses verneinen.

### **Diskussion:**

In drei Viertel der Paare ( $N = 44$ ) gehen Therapeuten davon aus, mit ihrem Klienten einen Rückblick auf die Therapie erarbeitet zu haben, deren Klienten dieses nicht so beschreiben. Selbst wenn Erinnerungsverzerrungen für dieses Ergebnis verantwortlich sind, bleibt die Frage, wie es zu diesen anscheinend systematischen Unterschieden der Erinnerung zwischen Therapeuten und deren Klienten kommt.

Klienten und ihre Therapeuten stimmen weitgehend darin überein, dass Aspekte, in denen es allgemein um den Therapieverlauf geht, wie Veränderungen von Beschwerden oder Erleben der Therapiezeit rückblickend besprochen wurden.

Auffällig sind die Bereiche, in denen sich die Angaben der Paare von Therapeuten und Klienten unterscheiden. Hier könnten die Angaben der Klienten so verstanden werden, dass ihre unveränderten Schwierigkeiten, ihre Erwartungen sowie die Entwicklung der therapeutischen Beziehung für sie *zu wenig* besprochen wurde. Ebenfalls könnte man dieses Ergebnis als Hinweis darauf verstehen, das über vieles nicht gesprochen worden ist, was die Klienten innerlich beschäftigt hat.

Interessant ist weiterhin, dass Klienten relativ häufiger als ihre Therapeuten angeben, dass ihre enttäuschten Erwartungen besprochen wurden. Sehr spekulativ könnte man hier auf Seiten der Therapeuten Enttäuschungen vermuten, die sie als unausgesprochene Enttäuschungen der Klienten projizieren.

Über diese Interpretationsmöglichkeiten hinaus weist das Ergebnis darauf hin, wie unterschiedlich Therapeuten und Klienten die Therapiesituation erleben und erinnern. Zunächst ein wenig überraschendes Ergebnis, das jedoch die Frage aufwirft, inwieweit es angemessen ist, Therapeuten und Klienten mit den selben Befragungs- oder Beobachtungskategorien zu untersuchen<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Zur Kritik an diesem Vorgehen in der psychotherapeutischen Prozessforschung siehe Buchholz & Streeck (1994, S. 72 ff.).

### 9.5.2 Themen der Abschlussphase

#### Fragestellungen:

- ⇒ Gibt es spezifische Gefühle und Themen, die von Therapeuten und Klienten in der Abschlussphase als bedeutsam beschrieben werden?

Ich nehme an, dass

... in der Sicht der Therapeuten Gefühle und Themen, die eher negativ getönt sind wie Trauer oder Wut, öfter als wichtig für die Abschlussphase beschrieben werden, als Gefühle wie Hoffnung, Selbstvertrauen oder Freude.

... in der Sicht von Klienten Gefühle und Themen, die eher positiv getönt sind, wie Hoffnung, Selbstvertrauen oder Freude bedeutsamer sind, als die negativ getönten Gefühle und Themen.

- ⇒ Gibt es Themen, die erst in der Abschlussphase wichtig werden?

Ich nehme an, dass sich diese Tendenz eher in längeren Therapien zeigt.

#### Themen und Gefühle während der Abschlussphase

Therapeuten und Klienten wurden mit Hilfe einer Liste von unterschiedlichen Themenbereichen<sup>48</sup> danach gefragt, welche Themen bzw. Gefühle im Therapieverlauf wichtig wurden, nachdem die Beendigung angesprochen worden war. Es handelt sich dabei um Themenbereiche, die in der Literatur häufig als relevant für die Abschlussphase erwähnt werden. Die Häufigkeiten, mit der einzelne Bereiche als wichtig in der Abschlussphase angegeben werden, sind Tabelle 20 zu entnehmen.

Insgesamt am Häufigsten werden nach konkreter Planung der Beendigung eher positive Aspekte wie Autonomie, Selbstvertrauen, Freude über Therapieergebnisse sowie Hoffnung und Optimismus wichtig. Über die Hälfte der Therapeuten (N = 111) geben weiterhin an, dass Themen wie Befürchtungen für die Zeit nach der Therapie, Trennungserfahrungen, Verlust des Therapeuten sowie Gefühle von Trauer und Abhängigkeit in der Abschlussphase wichtig werden. Enttäuschungen und die Problematik von Rückfällen sind in rund einem Drittel der Fälle wichtige Themen der Abschlussphase.

---

<sup>48</sup> Siehe Anhang D: Schriftliche Befragung, Therapeutenbogen, S. 217

Tabelle 20: Angaben von Therapeuten und Klienten zu Themen im Abschlussprozess

wichtige Themen und Gefühle nach konkreter Abschlussplanung	Therapeuten (N = 111)	Klienten (N = 60)
Autonomie	85,2 %	63,8 %
Selbstvertrauen	85,2 %	72,4 %
Freude	82,4 %	96,6 %
Hoffnung, Optimismus	74,1 %	74,1 %
Befürchtungen	63,0 %	50,0 %
Trauer	57,4 %	41,4 %
Trennungserfahrungen	55,6 %	50,0 %
Verlust von Therapeut	52,8 %	50,0 %
Abhängigkeit	50,9 %	32,8 %
Verlassenheit	42,9 %	29,3 %
Ärger, Wut	37,0 %	22,4 %
Enttäuschung	34,3 %	13,8 %
Rückfall	26,9 %	24,1 %
Finanzierungsende	25,9 %	20,7 %
Regression	22,2 %	34,5 %
Angst vor Sterben	14,8 %	10,3 %
Therapieabbruch	13,0 %	3,4 %
Neue Beschwerden	11,1 %	6,9 %

Angaben als prozentuale Häufigkeiten von Ja-Antworten

### Diskussion:

Dieses Ergebnis überrascht insofern, als positive Aspekte der Beendigung in der Literatur zum Therapieende kaum diskutiert werden. Man könnte dies als einen Hinweis darauf interpretieren, dass Therapeuten belastende Themen während der Abschlussphase vernachlässigen beziehungsweise ausklammern. Dagegen spricht allerdings, dass die eher problemorientierten Themen zwar etwas seltener, jedoch insgesamt recht häufig von den Therapeuten als wichtig genannt werden. Möglicherweise spricht dieses Ergebnis mehr dafür, dass die Beschäftigung mit dem Therapieende in der Literatur zu einseitig beeinflusst ist durch eine Konzeptualisierung im Sinne von Beendigung als Verlust, während Konzepte von Beendigung als Übergang und Anlass zur Freude in der Praxis langjährig erfahrener Therapeuten überwiegen.

### Vergleich der Paare von Therapeuten und Klienten:

Im direkten Vergleich der Paare von Therapeuten und deren Klienten (N = 44) zeigen sich unterschiedliche Übereinstimmungen. Weitgehend übereinstimmend werden Freude (Ü 92,9 %) und Selbstvertrauen (Ü 79,5 %) als wichtige Themen der Abschlussphase genannt. Ebenso gewinnen frühere Trennungserfahrungen (Ü 78,1 %) und neue Beschwerden (Ü 71,4 %) für Therapeuten und deren Klienten an Bedeutung. Teilweise übereinstimmend geben die Paare an, dass z. B. Rückfälle (Ü 70,0 %), Enttäuschung (Ü 70,0 %), Optimismus (Ü 64,1 %) oder Ärger und Wut (Ü 62,6 %) nach konkreter Planung der Beendigung nicht besonders bedeutsam wurden. Im Hinblick auf

Autonomie, Befürchtungen, Trauer und Verlust vom Therapeuten sind liegen die Übereinstimmungen zwischen Therapeuten und Klienten bei rund 60 %<sup>49</sup>.

### **Diskussion:**

Therapeuten und Klienten sind sich weitgehend einig, dass in der Abschlussphase die Freude über Erreichtes, Selbstvertrauen und Hoffnung wichtig werden. Positive Aspekte der Beendigung werden damit sowohl insgesamt am häufigsten (s. Tabelle 20) als auch von Therapeuten und deren Klienten weitgehend übereinstimmend als wesentliche Themen während der Beendigung genannt. Wie bereits gesagt, widersprechen diese Ergebnisse einer einseitigen Konzeptualisierung von ‚Beendigung als Verlust‘, wie sie in der Literatur überwiegend zu finden ist.

Gleichfalls übereinstimmend werden Trennungserfahrungen und neue Beschwerden von Therapeuten und deren Klienten als bedeutsame Themen genannt. Dieses Ergebnis stützt Befunde aus der Literaturanalyse, nach denen während der Abschlussphase frühere Trennungserfahrungen aktualisiert werden können.

Neue Beschwerden scheinen zwar insgesamt (s. Tabelle 20) selten aufzutreten, sie werden jedoch gegebenenfalls von Therapeuten wie deren Klienten übereinstimmend als wichtig wahrgenommen.

Eine Interpretation der Bereiche, die von Therapeuten und deren Klienten wenig übereinstimmend beurteilt wurde, ist schwierig. Leider wurde mir erst während der Auswertung deutlich, dass die Frage nach Themen und Gefühlen im Abschlussprozess nicht präzise genug formuliert worden war. Die Frage danach, was in der Abschlussphase ‚wichtig‘ geworden ist, lässt offen, ob ein innerer Prozess gemeint ist, oder ob sich die Frage auf die verbale Kommunikation zwischen Therapeut und Klient bezieht. Zudem könnten Unterschiede zwischen Therapeuten und Klienten dadurch entstehen, dass die genannten Bereiche von Therapeuten und psychologischen Laien unterschiedlich aufgefasst werden.

### **Die Abschlussphase als auslösender Moment für bedeutsame Themen**

36,9 % der Therapeuten (N = 111) geben an, dass es bedeutsame Themen gab, die erst in der Abschlussphase wichtig geworden sind.

Die Angaben der Paare von Therapeuten und deren Klienten (N = 44) stimmen zu 62,8 % überein (s. Tabelle 21).

Ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Länge von Therapien und dem Auftauchen neuer wichtiger Themen in der Abschlussphase besteht nicht.

---

<sup>49</sup> Einzelstatistiken im Anhang A: Statistiken, S. 184



Tabelle 21: Abschlussphase als Auslöser für wichtige Themen

Wichtige Themen wurden erst in der Abschlussphase angesprochen	Klientenangaben		Gesamt	Ü %
	ja	nein		
Therapeutenangaben	7	10	43	62,8
	6	20		

Angaben als absolute Häufigkeiten (N = 44)

### Diskussion:

Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass in über einem Drittel der Therapien einige wichtige Themen erst während der Abschlussphase mobilisiert werden. Die Vermutung, dies sei eher in längeren Therapien der Fall, muss zurückgewiesen werden.

### 9.5.3 Abschlussprozesse in erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapien

#### Fragestellung:

- ⇨ Unterschieden sich Abschlussprozesse erfolgreicher Therapien von denen weniger erfolgreicher Therapien?

#### Ergebnis:

Die Frage nach Unterschieden von Abschlussprozessen in erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapien kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten nicht sinnvoll untersucht werden, da es sich zum größten Teil um sowohl von den Klienten als auch von den Therapeuten als erfolgreich eingeschätzte Therapien handelt.

### 9.5.4 Katamnestische Gespräche

#### Fragestellung:

- ⇨ In welchem Umfang planen Therapeuten katamnestische Gespräche mit ihren Klienten?

#### Ergebnis:

Nach den Angaben der Therapeuten (N = 111) wird in Bezug auf katamnestische Gespräche folgendes abgesprochen:

Klientin meldet sich	26,1 %
fester Termin vereinbart	9,0 %
Termin bei Bedarf	10,8 %
Vereinbarung geplant	14,4 %
nichts vereinbart	39,6 %

**Diskussion:**

Am Auffälligsten an diesem Ergebnis ist, dass in nur 9 % der Therapien ein fester Termin für ein Nachgespräch und in 40 % der Therapien nichts vereinbart worden ist. Katamnestische Gespräche gehören demnach nicht zum Standard psychotherapeutischer Tätigkeit außerhalb von Forschungsprojekten. Damit wird der Charakter eines Eingeständnisses von ‚unnormalem Verhalten‘ der Therapeuten im Interview verständlicher. Gespräche mit Klienten nach Abschluss der Therapie scheinen tatsächlich eher unüblich zu sein.

Dies könnte verschiedene Gründe haben. Es könnte sein, dass Therapeuten die Verabredung von Nachgesprächen als Eingeständnis ihrer Unsicherheit über ein Andauern der Therapieergebnisse sehen und deshalb darauf verzichten. Vielleicht sind sie unsicher darüber, ob es ‚nur‘ ihr eigenes Bedürfnis ist, über weitere Entwicklungen des Klienten informiert zu werden, so dass sie sich ‚therapeutengemäß‘ zurückhalten.

Therapeuten schützen sich so einerseits davor, mit ‚Misserfolgen‘ ihrer Arbeit konfrontiert zu werden, vergeben jedoch ebenfalls die Chance, ‚Erfolge‘ deutlicher zu erfahren, als es bei Abschluss von Therapien möglich ist. Hier liegt eine Gefahr für Therapeuten, da die Belastungsforschung in Bezug auf berufliche Belastungen (burn-out) gezeigt hat, dass die fehlende Rückmeldung über Erfolge in der Arbeit ein wichtiger Belastungsfaktor ist Nimoth & Ahrens (1999).

Da zudem Untersuchungen auf die Bedeutung von katamnestischen Gesprächen für die langfristige Effektivität von Therapien hinweisen (s. Holmes, 1997), scheint es notwendig, den Umgang mit katamnestischen Gesprächen sowohl empirisch differenziert zu untersuchen, als auch praktisch z. B. in die Psychotherapieausbildung einzubeziehen.

## **9.6 Änderungen im Therapieprozess und in der therapeutischen Beziehung**

**Fragestellung:**

- ⇒ Wird die Abschlussphase von konkreten Therapien von Therapeuten und Klienten deutlich als eine spezifische Phase des Therapieprozesses beschrieben, die durch charakteristische Veränderungen des therapeutischen Prozesses und der Arbeitsbeziehung gekennzeichnet ist?

Gefragt wird nach Bereichen, die in der Literatur sowie auch in den vorbereitenden Interviews als Bereiche von Veränderungen der Therapie im Abschlussprozess häufig genannt werden:

Veränderungen im Verlauf: schwieriger, leichter, intensiver?

Veränderungen in der Beziehung: konfliktreicher, gleichberechtigter, Klient aktiver?

### Ergebnisse:

Bei diesen Fragen fehlen insgesamt die Angaben relativ vieler Therapeuten (15 % - 20 %) <sup>50</sup>. Auf eine weitergehende Analyse von Zusammenhängen mit anderen Angaben wird wegen dieser Häufigkeit fehlender Angaben verzichtet.

Die Angaben zu Veränderungen im Therapieverlauf sind in Tabelle 22 zusammengefasst:

*Tabelle 22: Veränderungen im Therapieverlauf*

	Ja	Nein	$\chi^2$
Prozess schwieriger	19,6 %	80,4 %	**
Prozess leichter	46,7 %	53,3 %	n.s.
Prozess intensiver	43,0 %	57,0 %	n.s.

N = 111, \*\* sign. p < .001

Am deutlichsten wird von den Therapeuten zurückgewiesen, dass der Therapieprozess während der Beendigung schwieriger wird. Weder wird der Prozess als überwiegend leichter noch als intensiver werdend beschrieben.

Die Angaben zu Veränderungen in der therapeutischen Beziehung sind in Tabelle 23 zusammengefasst:

*Tabelle 23: Veränderungen in der therapeutischen Beziehung*

	Ja	Nein	$\chi^2$
Beziehung gleichberechtigter	69,8 %	30,2 %	**
Klient aktiver	63,5 %	36,5 %	*
Beziehung konfliktreicher	24,4 %	75,6 %	**

N = 111, \*\* sign. p < .001, \* sign. p < .05

Einzelstatistiken im Anhang A Statistiken, S. 186

Betrachtet man die Angaben zu den Veränderungen im Therapieverlauf, geben Therapeuten am Häufigsten an, dass die Beziehung gleichberechtigter geworden ist. Sehr oft werden die Klienten als aktiver am Therapieprozess beteiligt beschrieben. Selten entwickelt sich die therapeutische Beziehung konfliktreicher.

### Diskussion:

Die Verweigerungsquote bei den Fragen zum Therapieverlauf und zur therapeutischen Beziehung in der Abschlussphase liegt relativ hoch. Möglicherweise waren die Fragen zu allgemein formuliert. Es könnte jedoch ebenso sein, dass die Frage nach Konflikten

<sup>50</sup> Einzelstatistiken im Anhang A: Statistiken, S. 185

oder Schwierigkeiten Bereiche anspricht, zu denen manche Therapeuten keine Auskunft geben wollten. Insgesamt schränkt die Verweigerungsquote die Aussagekraft der Ergebnisse ein.

In den Berichten der Therapeuten, die antworten, sind deutliche Tendenzen zu sehen. Insgesamt wird die Phase der Therapiebeendigung als eine Zeit der Therapie beschrieben, in der sich einiges verändert, vor allem im Hinblick auf die therapeutische Arbeitsbeziehung. Während der Beendigung entwickelt sich eher eine gleichberechtigte Arbeitsbeziehung und die Klienten werden aktiver. Diese Veränderungen widersprechen allerdings dem Eindruck, den man aus der Literatur gewinnen kann, dass nämlich in der Abschlussphase der Therapieprozess eher schwieriger und die therapeutische Beziehung eher konfliktreicher werden.

Insgesamt entspricht dieses Ergebnis mit den oben erwähnten Einschränkungen für die Hypothese, dass die Zeit der Beendigung einer Therapie durch vielfältige Veränderungen im Therapieverlauf und in der therapeutischen Beziehung gekennzeichnet ist.

#### **9.6.1 Zusammenhänge der Veränderungen im Prozess und in der Beziehung**

Nach Berechnung der Summenwerte von Veränderungen für die Fragen zum Verlauf und zur Beziehung insgesamt<sup>51</sup> wird der Zusammenhang zwischen den Veränderungen der Beziehung und im Therapieprozess untersucht.

Insgesamt besteht ein starker Zusammenhang zwischen der Intensität von Veränderungen im Therapieverlauf und in der therapeutischen Beziehung ( $\Phi = .40$ ,  $\chi^2$  sign.  $p < .05$ )

Weiterhin wird untersucht, welche Faktoren in Beziehung damit stehen, ob der Therapieverlauf schwieriger wird beziehungsweise ob der Prozess intensiver wird.

Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer stärkeren Aktivität der Klienten und einer Intensivierung des Therapieprozesses (s. Bild 7).

#### **Diskussion:**

Dieses Ergebnis erscheint auf den ersten Blick trivial. Es weist gleichwohl deutlich darauf hin, dass eine Definition von Psychotherapie als ‚Anwendung von Methoden auf Klienten‘ zu kurz greift, da die Aktivität von Klienten im Prozess therapeutischer Kommunikation ein nicht zu vernachlässigendes Gestaltungspotential darstellt.

---

<sup>51</sup> Einzelangaben im Anhang A: Statistiken, S. 187

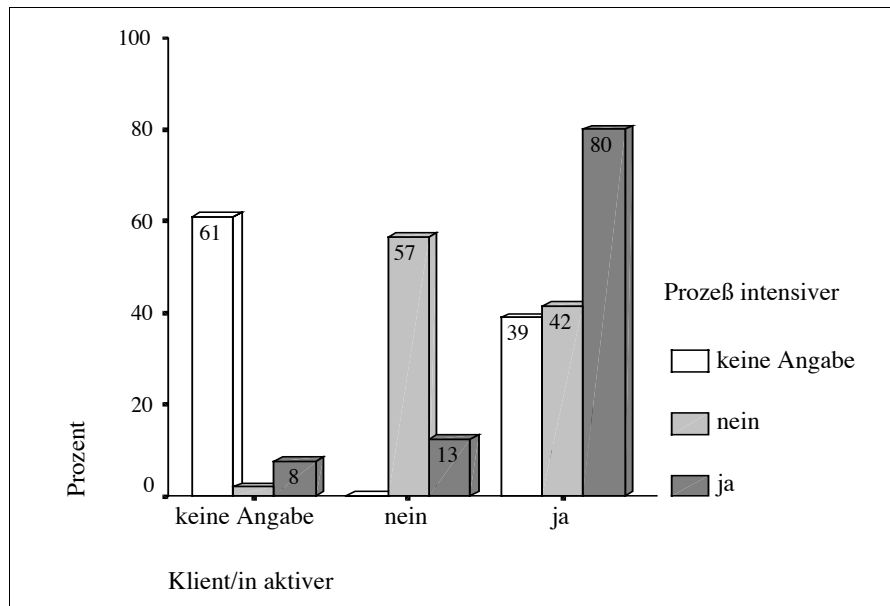


Bild 7: Zusammenhang von Aktivität der Klienten und Prozessintensivierung in der Abschlussphase  
 Statistischer Zusammenhang:  $\Phi .76$ ,  $\chi^2$  sign.  $p < .001$

Im nächsten Abschnitt werden die Berichte der Therapeuten über Änderungen des therapeutischen Kommunikationsverhaltens im Abschlussprozess untersucht.

## 9.7 Veränderungen des therapeutischen Kommunikationsverhaltens

### Fragestellungen:

- ⇒ Wird die Abschlussphase von konkreten Therapien von Therapeuten und Klienten deutlich als eine spezifische Phase des Therapieprozesses beschrieben, die durch charakteristische Veränderungen des therapeutischen Verhaltens gekennzeichnet ist?

Um zu erfahren, ob und in welchem Ausmaß Therapeuten ihr Verhalten verändern, werden sie danach gefragt, ob sie mehr als vorher im Abschlussprozess:

- ... persönliche Erfahrungen einbrachten;
- ... ihre Sicht der Beziehungsgeschichte einbrachten;
- ... die Sicht der Beziehungsgeschichte des Klienten ansprachen;
- ... wichtige Themen von sich aus ansprachen;
- ... Themen und Wünsche der/s Klientin/en berücksichtigten;
- ... direkte Rückmeldungen gaben;
- ... auf den Transfer von Gelerntem in den Alltag achteten.

- ⇒ Stimmen Klienten und deren Therapeuten in ihren Berichten über Veränderungen in der Abschlussphase überein?
- ⇒ Unterscheiden sich Therapeuten verschiedener theoretischer Orientierungen in Hinblick auf Veränderungen ihres therapeutischen Verhaltens während der Beendigung?

### 9.7.1 Itemanalyse

In einem ersten Schritt soll geprüft werden, ob die Fragen zu Veränderungen des therapeutischen Verhaltens als konsistente Skala betrachtet werden können.

Für die Schätzung der Reliabilität wird die Methode der inneren Konsistenz nach Cronbachs  $\alpha$  angewandt. Grundlage der Analyse sind die Angaben von Therapeuten und Klienten ( $N = 171$ ).

Die Itemanalyse<sup>52</sup> ergibt ein Alpha von 0,81, die Trennschärfekoeffizienten liegen zwischen .42 und .69, so dass im Hinblick auf die Kürze der Skala von einem zufriedenstellenden Ergebnis ausgegangen werden kann. Für die weitere Analyse werden jeweils die Summenwerte der einzelnen Befragten für die gesamte Skala als Maß für die Intensität der Veränderungen des therapeutischen Verhaltens berechnet.

### 9.7.2 Therapeutenangaben zu Veränderungen des therapeutischen Verhaltens

Im ersten Auswertungsschritt wird ausgezählt, für wie viele der Fragen die Therapeuten insgesamt Verhaltensänderungen angeben<sup>53</sup>, ohne die Intensität der Veränderung einzubeziehen.

Im Durchschnitt verändern die Therapeuten ihr Verhalten in 5 bis 6 von 7 der angesprochenen Aspekte, während der Median bei 7 Aspekten liegt. Danach verändern rund 50 % der Therapeuten ihr Verhalten in der Abschlussphase in allen angesprochenen Aspekten. 9 % geben keine Veränderungen ihres Verhaltens an.

In einem weiteren Auswertungsschritt werden die Angaben der Therapeuten<sup>54</sup> unter Einbeziehung der Intensität der Veränderungen des therapeutischen Verhaltens zusammengefasst (s. Tabelle 24).

Über die Hälfte der Therapeuten ( $N = 111$ ) geben ihren Klienten mehr als vorher direkte Rückmeldungen, achten mehr als vorher auf den Transfer von Gelerntem in den Alltag und berücksichtigen mehr als vorher Themen und Wünsche ihres Klienten. Fast 50 % sprechen wichtige Themen mehr von sich aus an und rund 40 % der Therapeuten sprechen sowohl ihre eigene als auch die Sicht ihres Klienten der gemeinsamen Beziehungsgeschichte an. 21,6 % der Therapeuten bringen mehr als vorher persönliche Erfahrungen in den Abschlussprozess ein.

---

<sup>52</sup> Einzelergebnisse im Anhang A: Statistiken, S. 188

<sup>53</sup> Antwortkategorien: trifft nicht zu, trifft wenig zu, trifft mittelmäßig zu, trifft ziemlich zu, trifft sehr zu  
hier gezählt: alle Angaben außer der Kategorie ‚trifft nicht zu‘  
Einzelergebnisse im Anhang A: Statistiken, S. 191 ff

<sup>54</sup> Einzelangaben im Anhang A: Statistiken, S. 189 ff.

Tabelle 24: Veränderungen des therapeutischen Verhaltens im Abschlussprozess

Mehr direkte Rückmeldungen gegeben	63,0 %
Mehr auf Transfer in den Alltag geachtet	55,8 %
Mehr Themen und Wünsche von Klient berücksichtigt	54,9 %
Wichtige Themen mehr von sich aus angesprochen	49,4 %
Mehr die eigene Sicht der Beziehung angesprochen	43,2 %
Mehr die Sicht des Klienten von Beziehung angesprochen	38,7 %
Mehr persönliche Erfahrungen eingebracht	21,6 %

N = 111, Antwortkategorien: trifft nicht zu, trifft wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr zu  
hier gezählt:  $\Sigma$  trifft ziemlich zu, trifft sehr zu

### Diskussion:

Bei der Interpretation dieser Angaben muss berücksichtigt werden, dass nach Veränderungen in der Abschlussphase gefragt wird. Aus den Antworten sind keine Rückschlüsse auf therapeutisches Verhalten in der Abschlussphase an sich möglich. So kann die Angabe, während der Abschlussphase nichts zu ändern, beispielsweise bedeuten, dass Therapeuten bereits während der gesamten Therapie direkte Rückmeldungen geben, als auch, dass sie sich durchgängig bis zum Ende der Therapie eher abstinenter verhalten.

Insgesamt bestätigen die Berichte der Therapeuten allerdings die Annahme, dass die Abschlussphase gekennzeichnet ist durch Veränderungen des therapeutischen Verhaltens. Man könnte das dahingehend interpretieren, dass langjährig erfahrene Therapeuten Konzepte oder subjektive Theorien darüber entwickeln, dass es günstig ist, in der Phase der Beendigung einer Therapie ihr therapeutisches Verhalten zu verändern.

Als einziger Bereich fällt die Frage nach einem vermehrten Einbringen persönlicher Erfahrungen aus der Tendenz von Verhaltensänderungen im Abschlussprozess heraus. Hier geben rund 20 % der Therapeuten an, mehr Persönliches zu kommunizieren, während ebenso rund 20 % angeben nicht mehr als vorher Persönliches mitzuteilen.

Dieses Ergebnis könnte darauf zurückzuführen sein, dass Therapeuten sich darin unterscheiden, ob sie im Laufe von Therapien überhaupt Persönliches mitteilen, so dass sich daran im Abschlussprozess wenig verändert.

Insgesamt scheinen Veränderungen des therapeutischen Verhaltens in der Abschlussphase von Therapien recht häufig aufzutreten. Therapeuten unterscheiden sich allerdings in ihrem Kommunikationsstil: Es gibt eine Gruppe, die in dieser Therapiephase mehr als vorher von sich persönlich berichtet. Eine andere Gruppe verändert ihr Verhalten nicht, sei es dass sie während der gesamten Therapie einen aktiveren und persönlicheren Kommunikationsstil pflegten oder bis zum Ende sich relativ abstinenter verhalten.

Über die Auswirkungen dieser unterschiedlichen Kommunikationsstile auf Klienten ist wenig bekannt, die Auswirkungen von Veränderungen in der Abschlussphase sind unerforscht. Was bedeuten Veränderungen zu einem aktiveren, direkteren oder persönlicheren Kommunikationsstil während der Beendigung für Klienten? Fühlen sie sich gleichberechtigt akzeptiert, nehmen z. B. Wünsche nach einer über die Therapie hinaus andauernden Freundschaft dadurch zu, oder wird der Transfer dadurch unterstützt? Gibt es Regeln und Grenzen persönlicherer Mitteilungen während der Beendigung oder wie wären diese zu definieren? Wichtige Fragen, um begründetere Entscheidungen treffen zu können.

### **9.7.3 Veränderungen im Vergleich der Angaben von Therapeuten und Klienten**

Um zu prüfen, ob ein Zusammenhang zwischen den Angaben von Therapeuten und Klienten zu einem veränderten therapeutischen Verhalten in der Abschlussphase besteht, werden folgende Auswertungsschritte unternommen:

1. Berechnung eines Gesamtwertes für Veränderungen: Summe der einzelnen Itemwerte für jeden Therapeuten und seinen Klienten (N = 44)
2. Aufteilung der Gruppen von Therapeuten und Klienten  
in jeweils zwei Untergruppen oberhalb und unterhalb des Medians:  
weniger Veränderungen = Werte unterhalb des Medians  
deutliche Veränderungen = Werte oberhalb des Medians

Die Paare von Therapeuten und deren Klienten (N = 44) stimmen im Hinblick auf Veränderungen im therapeutischen Verhalten zu 61,3 % überein.<sup>55</sup>

Auf der Ebene der Einzelitems sind ebenfalls keine deutlichen Übereinstimmungen der Angaben von Therapeuten und Klienten festzustellen.

### **Diskussion:**

Die unterschiedlichen Beschreibungen von Therapeuten und Klienten über ihren gemeinsamen Prozess entsprechen den Ergebnissen anderer Untersuchungen, in denen ebenfalls wenig Übereinstimmungen gefunden wurden (s. Ambühl, 1993; Rudolf et al., 1988).

Dieses Ergebnis weist insgesamt auf die Notwendigkeit hin, Therapieprozesse nicht nur aus der Perspektive von Therapeuten, sondern eben auch aus der von Klienten zu untersuchen. Für die Abschlussphase wäre es z. B. denkbar, Tiefeninterviews mit Klienten zu führen, oder einige Therapiestunden dieser Zeit gemeinsam anzusehen und dann zu protokollieren, was die Klienten dazu über ihren inneren Prozess berichten können.

Befragungen während der Beendigung erscheinen mir weniger geeignet. Inwieweit reflektierende Befragungen im Laufe von Therapien therapeutische Prozesse beeinflussen,

---

<sup>55</sup> Einzelangaben im Anhang A: Statistiken, S. 199



ist weitgehend unbekannt und nur schwer empirisch fassbar. Überlegungen im Hinblick auf die Veränderungen des Beobachteten durch die Beobachtung sind allerdings notwendig, weil davon auszugehen ist, dass therapiebegleitende Befragungen den Therapieprozess erheblich beeinflussen (s. Jaeggi, 1994). Es ist zumindest schwer vorstellbar, dass ein Fragebogen nach jeder Therapiestunde, in dem Klienten nach Erfahrungen gefragt werden, keinen Einfluss auf die jeweils nächste Stunde hat.

#### 9.7.4 Veränderungen im Zusammenhang mit der therapeutischen Orientierung

Um zu prüfen, ob ein Zusammenhang zwischen der therapeutischen Orientierung und einem veränderten therapeutischen Verhalten in der Abschlussphase besteht, werden folgende Auswertungsschritte unternommen:

1. Berechnung eines Gesamtwertes für Veränderungen:  
Summe der einzelnen Itemwerte für jeden Therapeuten (N = 111)
2. Aufteilung in zwei Gruppen oberhalb und unterhalb des Medians:  
weniger Veränderungen = Werte unterhalb des Medians  
deutliche Veränderungen = Werte oberhalb des Medians

Die Zusammenhänge von therapeutischer Orientierung und Ausmaß der Veränderungen im Abschlussprozess sind in Bild 8 dargestellt.

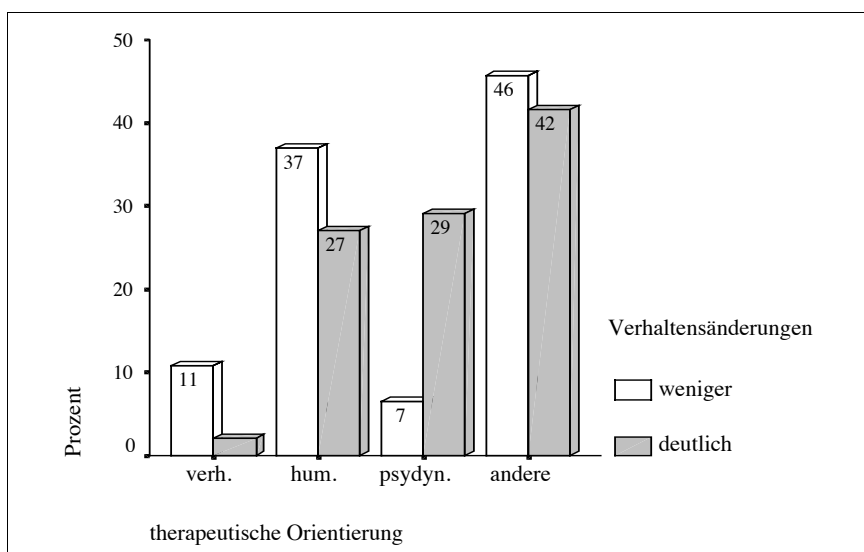


Bild 8: Zusammenhang von Änderungen des therapeutischen Verhaltens und Therapierichtung  
N = 111, ausgewertet  $\Sigma$  der Verhaltensänderungen (s.o.)  
verh. = verhaltenstherapeutisch, hum = humanistisch, psydyn. = psychodynamisch

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der therapeutischen Orientierung und dem Ausmaß von Veränderungen zeigt sich für die Gesamtgruppe nicht (Mann-Whitney U-Test n.s.). Allerdings besteht eine Tendenz von psychodynamisch orientierten Therapeuten, in der Abschlussphase, ihr Verhalten deutlich zu verändern (Einzelprüfung dieser Gruppe:  $\chi^2$  sign.  $p < .05$ )

Da sich die therapeutische Orientierung bisher als wenig aussagekräftig gezeigt hat, soll weitergehend geprüft werden, ob ein Zusammenhang besteht zwischen der ersten therapeutischen Ausbildung und dem Ausmaß von Veränderungen therapeutischen Verhaltens in der Abschlussphase.

### Abgeleitete Hypothese:

- ⇒ Es besteht ein Zusammenhang zwischen der ersten therapeutischen Ausbildung und Veränderungen des therapeutischen Verhaltens in der Abschlussphase.

### Ergebnis:

Das Ergebnis der statistischen Prüfung dieser Hypothese ist in Bild 9 zusammengefasst:

Es zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen der ersten therapeutischen Ausbildung und Verhaltensänderungen in der Abschlussphase in der Richtung, dass Therapeuten, die als erste Ausbildung eine humanistische (Gesprächspsychotherapie oder Gestalttherapie) gewählt haben, am häufigsten ihr Verhalten in der Abschlussphase in Richtung auf eine direktere und persönlichere Kommunikation verändern. Andererseits verändern diejenigen Therapeuten ihr therapeutisches Kommunikationsverhalten deutlich seltener, die als erste Ausbildung eine verhaltenstherapeutische wählten.

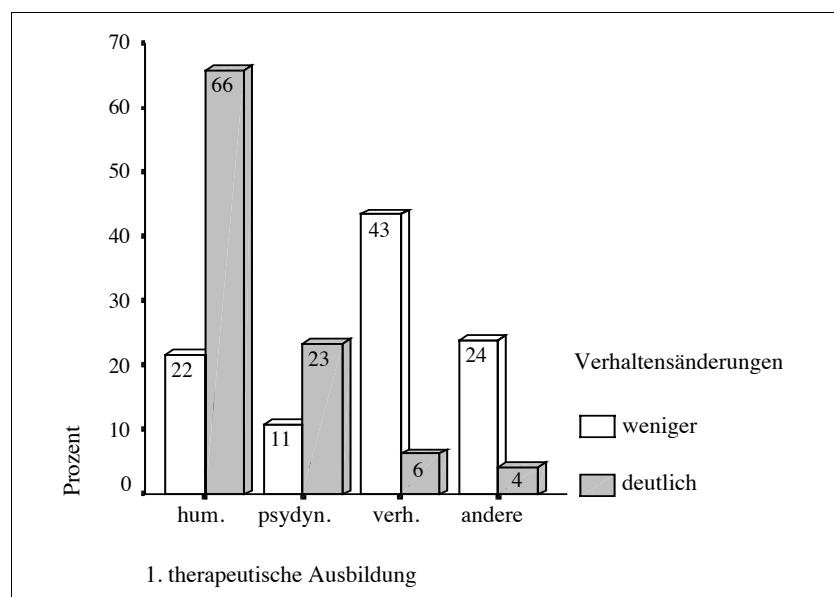


Bild 9: Zusammenhang von Verhaltensänderungen und 1. therapeutischer Ausbildung

*N = 111, ausgewertet  $\Sigma$  der Verhaltensänderungen*

*Zusammenhang:  $c .51$ ,  $\chi^2$  sign.  $p < .001$ , Einzelangaben im Anhang A: Statistiken, S.192*

*hum. = humanistisch, psydyn. = psychodynamisch, verh. = verhaltenstherapeutisch,*

Die Paare von Therapeuten und deren Klienten ( $N = 44$ ) stimmen zu 61,3 % in ihren Angaben über Verhaltensänderungen des Therapeuten überein (s. Tabelle 25).

Tabelle 25: Angaben zu Änderungen des therapeutischen Verhaltens im Paarvergleich

Verhaltensänderungen des Therapeuten in der Abschlussphase		Klientenangaben		Gesamt	Ü %
		weniger	deutlich		
Therapeutenangaben	weniger	10	4	31	61,3
	deutlich	8	9		

Angaben in absoluten Häufigkeiten (N = 44)

### Diskussion:

Einschränkend sei noch einmal darauf hingewiesen, dass nach Veränderungen des Verhaltens der Therapeuten gefragt wird, so dass Rückschlüsse auf deren Verhalten während der Behandlungsphase auf dieser Grundlage nicht möglich sind.

In erster Ausbildung humanistisch (gesprächspsychotherapeutisch, gestalttherapeutisch) und psychodynamisch (psychoanalytisch und tiefenpsychologisch) ausgebildete Therapeuten verändern ihr Verhalten in weit stärkerem Ausmaß als verhaltenstherapeutisch ausgebildete Therapeuten in Richtung auf einen persönlicheren und direkteren Kommunikationsstil in der Abschlussphase.

Ob man aus diesem Ergebnis den Schluss ziehen kann, dass die erste therapeutische Ausbildung zu spezifischem Verhalten in der Abschlussphase führt, kann hier nicht entschieden werden. Der Zusammenhang könnte ebenso auf einen Zusammenhang zwischen persönlichen Therapeutenvariablen und ihrer Attraktion zu bestimmten therapeutischen Ausbildungen zurückzuführen sein.

Da weiterhin die Übereinstimmung der Angaben von Therapeuten und deren Klienten zu therapeutischen Verhaltensänderungen relativ niedrig ist, weist dieses Ergebnis möglicherweise auf eine therapiekonsistente Selbstbeschreibung von Therapeuten hin. Um diese Zusammenhänge genauer zu untersuchen, wäre die Auswertung von Therapiedokumentationen konkreter Therapien erfahrener Therapeuten unterschiedlicher Richtungen erforderlich.

### 9.7.5 Veränderungen im Zusammenhang mit Störungsbildern

#### Fragestellung:

- ⇨ Gibt es Zusammenhänge zwischen Störungsbildern der Klienten (Diagnosen) und Veränderungen des therapeutischen Prozesses, der therapeutischen Arbeitsbeziehung und des therapeutischen Verhaltens.

Bevor diese Fragestellung untersucht wird, sollen kurz die Merkmale der Klientenstichprobe in Bezug auf diagnostische Kriterien beschrieben werden.

#### Verteilung der Diagnosen in der Klientenstichprobe

Gefragt wurde nach der Diagnose sowie nach der ICD 10 Codierung. In den Fällen, in denen nur eine Diagnose ohne Codierung angegeben war, wurde die Codierung nach

dem ICD 10 von mir vorgenommen. Angaben, die nicht eindeutig einzuordnen waren, wurden dabei als fehlend codiert. Angaben zur Diagnose liegen von 87 % der Therapeuten vor. Die Häufigkeiten der einzelnen Diagnosegruppen sind in Tabelle 26 dargestellt.

*Tabelle 26: Häufigkeiten der Diagnosegruppen (ICD 10)*

Diagnosen	ICD 10	N	Prozent
Neurot., Belast.- und somatof. Störungen	F 4.x	44	45,8
Affektive Störungen	F 3.x	34	35,4
Persönlichkeitsstörungen	F 6.x	11	11,5
Essstörungen	F 5.x	3	3,1
Sucht	F 1.x	2	2,1
Schizophrenie	F 2.x	2	2,1

Allgemeine statistische Angaben zur diagnostischen Einteilung von ambulanten Psychotherapien liegen nicht vor. Ein Vergleich der Verteilung der Diagnosen mit Ergebnissen anderer Feldstudien ist schwer möglich, da die verwandten Diagnoseschemata zum Teil nicht vergleichbar sind. Annähernd vergleichbare Einteilungen wurden in den Studien von Strauß et al. (1991) und Driessen et al. (1996) vorgenommen. Ein Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit diesen Studien in Tabelle 27 zeigt ähnliche Häufigkeiten der Diagnosegruppen.

*Tabelle 27: Studienvergleich – Prozentuale Verteilung der Diagnosen*

Diagnosen	Strauß et al.	Driessen et al.	vorl. Studie
N	150	585	96
Neurot., reakt. Störungen	52,8	77,1	
Neurot., Belast. & somatof. Stör.			45,8
Funktionelle Störungen	27,6	25,4	
Affektive Störungen			35,4
Persönlichkeitsstörungen	16,8	14,5	11,5
Essstörungen	11,2		3,1
Sucht	2,7	2,3	2,1
Schizophrenie	3,7	1,3	2,1

### **Ergebnis:**

Eine statistische Prüfung der Zusammenhänge von Veränderungen des therapeutischen Prozesses mit diagnostischen Gruppen (ICD10) nach neurotischen Störungen und affektiven Störungen ergibt keinen statistisch signifikanten Zusammenhang.

**Diskussion:**

Dieses Ergebnis könnte damit zu begründen sein, dass die hier genutzte grobe ICD Klassifikation nicht ausreichend differenziert. Allerdings entspricht dieses Ergebnis einer Tendenz anderer Untersuchungen, in denen sich ebenfalls zeigte, dass Klientenvariablen allein nur 8 - 9 % der Varianz von Therapieergebnissen vorherzusagen gestatten (s. Luborsky & Crits Christoph, 1988; Kächele & Fiedler, 1985, zit. n. Buchholz & Streeck (1994).

**9.8 Arbeitsbeziehung und Beendigung****Fragestellungen:**

- ⇨ Besteht ein Zusammenhang in den Berichten von Klienten zwischen der Arbeitsbeziehung und der Vorbereitung auf die Beendigung?
- ⇨ Besteht ein Zusammenhang zwischen der Arbeitsbeziehung und Veränderungen im Abschlussprozess?

**9.8.1 Itemanalyse der Fragen zur Arbeitsbeziehung**

In einem ersten Schritt wird geprüft, ob die Fragen zur Arbeitsbeziehung als konsistente Skala betrachtet werden können.

Für die Schätzung der Reliabilität wird die Methode der inneren Konsistenz nach Cronbachs  $\alpha$  angewandt. Grundlage der Analyse sind die Angaben aller Klienten ( $N = 60$ ).

Die Itemanalyse<sup>56</sup> ergibt ein Alpha von 0,65, die Trennschärfekoeffizienten liegen zwischen .04 und .57. Nach einer Itemkorrektur, bei der Items mit Trennschärfekoeffizienten unter .30 ausgeschlossen werden, ergibt sich ein Alpha von 0,74, dass im Hinblick auf die Kürze der Skala als zufriedenstellendes Ergebnis betrachtet werden kann.

Eine Prüfung der Häufigkeitsverteilungen der Angaben zu den Einzelitems zeigt allerdings insgesamt sehr niedrige Schwierigkeitsindices für diese Stichprobe. Die Mittelwerte aller Items<sup>56</sup> liegen zwischen 4,1 und 4,8 bei einer fünfstufigen Antwortskala, die Standardabweichungen differieren zwischen 0,6 und 0,9.

Eine Prüfung der Häufigkeitsverteilungen in der Teilstichprobe der Klienten aus den Paaren von Therapeuten und deren Klienten von denen gemeinsame Berichte vorliegen ( $N = 44$ ) ergibt ähnliche Itemmerkmale ( $M$  zwischen 4.1 und 4.9,  $sd$  zwischen 0,4 und 0,9)

---

<sup>56</sup> Einzelergebnisse im Anhang A: Statistiken, S. 193 ff.

**Diskussion:**

Die Fragen zur Arbeitsbeziehung sind wenig geeignet, um in dieser Stichprobe Unterschiede in der von Klienten erlebten Arbeitsbeziehung festzustellen. Die Arbeitsbeziehung wird von allen Klienten als gut bis sehr gut eingeschätzt. Damit ist es nicht sinnvoll, die Fragestellungen zu Zusammenhängen mit anderen Angaben weiter zu verfolgen.

Insgesamt könnte dieses Ergebnis als ein Hinweis darauf verstanden werden, dass eine gute Arbeitsbeziehung ein Kriterium für Klienten gewesen ist, an der Befragung teilzunehmen. Man könnte allerdings ebenso sagen, dass es erfahrenen Therapeuten in der Regel gelingt, mit ihren Klienten eine gute Arbeitsbeziehung zu entwickeln.

**9.9 Beendigung als Thema in der Supervision von Therapeuten****Fragestellungen:**

- ⇨ Bearbeiten Therapeuten die Beendigung von Therapien in ihrer Supervision?
- ⇨ Welche Themen oder Gefühle in Bezug auf den Abschluss bearbeiten Therapeuten in der Supervision?

**Supervision von Abschlussprozessen**

Während der Beendigung der konkreten Therapie, über die berichtet wird, sind 86 % der Therapeuten (N = 111) in Supervision gewesen. Rund ein Drittel von ihnen bearbeitete diesen Fall dort.

Zusätzlich wird gefragt, ob die Therapeuten sich mit dieser konkreten Therapie während der Abschlussphase mehr als sonst beschäftigt hatten. Dies trifft auf 23 % der Therapeuten zu, wobei ein deutlicher Zusammenhang zur Inanspruchnahme von Supervision festzustellen ist. Therapien, die während der Beendigung mehr Aufmerksamkeit fordern als vorher, werden danach deutlich häufiger in der Supervision angesprochen als andere ( $\Phi .42, \chi^2 \text{ sign. } p < .001$ ).

Erfahrene Therapeuten besprechen demnach relativ häufig Abschlussprozesse in ihrer Supervision, vor allem dann, wenn sie sich mit einer Therapie in der Zeit der Beendigung mehr als sonst beschäftigen.

**Themen der Supervision von Abschlussprozessen**

Ein Drittel der Therapeuten gibt an, dass Gefühle von Inkompetenz, Verwirrung und Blockierung durch den Klienten wichtige Themen in der Supervision waren oder hätten

sein können.<sup>57</sup> In rund 30 % der Fälle sind die Therapeuten damit beschäftigt, dass der Klient das Therapieende vergisst oder verleugnet. Die Auswirkungen von finanzierungsbedingten Beendigungen sind ebenfalls für 30 % der Therapeuten ein wichtiges Thema.

Freude über die erfolgreiche Therapie sowie über einen gut gelingenden Abschlussprozess werden von zwei Drittel der Therapeuten als wichtige (bzw. potentiell wichtige) Themen für die Supervision hervorgehoben. Über zwei Drittel der Therapeuten, die den Abschluss der konkreten Therapie in ihrer Supervision thematisierten (N = 29), geben an, beides auch besprochen zu haben.

### **Diskussion:**

Die Angaben zu belastenden Themen bestätigen in der Tendenz die Analyse von Konfliktpotentialen der Abschlussphase für Therapeuten im theoretischen Teil (s. Kap. 4.3, S. 59). Dort war die spezielle Dynamik der Beendigung und daraus folgende Gefährdungen für Therapeuten diskutiert worden. Insgesamt scheinen daraus folgende Belastungen jedoch seltener aufzutreten, als man nach der Literatur vermuten könnte. Allerdings ist für dieses Ergebnis die Stichprobenzusammensetzung mit der Einschränkung zu berücksichtigen, dass es für langjährig erfahrene Psychotherapeuten gilt, die sich mit der Abschlussphase sicher fühlen.

Weiterhin fällt auf, dass Vergessen oder Verleugnen des Therapieendes durch Klienten relativ häufig vorkommt. Dieses ist ein wichtiges Ergebnis im Hinblick auf die Diskussion, ob Therapeuten von sich aus eine Beendigung ansprechen sollten. Ein Abwarten würde für Klienten, die das Ende der Therapie verleugnen, schlimmstenfalls dazu führen, dass über den Abschluss entweder gar nicht oder in Bezug auf ihre Beweggründe der Verleugnung viel zu knapp kommuniziert wird.

Interessant ist die Häufigkeit, mit der positive Themen als wichtig für Supervision angegeben werden, weil damit nämlich auf die Bedeutung der Supervision für Erfolgsergebnisse von Therapeuten hingewiesen wird. Die Kommunikation über positive Arbeitsergebnisse zeigte sich in einer Untersuchung von Nimoth & Ahrens (1999) zu Burnout bei Psychotherapeuten als ein wichtiges Kriterium für die Prophylaxe von Burnout. Interessant ist zudem, dass in dieser Untersuchung 60 % der Therapeuten (N = 92) angeben, Erfolgserlebnisse wären kein Thema in ihrer Supervision (Nimoth & Ahrens, 1999, S. 154 ff.). Da die Therapeuten dieser Untersuchung jünger und kürzer im Beruf waren, könnte das entgegengesetzte Ergebnis zur vorliegenden Untersuchung zurückzuführen sein auf das Stichprobenmerkmal langjährige Berufserfahrung. Möglicherweise achten erfahrene Therapeuten mehr darauf, in ihrer Supervision nicht nur Schwierigkeiten, sondern ebenso Erfolge zu besprechen.

---

<sup>57</sup> Gefragt war nach Themen, die besprochen wurden, oder die gegebenenfalls wichtig gewesen wären, zu besprechen.

Wenn Therapeuten, wie in dieser Befragung, so ausdrücklich das Bedürfnis hervorheben, über positive Therapieverläufe zu sprechen, dann stellt sich die Frage, ob Supervisionsprozesse zu einseitig fokussiert sind auf problematische Therapieverläufe. Wird die Problemanalyse zu Lasten einer Erfolgsanalyse zu sehr betont? Eine genauere Analyse von Lernprozessen in der Supervision problematischer oder erfolgreicher Therapieverläufe könnte wichtige Informationen für die Gestaltung von Supervisionsprozessen beitragen. In Zusammenhang damit sollten Supervisionsprozesse z. B. daraufhin untersucht werden, inwieweit sie sich auf problemorientierte Sichtweisen beschränken und Therapeuten so wichtige Möglichkeiten positiver Rückmeldung versagen.

Supervision ist fraglos ein wesentlicher Bereich sowohl für die Ausbildung als auch für die Berufstätigkeit von Psychotherapeuten. Im Verhältnis dazu wurden Bedingungen, Standards und Auswirkungen von Supervision bisher viel zu wenig untersucht. Auch die Ausbildung von psychotherapeutischen Supervisoren ist angesichts der Bedeutung von Supervision ein erstaunlich vernachlässigtes Thema (Wall, 1994).

Meines Wissens ist bis jetzt nicht untersucht worden, welche Lernprozesse in der Supervision von Therapeuten durch die Analyse problematischer Situationen angeregt werden und welche durch eine Analyse erfolgreich verlaufender Therapien. Es scheint allerdings eine implizite Theorie zu geben, dass Therapeuten durch ihre Probleme am Besten lernen können. Für die Gestaltung von Supervisionsprozessen wären allerdings Hinweise darüber wichtig, was sich verändern würde, wenn erfolgreiche Therapiesituationen mit der gleichen Aufmerksamkeit supervidiert werden, wie schwierige.

## **9.10 Zusammenfassung**

### **Dauer und Frequenz von Therapien**

Die konkreten Therapien, über die von den Therapeuten berichtet wird, sind unterschiedlich lang in Bezug auf den Umfang der Gesamtstundenzahl: 16 % unter 25 Stunden, 61 % 25 bis 80 Stunden und 23 % 80 bis über 300 Stunden. Diese Verteilung von Kurz- und Langzeittherapien entspricht weitgehend allgemeinen Angaben zur Häufigkeit von Kurz- und Langzeittherapien in der Praxis.

Die Beurteilung von Psychotherapien als von Anfang an begrenzt zeigt sich in der statistischen Analyse der Therapeutenangaben unabhängig davon, ob die Therapie durch die Klienten selber oder fremdfinanziert wird. Im Vergleich der Paare von Therapeuten und deren Klienten schätzen die Klienten selbstfinanzierte Therapien eher als unbegrenzt ein.

Die Therapien werden überwiegend im wöchentlichen Rhythmus durchgeführt.



### **Dauer der Abschlussphase**

Der Abschluss von Therapien wird in einem Zeitraum nach ca. 80 bis 90 % der geplanten Gesamtstunden angesprochen. Obgleich die Zahl der Abschlussstunden in Abhängigkeit zur Gesamtlänge der Therapie erheblich variiert, scheinen sich erfahrene Therapeuten darin einig zu sein, dass dieses ein günstiger Zeitraum ist, das Ende einer Therapie vorzubereiten. Es scheint eine implizite Regel bei Therapeuten zu geben, dass diese Übergangszeit 10 bis 20 % der gesamten Anzahl der Therapiestunden umfassen sollte.

### **Initiative und Anlass zur Beendigung**

Gefragt nach dem ersten konkreten Ansprechen des Endes einer Therapie sehen Therapeuten sich mehrheitlich in ihrer Rolle der aktiven Gestaltung der Beendigung. Im Vergleich mit den Klientenangaben zeigt sich dagegen, dass es viele Klienten gibt, die sich als aktiver beim Ansprechen der Beendigung erleben, als ihre Therapeuten.

Die unterschiedliche Erinnerung von Therapeuten und Klienten könnte auf das Ansprechen der Beendigung als sensiblen Moment im Therapieverlauf hinweisen. Welche Bedeutung ein aktives erstes Ansprechen durch den Therapeuten hat und wie die Konsequenzen für den Therapieverlauf zu beschreiben sind, bleibt eine offene Frage. Für fundierte Entscheidungsmöglichkeiten wäre es wichtig zu untersuchen, ob es im Hinblick auf den weiteren Verlauf der Abschlussphase Klienten gibt, bei denen ein Therapeut eher abwarten sollte oder bei welchen es förderlich ist, wenn der Therapeut die Beendigung von sich aus anspricht.

Der Abschluss der Therapie wird vor allem dann angesprochen, wenn sich Veränderungen und Verbesserungen im psychischen Befinden und im Selbstwerterleben zeigen. Insgesamt werden diese Ergebnisse ebenfalls als Hinweis darauf interpretiert, dass es sich bei der Abschlussphase um eine spezifische Phase im Therapieverlauf handelt, die als Übergangszeit beginnt, nachdem Verbesserungen oder Therapieziele weitgehend erreicht worden sind.

### **Gestaltung der Abschlussphase**

In der Abschlussphase, d. h. nach dem konkreten Ansprechen der Beendigung, verändert sich der Rhythmus der Therapiestunden deutlich in Richtung auf eine Vergrößerung der Abstände zwischen den Therapiestunden. Dieses Ergebnis wird als ein Hinweis auf die Spezifität der Abschlussphase als einer Übergangszeit interpretiert, während der es nach dem Erreichen wesentlicher Verbesserungen darum geht, das Leben ohne Therapie in den verlängerten Zwischenräumen zu üben.

Die Therapeuten gehen mehrheitlich davon aus, die Beendigung ausdrücklich zu thematisieren indem sie aktiv die Trennung von der therapeutischen Beziehung und den Transfer von Therapieergebnissen in den Alltag des Klienten besprechen. Ebenso geben fast alle Therapeuten an, mit den Klienten einen Rückblick auf die Therapie zu erarbeiten. Allerdings stimmen auffällig viele Klienten, deren Therapeuten angeben, einen Rückblick erarbeitet zu haben, darin nicht mit ihnen überein, d. h. sie geben an, dass

kein Rückblick besprochen wurde. Im Hinblick auf Themen des Rückblicks stimmen Therapeuten und deren Klienten in Bereichen überein, in denen es allgemein um den Therapieverlauf geht.

Auffällig sind die Bereiche, in denen sich die Angaben der Paare von Therapeuten und Klienten unterscheiden, wie Schwierigkeiten des Klienten, die sich nicht verändert haben oder Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung. Hier könnten die Angaben der Klienten als *zu wenig* besprochen verstanden werden. Ebenfalls könnte man dieses Ergebnis als Hinweis darauf verstehen, das über vieles nicht gesprochen worden ist, was die Klienten innerlich beschäftigt hat.

Nach konkreter Planung der Beendigung werden für Therapeuten und Klienten vor allem Aspekte von Freude, Hoffnung u. ä. wichtig. Diese Ergebnisse widersprechen einer einseitigen Konzeptualisierung von ‚Beendigung als Verlust‘, wie sie in der Literatur überwiegend zu finden ist. Trennungserfahrungen und neue Beschwerden werden ebenso übereinstimmend von Therapeuten und deren Klienten als bedeutsame Themen genannt, wodurch Befunde der Literaturanalyse gestützt werden, nach denen die Zeit der Beendigung frühere Trennungserfahrungen aktualisieren, sowie Beschwerden mobilisieren kann.

Abschlussprozesse in erfolgreichen und in weniger erfolgreichen Therapien können auf der Grundlage der vorliegenden Befragung nicht untersucht werden, da es sich nach Aussagen von Therapeuten sowie von Klienten ausschließlich um Berichte von erfolgreichen Therapien handelt.

Katamnestische Gespräche werden selten konkret vereinbart. Da Untersuchungen auf die Bedeutung von katamnestischen Gesprächen für die langfristige Effektivität von Therapien hinweisen, scheint es notwendig, den Umgang mit katamnestischen Gesprächen sowohl empirisch differenziert zu untersuchen, als auch praktisch z. B. in die Psychotherapieausbildung einzubeziehen.

### **Änderungen im Therapieprozess**

Die in der Literatur häufig zu findenden Beschreibungen des Therapieprozesses während der Beendigung als schwieriger sowie intensiver werden beide von den Therapeuten nicht bestätigt. Sie erleben den therapeutischen Prozess in der Abschlussphase weder als problematischer noch als intensiver.

### **Änderungen der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Verhaltens**

In Bezug auf Veränderungen der therapeutischen Beziehung, geben Therapeuten am häufigsten an, dass die Beziehung gleichberechtigter geworden ist. Seltener entwickelt sich die therapeutische Beziehung konfliktreicher. Sehr oft werden Klienten als aktiver am Therapieprozess beteiligt beschrieben. In über der Hälfte aller Fälle geben die Therapeuten ihren Klienten mehr als vorher direkte Rückmeldungen, sie achten außerdem mehr als vorher auf den Transfer von Gelerntem in den Alltag und berücksichtigen mehr als vorher Themen und Wünsche ihres Klienten.

Veränderungen des therapeutischen Verhaltens sind in der Abschlussphase von Therapien recht häufig zu beobachten. Therapeuten unterscheiden sich allerdings in ihrem Kommunikationsstil: Es gibt eine Gruppe, die in dieser Therapiephase mehr als vorher von sich persönlich berichtet. Eine andere Gruppe verändert ihr Verhalten nicht, sei es dass sie während der gesamten Therapie einen aktiveren und persönlicheren Kommunikationsstil pflegten oder bis zum Ende sich relativ abtinent verhalten. Über die Auswirkungen dieser unterschiedlichen Kommunikationsstile auf Klienten ist wenig bekannt, die Auswirkungen von Veränderungen in der Abschlussphase sind unerforscht.

Insgesamt bestätigen die Berichte der Therapeuten die Annahme, dass die Abschlussphase gekennzeichnet ist durch Veränderungen des therapeutischen Verhaltens.

In erster Ausbildung psychodynamisch und humanistisch ausgebildete Therapeuten verändern ihr Verhalten in der Abschlussphase deutlich mehr als verhaltenstherapeutisch unterrichtete Therapeuten in Richtung auf einen aktiveren und persönlicheren Kommunikationsstil. Da sich diese Zusammenhänge allerdings nicht in den Beschreibungen der Klienten zeigen lassen, weist dieses Ergebnis möglicherweise vorwiegend auf theoriekonforme Selbstbeschreibungen von Therapeuten hin.

Veränderungen im Abschlussprozess zeigen keine bedeutsamen Zusammenhänge mit diagnostischen Merkmalen (affektive oder neurotische Störungen nach ICD 10). Dieses Ergebnis entspricht anderen Befunden, nach denen sich Klientenvariablen allein wenig zur Varianzaufklärung eignen.

### **Arbeitsbeziehung und Beendigung**

Die Arbeitsbeziehung wird von allen Klienten als gut bis sehr gut beschrieben, so dass auf dieser Grundlage keine weiteren Fragestellungen untersucht werden können. Eine gute Arbeitsbeziehung wird als Selektionskriterium für die Teilnahme an der Befragung interpretiert.

### **Beendigung als Thema in der Supervision von Therapeuten**

Während der Beendigung der konkreten Therapie, über die berichtet wird, sind fast alle Therapeuten, in Supervision gewesen. Rund ein Drittel von ihnen bearbeitete die berichtete Therapie dort. Fälle, mit denen sich die Therapeuten in der Abschlussphase mehr als vorher beschäftigen, werden deutlich häufiger in der Supervision besprochen als andere. Für rund ein Drittel der Therapeuten sind problemorientierte Themen wie Verwirrung oder Verleugnung des Therapieendes durch Klienten wichtig. Dieses wird als Bestätigung des potentiellen Konfliktpotentials der Beendigung für Therapeuten interpretiert. Im Gegensatz dazu heben zwei Drittel der Therapeuten hervor, wie wichtig ein Austausch über positive Therapieverläufe in der Supervision ist. Für die Gestaltung von Supervisionsprozessen fehlen fundierte Kenntnisse über die Auswirkungen der Bearbeitung von positiven beziehungsweise problematischen Therapieverläufen auf die Entwicklung von Therapeuten.

## 10 Therapeuten zu Abschlussprozessen allgemein

Über die Gestaltung des Abschlussprozesses einer konkreten Therapie hinausgehend werden die Therapeuten dazu befragt, wie Therapieabschlüsse in ihrer Ausbildung thematisiert worden sind und wie sie mit dem Ende einzelner Stunden und Unterbrechungen in der Therapie umgehen. Darüber hinaus sollten sie angeben, welche Grundsätze sie zur Abschlussphase für wichtig halten. Die Antworten zu diesem Teil der Befragung werden im Folgenden zusammengefasst.

Diese Fragen dienen in erster Linie einer Dokumentation von Aspekten des Abschlusses. Auf die Formulierung einzelner Hypothesen als Ausgangspunkt der Analyse wurde aufgrund fehlender Vorkenntnisse verzichtet. Ausgehend von einer qualitativen Forschungshaltung (s. Kap. 5) werden jedoch zu einigen Themen Hypothesen abgeleitet und überprüft.

### 10.1 Beendigung als Thema in der Ausbildung von Therapeuten

#### 10.1.1 Beginn und Abschluss von Therapien in der Ausbildung

##### Fragestellung:

- ⇨ Wird die Beendigung in Aus- und Weiterbildungen ausdrücklich thematisiert?
- ⇨ Wird der Beginn von Therapien in Aus- und Weiterbildungen ausdrücklich thematisiert?

##### Ergebnis:

Die Therapeuten werden gefragt, wie intensiv der Beginn und der Abschluss von Therapien in ihren Ausbildungen thematisiert worden sind. 35 %<sup>58</sup> der Therapeuten (N = 111) geben an, dass der Abschluss von Therapien ausdrücklich und intensiv thematisiert wurde. Der Beginn von Therapien wurde dagegen bei 71 %<sup>58</sup> der Therapeuten ausführlich bearbeitet.

##### Diskussion:

Hier bestätigt sich der Eindruck aus dem Studium von Literatur und Ausbildungsprogrammen, dass die Beendigung von Therapien im Verhältnis zum Beginn ein eher vernachlässigtes Thema in Ausbildungen ist. Therapeuten werden danach für einen wichtigen Teil von Therapien wenig ausgebildet. Da sich die Abschlussphase in den Berichten

---

<sup>58</sup> Antwortkategorien: gar nicht, wenig/mittelmäßig/ziemlich/sehr intensiv  
hier zusammengefasst: ziemlich und sehr intensiv

über einen konkreten Therapieabschluss als spezifische Therapiephase in Bezug auf Dauer, Stundenfrequenz und Thematik gezeigt hatte, ist damit ein deutlicher Ausbildungsmangel für diese Phase festzustellen.

### 10.1.2 Ausbildungstherapeuten als Modell für die Beendigung

#### Fragestellung:

- ⇨ Betrachten Therapeuten ihre Ausbildungstherapeuten der Einzeltherapie als Modell für die therapeutische Arbeit in der Abschlussphase?
- ⇨ Wird die Beendigung von Ausbildungstherapien ausführlich bearbeitet?

#### Ergebnis:

82 % der Therapeuten geben an, im Rahmen ihrer Ausbildung selbst in Einzeltherapie oder in einer Lehranalyse gewesen zu sein.

Annähernd die Hälfte dieser Therapeuten (45 %) betrachten rückblickend den Therapeuten ihrer Einzeltherapie als ein gutes Modell für die Abschlussphase.

Die Beendigung ihrer Einzeltherapie wurde bei 44 % der Therapeuten ausführlich bearbeitet.

Therapeuten in deren eigener Ausbildungstherapie die Beendigung ausdrücklich bearbeitet worden ist, betrachten ihre Ausbildungstherapeuten signifikant häufiger ( $\Phi .67$ ,  $\chi^2$  sign.  $p < .001$ ) als positives Modell für die Beendigung von Therapien, als Therapeuten, in deren Ausbildungstherapie die Beendigung nicht bearbeitet wurde.

#### Diskussion:

Dieses Ergebnis deutet auf einen Mangel in der Ausbildung im Rahmen eigener therapeutischer Selbsterfahrung hin. In mehr als der Hälfte von Ausbildungstherapien wurde die Beendigung nicht ausdrücklich bearbeitet. Da in diesen Therapien über die persönliche Reflexion und Entwicklung hinaus immer auch Modelllernen von Therapeutenverhalten stattfindet, bestätigt sich hier ansatzweise das Ergebnis der Analyse von Novick (1997) (s. Kap. 2.1.3), nach der die Beendigung ein vernachlässigtes Thema in Ausbildungen ist, dessen Ausblendung insbesondere in Ausbildungstherapien indirekt überliefert wird. Mit Rücksicht auf die Auswirkungen von Modelllernen scheint der ‚blinde Fleck Therapieende‘ auch in Deutschland und in unterschiedlichsten Therapierichtungen weitergegeben zu werden.

Dementsprechend fehlt es an Modellen für Therapeutenverhalten in der Abschlussphase, denn nur diejenigen Therapeuten sehen in ihrem Ausbildungstherapeuten ein gutes Modell für den Abschluss von Therapien, in deren Ausbildungstherapie die Beendigung ausführlich bearbeitet worden ist.

### 10.1.3 Einzelne Themen der Beendigung

#### Fragestellung:

- ⇒ Welche Aspekte der Beendigung werden in Ausbildungen bearbeitet?
- ⇒ Gibt es Aspekte, die besonders intensiv in Ausbildungen bearbeitet werden, bzw. Aspekte, die eher vernachlässigt werden?

#### Ergebnis:

Die Angaben der Therapeuten zur Bearbeitung einzelner Aspekte von Beendigung in ihren Ausbildungen sind in Tabelle 28 zusammengefasst.

*Tabelle 28: Themenbereiche der Beendigung in der Therapieausbildung*

Themenbereich	überhaupt bearbeitet <sup>59</sup>	intensiv bearbeitet <sup>60</sup>
Ende der Behandlung/Transfer in den Alltag.	77 %	53 %
Ende der Beziehung/Trennung von Therapeut	73 %	52 %
Psychodynamik der Abschlussphase	66 %	43 %
konkretes Ende der Ausbildung	63 %	42 %
Methoden der Beendigung (spez. Fragen, Rituale u.ä.)	62 %	37 %
Trennungserfahrungen in Biographie des Therapeuten	61 %	40 %
Trennungsangst und Abwehr des Therapeuten	59 %	31 %
Verbindung zu Tod, Sterben, Vergänglichkeit	56 %	38 %
Trennung als Entwicklungskrise	54 %	25 %
Unterbrechungen durch Urlaub, Fortbildungen u.ä.	53 %	28 %
Trennung als Wiederholung des Separationsprozesses	51 %	29 %
Diagnostik von Beginn der Abschlussphase	44 %	23 %
Trennungsreaktionen bei verschiedenen Störungen	43 %	18 %
Therapieende als Übergangsphänomen	31 %	10 %

N = 111, die Angaben beziehen sich auf den prozentualen Anteil der Therapeuten

Insgesamt wird eine Reihe von Aspekten der Beendigung häufig bearbeitet (s. Spalte überhaupt-bearbeitet). Das Ende der Behandlung, bzw. der Transfer in den Alltag und das Ende der Beziehung, bzw. die Trennung vom Therapeuten werden in rund 75 % der Ausbildungen bearbeitet. Während viele Bereiche der Beendigung für über der Hälfte aller Therapeuten Ausbildungsthemen waren, sind spezifischere Themen wie diagnosti-

<sup>59</sup> Antwortkategorien: keine Erinnerung/gar nicht/wenig intensiv/mittelmäßig intensiv/ziemlich intensiv/sehr intensiv bearbeitet - hier zusammengefasst: wenig und sehr intensiv bearbeitet

<sup>60</sup> Antwortkategorien: keine Erinnerung/gar nicht/wenig intensiv/mittelmäßig intensiv/ziemlich intensiv/sehr intensiv bearbeitet - hier zusammengefasst: ziemlich und sehr intensiv bearbeitet

sche Hinweise auf den Beginn der Abschlussphase und Trennungsreaktionen bei verschiedenen Störungsreaktionen seltener nur in rund 40 % der Ausbildungen behandelt worden.

Deutlicher wird das Bild im Hinblick auf die Intensität der Bearbeitung (s. Spalte intensiv-bearbeitet). Hier zeigt sich, dass einige Aspekte intensiv bearbeitet werden, wie die Psychodynamik der Abschlussphase, die Methoden der Beendigung und das konkrete Ende der Ausbildung. Auffällig sind einige Themen mit niedrigen Prozentwerten, da sie nicht nur seltener, sondern auch weniger gründlich bearbeitet wurden. Dazu gehören die eben bereits genannten diagnostischen Hinweise auf den Beginn der Abschlussphase, Trennungsreaktionen bei verschiedenen Störungen sowie die Beendigung als Krise und Übergangsphänomenen

### **Diskussion:**

Insgesamt kann das Ergebnis dahingehend zusammengefasst werden, dass wesentliche Themenbereiche der Beendigung von Therapien im Allgemeinen relativ häufig und überwiegend intensiv in Ausbildungen bearbeitet werden.

Spezifischere Themenbereiche wie die Beendigung als Krise, störungsspezifische Trennungsreaktionen und vorübergehende Trennungen während der Therapie werden dagegen eher selten und weniger intensiv bearbeitet.

Dieses Ergebnis steht teilweise im Widerspruch zur obigen Gesamteinschätzung der Therapeuten, nach der die Abschlussphase eher selten in der Ausbildung bearbeitet worden ist. Gefragt nach der Bearbeitung einzelner Themenbereiche in der Ausbildung widersprechen die Therapeuten ihrer eigenen Gesamteinschätzung dahingehend, dass eine ganze Reihe von Themen angesprochen und auch intensiv bearbeitet werden. Möglicherweise ist die Gesamteinschätzung damit eher als ‚Beendigung wurde *zu wenig* bearbeitet‘ zu interpretieren. Einschränkend kommt hinzu, dass es sich bei den Therapeuten um langjährig erfahrene handelt. Im Hinblick auf das Stichprobenmerkmal der langjährigen Berufstätigkeit sind diese und ebenso die weiteren Ergebnisse mit Zurückhaltung zu interpretieren. Bei vielen der befragten Therapeuten liegt die Ausbildung schon einige Jahre zurück, so dass bei ihren Angaben zu einzelnen Aspekten der Beendigung in ihrer Ausbildung mit Erinnerungsverzerrungen zu rechnen ist.

### **10.1.4 Erste Therapieausbildung und Bearbeitung von Abschlussthemen**

#### **Fragestellung:**

- ⇨ Gibt es unterschiedliche Gewichtungen der Bearbeitung von Abschlussthemen bei Therapeuten verschiedener Orientierungen?

#### **Ergebnis:**

Die Frage nach unterschiedlichen Gewichtungen, mit denen Aspekte der Beendigung in verschiedenen Therapierichtungen bearbeitet werden, ist aufgrund der Vielfältigkeit von

Ausbildungsgängen der Therapeuten (s. Kap. 8.1, S. 91) kaum zu beantworten. Die Therapeuten haben in der Regel an mehr als einer Ausbildung teilgenommen. Vermutlich liegen die Ausbildungen einige Jahre zurück.

Da in vorbereitenden Interviews und Gesprächen mit Psychotherapeuten häufig erwähnt wurde, dass die erste Ausbildung von besonderer Bedeutung gewesen sei, soll die Frage nach Zusammenhängen zwischen der ersten Therapieausbildung und Themen der Beendigung anhand der Angaben zur ersten Ausbildung untersucht werden.

Im Kruskal-Wallis-Test zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen der ersten Ausbildung und einigen spezifischen Themen der Beendigung<sup>61</sup>. Die Häufigkeitsverteilungen dieser spezifischen Themen sind in Tabelle 29 zusammengefasst.

Tabelle 29: Bearbeitete Aspekte der Beendigung in Zusammenhang mit 1. Therapieausbildung

	1. Therapieausbildung								
Bearbeitete Themen	humanistisch		psychodyn.		verhaltensther.		andere		$\chi^2$
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
Psychodynamik	17	27	13	4	9	22	6	7	*
Ende der Beziehung	27	16	12	5	9	22	6	7	*
Unterbrechungen	12	31	10	7	6	25	1	12	*
Therapieende als Separation	11	33	12	5	4	27	4	9	**
Trennungsangst/Ther.	17	27	7	10	2	28	6	7	*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ , grau unterlegte Zellen weisen auf auffällige Häufigkeiten hin:  
dunkelgrau = auffällig häufig bearbeitet, hellgrau = auffällig selten bearbeitet

Eine Häufung von bearbeiteten Themen findet sich bei den Therapeuten, die in erster Ausbildung psychodynamisch (psychoanalytisch und tiefenpsychologisch) ausgebildet wurden. Sie geben an, dass sowohl das Ende der Beziehung als auch Fragen der Psychodynamik der Beendigung und der Trennung als Wiederholung des Separationsprozesses bearbeitet wurde. Gleichfalls setzten sie sich in der Ausbildung mit der Problematik von Unterbrechungen während der Therapie auseinander.

Ebenso geben die in erster Ausbildung humanistisch ausgebildeten Therapeuten an, dass die Beendigung der therapeutischen Beziehung bearbeitet wurde. In ihrer Ausbildung scheinen jedoch darüber hinaus die Aspekte der Trennungsangst des Therapeuten häufiger bearbeitet worden zu sein.

Da die Zusammenhänge möglicherweise auf die abweichenden Angaben der Verhaltenstherapeuten zurückzuführen sind, wird zusätzlich geprüft, ob im Vergleich von humanistisch und psychodynamisch ausgebildeten Therapeuten ebenso Unterschiede in der Bearbeitung einzelner Themen sichtbar werden. Für diese beiden Therapeutengruppen zeigen sich im Mann-Whitney-U Test vergleichbare Zusammenhänge für die Themen Psychodynamik, Unterbrechungen der Therapie und Therapieende als Wiederho-

<sup>61</sup> Ausführliche Tabelle: siehe Anhang A: Statistiken, S. 196



lung des Separationsprozesses<sup>62</sup>. Diese Themen wurden in psychodynamischen Ausbildungen deutlich häufiger bearbeitet. Kein Unterschied zeigt sich im Hinblick auf das Thema ‚Ende der Beziehung,‘, das sowohl in humanistischen Ausbildungen als auch in psychodynamischen häufig bearbeitet wurde, während die Thematik ‚Trennungsangst des Therapeuten‘ in beiden Ausbildungen gleichermaßen wenig besprochen wurde.

### **Diskussion:**

Diese Ergebnisse sind bemerkenswert, da sie trotz der Überlagerungen durch verschiedenste folgende Ausbildungen wesentliche Merkmale der verschiedenen Therapierichtungen widerspiegelt. Auch hier zeigt sich, trotz verschiedenster weiterer Ausbildungen der Therapeuten, eine Tendenz, dass die erste Ausbildung wegweisend zu sein scheint.

Die Therapeuten, die als erste Ausbildung Verhaltenstherapie angeben, fallen insgesamt dadurch auf, dass in ihren Ausbildungen spezifische Themen der Therapiebeendigung am Wenigsten bearbeitet worden sind. Dieses Ergebnis entspricht der Analyse im theoretischen Teil (s. Kap. 2.5.1, S. 35), in der sich gezeigt hatte, dass im Rahmen verhaltenstherapeutischer Ansätze die Beendigung insgesamt kaum thematisiert wird.

In psychodynamischen Ausbildungen wird die Beendigung insgesamt am häufigsten bearbeitet.

Dieses Ergebnis weist zusammenfassend darauf hin, dass eine Auseinandersetzung mit der Beendigung von Therapien in humanistischen, systemischen und verhaltenstherapeutischen Entwicklungen von Therapietheorie und Forschung dringend notwendig ist.

## **10.2 Beendigungen und Unterbrechungen im Laufe von Therapien**

### **10.2.1 Thematisieren der Beendigung am Anfang von Therapien**

#### **Fragestellung:**

⇨ Besprechen Therapeuten ihre Vorstellung einer Beendigung am Anfang von Therapien?

d. h. thematisieren sie wie die Therapie zu Ende gehen kann, wenn nur einer am Anfang der beiden ‚Vertragspartner‘ den Abschluss will oder vereinbaren sie für diesen Fall ‚Kündigungsfristen‘, d. h. Mindeststunden nach einseitiger Kündigung?

#### **Ergebnis:**

Die Therapeuten (N = 111) besprechen sowohl ihre Vorstellung vom Therapieende als auch den Umgang mit einer ‚einseitigen Kündigung‘ sowie Kündigungsfristen eher selten.

---

<sup>62</sup> Ergebnis siehe Anhang A: Statistiken, S. 196

Tabelle 30: Thematisieren der Beendigung am Anfang von Therapien

Besprochen wird	Kündigungsfrist am Anfang		Gesamt	$\chi^2$
	selten	oft		
Therapieende am Anfang	selten	56	23	79
	oft	15	12	27
Gesamt		71	35	106
				n.s.

N = 111, Angaben als absolute Häufigkeiten

### Diskussion:

Dies entspricht den Beschreibungen von konkreten Therapien, in denen auch die Mehrzahl von kassenfinanzierten Therapien als ‚nicht von Anfang an begrenzt‘ gesehen wird. Wenn Therapien nicht in dem Wissen um ihre formale Begrenzung begonnen werden, dann gibt es auch wenig Anlass, die Beendigung oder auch konflikthafte Beendigungen im Voraus zu besprechen.

Dieses Ergebnis kann jedoch auch dahingehend interpretiert werden, dass Therapeuten in der Anfangsphase von Therapien die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung viel mehr beachten, als dass sie diese Entwicklung mit einem Gespräch über das Ende einer sich gerade entwickelnden Beziehung gefährden wollten. Aus dieser Interpretation lässt sich die Hypothese ableiten, dass es Unterschiede geben müsste zwischen Therapeuten verschiedener Orientierung.

### Abgeleitete Hypothese

- ⇨ Therapeuten aus Therapierichtungen, in denen die Beziehungsarbeit Teil der Methodik ist, unterscheiden sich von Verhaltenstherapeuten in Bezug darauf, ob sie Abschlussaspekte am Anfang der Therapie besprechen.

Diese Hypothese kann nicht angenommen werden. Ein Zusammenhang zwischen therapeutischer Orientierung und der Kommunikation über den Abschluss zeigte sich nicht.

### Diskussion:

Mit Rücksicht auf die oben beschriebenen Schwierigkeiten, Therapeuten einer theoretischen Richtung zuzuordnen, sollte dieses Ergebnis allerdings nicht überinterpretiert werden.

Um diese Frage zu untersuchen, könnten Audio- bzw. Videodokumentationen von Anfangssitzungen z. B. daraufhin untersucht werden, ob und wie Therapeuten den Rahmen der Therapie besprechen. Davon ausgehend wäre überprüfbar, ob sich Zusammenhänge zur Entwicklung der Arbeitsbeziehung zeigen. Für die Gestaltung der Anfangsphase von Therapien könnte es zumindest hilfreich sein, wenn mehr darüber bekannt wäre, ob und vielleicht für welche Klienten es wichtig ist, den Rahmen einer Therapie, also auch ihr Ende, schon am Anfang deutlich zu thematisieren.

## 10.2.2 Unterbrechungen im regelmäßigen Therapieverlauf

### Fragestellungen:

- ⇒ Wie gestalten Therapeuten das Stundenende:
  - unter formalen Gesichtspunkten wie z. B. Pünktlichkeit, sowie
  - unter inhaltlichen Aspekten wie z. B. Ritualisierung des Stundenendes?
- ⇒ Bereiten Therapeuten längere Unterbrechungen wie z. B. Urlaub aktiv vor?

### Stundenende

Die Therapeuten wurden zu ihrem Umgang mit dem Ende einzelner Stunden gefragt, ob sie das Ende eines Termins kurz vorher ansprechen, das Ende von Stunden mit Schlussritualen gestalten und ob sie darauf achten, Themen zum Abschluss zu bringen sowie Termine pünktlich zu beenden. Außerdem sollten sie angeben, ob der Abschluss von Terminen ihnen schwerfällt und ob sie in schwierigen Situationen Termine überziehen.

Die Ergebnisse werden in Tabelle 31 aufgelistet:

Tabelle 31: Umgang mit Stundenende

	oft bis sehr oft	gelegentlich	selten bis nie
Thema zum Abschluss bringen	80	20	6
Stundenende kurz vorher ansprechen	53	27	24
Ritual am Ende von Stunden	46	20	42
Stunden pünktlich abschließen	87	15	7
Stundenabschluss fällt schwer	14	31	63
Überziehen in schwierigen Situationen	38	46	25

N = 111, Angaben in absoluten Häufigkeiten

Bei den Angaben fällt auf, dass die Therapeuten überwiegend angeben, darauf zu achten, Themen zum Abschluss zu bringen. Im Verhältnis deutlich weniger wird von ihnen das Ende der Stunde kurz vorher angesprochen. Die meisten Therapeuten achten demnach auf das Ende der Stunde, viele achten auch darauf, diese pünktlich zu beenden, das Ende der Stunde wird jedoch im Verhältnis dazu deutlich seltener kurz vorher angesprochen.

Bei einer Prüfung der Zusammenhänge zwischen diesen Angaben zum Umgang mit dem Stundenende<sup>63</sup> zeigt sich, dass Therapeuten, die mehr darauf achten, Themen zum Abschluss zu bringen, ebenso häufiger Schlussrituale am Ende von Stunden nutzen. Weiterhin zeigt sich, dass Therapeuten, die eher Stunden pünktlich zum Abschluss bringen, auch in schwierigen Situationen weniger dazu neigen, einzelne Termine zu überziehen.

<sup>63</sup> Korrelationstabelle (Kedall-Tau-b) im Anhang A: Statistiken, S. 198

**Diskussion:**

Diese Ergebnisse könnten bedeuten, dass Therapeuten überwiegend eine thematische Abrundung einzelner Stunden für wichtig halten. Die meisten von ihnen arbeiten thematisch auf das Ende von Stunden hin, relativ viele jedoch indirekt, ohne das nahende Ende einer Stunde anzusprechen. Die Stunde geht dann für Klienten, die nicht selber auf die Zeit achten, relativ unvermittelt zu Ende. Eine Ankündigung des Stundenendes könnte jedoch gerade für diejenigen Klienten wichtig sein, denen es schwer fällt, Strukturen oder Grenzen zu akzeptieren. Möglicherweise würde z. B. auch für Klienten, die sich der therapeutischen Beziehung wenig sicher sind, das Ende von Terminen ohne vorherige Ankündigung eine sich ständig wiederholende Verunsicherung oder auch Frustration bedeuten, welche wiederum die Entwicklung der therapeutischen Beziehung verschlechtern kann.

In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse der sozialpsychologischen Untersuchungen von Bedeutung, dass die Beendigung sozialer Situationen meist eine Rückmeldung über die Beziehung beinhaltet, mit dem Ziel, sich zu vergewissern, an was wieder angeknüpft werden kann, wenn man sich wieder trifft. Auf die therapeutische Situation bezogen würde demnach ein direkter Umgang mit dem Ende einzelner Stunden für die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung wichtiger sein, als es auf den ersten Blick scheint. Das Ende von Stunden nicht zu thematisieren könnte z. B. die Chance ungenutzt lassen, dass Klienten sich der therapeutischen Beziehung vergewissern können. Zumindest wäre es eine wichtige Fragestellung, dokumentierte Therapieverläufe z. B. daraufhin zu untersuchen in welchem Zusammenhang die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung mit der Beendigung einzelner Stunden steht.

**Unterbrechungen durch Urlaub oder Fortbildungen**

Die Therapeuten wurden gefragt, ob sie Unterbrechungen z. B. durch Urlaub aktiv vorbereitend einige Sitzungen vorher besprechen. Überwiegend geben die Therapeuten an, solche Unterbrechungen aktiv im Voraus zu besprechen (s. Bild 10)

Fast alle Therapeuten bereiten Unterbrechungen aktiv vor. Auffällig ist allerdings, dass immerhin 13 % der Therapeuten angeben, nur selten oder gelegentlich solche Unterbrechungen vorher mit den Klienten zu besprechen.

Einige Psychotherapeuten berichteten in den Interviews der Voruntersuchung dazu, dass sie Unterbrechungen nur sehr kurz vorher ankündigen und auch nicht intensiver thematisieren, wenn sie den Eindruck haben, diese wären nicht problematisch für Klienten. Sie befürchteten eher, Pausen im Therapieverlauf unnötig zu problematisieren. Dieser Einwand erscheint beachtenswert im Hinblick darauf, Unterbrechungen nicht nur als ‚problematische Störungen‘ des Therapieverlaufs anzusprechen, sondern ebenso entwicklungsfördernde Auswirkungen einer Therapiepause thematisieren.

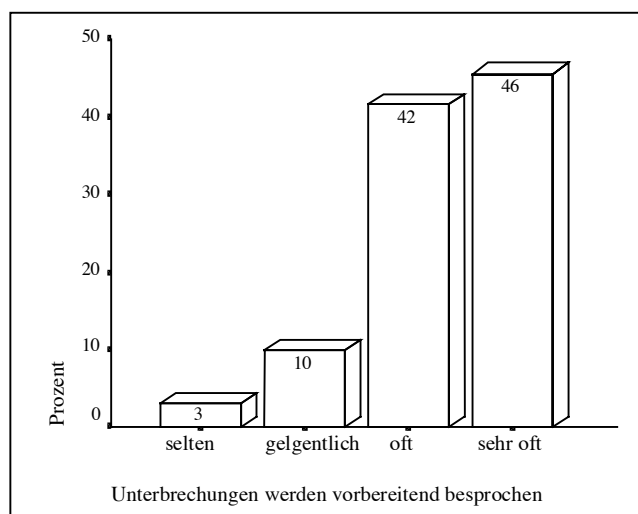


Bild 10: Vorbereitung von Unterbrechungen wie Urlaub u. ä.

$N = 111$ ,  $\chi^2$  sign.  $p < .001$ , . Angaben als prozentualer Anteil der Therapeuten, Prozentwerte über 100 entstehen durch Rundungen

Insgesamt beinhalten die Ergebnisse wichtige Fragestellungen für den Umgang mit Unterbrechungen. Da zudem auf Grund der Neuordnungen durch das Psychotherapeutengesetz auch Psychotherapeuten<sup>64</sup> künftig Vertretungen während ihrer Urlaubszeiten gewährleisten müssen, entstehen eine ganze Reihe neuer Fragen:

Wie können Unterbrechungen eines Therapieverlaufs so vorbereitet werden, dass sie negative Auswirkungen verhindern und positive Entwicklungen fördern?

Wie kann eine Zusammenarbeit mit ‚Interimstherapeuten‘<sup>65</sup> aussehen?

Wie können Klienten auf die Zusammenarbeit mit Interimstherapeuten vorbereitet werden?

Wie sind therapeutische Beziehungen in Interimskontakten zu gestalten?

## 10.3 Grundsätze zur Gestaltung von Abschlussprozessen

### 10.3.1 Wesentliche Grundsätze zur Beendigung

#### Fragestellung:

- ⇨ Welche Grundsätze und Überzeugungen vertreten praktisch tätige Therapeuten zur Abschlussphase?
- ⇨ Unterscheiden sich Therapeuten verschiedener Orientierungen in ihren Grundsätzen zur Beendigung?

<sup>64</sup> Diese Regelungen sind in der Zulassungsverordnung für Ärzte verankert, die künftig ebenso auf Psychologische Psychotherapeuten angewandt wird.

<sup>65</sup> Der Begriff des Interimstherapeuten ist in der amerikanischen Literatur üblich für Therapeuten, die verabredungsgemäß nur vorübergehend einen Klienten übernehmen.

**Ergebnis:**

Den Therapeuten wurde eine Liste von markanten Aussagen zur Beendigung (s. Anhang D, S. 221) vorgelegt, die sie in einer fünfstufigen Skala danach beurteilen sollten, ob sie diese überhaupt als zutreffend einschätzen und wie weit sie gegebenenfalls damit übereinstimmen.

Weitgehend stimmen die Therapeuten (N = 111) in Folgendem überein<sup>66</sup>:

In der Abschlussphase ist die Rückfallprophylaxe, bzw. Vorbereitung auf mögliche „Rückfälle“ besonders wichtig. (83 %)

Das Ergebnis einer Therapie insgesamt kann durch eine misslingende Abschlussphase verschlechtert werden. (74%)

Der Bereich Trennung/Abschied/Ende der Therapie löst spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen aus. (73 %)

Therapeuten sollten wesentliche Themen des Abschieds (Trauer, Hoffnung, Wut, Enttäuschung u. ä.) aktiv von sich aus ansprechen. (68 %)

Abschlussprozesse sind im Wesentlichen abhängig von der Problematik bzw. Störung der Klienten. (66 %)

In der Endphase einer Therapie wird die Beziehung zum Klienten gleichberechtigter. (58 %)

Für den Transfer von Therapieergebnissen in das alltägliche Leben spielt die Abschlussphase eine entscheidende Rolle. (52 %)

Den folgenden Aussagen stimmen in der Tendenz weniger Therapeuten zu während sie von relativ vielen zurückgewiesen werden:

Jede Unterbrechung (Urlaub u. ä.) ist eine Übung für den Abschluss der Therapie. (Zustimmung 48 %, Ablehnung 20 %)<sup>67</sup>

Die Terminierung einer Therapie, d. h. die Festlegung der letzten Stunde, intensiviert den Therapieprozess. (Zustimmung 45 %, Ablehnung 15 %)

Wenn eine Therapie erfolgreich war, verläuft der Abschlussprozess unproblematisch. (Zustimmung 31 %, Ablehnung 22 %)

Der Abschluss sollte während der Therapie immer wieder thematisiert werden. (Zustimmung 27,1 %, Ablehnung 49,6 %)

Gleichermaßen Zustimmung wie Ablehnung erfahren die folgenden Aussagen:

Therapeuten sollten in der Abschlussphase offener sein, von sich Persönliches mitzuteilen. (Zustimmung 38,9 %, Ablehnung 31,5 %)

Das Vorgehen beim Abschluss einer Therapie solle am Anfang mit dem Klienten

---

<sup>66</sup> Tabellen im Einzelnen: Anhang A: Statistiken, S. 199 ff.

Antwortkategorien: stimmt nicht/wenig/mittelmäßig/ziemlich/sehr - hier zusammengefasst: stimmt ziemlich und stimmt sehr

<sup>67</sup> Antwortkategorien: stimmt nicht/wenig/mittelmäßig/ziemlich/sehr - hier zusammengefasst:

Zustimmung: stimmt ziemlich und stimmt sehr

Ablehnung: stimmt nicht und stimmt wenig

besprochen werden. (Zustimmung 37,0 %, Ablehnung 42,5 %)

Katamnestiche Gespräche sind wichtig für langfristige Therapieergebnisse.  
(Zustimmung 32,8 %, Ablehnung 33,1 %)

## Diskussion

Bemerkenswert ist die Häufigkeit, mit der die Rückfallprophylaxe von Therapeuten als wichtig für die Beendigung bezeichnen, da in der Literatur eine Vorbereitung auf mögliche Rückfälle fast ausschließlich im Bereich von Suchttherapie diskutiert wird. Die Therapeuten dieser Befragung halten eine ‚Vorbereitung‘ auf Rückfälle jedoch im Allgemeinen für wichtig. Allerdings ist dieses in unterschiedliche Richtungen interpretierbar: Wenn Therapeuten darauf hinweisen, dass es notwendig ist, Klienten z. B. auf ein erneutes Auftreten von Symptomen vorzubereiten, könnte man dieses als einen Hinweis auf ihre Unsicherheit in Bezug auf eine langfristige Effektivität von Therapien sehen. Allerdings könnte es ebenso interpretiert werden als Ausdruck des Wissens (gerade älterer, lebenserfahrener Therapeuten), dass auch Psychotherapie nicht vor den Folgen von schweren Belastungen und Krisen im weiteren Leben schützen kann.

Sowohl die Rückfallprophylaxe als auch die Bedeutung von Abschlussphasen für die Effektivität von Therapien sind in der Literatur eher selten zu findende Themen, deren Wichtigkeit für eine langfristige Wirksamkeit von Psychotherapien möglicherweise vielfach unterschätzt wird.

Weiterhin weisen die Therapeuten darauf hin, dass in der Abschlussphase mit spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen zu rechnen ist. Eine Erklärung für diese Spezifität kann in der Aussage gesehen werden, dass in der Endphase einer Therapie die Beziehung zum Klienten gleichberechtigter wird. Therapeuten befinden sich demnach in der Endphase einer Therapie in einer besonderen Situation, da sie nicht nur vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Konnotationen der Abschiedsthematik (s. Kap. 3) arbeiten, sondern darüber hinaus in dieser Phase von sich erwarten, teilweise auf ihre therapeutische Distanz (s. Kap. 4.5) zu verzichten.

In Bezug auf das therapeutische Verhalten in der Abschlussphase betonen die Therapeuten die Bedeutung eines aktiven Ansprechens wesentlicher Themen bzw. mit einer Beendigung verbundener Gefühle. Dieses Ergebnis ist insofern bemerkenswert, da die Therapeuten aller Richtungen hier für die Beendigung empfehlen, in dieser Phase der Therapie Themen und Gefühle, die mit Ende und Trennung verbunden sind, von sich aus anzusprechen. Dementsprechend wird die Aussage überwiegend abgelehnt, Therapeuten sollten den Abschluss nicht ansprechen, bevor Klienten das Therapieende von sich aus erwähnen (82 % sagen stimmt nicht oder stimmt wenig).

Weitgehend einig sind sich die Therapeuten darin, dass während der Beendigung mit ‚störungsspezifischen‘ Reaktionen zu rechnen ist. Auch diese Erfahrung der Therapeuten weist darauf hin, dass Ausmaß und Bedeutung störungsspezifischer Reaktionen bisher

in Theorie und Forschung von Psychotherapie viel zu wenig beachtet werden. Klienten reagieren auf die Beendigung einer Psychotherapie vor dem Hintergrund ihrer Persönlichkeitsstruktur, ihres Verhaltensrepertoires bzw. ihrer Wirklichkeitskonstruktionen in Bezug auf Trennungen.

Wesentlich uneiniger sind sich die Therapeuten allerdings darin, ob sie in der Abschlussphase offener sind, auch von sich Persönliches zu berichten. Dieser Aussage wird gleichermaßen zugestimmt wie widersprochen. Hier wiederholt sich eine Tendenz, die bereits bei den Berichten über die konkrete Therapie deutlich wurde (s. Kap. 9.6, S. 121) Ebenso wenig einheitlich sind die Therapeuten in Bezug darauf, ob die Terminierung einer Therapie den Therapieprozess intensiviert. Diese Ergebnisse auf der Grundlage von Aussagen erfahrener Therapeuten erscheinen auf den ersten Blick widersprüchlich. Meines Erachtens verweisen sie jedoch auf die Komplexität von Abschlussprozessen. Unterschiedliche Bedingungen (z. B. Symptomatik von Klienten, therapeutisches Verfahren) können die Auswirkung spezieller Vorgehensweisen erheblich beeinflussen. So kann eine Terminierung in einer speziellen Situation zur Verflachung, in einer anderen zur Intensivierung des Therapieprozesses führen. Einfache Verhaltensregeln für Therapeuten in Abschlussprozessen sind nach meinen Befunden also nicht zu erwarten.

### 10.3.2 Zusammenhänge von Grundsätzen und therapeutischer Orientierung

#### Fragestellung:

⇨ Unterscheiden sich Therapeuten verschiedener Orientierungen in ihren Grundsätzen zur Beendigung?

#### Ergebnis:

Zusammenhänge zwischen Grundsätzen und theoretischer Orientierung zeigen sich auf der Ebene der Gesamtgruppe nicht. Die Mittelwerte der Einzelangaben in den Gruppen von Therapeuten mit verhaltenstherapeutischer, humanistischer sowie tiefenpsychologischer Orientierung weisen einen relativ hohen Zusammenhang miteinander auf. (s. Anhang A: Statistiken, S. 203)

Vergleicht man die Mittelwerte der Einzelangaben (s. Tabelle 32), dann sind einige Tendenzen in Zusammenhang mit der therapeutischen Orientierung sichtbar.

#### Diskussion:

Verhaltenstherapeuten<sup>68</sup> sind am Häufigsten der Überzeugung, dass die Terminierung einer Therapie, d. h. die Festsetzung eines konkreten letzten Termins den Therapieprozess intensiviert. Interessanterweise vertreten sie damit am deutlichsten die auf Freud

---

<sup>68</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden von Verhaltenstherapeuten, Systemikern, Psychoanalytikern und Humanistischen Therapeuten anstatt jeweils von ,xy orientierten Therapeuten‘ gesprochen.



zurückgehende These von der Forcierung von Entwicklung durch Terminierung (s. Kap. 2.1.1, S. 16). Mir sind allerdings keine empirischen Belege für diese These bekannt, so dass hier dringender Forschungsbedarf besteht.

Gleichzeitig bezweifeln Verhaltenstherapeuten am häufigsten, dass eine erfolgreiche Therapie selbstverständlich in einen unproblematischen Abschluss mündet. Diese Ansicht der Verhaltenstherapeuten könnte interpretierbar sein als ein weiterer Hinweis auf eine spezifische Dynamik der Abschlussphase. Selbst nach einem erfolgreichen Therapieverlauf kann sich nämlich eine Beendigung problematisch entwickeln.

Tabelle 32: Mittelwertvergleich der Gruppen mit unterschiedlicher therapeutischer Orientierung

Grundsätze°	Therapeutische Orientierung				Gesamt°°
	Verhaltensth.	Humanist.	Psychodyn.	System.	
N	9	36	19	5	111
Terminierung intensiviert	<b>5,00</b>	3,40	3,63	3,40	3,58
Katamnese wichtig	<b>3,63</b>	3,06	3,16	<b>1,80</b>	3,05
Th. mehr Persönliches einbringen	<b>2,44</b>	3,17	3,05	<b>4,00</b>	3,11
Beziehung gleichberechtigter	3,25	3,46	3,47	<b>4,20</b>	3,50
Ende von Anfang an ansprechen	3,22	2,86	2,47	<b>3,40</b>	2,94
Ende immer wieder ansprechen	2,67	2,91	2,42	<b>3,40</b>	2,68
Rückfallprophylaxe	3,78	4,17	3,89	<b>4,60</b>	4,08
Therapie erfolgr., Ende problemlos	<b>2,56</b>	3,33	3,11	2,80	3,03
spezifische Gegenübertragung	<b>3,50</b>	3,97	4,12	3,80	4,01
Th. soll Gefühle aktiv ansprechen	3,57	3,97	4,11	4,20	3,88
Abschluss abhängig von Störung	4,13	<b>3,43</b>	4,21	<b>3,00</b>	3,87
Abschluss bestimmt Transfer	<b>3,00</b>	3,40	3,53	<b>2,60</b>	3,47
neg. Abschied, neg. Ergebnis	3,78	3,94	3,84	3,80	3,97
Unterbrechung Übung für Ende	3,44	3,11	3,60	3,58	3,00
Ende nicht vor Klient ansprechen	1,78	1,66	1,68	1,80	1,69

dunkelgrau = Gruppe mit deutlichster Zustimmung, hellgrau = Gruppe mit deutlich weniger Zustimmung  
Kriterium: Unterschiede von mehr als 0,5 Mittelwertpunkten zur Gesamtgruppe und zu anderen Gruppen

° Antwortkategorien: 1=stimmt nicht, 2=st. wenig, 3=st. mittelmäßig, 4=st. ziemlich, 5=st. sehr

°° Differenz zur Anzahl der Gesamtgruppe ergibt sich aus den Gruppen von Therapeuten ohne Angaben, mit anderen Therapierichtungen und mit mehreren verschiedene Richtungen als Orientierung

Interessant sind die Unterschiede in Hinblick auf die Bedeutung katamnestischer Gespräche. Während die Therapeuten insgesamt katamnestische Gespräche nur für mittelmäßig wichtig halten, betonen Verhaltenstherapeuten, dass katamnestische Gespräche für die weitere Entwicklung von Klienten ziemlich wichtig sind. Demgegenüber messen Systemiker diesen Gesprächen keine besondere Bedeutung zu.

Relativ unterschiedlich sehen Therapeuten die Gestaltung der Abschlussphase im Hinblick auf eine persönlichere Kommunikation. Verhaltenstherapeuten lehnen es im Verhältnis zu Therapeuten anderer Richtungen eher ab, in der Abschlussphase von sich mehr Persönliches mitzuteilen.

Auffällig sind die Unterschiede der Systemiker zu den Therapeuten anderer Richtungen: Sie betonen, dass es wichtig ist, von Anfang an mit Klienten über das Vorgehen beim Abschluss zu sprechen sowie das Therapieende während der Therapie immer wieder anzusprechen. Außerdem weisen sie am deutlichsten auf die Bedeutung einer Rückfallprophylaxe hin. In Bezug darauf ist interessant, dass Systemiker katamnestiche Gespräche für wenig wichtig halten.

Einige andere Ergebnisse sind als theoriekonforme Sichtweise der Therapeuten interpretierbar. So sind Systemiker und humanistische Therapeuten gleichermaßen wenig überzeugt davon, dass Abschlussprozesse im Wesentlichen von der Problematik oder Störung des Klienten abhängig sind. Dies entspricht systemischen sowie humanistischen Therapietheorien, die sich ausdrücklich von einer ‚störungsorientierten‘ Perspektive distanzieren. Ebenfalls theoriekonform sind Verhaltenstherapeuten am wenigsten der Meinung, dass der Bereich von Trennung, Abschied und Ende der Therapie spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene auslösen kann.

Insgesamt entsprechen diese Daten den Ergebnissen der Literaturanalyse insofern, als es bisher weder allgemein formulierte noch theoriegeleitete Konzepte der Beendigung gibt. Langjährig erfahrene Therapeuten kommen unabhängig von ihrer Orientierung zu weitgehend übereinstimmenden Ergebnissen.

Gleichwohl scheint die therapeutische Orientierung Grundsätze der Abschlussphase von Therapeuten dort zu beeinflussen, wo sie sich direkt aus der Therapietheorie ableiten lassen, wie z. B. in Bezug auf die Störungsspezifität von Abschlussprozessen oder Gegenübertragungsprozessen. Andere Konzepte der Therapeuten, wie die Intensivierung-durch-Terminierungs-These oder das einer größeren persönlichen Offenheit während der Beendigung einer Therapie sind eher als verbreitete psychotherapeutische Annahmen zu bezeichnen, für die weder geklärt ist, unter welchen Bedingungen sie zutreffen, noch die mit ihnen verbundenen Konsequenzen ausreichend erforscht sind.

## **10.4 Zusammenfassung**

### **Themen der Beendigung in Therapieausbildungen**

Themen der Abschlussphase wurden in der Ausbildung der befragten Therapeuten im Gegensatz zum Anfang von Therapien insgesamt selten ausführlich behandelt. In mehr als der Hälfte der ausbildungsbezogenen Einzeltherapien wurde die Beendigung nicht gründlich bearbeitet. Dieses Ergebnis wird als Bestätigung der Annahme in der Literatur interpretiert, dass die Beendigung ein vernachlässigtes Thema in Ausbildungen ist, dessen Ausblendung insbesondere in Ausbildungstherapien indirekt überliefert wird.

Im Hinblick auf die Bearbeitung einzelner Themenbereiche zeigt sich allerdings, dass in psychotherapeutischen Ausbildungen eine ganze Reihe von Themen der Beendigung

angesprochen und auch intensiv bearbeitet werden. Möglicherweise ist die Gesamteinschätzung damit eher als ‚Beendigung wurde *zu wenig* bearbeitet‘ zu interpretieren.

Gründlich bearbeitet werden in den Ausbildungen sowohl das Ende der Behandlung als auch das Ende der Beziehung. Ebenso werden spezifischere Themenbereiche wie die Psychodynamik der Abschlussphase, die Methoden der Beendigung und das konkrete Ende der Ausbildung behandelt. Themenbereiche wie die Beendigung als Krise, störungsspezifische Trennungsreaktionen und vorübergehende Trennungen während der Therapie werden dagegen eher selten und weniger intensiv bearbeitet.

Zusammenhänge zwischen der ersten Therapieausbildung und den angegebenen Themen in der Ausbildung zeigen sich trotz der mehrfachen Therapieausbildungen der Therapeuten. Dabei geben in erster Ausbildung tiefenpsychologisch qualifizierte Therapeuten insgesamt die intensivste Auseinandersetzung mit Themen der Abschlussphase an. Im Gegensatz dazu wurden Therapeuten, deren erste Ausbildung verhaltenstherapeutisch orientiert war, relativ selten in Aspekten der Beendigung unterrichtet. Ungeachtet verschiedenster weiterer Ausbildungen der Therapeuten wird dieses als Tendenz interpretiert, dass die erste Ausbildung wegweisende Bedeutung für die weitere Entwicklung von Therapeuten hat.

### **Beendigungen und Unterbrechungen im Laufe Therapien**

Die Beendigung der Therapie, z. B. Vorstellungen vom Therapieende oder vom Umgang mit einer ‚einseitigen Kündigung‘ wird von den Therapeuten selten in die Anfangsphase von Therapien einbezogen. Ein Zusammenhang zwischen therapeutischer Orientierung und einer vorbereitenden Kommunikation über den Abschluss am Anfang von Therapien zeigte sich nicht.

Den meisten Therapeuten ist es wichtig, Stunden pünktlich zu beenden, manche sprechen das Ende der Stunde kurz vorher an. Allerdings scheint es relativ viele Therapeuten zu geben, die das Stundenende nicht ankündigen, so dass Therapiestunden für Klienten möglicherweise überraschend beendet werden. Dieses Ergebnis wird im Hinblick auf Befunde in sozialpsychologischen Untersuchungen zur Beendigung sozialer Situationen diskutiert.

Fast alle Therapeuten bereiten Unterbrechungen des Therapieverlaufes durch Urlaub u. ä. aktiv vor. Interessant ist allerdings, dass immerhin 13 % der Therapeuten angeben, nur selten oder gelegentlich solche Unterbrechungen vorher mit den Klienten zu besprechen. Diskutiert werden Fragestellungen im Hinblick auf Vertretungen während Urlaubszeiten, wie sie ab 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz vorgeschrieben sind.

### **Grundsätze der Gestaltung von Therapiebeendigungen**

Gefragt nach ihren Grundsätzen und Überzeugungen zur Abschlussphase betonen Therapeuten mit langjähriger Praxiserfahrung vor allem, dass in der Abschlussphase die Rückfallprophylaxe, d. h. die Vorbereitung von Klienten auf mögliche ‚Rückfälle‘ wichtig ist. An zweiter Stelle weisen sie auf die Auswirkungen der Abschlussphase für

das Therapieergebnis insgesamt hin. Dabei heben die Therapeuten die Bedeutung der Abschlussphase für den Transfer von Therapieergebnissen in das alltägliche Leben hervor. Sowohl die Rückfallprophylaxe als auch die Bedeutung der Abschlussphase für die Effektivität von Therapien sind in der Literatur eher selten zu findende Themen, deren Wichtigkeit für eine langfristige Wirksamkeit von Psychotherapien möglicherweise vielfach unterschätzt wird.

Weiterhin weisen die Therapeuten auf die Spezifität von Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen während der Beendigung hin. Weitgehend einig sind sich die Therapeuten darin, dass während der Beendigung mit ‚störungsspezifischen‘ Reaktionen zu rechnen ist. Im Hinblick auf die Frage, ob Therapeuten in der Abschlussphase offener sein sollten, auch von sich Persönliches zu berichten halten Zustimmung und Ablehnung sich die Waage.

Zwischen Grundsätzen der Beendigung und theoretischer Orientierung lassen sich nur tendenziell Zusammenhänge aufzeigen.

Die heterogenen Ergebnisse auf der Grundlage von Aussagen erfahrener Therapeuten werden als Hinweis auf die Komplexität von Abschlussprozessen interpretiert. Unterschiedliche Bedingungen (Klient, Therapeut, Therapietheorie, usw.) können die Auswirkung spezieller Vorgehensweisen erheblich beeinflussen. Einfache Verhaltensregeln für Therapeuten in Abschlussprozessen sind nach den vorliegenden Befunden nicht zu erwarten.

## 11 Die Beendigung von Therapien im Bild der Sprache

Nicht nur die Sprache denkt uns vor und steht uns bei unserer Weltsicht gleichsam ‚im Rücken‘; noch zwingender sind wir durch Bildervorrat und Bilderwahl bestimmt, ‚kanalisiert‘ in dem, was überhaupt sich uns zu zeigen vermag und was wir in Erfahrung bringen können. (Blumenberg, 1996, S. 291)

### 11.1 Sprache und Psychotherapie

Sprache und Sprechen sind zentrale Elemente des therapeutischen Handelns<sup>69</sup>. Der gesamte Bereich der Psychotherapie sowie ihrer Erforschung ist durchzogen von Sprachbildern. Psychische und therapeutische Prozesse werden immer wieder in metaphorischer Form beschrieben. In ihrer Studie zu ‚Metaphern und Psychotherapie‘ beschreiben Berlin, Olson, Cano & Engel (1991) einige wesentliche Beispiele von konzeptuellen Metaphern in der Psychotherapie, die in verbreiteten Sprachbildern zu finden sind:

- Psychotherapie ist Kampf (Widerstand, Abwehr, Konflikt, Charakterpanzer, etc.)
- Verstand (mind) ist ein brüchiges Objekt (Zusammenbruch, Spaltung, Desintegration, fragmentiertes Selbst, etc.)
- Mensch ist eine Dampfmaschine (Wut kocht hoch, explodieren, innerer Druck, etc.)
- Beziehung ist eine verbindende Rohrleitung (in Worte fassen, jemanden erreichen, durchdringen, etc.)

Buchholz (1996) kommt nach einem Überblick über verschiedene metaphernanalytischen Psychotherapiestudien zu dem Schluss, dass ‚Therapie‘ aufgrund einer fehlenden eindeutigen wörtlichen Bedeutung als ‚leeres Konzept‘ zu betrachten sei. Da niemand sagen kann, was ‚Therapie‘ genau bedeutet, ist dieses Konzept ein Zielbereich, der für vielfältige Metaphorisierungen offen ist.

So ist nahezu alles, was Psychotherapeuten über Therapie und ‚Patienten‘ sagen, wie sie mit ‚Klienten‘ sprechen und ihnen ‚Therapie‘ erklären, durchzogen von einer Fülle von Metaphern, die meist kaum noch als solche bemerkt werden.

Innerhalb von psychotherapeutischen Prozessen können Metaphern für die Beschreibung und Erklärung wesentlicher Themen eine zentrale Rolle spielen<sup>70</sup>. Dabei erfüllen sie die folgenden Funktionen:

1. Sie vereinfachen komplexe Zusammenhänge.
2. Sie unterstützen vertrauensvolle Kommunikation, indem sie Patienten andere

<sup>69</sup> Zusammenfassend v. Schlippe & Schweitzer (1996, S. 93 ff.)

<sup>70</sup> Siehe Cirillo (1995); Ingram (1994); Roderburg (1995)

- Sichtweisen von Problemen anbieten, ohne ihnen diese aufzudrängen.
3. Mit Metaphern kann ernsthaft und spielerisch zugleich über sehr persönliche Dinge kommuniziert werden.
  4. Metaphern unterstützen Kommunikation über affektiv aufgeladene Probleme.
  5. Metaphern unterstützen den Transfer von Erkenntnissen, da sie die Beziehung zwischen Situationen mehr betonen als einzelne Fakten. (Berlin et al., 1991)

Als „Schlüsselwörter“ (Boscolo, Betrand, Fiocco, Palvarini & Pereira, 1993) vermögen Metaphern psychotherapeutische Prozesse maßgeblich zu beeinflussen. Die Bezeichnung einer Situation z. B. als ‚psychische Erkrankung‘ oder aber ‚Streik‘ kann Sichtweisen und Handlungsspielräume von Klienten erheblich verändern. McMullen (1989) konnte in einem Vergleich der Metaphern von Klienten und Therapeuten in erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapien<sup>71</sup> zeigen, dass sich diese Fälle im Hinblick auf den Umgang von Therapeuten und Klienten mit Sprachbildern unterscheiden ließen. In der Perspektive von „Prozessphantasien“, wie Buchholz (1996) z. B. die Metaphorik von Therapie als *Schulung*, *Reifung* oder *Stärkung* interpretiert, werden Handlungsanweisungen für Therapeuten und Klienten sichtbar, deren Interaktion Therapien zu fördern oder zu hindern vermögen.

In der Analyse von Sprachbildern für das Therapieende, die in dieser Untersuchung vorliegen, gehe ich aus von neueren metaphernanalytischen Ansätzen, die sich in Bezug auf Phänomene der Beschreibung beraterischer und psychotherapeutischer Kommunikation als fruchtbar erwiesen haben<sup>72</sup>.

## 11.2 Der metaphernanalytische Ansatz

Die Geschichte der Metapher sowie aktuelle Entwicklungen von Metapherntheorien sind vielfach dargestellt worden<sup>73</sup>, weshalb ich mich hier auf einige zentrale Aspekte beschränken kann, die für eine Auswertung der sprachlichen Bilder für das Therapieende wesentlich sind.

Metaphern stellen gegenüber der ‚wörtlichen‘, allgemein verwendeten Bedeutung eines Wortes einen außergewöhnlichen, unüblichen Wortgebrauch dar, der als Abweichung wahrgenommen wird und einen wechselseitigen Prozess des Verstehens in Gang bringt. Aus der Interaktion des wörtlichen mit dem übertragenen Bedeutungsfeld entsteht ein neuer Bedeutungszusammenhang. Metaphern sind damit mehr als sprachliche ‚Doppelgänger‘, die heterogene Kontexte in einer ‚Übertragung‘ von Bedeutungen verbinden.

---

<sup>71</sup> Fälle der Vanderbilt Studie von Strupp und Hadley (1979), zit. n. McMullen (1989)

<sup>72</sup> Siehe Buchholz (1996); Najavits (1993); Retzer (1995); Schmitt (1995)

<sup>73</sup> Siehe Frieling (1996); Heasler (1991); Retzer (1993)

Sie sind - weit über die Übertragung wörtlicher Bedeutungen hinausgehend - zu verstehen als Kostruktionsprinzip unserer Erfahrungsorganisation<sup>74</sup>.

Metaphern dienen der natürlichen Kategorisierung von Welt und der Bezugssetzung zur Welt, sie organisieren Erfahrungen und verweisen auf Wahrnehmungs- und Denkstrukturen. Sie leiten die Aneignung von Welt, sie sind Interpretationsfolien, durch die wir assimilieren. ...Sie betonen bestimmte Bilder und blenden andere aus (Highlighting und Hiding); wir leben in einer Welt konkurrierender Bilder. Metaphern sind Zugang zu individuellen wie zu kollektiven Erfahrungen einer Sprachgemeinschaft. (Schmitt, 1995, S. 109)

So beinhalten metaphorische Beschreibungen von Psychotherapie, z. B. als *Kampf*, *Wachstum* oder *Nacheltern*, über unterschiedliche Beschreibungen hinausgehend ein mit diesen Konzepten jeweils verbundenes Handlungsfeld und Handlungsziel für Psychotherapeuten. Eine Psychotherapie als Kampf erfordert z. B. vor allem ‚strategische Manöver‘, während in einer Psychotherapie als Wachstum viel mehr ‚gärtnerisches Geschick‘ des Therapeuten notwendig ist. Die Auswirkungen konzeptueller Metaphoriken auf Problembeschreibungen und Lösungsansätze in der Psychotherapieforschung wurden bereits am Beispiel der Medikamenten-Metapher als konzeptuellem Hintergrund von Psychotherapieforschung in Kap. 2.3.1 (S. 27) diskutiert.

Ein wesentliches Anwendungsgebiet der Metaphernanalyse in der Psychotherapieforschung liegt in der Analyse von therapeutischen Gesprächen. Dort wird die Kommunikation von Therapeut und Klient z. B. im Hinblick auf darin verwandte Metaphern, deren Übereinstimmung und Veränderungen im Verlauf der Therapie untersucht (s. z. B. Buchholz, 1996; Kleist, 1987). Die Problematik der Identifizierung von Metaphern in Gesprächen, die in diesen Studien besonders diskutiert wird, kann hier außer acht gelassen werden, da in meiner Untersuchung direkt nach Sprachbildern gefragt wurde. Deshalb konzentriere ich mich auf den Aspekt der Metapher als ‚Interpretationsfolie‘.

Für diesen Aspekt wesentlich sind die Begriffe der Konzeptuellen Metapher (conceptual mapping n. Lakoff, 1993, S. 209)) bzw. der Wurzelmetapher (n. Schmitt, 1995, S. 117). Damit wird das Phänomen beschrieben, dass mehrere metaphorische Beschreibungen eine gleichsinnige Übertragung produzieren. So stellen z. B. die oben angeführten Beschreibungen psychischer Prozesse als *explodieren*, *unter Druck stehen*, *vor Wut kochen*, *Dampf ablassen* Sprachbilder dar, die alle auf einen gemeinsamen Hintergrund, nämlich auf die Metaphern der *Mensch ist eine Dampfmaschine* und *Ärger ist eine heiße Flüssigkeit* verweisen. Ein Therapeut, der mit dieser konzeptuellen Metaphorik arbeitet, erhält damit die Aufgabe eines Thermostaten: Um einen gefährlichen Überdruck oder gar eine Explosion zu verhindern, muss er die Temperatur kontrollieren oder für einen Druckausgleich sorgen. In dieser Weise wirken konzeptuelle Metaphern wahrnehmungs- und handlungsleitend, wie Berlin et al. (1991) ausführen:

---

<sup>74</sup> Eine ausführliche Diskussion der Bedeutung von Sprache und Sprachbildern für psychotherapeutische Prozesse findet sich z. B. bei Efran, Lukens & Lukens (1992).

Metaphors shape the process of therapy by structuring the therapists perceptions, stance and attitude. They also organize the way problems are discussed as well as the solution, that are seen as effective. (S. 365)

Auf welche metaphorischen Konzepte die Sprachbilder der Therapeuten für das Therapieende in dieser Untersuchung verweisen, welche Aspekte darin erhellt oder verdunkelt sind, soll in den folgenden Abschnitten untersucht werden.

### 11.3 Die Sprachbilder der Therapeuten

#### Fragestellung:

- ⇒ Auf welche Konzepte von Therapieabschluss verweisen Sprachbilder von Therapeuten für das Therapieende?

#### Ergebnisse:

Gegen Ende des Fragebogens wurden die Therapeuten gebeten, Bilder zu nennen, die für sie das Therapieende am Besten beschreiben. 57 Therapeuten nannten Sprachbilder. Diese Beschreibungen wurden ausgehend von einer Urliste nach Metaphernfeldern geordnet, in denen sich die einzelnen Sprachbilder vorläufig gruppieren ließen: Weg, Reise, Wachstum, Wandel, Verbindung<sup>75</sup>. Die Analyse der Bilder in diesen Metaphernfeldern im Hinblick auf zugrunde liegende konzeptuelle Metaphern wird im Folgenden dargestellt.

Vorherrschend in den Bildern, mit denen Therapeuten das Ende von Therapie beschreiben, ist die Metaphorik einer Landschaft (Weg, gehen) oder einer Reise (Aufbruch). Das Ende der Therapie wird beschrieben als eine Trennung der Wege von Therapeut und Klient, als Weggabelung oder als neuer Weg für den Klienten. Gleichzeitig verweist diese Metaphorik auf die Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten, da „... die Weg-Metapher wesentliche Anteile des alltäglichen Begreifens von Liebesbeziehungen beisteuert (,so kommen wir nicht weiter‘, am ‚Scheidepunkt‘ sein, den (Lebens-) Weg ,gemeinsam gehen‘, die Beziehung ist in einer Sackgasse‘).“ (Schmitt, 1995, S. 191). Das Ende dieser Beziehung wird von den Therapeuten betont (Wege trennen sich, Klient geht allein weiter, Therapeut bleibt zurück) wobei allerdings die Verbindung relativ häufig noch einmal hervorgehoben wird (ein Stück gemeinsame Reise, der gemeinsame Weg gabelt sich, die Erfahrung des gemeinsamen Weges bleibt). Gleichzeitig wird in vielen Bildern die Autonomie des Klienten für seinen weiteren Weg hervorgehoben (Klient geht allein weiter, Klient als eigener Führer, aus eigener Kraft). Der Zielbereich dieser Metaphorik ist die Beziehung zum Therapeuten, die beendet wird. Damit kann als konzeptuelle Metapher formuliert werden: *Therapieende ist Verlust*.

---

<sup>75</sup> Gesamtliste siehe Anhang C: Therapieende in Sprachbildern, S. 206



In dieser Analyse wird deutlich, wie sehr die Bilder für das Therapieende jeweils verweisen auf Konzepte von Psychotherapie, wenn nämlich Therapieende das Ende des Gehens auf einem gemeinsamen Weg bedeutet, dann liegen dem die Konzepte von *Therapie ist Bewegung* und *Therapie ist Beziehung* zugrunde. Da eine weitere Diskussion der jeweils zugrunde liegenden Konzepte von Therapie in diesem Zusammenhang jedoch zu umfangreich würde, werde ich mich auf die Metaphern des Therapieendes konzentrieren.

In der Metaphorik der Reise wird die therapeutische Beziehung deutlicher als eine vorübergehende gesehen, als Reisebekanntschaft, Rasthaus oder Expeditionsvorbereitung. Die Metapher der Reise beinhaltet, dass wir wissen, wo wir uns befinden, wo wir hinwollen und welche Weise der Fortbewegung wir dafür brauchen. Es gibt eine klare Richtung der gewünschten Bewegung durch ein Ziel. In diesem Sinne ist die Metaphorik der Reise end- und zielorientiert (s. Mahoney, 1995). Im Bild für das Ende von Therapien wird die Reise-Metapher mit unterschiedlichen Perspektiven verwandt. In einigen Fällen wird das Ende der Therapie als Ziel einer Reise beschrieben (wieder anlegen, Etappenziel erreichen). Die vorherrschende Metaphorik ist jedoch eine von ‚Aufbruch‘ (in See stechen, Schiff verläßt Hafen, Zug fährt ab, einer zog aus, das Fürchten zu lernen), d. h. die Bilder verweisen auf das Ende der Therapie als einen Moment von Abschluss und Aufbruch zu neuen Zielen. Der Abschluss einer Therapie erscheint hier als ‚Abschluss von Reisevorbereitungen‘ (gestärkt, Rucksack packen, Reparatur, neue Ladung).

Zwei Therapeuten sehen das Therapieende allerdings viel mehr als ‚Fortschicken‘ (ins richtige Flugzeug setzen, auf die Reise schicken). Die Metaphern des Aufbruchs und des Fortschickens unterscheiden sich deutlich im Grad der Autonomie, die dem Klienten zugesprochen wird, bzw. der Verantwortung, die sich der Therapeut für den weiteren Weg zuschreibt.

In diesen beiden Bildern der Reise werden unterschiedliche konzeptuelle Metaphern von Therapieende deutlich: *Therapieende ist Ziel* und *Therapieende ist Aufbruch*.

Ein weiteres Metaphernfeld wird von den Therapeuten in Bildern der Veränderung angesprochen: Wachstum, Wandel und Reifung. Dabei spielen Bilder des Wachstums in der Pflanzenwelt (Früchte fallen vom Baum, Saat geht auf, Ernte) ebenso eine Rolle wie das Bild des heranwachsenden Menschen (Abnabeln, Abstillen, Kind geht in die Welt, Ablösung des Pubertierenden, stirb und werde). Konzeptuelle Metaphern im Hintergrund dieser Bilder sind *Therapieende ist Wachstum* und *Therapieende ist Wandel*. Allerdings verweist der Bezug zum Separationsprozess des Menschen auf ein nicht unerhebliches Konfliktpotential, da Prozesse der Trennung von Mutter oder Eltern jeweils begleitet sind von einer Auseinandersetzung zwischen Bindung und Autonomie. So läßt

sich in diesem Feld als weitere Wurzelmetapher *Therapieende ist Konflikt zwischen Bindung und Autonomie* benennen.

Einen ganz anderes Bild des Therapieendes sprechen die Therapeuten in der Metaphorik des Lernens an (Schwimmen gelernt, Neuorientierungen geschafft, trainiert und mutig). Danach bedeutet das Ende einer Therapie ein Erreichen bestimmter lern- und trainierbarer Fähigkeiten, womit auf eine konzeptuelle Metapher von *Therapieende ist Prüfung* verwiesen wird.

In weiteren Bildern thematisieren die Therapeuten weniger den Therapieabschluss sondern vielmehr ihre Verbindung zum Klienten (bleibende innere Verbundenheit, Rücken an Rücken, ein freundlicher Händedruck). Die Verbindung wurde bereits in vielen anderen Bildern mit angesprochen, wie dem des gemeinsamen Weges, der gemeinsamen Reisevorbereitung oder der Eltern-Kind Beziehung. Als konzeptuelle Metapher läßt sich hier *Therapieende ist bleibende Verbindung* formulieren.

Dieses Konzept erscheint auf den ersten Blick paradox, es entspricht jedoch theoretischen Vorstellungen vom Therapeuten z. B. als ‚bleibendem guten inneren Objekt‘ oder ‚inneren Therapeuten‘. Ebenso wurde dieses Konzept bereits im Vorwort am Beispiel von Therapiebeendigung mit chronisch erkrankten Menschen angesprochen, für die eine bleibende Verbindung im Sinne einer ‚Hausarztbeziehung für Notfälle‘ wichtig sein kann.

Obgleich die Bilder der Therapeuten sich so häufig auf Therapieende als Verlust oder Konflikt beziehen, wird nur in einem einzigen Bild direkt angesprochen, dass es sich dabei um einen ‚schmerzlichen‘ Prozess handeln kann (Eltern, deren erwachsene Kinder aus dem Haus in die Welt gehen, schmerzlich aber auch notwendig). Vermutlich sieht der Therapeut sich in diesem Bild als ‚Eltern, die zurückbleiben‘, d. h. Trauer oder Schmerz über den Verlust auf Seiten der Klienten werden in keinem Bild direkt erwähnt. Ohne genauere Untersuchungen von Abschlussprozessen kann allerdings nicht entschieden werden, ob es sich hierbei um eine Ausblendung oder Umdeutung dieser Seite von Verlust in Bezug auf Klienten handelt, oder ob die Verlust Metaphorik sich aus einer vorherrschenden Orientierung von Therapeuten an der therapeutischen Mikrowelt ergibt.

Gleichfalls selten werden positive Reaktionen von Klienten angesprochen. Nur in zwei Bildern kommen positive Gefühlsreaktionen vor: ‚Klient ging munter, heiter seines Weges‘ und ‚gelöstes Lachen im Gesicht‘. Dieses Fehlen direkter Bilder für positive Gefühle ist überraschend, da die Therapeuten in ihrem Bericht über eine konkrete Therapie ‚Freude über Erreichtes‘ am häufigsten als ein wichtiges Thema der Abschlussphase bezeichneten. Wie dieser Unterschied zu erklären ist, kann hier nur ver-

mutet werden. Es könnte sein, dass sich in den Bildern zum Therapieende unter anderem die kulturelle Norm auswirkt, in Abschiedssituationen ‚nicht zu viel Gefühl‘ zuzulassen (s. Kap. 3.1), so dass direkte Gefühlsreaktionen auch in den Bildern der Therapeuten ausgeblendet sind. Man könnte allerdings ebenso vermuten, dass die Bilder der Therapeuten in ihrer emotionalen Unschärfe auf gefühlsmäßige Ambivalenzen in der Therapiebeendigung hinweisen, da die Beendigung von Therapien eben sowohl den (traurigen, wütenden) Verlust als auch den (freudigen, ängstlichen, neugierigen) Aufbruch beinhaltet.

Welche Aspekte von Therapieende im Schatten der bisher beschriebenen konzeptuellen Metaphern verdeckt bleiben, wird im nächsten Abschnitt untersucht,

## 11.4 Schattenbilder

Die Therapieende-ist-Verlust Metapher, die in den Bildern der Therapeuten ebenso dominiert wie in der Literatur, ist durch eine spezifische Sichtweise von Psychotherapie gekennzeichnet. Psychotherapie wird vor allem in einer primären Orientierung auf die therapeutische Mikrowelt gesehen, die wichtiger als alles andere zu sein scheint<sup>76</sup>. Die Beendigung der Therapie stellt sich dementsprechend dar als bestimmt durch den Verlust dieser Mikrowelt.

Dieses Bild beinhaltet die in unserer westlichen Kultur vorherrschende Sicht von Menschen als Individuen, wie Epston & White (1995) ausführen:

... the Western conception of the person as a bounded, unique cognitive universe, a dynamic centre of awareness, emotion, judgement and action organized into a distinctive whole is, however incorrigible it may seem to us, a rather peculiar idea within the concept of the world's cultures. (S. 341)

Klienten droht, von dieser Perspektive aus gesehen, mit dem Ende der therapeutischen Beziehung eine Vereinsamung, so dass der Verlust der entscheidenden therapeutischen Beziehung sowie die Notwendigkeit, ‚allein‘ weiter zu gehen, hervorgehoben werden. Die soziale Welt des Klienten, als Kontext der Therapie, bleibt mit dieser Metaphorik im Schatten. Andere Menschen, mit denen der Klient weitergehen kann, sind an keiner ‚Weggabelung‘ in den Bildern der Therapeuten erwähnt. Im Gegenteil dazu wird sogar häufig betont, dass der Klient ‚allein‘ seinen Weg fortsetzt. Man könnte hier kritisch einwenden, dass die Therapeuten mit dem Bild des ‚allein auf dem Weg‘ doch vor allem die Autonomie des Klienten betonen wollen. Allerdings bleibt festzuhalten, dass die Autonomie als Unabhängigkeit vom Therapeuten definiert wird, ohne in einem einzigen Bild die sozialen Bezüge von Klienten zu erwähnen.

Von diesen Überlegungen ausgehend fällt weiterhin auf, dass kein einziges Bild der Therapeuten die Rückkehr des Klienten in seinen ‚gewöhnlichen‘ Alltag anspricht. In

---

<sup>76</sup> Siehe beispielsweise das Modell für eine Allgemeine Psychotherapie nach Grawe (1995, S. 27)

der Therapieende-ist-Herausforderung Metapher wird im Gegensatz dazu ein Bild vom Aufbruch, von Expedition in neue Welten gezeichnet, das wiederum zentriert ist auf die therapeutische Mikrowelt. Im Verhältnis zu dieser eingeschränkten Welt mag das Ende einer Therapie einem Aufbruch in eine ‚terra incognita‘ gleichkommen, wie es sich z. B. im Bild von Therapieende als Aufbruch zu einer Expedition andeutet. Diese eingeschränkte Sichtweise von Therapieende vernachlässigt Kontextbedingungen von Therapien als bedeutsam für Veränderung ebenso wie unveränderte Kontextbedingungen, in die ein Klient ‚zurückkehrt‘. Wie wichtig dieser Aspekt des Zurückkehrens ist, wird besonders deutlich in den oft sehr schwierigen Therapiebeendigungen mit Klienten, die in eine relativ isolierte soziale Situation zurückkehren, für die also das Bild eines ‚allein Weitergehens‘ zutrifft. Mit der Metaphorik des Aufbruchs droht in Vergessenheit zu geraten, dass der Klient mit allen Veränderungen in eine Welt zurückkehrt, in der er immer gelebt hat. Die hier im Schatten verborgene konzeptuelle Metapher kann mit *Therapieende ist Rückbindung* beschrieben werden.

Auf die Bedeutung von Rückbindung im Sinne von Religion (lat.: religio - zurückgebunden, religio - heiliges Versprechen) mit der vor allem transpersonale Psychotherapieansätze sich beschäftigen, kann an dieser Stelle nur verwiesen werden, ohne dies im Einzelnen auszuführen<sup>77</sup>. Allerdings wird hier eine weitere Perspektive von Rückbindung deutlich, die ebenfalls in den Sprachbildern der Therapeuten nicht direkt angesprochen wurde, nämlich eine spirituelle Dimension von Psychotherapie, die über das Wohlbefinden des Einzelnen als einzigem Ziel von Therapie hinausweist und als konzeptuelle Metapher auf *Therapieende ist Transformation* hinweist.

Auf die Ambivalenz von nüchterner Rückkehr in den Alltag, der sich gleichzeitig völlig verändert, sei abschließend am Beispiel einer ‚Lehrmetapher‘ aus der Tradition des Zen hingewiesen:

#### Das Betreten des Marktes mit offenen Händen

Mit entblößter Brust und nackten Füßen kommt er zum Markte.  
Über und über ist er mit Staub bedeckt, das Gesicht mit Erde verschmiert,  
seine Wangen überströmt ein mächtiges Lachen.  
Ohne Geheimnis und Wunder bringt er verdorrte Bäume jäh zum Erblühen.  
(Enomiya-Lassalle, 1994, o. S.)

---

<sup>77</sup> Siehe dazu Essen (1995); Zundel & Fittkau (1994); Zundel & Loomans (1994)

## 11.5 Zusammenstellung konzeptueller Metaphern der Therapiebeendigung

Betrachtet man die in der Analyse deutlich gewordenen Wurzelmetaphern insgesamt, dann lassen sie sich als Bericht von Therapeuten über die Komplexität der Therapiebeendigung zu lesen:

*Therapieende ist Verlust*

*Therapieende ist Ziel*

*Therapieende ist Aufbruch*

*Therapieende ist Wachstum*

*Therapieende ist Wandel*

*Therapieende ist Konflikt zwischen Bindung und Autonomie*

*Therapieende ist Prüfung*

*Therapieende ist bleibende Verbindung*

*Therapieende ist Rückbindung*

*Therapieende ist Transformation*

Interpretiert man diese Metaphern als ‚Prozessphantasien‘ wie es Buchholz (1996) vorgeschlagen hat, könnten sie zu einem besseren Verständnis von schwierigen Abschlussprozessen beitragen. Akzentuiert z. B. ein Therapeut den Abschluss im Wesentlichen als ‚Verlust‘, während sein Klient vor allem mit dem ‚Aufbruch‘ beschäftigt ist, kann es zu einem problematischen Verlauf der Beendigung kommen. Vielleicht sind z. B. katamnestische Gespräche für Klienten dann besonders wichtig, wenn sie während der Beendigung einzelne Aspekte stark fokussieren, so dass andere erst im Nachhinein besprechbar sind.

Ausgehend von diesen Metaphern, als Beschreibung wesentlicher Aspekte der Beendigung, stellt sich die Frage nach einem Konzept, das alle Facetten der Abschlussphase beinhaltet. Mit einem Vorschlag für ein integrierendes Konzept möchte ich dieses Kapitel über die Sprachbilder abschließen.

## 11.6 Therapieende als ‚Zwischenzeit‘ und ‚Übergang‘

Im Exkurs über Zeit und Psychotherapie (S. 22) wurde bereits auf das Konzept der ‚Zwischenzeiten‘ verwiesen, d. h. auf eine Sicht von Abschlussphase einer Therapie als Übergang zwischen Entwicklungsphasen. Wie Machemer (1995) ausführt, sind Zwischenzeiterfahrungen mit einer besonderen Dynamik verbunden, da sie Menschen mit halb geformten, labilen Situation konfrontieren.

Die Abschlussphase kann mit diesem Konzept beschrieben werden, als eine Zeit des Übergangs, in der alte bekannte Strukturen (Leben mit Therapie) verlassen werden. In dieser Zeit wird das Ende der Therapie absehbar, während die therapeutische Beziehung

noch besteht und ein Alltag ohne Therapie noch nicht konkret geworden ist. Bedrohlichkeit und Chance dieses Übergangs liegen darin, dass sich die alten Strukturen verändern (Verringerung der Stundenfrequenz, bzw. Ende der Stunden) während die Auswirkungen neuer Orientierungen (Änderungen im Verhalten, Befinden und in sozialen Kontakten) erst ansatzweise absehbar sind (Lossegeln). Gleichzeitig bleibt noch offen, ob Veränderungen Bestand haben werden, d. h. ob sie ohne die Unterstützung der Therapie und des Therapeuten den Stürmen des Lebens standhalten. Im Rahmen dieser Metaphorik wäre es z. B. als folgerichtig zu bezeichnen, dass die Rückfallproblematik am häufigsten von den Therapeuten als wichtiges Themenfeld der Abschlussphase angegeben wird.

Epston und White (1995) schlagen ein ähnliches Konzept vor, in dem sie die Abschlussphase als ‚rites of passage‘ auffassen. In Anlehnung an Gennep (1986) sehen sie diese Zeit des Übergangs unterteilt in drei Phasen von Trennung, Labilisierung und Wiederangliederung, wobei sich die Phasen überlappen können. In der Trennungsphase lösen sich Menschen aus gewohnten Rollen und Umgebungen und sie begeben sich damit in eine unbekannte soziale Welt, in der viele vertraute Sicherheiten nicht mehr verfügbar sind. Diese labile Zwischenzeit ist gekennzeichnet durch Verwirrung und Desorganisation ebenso durch Neugierde und eine erhöhte Sensibilität für Möglichkeiten. In der dritten Phase der Wiederangliederung schließt sich der Übergang, indem Menschen sich wieder angliedern an die soziale und ihre familiäre Welt, allerdings in einer neuen Position. Die neue Position ist charakterisiert durch veränderte Rollen, Verantwortungen und Freiheiten. Traditionell wird dieser Abschluss des Übergangs zelebriert, wird das erfolgreiche Durchleben des Übergangs gefeiert (S. 342 f.).

Als Hauptaufgabe dieser Übergangszeit in Psychotherapien diskutieren die Autoren, die Mikrowelt der Therapie mit der Welt im Großen zu verbinden. Klienten sollen in dieser Zeit ermutigt werden, ihr während der Therapie entwickeltes Wissen zu dokumentieren. Wissen wird dabei von den Autoren als Begriff verstanden, in dem alle Arten von Wissen zusammengefasst ist, das Klienten während der Therapie entwickeln und erweitern: Veränderungswissen, Wissen um Zusammenhänge, Verhaltensmöglichkeiten und Konfliktbewältigung. Ziel ist, dass Klienten bewusst über dieses Wissen verfügen können und damit zu Experten für ihre eigenen Anliegen werden, so dass gleichzeitig ihre Abhängigkeit von sogenanntem Experten-Wissen abnimmt. Weiterhin weisen die Autoren darauf hin, wie wichtig eine Unterstützung der Wiederangliederung des Klienten an seine soziale Umwelt ist. So schlagen sie z. B. vor, ausführlich mit Klienten zu besprechen, mit wem sie über ihr ‚Therapie-Wissen‘ sprechen und wie sie ein Ritual der Wiederangliederung (Feier, Briefe, etc.) zum Therapieende in ihrem Alltag durchführen können (s. White & Epston, 1990).

Mit der Metapher des Übergangs wird besonders durch diese Phase der Wiederangliederung das Konzept einer Zwischenzeit erweitert, so dass sie sich meiner Meinung nach als konzeptuelle Metapher für Therapiebeendigung am Besten eignet.

Eine Orientierung am Bild des Übergangs bezieht einerseits den Verlust der therapeutischen Beziehung ein und überwindet andererseits die übliche Einengung auf diesen Aspekt. Die Verunsicherung einer bevorstehenden Trennung vom Therapeuten (*Verlust*) ist in dieses Konzept ebenso integrierbar wie die Veränderungen während der Therapie (*Wachstum, Wandel*) und Labilisierungen während der Beendigung (*Konflikt*). Die Metapher des Übergangs kann es Therapeuten und Klienten vermutlich erleichtern, Phänomene der Labilisierung bis hin zu symptomatischen Rückfällen während der Beendigung als Teil dieses Prozesses zu verstehen, ohne Hoffnungen und Freude über Erreichtes allzu stark zu beeinträchtigen. Die Aufgabe des Therapeuten in der Abschlussphase besteht dann vor allem darin, Klienten dabei zu unterstützen sich ihre Fähigkeiten der Lebensbewältigung wieder anzueignen, die ihnen auch ohne die Anwesenheit des Therapeuten zur Verfügung stehen (*bleibende Verbindung*) und neu Entwickeltes in den Alltag ohne Therapie zu transferieren (*Ziel, Aufbruch*). Dabei sollten Klienten ebenfalls darin begleitet werden, diese Veränderungen in ihre sozialen und spirituellen Bezüge zu integrieren (*Rückbindung, Transformation*).

Von einem Konzept des Übergangs ausgehend, könnte eine fundiertere, möglicherweise umfangreichere Zusammenstellung von wesentlichen Aspekten der Therapiebeendigung entwickelt werden, die dann für differenzierte Fragestellungen zur Therapiebeendigung zur Verfügung steht. So könnte man z. B. untersuchen, ob und in welcher Gewichtung sich einzelne Aspekte für diagnostische Überlegungen zur Vorbereitung einer Beendigung eignen. Denkbar wäre ebenso eine Beschreibung wichtiger Themenbereiche für die Beendigung, im Sinne eines Rasters, ähnlich wie es sie für den Therapiebeginn gibt.

## 12 Zusammenfassung und Diskussion wesentlicher Ergebnisse

There is a constant dialectic in psychotherapy as in life, between closeness and separation, attunement and challenge, attachment and loss. Ending is ever present, long before the final separation, casting its shadow on therapy from the start and, when it comes, is a culmination of all the countless little endings that have prefigured it. In Rilkes words, ‚So we live, forever taking leave‘. (Holmes, 1997, S. 170)

### 12.1 Ausgangspunkt der Untersuchung

Die Gestaltung der Abschlussphase von Psychotherapien ist ein erstaunlich vernachlässigter Bereich des Therapieprozesses. Ausgehend von Hinweisen in der Literatur zur Therapiebeendigung in klinischen Theorien sowie in Forschungs- und Praxisberichten, sollen in einer Befragung von Psychotherapeuten wesentliche Merkmale von Abschlussprozessen erkundet und dokumentiert werden. Ausgangspunkt der Untersuchung ist die Frage, inwieweit am Ende von Therapien eine Abschlussphase zu beobachten ist, die sich anhand charakteristischer Merkmale und Modifizierungen der Abschlussphase in Abgrenzung zur Behandlungsphase unterscheiden lässt. Dabei wird die Abschlussphase definiert als der Zeitraum zwischen konkreter Kommunikation über ein Therapieende (nach einer Zeit der Therapie) und der letzten Stunde.

### 12.2 Theoretische Befunde

Im theoretischen Teil wurden die vielfältigen Aspekte der Beendigung von Psychotherapien aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert. Dabei zeigte sich im historischen Rückblick auf den Beginn der Psychoanalyse eine Vernachlässigung dieses Themas, die sich auch in der weiteren Entwicklung von Psychotherapie als blinder Fleck aufzeigen ließ. Für eine Betrachtung von Therapieabschluss erweist sich ‚Zeit‘ als ein wesentlicher und machtvoller existentieller Hintergrund. Im Rahmen unterschiedlicher Forschungsparadigmen der Psychotherapieforschung fand die Beendigung von Psychotherapien bislang nur unzureichend Beachtung. Allerdings wird im Zusammenhang mit prozessorientierten Ansätzen das therapeutische Gespräch als Spezialfall von Alltagskommunikation diskutiert, eine Sichtweise, die im Hinblick auf eine Beendigung dieser Situation besonders relevant ist. An beispielhaft ausgewählten klinischen Therapiemanualen zeigt sich, dass die Beendigung jeweils relativ einseitig unter den Aspekten eines Transfers von Therapieergebnissen oder der Lösung der therapeutischen Beziehung behandelt wird. Die Auseinandersetzung klinischer Therapietheorien mit der Abschlussphase ist, abgesehen von einzelnen differenzierten Beiträgen, geprägt durch einen Mangel an theoretisch und empirisch fundierten Konzepten (s. Kap. 2)



Im Alltag hat die Beendigung sozialer Situationen im Sinne von Abschied, vielfältige Konnotationen und sie wird durch vielfältige Normen geregelt. Soziale Rituale des Abschieds dienen sowohl einer Vergewisserung von Beziehung über die Trennung hinaus als auch als Rückmeldung über die Art und Intensität der vorhandenen Beziehung. Endgültige Abschiede emotional bedeutsamer Beziehungen beinhalten ein belastendes Potential, da sie selten freiwillig geschehen. Im Hinblick auf Regeln des Alltagshandelns ist die Beendigung einer therapeutischen Beziehung eine paradoxe Situation, da sie gerade dann geschieht, wenn die Beziehung sich vertrauensvoll entwickelt hat und ein Klient sie für Veränderungen oder Verbesserungen seines Befindens nutzen kann (s. Kap.3).

Die Abschlussphase ist nicht nur für Klienten, sondern ebenso für Therapeuten eine sensible Phase. Biographische oder aktuelle Trennungsbelastungen können den Abschlussprozess beeinflussen. Therapeuten können in dieser Zeit mit enttäuschenden Grenzen ihrer Möglichkeiten konfrontiert sein. Die in der Literatur vielfach genutzte Metapher vom Separationsprozess für die Beendigung einer Therapie verweist, wenn auch mit Einschränkungen, auf einen emotionalen Bedeutungshintergrund, der dazu beitragen kann, Krisen und Labilisierungen dieser Phase einzuordnen. (s. Kap. 4).

## **12.3 Empirische Befunde**

### **12.3.1 Merkmale der Gruppen von befragten Therapeuten und Klienten**

Ausgehend von einer schriftlichen standardisierten Befragung von Psychotherapeuten unterschiedlicher therapeutischer Orientierung wurden die Angaben von 111 Therapeuten zur Beendigungen konkreter Therapien sowie zu allgemeinen Grundsätzen der Abschlussphase ausgewertet. In 44 Fällen lag sowohl der Bericht des Therapeuten als auch seines Klienten zur ‚gemeinsamen‘ Therapie vor.

An der Befragung nahmen vielfältig ausgebildete Psychotherapeuten mit langjähriger Berufserfahrung teil, die als Experten fundiert über den Gegenstandsbereich der Studie berichten können.

Die Therapeuten wurden über die Abschlussphase einer zum Befragungszeitpunkt aktuell zu Ende gehende Therapie befragt. Demographische und diagnostische Kennwerte der auf diese Weise ausgewählten Klienten sind vergleichbar mit den Daten von Klientenstichproben anderer Feldstudien zur psychotherapeutischen Praxis. Die konkreten Therapien, über die von den Therapeuten berichtet wird, entsprechen weitgehend allgemeinen Angaben zur Häufigkeit von Kurz- und Langzeittherapien in der Praxis. Die meisten Therapien sind zwischen 30 und 80 Stunden lang. Sie wurden überwiegend im wöchentlichen Rhythmus durchgeführt. Ihr Ergebnis wird von den meisten Therapeuten und Klienten übereinstimmend als deutliche Besserung der Beschwerden beschrieben, die Zufriedenheit mit diesem Ergebnis ist hoch. Alle Klienten schildern die therapeuti-

sche Arbeitsbeziehung als sehr gut bis gut, so dass diese Beurteilung als ein wesentliches Kriterium der Selbstselektion der Klientengruppe angenommen wird.

Auffällig ist, dass in einem Drittel der Fälle die Klienten bereits psychotherapeutische Vorerfahrungen haben. Dieses Ergebnis ist als wichtiger ‚Nebenbefund‘ zu bezeichnen, da über Häufigkeiten mehrfacher Nutzung von Psychotherapie bisher wenig bekannt ist. Insgesamt bleibt die Frage, ob Folgetherapien so häufig sind, wie sich in dieser Studie andeutet. Wenn das der Fall ist, dann sollten die Besonderheiten von Folgetherapien in Forschung und Praxis mehr Aufmerksamkeit erhalten (s. Kap. 8).

### **12.3.2 Bericht zum Abschluss einer konkreten Therapie<sup>78</sup>**

#### **Formale Charakteristika der Abschlussphase**

Erfahrene Therapeuten berichten übereinstimmend, dass die Abschlussphase 10 bis 20 % der gesamten Anzahl der Therapiestunden umfasst, obgleich die Zahl der Abschlussstunden erheblich variiert. Mit dieser Konkretisierung wird deutlich, dass es wahrscheinlich kaum möglich ist, undifferenziert von ‚der‘ Abschlussphase zu sprechen, da zu vermuten ist, dass sich die Abschlussprozesse in zwei bis drei Stunden anders gestalten als in 30 bis 60 Stunden, auch wenn es sich prozentual gesehen um die gleiche Zeit im Verhältnis zur Gesamttherapiezeit handelt. Fraglich ist, inwieweit Erkenntnisse über Abschlussprozesse auf kürzere Therapien übertragbar sind, die bisher überwiegend auf der Grundlage psychoanalytischer Langzeittherapien formuliert wurden. Welche Unterschiede sich in der Beendigungsphase kürzerer und längerer Therapien zeigen, sollte durch weitere Untersuchungen geklärt werden.

In der Abschlussphase, d. h. nach dem konkreten Ansprechen der Beendigung, verändert sich der Rhythmus der Therapiestunden deutlich in Richtung auf eine Vergrößerung der Abstände zwischen den Therapiestunden. Der Abschluss der Therapie wird vor allem dann angesprochen, wenn sich Veränderungen und Verbesserungen im psychischen Befinden und im Selbstwerterleben zeigen. Insgesamt werden diese Ergebnisse als Hinweis darauf interpretiert, dass es sich bei der Abschlussphase um eine spezifische Phase im Therapieverlauf handelt, die beginnt, nachdem Verbesserungen oder Therapieziele weitgehend erreicht worden sind. Die Verringerung der Stundenfrequenz deutet auf diese Phase der Therapie als eine Übergangszeit, deren Ziel es ist, unterstützt durch eine verringerte Stundenfrequenz, wieder in einen Alltag ohne Therapie zurückzukehren. Aus einem Misslingen dieses Übergangs entsteht in Einzelfällen möglicherweise die Grundlage für eine Mehrfachnutzung von Therapien.

#### **Veränderungen in der Abschlussphase**

Die Abschlussphase zeigt sich nicht nur im Hinblick auf die Vergrößerung der Abstände zwischen den Therapiestunden als eine Zeit der Therapie, die durch vielfältige

---

<sup>78</sup> Siehe Kapitel 10

Veränderungen gekennzeichnet ist. Insgesamt bestätigen die Berichte der Therapeuten die Annahme, dass die Abschlussphase gekennzeichnet ist durch Veränderungen der therapeutischen Beziehung sowie des therapeutischen Verhaltens. Am häufigsten geben Therapeuten an, dass die Beziehung gleichberechtigter geworden ist und Klienten werden oft als aktiver am Therapieprozess beteiligt beschrieben. Außerdem geben die Therapeuten mehr als vorher direkte Rückmeldungen, sie achten mehr als vorher auf den Transfer von Gelerntem in den Alltag und berücksichtigen mehr als vorher Themen und Wünsche ihrer Klienten.

Therapeuten unterscheiden sich allerdings in ihrem Kommunikationsstil: Es gibt eine Gruppe, die in der Abschlussphase mehr als vorher von sich persönlich berichtet. Eine andere Gruppe verändert ihr Verhalten nicht, sei es dass sie während der gesamten Therapie einen aktiveren und persönlicheren Kommunikationsstil pflegten oder sich bis zum Ende relativ abstinenter verhalten. Über die Auswirkungen dieser unterschiedlichen Kommunikationsstile auf Klienten ist wenig bekannt, die Auswirkungen von Veränderungen in der Abschlussphase sind unerforscht.

Die in der Literatur häufig zu findenden Beschreibungen des Therapieprozesses während der Beendigung als schwieriger sowie intensiver werden beide von den Therapeuten nicht bestätigt. Sie erleben den therapeutischen Prozess in der Abschlussphase weder als problematischer noch als intensiver.

Nach konkreter Planung der Beendigung werden für Therapeuten und Klienten vor allem Aspekte von Freude, Hoffnung u. ä. wichtig. Diese Ergebnisse widersprechen einer einseitigen Konzeptualisierung von ‚Beendigung als Verlust‘, wie sie in der Literatur überwiegend zu finden ist. Trennungserfahrungen und neue Beschwerden werden ebenso übereinstimmend von Therapeuten und deren Klienten als bedeutsame Themen genannt, wodurch Befunde der Literaturanalyse gestützt werden, nach denen die Zeit der Beendigung frühere Trennungserfahrungen aktualisieren, sowie Beschwerden mobilisieren kann.

### **Perspektiven von Therapeuten und Klienten**

Die Angaben von Therapeuten und Klienten z. B. zu Veränderungen in der Abschlussphase, zu Themen des Rückblicks auf die Therapie oder darüber, welche Themen nach der konkreten Planung der Therapiebeendigung wichtig wurden, stimmen teilweise nur wenig überein. Von diesem Ergebnis ausgehend, sollten Untersuchungen zur Abschlussphase die Perspektive von Klienten einbeziehen, um die Perspektive der therapeutischen Mikrowelt zu erweitern.

### **Katamnestische Gespräche**

Katamnestische Gespräche werden selten konkret vereinbart. Da Untersuchungen auf die Bedeutung von katamnestischen Gesprächen für die langfristige Effektivität von Therapien hinweisen, scheint es notwendig, den Umgang mit katamnestischen Gesprä-

chen sowohl empirisch differenziert zu untersuchen, als auch praktisch z. B. in die Psychotherapieausbildung einzubeziehen.

### **Supervision der Beendigung**

Während der Beendigung der konkreten Therapie, über die berichtet wird, sind fast alle Therapeuten in Supervision gewesen. Fälle, mit denen sich die Therapeuten in der Abschlussphase mehr als vorher beschäftigen, werden deutlich häufiger in der Supervision besprochen als andere. Für rund ein Drittel der Therapeuten sind problemorientierte Themen wie Verwirrung oder Verleugnung des Therapieendes durch Klienten wichtig. Dieses wird als Bestätigung des potentiellen Konfliktpotentials der Beendigung für Therapeuten interpretiert. Im Gegensatz dazu heben zwei Drittel der Therapeuten hervor, wie wichtig ein Austausch über positive Therapieverläufe in der Supervision ist. In Zusammenhang damit sollten Supervisionsprozesse z. B. daraufhin untersucht werden, inwieweit sie sich auf problemorientierte Sichtweisen beschränken und Therapeuten so wichtige Möglichkeiten positiver Rückmeldung versagen.

Obwohl Supervision sowohl für die Ausbildung als auch für die Berufstätigkeit von Psychotherapeuten wesentlich ist, wurden Bedingungen, Standards und Auswirkungen von Supervision bisher viel zu wenig untersucht. Auch die Ausbildung von psychotherapeutischen Supervisoren ist angesichts der Bedeutung von Supervision ein erstaunlich vernachlässigtes Thema.

Wenn Therapeuten, wie in dieser Befragung, so ausdrücklich das Bedürfnis hervorheben, über positive Therapieverläufe zu sprechen, dann stellt sich die Frage, ob Supervisionsprozesse zu einseitig fokussiert sind auf problematische Therapieverläufe. Wird die Problemanalyse zu Lasten einer Erfolgsanalyse zu sehr betont? Eine genauere Analyse von Lernprozessen in der Supervision problematischer oder erfolgreicher Therapieverläufe könnte wichtige Informationen für die Gestaltung von Supervisionsprozessen beitragen.

### **12.3.3 Therapeuten zu Abschlussprozessen allgemein<sup>79</sup>**

#### **Einflüsse therapeutischer Ausbildung und Orientierung**

Insgesamt bestätigt sich in dieser Untersuchung, dass es in einer Feldstudie nicht möglich ist, Therapeuten nach ihrer therapeutischen Orientierung sinnvoll eindeutig einzuteilen. Die Therapeuten sind in der Regel in zwei bis drei verschiedenen Therapiemethoden ausgebildet. Es zeigen sich kaum Zusammenhänge zwischen Ausbildung, ausbildungsbezogener Eigentherapie und therapeutischer Orientierung. So geben z. B. einige Therapeuten mehrere verschiedene Ausbildungen an, nennen dann jedoch als Hauptorientierung ihrer Arbeit eine Therapierichtung, in der sie weder ausgebildet sind,

---

<sup>79</sup> Siehe Kapitel 9

noch eigene therapeutische Erfahrungen machten. Viele Therapeuten geben an, sich an mehreren verschiedenen Richtungen zu orientieren.

Insgesamt können die Ausbildungswege von Psychotherapeuten, wie sie sich hier zeigen, als relativ eindeutige Absage an den ‚Schulenstreit‘ interpretiert werden. Therapeuten in der Praxis scheinen vielmehr daran interessiert, in unterschiedlichen Ausbildungen ein breites Spektrum an Interpretations- und Verhaltensmöglichkeiten zu erwerben. Ob und in wie weit sich darin ebenfalls Schwierigkeiten von Therapeuten ausdrücken, mit der Begrenztheit therapeutischer Möglichkeiten fertig zu werden, wäre eine interessante Frage für Untersuchungen von Verläufen beruflicher Wege von Psychotherapeuten. So könnte z. B. die Frage wann und in welcher Situation sich Therapeuten für eine zweite oder dritte Ausbildung entschieden haben, Ausbildungs- oder auch Supervisionsdefizite aufzeigen. Darüber hinaus könnten differenziertere Befunde über Berufsweg-Verläufe von Psychotherapeuten wahrscheinlich Vorstellungen von ‚abgeschlossener Ausbildung mit staatlicher Prüfung‘ in Frage stellen.

Entsprechend diesem vielfältigen Bild der therapeutischen Orientierung ließen sich kaum Zusammenhänge zu Vorgehensweisen in der Abschlussphase zeigen. Veränderungen in der Abschlussphase, die von Therapeuten beschrieben werden, sich jedoch nicht in den Berichten ihrer Klienten finden lassen, weisen vermutlich vor allem auf theoriekonforme Selbstbeschreibungen von Therapeuten hin.

### **Themen der Beendigung in Therapieausbildungen**

Themen der Abschlussphase wurden in der Ausbildung der befragten Therapeuten im Gegensatz zum Anfang von Therapien insgesamt selten ausführlich behandelt. In mehr als der Hälfte der ausbildungsbezogenen Einzeltherapien wurde die Beendigung nicht gründlich bearbeitet. Dieses Ergebnis wird als Bestätigung der Annahme in der Literatur interpretiert, dass die Beendigung ein vernachlässigtes Thema in Ausbildungen ist, dessen Ausblendung insbesondere in Ausbildungstherapien indirekt überliefert wird. Im Hinblick auf die Bearbeitung einzelner Themenbereiche zeigt sich allerdings, dass in psychotherapeutischen Ausbildungen eine ganze Reihe von Themen der Beendigung angesprochen und auch intensiv bearbeitet wird. Möglicherweise ist die Gesamteinschätzung damit eher als ‚Beendigung wurde *zu wenig* bearbeitet‘ zu interpretieren.

Themen der Beendigung werden sowohl in Ausbildungscurricula als auch in psychotherapeutischen Lehrbüchern selten erwähnt, was interpretierbar ist als mangelnde Beachtung dieser Therapiephase. So scheint die therapeutische Ausbildung in dieser Thematik weitgehend abhängig zu sein von Zufällen oder von inhaltlicher Betonung einzelner Ausbilder. Es bleibt zu hoffen, dass sich diese Situation mit der jetzt beginnenden staatlichen Ausbildung zum Approbierten Psychologischen Psychotherapeuten ändert. Zumindest werden „Einleitung und Beendigung der Behandlung“ in den Ausführungen zur

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten<sup>80</sup> ausdrücklich erwähnt.

### **Beendigung als Thema im Laufe von Therapien**

Den meisten Therapeuten ist es wichtig, Stunden pünktlich zu beenden. Allerdings scheint es relativ viele Therapeuten zu geben, die das Stundenende nicht ankündigen, so dass Therapiestunden für Klienten möglicherweise überraschend beendet werden. Im Hinblick auf Befunde sozialpsychologischer Untersuchungen, nach denen das Verhalten während der Beendigung sozialer Situationen sowohl einer Rückmeldung über eine vorhandene Beziehung dient, als auch wichtig ist für eine Vergewisserung der Möglichkeit von Wiederanknüpfung, fehlen Untersuchungen zum Umgang mit der Beendigung einzelner Stunden. Wie bestimmte Muster von Klienten am Ende von Stunden (z. B. immer noch was Wichtiges ansprechen, abrupt aufstehen, selber auf die Zeit achten) sowohl differentialdiagnostisch als auch für den Therapieprozess zu nutzen sind, ist weitgehend ungeklärt.

Die Beendigung der Therapie, z. B. Vorstellungen vom Therapieende oder vom Umgang mit einer ‚einseitigen Kündigung‘ wird von den Therapeuten selten in die Anfangsphase von Therapien einbezogen.

Fast alle Therapeuten bereiten Unterbrechungen des Therapieverlaufes durch Urlaub u. ä. aktiv vor. Interessant ist allerdings, dass immerhin 13 % der Therapeuten angeben, nur selten oder gelegentlich solche Unterbrechungen vorher mit den Klienten zu besprechen. Eine mit dem Psychotherapeutengesetz seit 1999 vorgeschriebene Vertretungsregelung z. B. während Urlaubszeiten erfordert dringend eine Diskussion über den Umgang mit Vertretungen und den Umgang mit therapeutischen ‚Interimskontakten‘.

### **Grundsätze der Gestaltung von Therapiebeendigungen**

Gefragt nach ihren Grundsätzen und Überzeugungen zur Abschlussphase betonen Therapeuten mit langjähriger Praxiserfahrung besonders, dass in der Abschlussphase eine Rückfallprophylaxe wichtig ist. An zweiter Stelle weisen sie auf die Bedeutung der Abschlussphase für das Therapieergebnis, vor allem für den Transfer von Therapieergebnissen in das alltägliche Leben hin. Weiterhin wird die Spezifität von Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen sowie ‚störungsbezogener‘ Reaktionen während der Beendigung von den Therapeuten hervorgehoben.

Sowohl die Rückfallprophylaxe als auch die Bedeutung der Abschlussphase für die Effektivität von Therapien sind in der Literatur eher selten zu findende Themen, deren Wichtigkeit für eine langfristige Wirksamkeit von Psychotherapien möglicherweise vielfach unterschätzt wird.

---

<sup>80</sup> Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-AprV), Fassung gemäß Beschlussempfehlung des Bundesrat-Gesundheitsausschusses vom 2.12.98, Anlage zu Ausbildungsinhalten, S. 20

### 12.3.4 Therapieende im Bild der Sprache

Die Komplexität von Abschlussprozessen wird abschließend in den sprachlichen Bildern der Therapeuten zum Therapieende deutlich. Beendigung wird überwiegend unter dem Blickwinkel der Verlust-Metaphorik thematisiert. Dieses Bild beinhaltet eine Sicht von Therapie als entscheidendem Mikrokosmos, das die Gefahr birgt, z. B. soziale Kontexte auszublenden, die sowohl während als auch nach der Therapie für Klienten wichtig sind.

Die unterschiedlichen Aspekte der Therapiebeendigung lassen sich integrieren in einem Konzept des Übergangs, das sowohl die Trennung von Therapie und Therapeut als labilisierende Zwischenzeit des Übergangs als auch den Transfer von Wissen über Zusammenhänge, Veränderung und Konfliktbewältigung in den Alltag ohne Therapie beinhaltet (s. Kap. 11).

## 12.4 Ausblick

Die heterogenen Ergebnisse dieser Untersuchung auf der Grundlage von Aussagen erfahrener Therapeuten weisen deutlich auf die Komplexität von Abschlussprozessen hin. Unterschiedliche Bedingungen (Klient, Therapeut, Therapietheorie, usw.) können die Auswirkungen spezieller Vorgehensweisen erheblich beeinflussen. Einfache Verhaltensregeln für Therapeuten in Abschlussprozessen sind nach den vorliegenden Befunden nicht zu erwarten. Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass sich eine bestimmte Zeit am Ende von Therapien als Abschlussphase beschreiben lässt. Diese Therapiephase ist charakterisiert durch spezifische Veränderungen in der Frequenz der Therapiestunden, Änderungen der therapeutischen Beziehung, des therapeutischen Verhaltens sowie durch spezifische Themenbereiche.

Weiterhin wird mit den Befunden ein erheblicher Forschungsbedarf deutlich. Historisch begründete Vorannahmen wie die einer Intensivierung des Therapieprozesses durch eine Terminierung oder verbreitete Ansichten wie die einer Förderung der Beendigung durch einen persönlicheren therapeutischen Kommunikationsstil erfordern dringend eine systematische Untersuchung, um zu fundierten Aussagen über Indikation und Auswirkungen von therapeutischen Maßnahmen wie diesen zu kommen.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die vorliegende Studie nicht nur auf viele offene Fragen zur Gestaltung von Therapieabschlüssen hinweist, sondern vielfältige Ansatzpunkte für weitergehende Fragestellungen bietet. Diese in einem anderen Rahmen zu bearbeiten, wäre wünschens- und lohnenswert.

Als Rahmen für die weitere Erforschung bietet sich ein Konzept vom Therapieabschluss als Übergang an. Mit diesem Konzept werden so heterogene Aspekte wie Verlust, Aufbruch, Wandel, Konflikt und Bindung, die in unterschiedlichen Ausprägungen während Therapiebeendigungen relevant werden können, differenzierter und systematischer Beobachtung zugänglich.

## 13 Literaturverzeichnis

- Adato, A. (1975). Leave-Taking: A Study of Commonsense Knowledge of Social Structure. *Anthropological Quarterly*, 48, 255-271.
- Adato, A. (1979). Alltägliche Ereignisse - ungewöhnlich erfahren. Eine vergleichende Analyse von Erfahrungen des Abschiednehmens. In E. Weingarten, F. Sack & J. Schenkein (Hrg.), *Ethnomethodologie; Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns* (2. Auflage). Frankfurt/M.: suhrkamp.
- Ambühl, H. (1993). Was ist therapeutisch an Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 41, 285-303.
- Ambühl, H., Orlinsky, D., Cierpka, M., Buchheim, P., Meyerberg, J., Willutzki, U. & Network, S. c. R. (1995). Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 45, 109-120.
- Asendorpf, J. & Wallbott, H. G. (1979). Maße der Beobachterübereinstimmung: Ein systematischer Vergleich. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 10, 243-252.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation der therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 23-32.
- Bastine, R. (1988). Psychotherapeutische Prozesse - von der Verlegenheit, psychotherapeutische Veränderungen zu erklären. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 36(4), 296-307.
- Benjamin, L. S. (1994). SASB: A Bridge Between Personality Theory and Clinical Psychology. *Psychological Inquiry*, 5(4), 273-316.
- Bergold, J. B. & Flick, U. (1987). *EIN-SICHTEN. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung*. Tübingen: DGVT.
- Berlin, R. M., Olson, M. E., Cano, C. E. & Engel, S. (1991). Metaphor and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 45(3), 359-367.
- Binder, J. (1993). Observations on the training of therapists in time limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 30(4), 592-598.
- Binder, J. L. & Strupp, H. H. (1993). Recommendations for improving psychotherapy training based on experiences with manual-guided training and research: an introduction. *Psychotherapy*, 30(4), 572-573.
- Blum, H. D. (1989). The Concept of Termination and the Evolution of Psychoanalytic Thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37, 275-295.
- Blumenberg, H. (1996). Paradigmen zu einer Metaphorologie. In A. Haverkamp (Hrg.), *Theorie der Metapher. Studienausgabe* (2. ergänzte Auflage, Seiten 285-315). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. (4. Auflage). Berlin, u. a.: Springer.
- Boscolo, L., Betrand, P., Fiocco, P. M., Palvarini, R. M. & Pereira, J. (1993). Sprache und Veränderung. Die Verwendung von Schlüsselwörtern in der Therapie. *Familiendynamik*, 18(2), 107-124.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1994). *Die Zeiten der Zeit. Eine neue Perspektive in systemischer Therapie und Konsultation*. Heidelberg: Carl Auer.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brack, G., Brack, C. J. & Zucker, A. (1992). Time perception and time processing as an aspect of the therapeutic process. *Psychotherapy*, 29(3), 336-343.
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. & Brown, C. K. (1996). Difficult Good-Byes: A National Survey of Therapists' Hindrances to Successful Terminations. *Psychotherapy in Private Practice*, 14(4), 65-76.



- Bragt, P. J. V. & Hesselink, A. J. (1993). Just Before Leaving: Time and Change in Residential Psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 8(2), 63-74.
- Buchholz, M. & Streeck, U. (1994). Psychotherapeutische Interaktion: Aspekte qualitativer Psychotherapieforschung. In M. Buchholz & U. Streeck (Hrg.), *Heilen, Forschen, Interaktion* (Seiten 67-106). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Buchholz, M. B. (1996). *Methaphern der 'Kur'*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Burkhardt, G. (1992). Lebenszeitperspektiven. In S. Gräbe (Hrg.), *Alltagszeit - Lebenszeit, Zeitstrukturen im privaten Haushalt* (Seiten 139-164). Frankfurt/M.: Campus.
- Butollo, W., Piesbergen, C. & Höfling, S. (1996). Ausbildung und methodische Ausrichtung Psychologischer Psychotherapeuten - Ergebnisse einer Umfrage. *Report Psychologie*, 21, 126-137.
- Canacakis, J. (1989). *Ich sehe deine Tränen - Trauern, Klagen, Leben können*. (3. Auflage). Kreuz Verlag Stuttgart.
- Caspar, F. (1994). Die Bedeutung von Theorie für die psychotherapeutische Praxis. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 15, 54-67.
- Chu, V. (1989). Abschiednehmen in der Therapie. Gedanken zur therapeutischen Beziehung. *Gestalttherapie*, 2, 59-69.
- Cirillo, L. & Crider, C. (1995). Distinctive Therapeutic Uses of Metaphor. *Psychotherapy*, 32(4), 511-519.
- Dapkus, M. A. (1985). A Thematic Analysis of the Experience of Time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(2), 408-419.
- Dewald, D. A. (1964). *Psychotherapy: A Dynamic Approach*. New York: Basic Books.
- Driessen, M., Petzold, J. & Dilling, H. (1996). Psychotherapie in der Praxis niedergelassener Ärzte und Psychologen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 46, 90-95.
- Duehrssen, A. (1996). Der Psychotherapeut und "seine" Psychotherapie. Reflexionen über einen schwierigen Berufsstand. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 42(2), 128-138.
- Eckert, J. (1996). Schulenübergreifende Aspekte der Psychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrg.), *Psychotherapie* (Seiten 324-339). Berlin u. a.: Springer.
- Efran, J. S., Lukens, M. D. & Lukas, R. J. (1992). *Sprache, Struktur und Wandel*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Enomiya-Lassalle, H. M. (1994). *Der Ochs und sein Hirte*. (2. Auflage). München: Kösel.
- Epston, D. & White, M. (1995). Termination as a rite of passage: Questioning strategies for a therapy of conclusion. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Hrg.), *Constructivism in Psychotherapy*. Washington: APA.
- Essen, S. (1995). Spirituelle Aspekte der systemischen Therapie. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 2, 41-53.
- Etchegoyen, A. (1993). The Analyst's Pregnancy and its Consequences on Her Work. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74(1), 141-149.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(319-324).
- Faller, H. & Frommer, J. (Hrg.). (1994). *Qualitative Psychotherapieforschung, Grundlagen und Methoden*. Heidelberg: Asanger.
- Ferenczi, S. (1984). Das Problem der Beendigung der Analysen. In S. Ferenczi (Hrg.), *Bausteine zur Psychoanalyse, Band III* (3. Auflage, Seiten 360-379). Bern u. a.: Huber.
- Ferraro, F. (1995). Trauma and Termination. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 51-65.
- Fiedler, P. (1997). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18(1), 7-39.

- Filipp, S.-H. (1993). "Zeit" als Faktor in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen. In H. Mandl, M. Dreher & H.-J. Kornadt (Hrg.), *Entwicklung und Denken im kulturellen Kontext*. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Fischer, M., Hand, I. & Angenendt, J. (1988). Langzeiteffekte von Kurzzeit-Verhaltenstherapien bei Agoraphobie: Eine prospektivretrospektive Katamnese über ein bis vier Jahre. *Zeitschrift für Klinische Psychologie. Forschung und Praxis*, 17(3), 225-243.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung - Theorie, Methoden. Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbeck: Rowohlt.
- Flick, U., Kardorff, E. v., Keupp, H., Rosenstiel, L. v. & Wolff, S. (1995). *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. (2. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Fortune, A. E., Pearlingi, B. & Rochelle, C. D. (1992). Reactions to Termination of Individual treatment. *Social Work*, 37(2), 171-178.
- Fraser, J. T. (Hrg.). (1966). *The Voices of Time, A Cooperative Survey of Man's Views of Time as Expressed by the Sciences and by the Humanities*. New York: George Braziller.
- Freud, S. (1982). Die endliche und die unendliche Analyse (1937). In A. Mitscherlich (Hrg.), *Studienausgabe, Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik* (Seiten 351-382). Frankfurt/Main: Fischer.
- Frieling, G. (1996). *Untersuchungen zur Theorie der Metapher: das Metaphern-Verstehen als sprachlich kognitiver Verarbeitungsprozess*. Osnabück: Rasch.
- Frommer, J. (1996). *Qualitative Diagnostikforschung*. Berlin: Springer.
- Fuller-Stockman, A. & Green-Emrich, A. (1994). Impact of Therapist Pregnancy on the Process of Counselling and Psychotherapy. *Psychotherapy*, 31(3), 456-462.
- Fürstenau, P. (1986). Nachwort. In E. Stolzenberg (Hrg.), *Wann ist eine Psychoanalyse beendet* (Seiten 104-110). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Geißler, K. A. (1994). "Ich muß jetzt Schluß machen", Über das Abschiednehmen in der Alltagskultur. *Universitas*, 49(12), 1126-1140.
- Gennep, A. v. (1986). *Übergangsriten (Les rites des passage)*. Frankfurt /New York: Campus Verlag.
- Gerdes, K. (1986). Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. In W. Schmidt (Hrg.), *Jenseits der Normalität* (Seiten 10-34). München: Chr. Kaiser.
- Giernalczyk, T. (1992). *Therapie ohne Ende, Die mehrfache Nutzung von Psychotherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Glenn, M. L. (1971). Separation Anxiety: When the Therapist Leaves the Patient. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 437-446.
- Grawe, K. (1982). Psychotherapieforschung. In R. Bastine, P. Fiedler, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (Seiten 323-331). Weinheim: Edition Psychologie.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel, Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*. New York, London: Guildford Press.
- Greene, L. & Geller, J. D. (1980). Effects of therapists' clinical experience and personal boundaries on termination of psychotherapy. *Journal of Psychiatric Education*, 4(1), 31-35.
- Greenspan, M. & Kulish, N. M. (1985). Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy*, 22(1), 75-82.
- Greitemeyer, D. (1993). Über den Umgang mit Problemen beim Beenden einer Therapiestunde. *Systhema*, 7(3), 41-46.
- Greve, W. & Wentura, D. (1997). *Wissenschaftliche Beobachtung*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

- Grinberg, L. (1980). The closing phase of the psychoanalytic treatment of adults and the goals of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 25-37.
- Hall, E. T. & Hall, M. R. (1990). *Understanding Cultural Differences*. Yarmouth, Maine: Intercultural Press.
- Hart, O. v. d. (Hrg.). (1982). *Abschiednehmen, Abschiedsrituale in der Psychotherapie*. München: Pfeiffer.
- Hautzinger, M., Stark, W. & Treiber, R. (1994). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien*. (3. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Heasler, L. (1991). Metapher, metaphorische Struktur und psychoanalytischer Prozess. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 4(1), 79-105.
- Henwood, K. L. & Pidgeon, N. F. (1992). Qualitative Research and psychological theorizing. *British Journal of Psychology*, 83, 97-111.
- Heuft, G., Senf, W., Wager, R., Pintelon, C. & Lorenzen, J. (1996). Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutesicht. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 44, 186-199.
- Hoffmann, N. (1996). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In J. Margraf (Hrg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Seiten 251-259). Berlin u. a.: Springer.
- Holmes, J. (1997). "Too early, too late": Endings in Psychotherapy - an Attachment Perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 14(2), 159-171.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Hoyt, M. F. (1979). Aspects of termination in a time-limited brief psychotherapy. *Psychiatry*, 42(3), 208-219.
- Huf, A. (1992). *Psychotherapeutische Wirkfaktoren*. Weinheim: Verlagsunion.
- Ingram, J. L. (1994). The role of figurative language in psychotherapy: A metodological examination. *Metaphor and Symbolic Activity*, 9(4), 172-288.
- Jaeggi, E. (1994). Die problematische Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Psychotherapieforschung. In M. B. Buchholz, Streeck, U. (Hrg.), *Heilen, Forschen, Interaktion* (Seiten 107-119). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kast, V. (1982). *Trauern - Phasen und Chancen des Psychischen Prozesses*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Kauff, P. F. (1977). The Termination Process: Its Relationship to the Separation-Individuation Phase of Development. *International Journal of Group Psychotherapy*, 27, 3-18.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for an paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- Kleining, B. (1996). Nicht an Krebs erkrankt, aber betroffen - die Angehörigen. In G. Strittmatter (Hrg.), *Patient - Angehörige - Behandler, Entwicklung systemischer Perspektiven in der Psychoonkologie* (Seiten 26-33). Münster: Tosch.
- Kleist, C. v. (1987). Zur Verwendung von Metaphern in den Selbstdarstellungen von Psychotherapieklienten. In J. B. Bergold & U. Flick (Hrg.), *EIN-SICHTEN. Zugänge zur Sicht des Subjektes mittels qualitativer Forschung* (Seiten 115-124). Tübingen: DGVT.
- Knapp, M. L., Hart, R. P., Friedrich, G. W. & Shulman, G. M. (1973). The Rethoric of Godbye: Verbal and Nonverbal Correlates of Human Leave-Taking. *Speech Monographs*, 40, 182-198.
- König, K. (1991). *Praxis der psychoanalytischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Kramer, S. A. (1986). The termination process in open-ended psychotherapy: Guidelines for clinical practice. *Psychotherapy*, 23(4), 526-531.
- Krauth, J. (1995). *Testkonstruktion und Testtheorie*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Kriz, J. (1980). *Statistik in den Sozialwissenschaften: Einführung und kritische Diskussion*. (4. Auflage). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kriz, J. (1993). In der Baumschule. *Scheidewege*, 23, 432-439.

- Kriz, J. & Lisch, R. (1988). *Methoden-Lexikon für Mediziner, Psychologen, Soziologen*. München - Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kupers, T. A. (1988). *Ending Therapy. The Meaning of Termination*. New York u. a.: New York University Press.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
- Lakoff, G. (1993). The contemporary theory of metaphor. In A. Ortony (Hrg.), *Metaphor and Thought* (Seiten 202). New York: Cambridge University Press.
- Lamnek, S. (1988). *Qualitative Sozialforschung, Band 1: Methodologie*. München: Psychologie Verlags Union.
- Lamnek, S. (1989). *Qualitative Sozialforschung, Band 2: Methoden und Techniken*. München: Psychologie Verlags Union.
- Leowald, A. W. (1988). Termination Analyzable and Unanalyzable. *Psychoanalytic Study of the Child*, 43, 155-166.
- Lipton, S. D. (1961). The Last Hour. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9, 325-330.
- Luborsky, L. (1988). *Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch*. Berlin u. a.: Springer.
- Luborsky, L. (1994). The Core Conflictual Relationship Theme. *Psychotherapy Research*, 4(3&4), 172-183.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lyddon, W. J. & Bradford, E. (1995). Philosophical commitments and therapy approach preferences among psychotherapy trainees. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 15(1), 1-15.
- Machemer, P. (1995, ). *Zwischenzeiterfahrungen*. Paper presented at: Konferenz der Gesellschaft für Gestalttheorie "Das Problem der Ordnung", Universität Osnabrück.
- Maholick, L. T. & Turner, D. W. (1979). Termination: That difficult farewell. *American Journal of Psychotherapy*, 43(4), 583-591.
- Mahoney, M. J. (1995). The psychological demands of being a constructive psychotherapist. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Hrg.), *Constructivism in Psychotherapy* (Seiten 385-399). Washington: Apa.
- Mahrer, A. R. (1995). An introduction to some dispoable myths, how to detect them, and a short list. *Psychotherapy*, 32, 484-488.
- Mann, J. (1977). *Time-Limited Psychotherapy*. Cambridge u. a.: Harvard University Press.
- Mann, J. (1978). *Psychotherapie in 12 Stunden. Zeitbegrenzung als therapeutisches Instrument*. Olten u. Freiburg i. B.: Walter-Verlag.
- Märtens, M. (1997). *Psychotherapie im Kontext, Soziale und kulturelle Koordinaten therapeutischer Prozesse*. Heidelberg: Roland Asanger.
- Märtens, M. & Petzold, H. (1998). Wer und Was wirkt in der Psychotherapie? Mythos "Wirkfaktoren" oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie*, 24(1), 98-110.
- Martin, E. S. & Schurttmann, R. (1985). Termination anxiety as it affects the therapist. *Psychotherapy*, 22(1), 92-96.
- Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (1992). Effekte der Itempolung auf das Antwortverhalten. *Zeitschrift für Differentielle und diagnostische Psychologie*, 13(2), 97-110.
- McLeod, J. (1993). The relationship between personal philosophy and effectiveness in counsellors. *Counselling Psychological Quarterly*, 6(2), 121-129.
- McLeod, J. (1994). *Doing counselling research*. London: Sage Publications.
- McLeod, J. (1996). *A Method for Qualitative Narrative Analysis of Therapy Transcripts*. Paper presented at: International Conference on Qualitative Research in Psychotherapy, Düsseldorf.
- McMullen, L. M. (1989). Use of Figurative Language in Successful and Unsuccessful Cases of Psychotherapy: Three Comparisons. *Metaphor and Symbolic Activity*, 4(4), 203-225.

- Mecheril, P. (1992). *Wie und worüber gesprochen wird*. Münster/New York: Waxmann.
- Mertens, W. (1992). *Einführung in die psychoanalytische Therapie* (Bd. 1-3). Stuttgart, u.a.: Kohlhammer.
- Merz, F. (1990). Wie und warum verabschieden wir uns? In K. Grawe, R. Hänni, N. Semmer & F. Tschan (Hrg.), *Über die richtige Art, Psychologie zu betreiben* (Seiten 417-430). Göttingen: Hogrefe.
- Mitscherlich, A. M. (1990). *Die Unfähigkeit zu trauern*. Leipzig: Reclam Verlag.
- Najavits, L. M. (1993). How do psychotherapists describe their work? A study of metaphors for the therapy process. *Psychotherapy Research*, 3(4), 294-299.
- Nelson III, W. M. & Politano, P. M. (1993). The Goal is to Say "Goodbye" and Have the Treatment Effects Generalize and Maintain: A Cognitive-Behavioral View of Termination. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7(4), 251-263.
- Nimoth, A. & Ahrens, R. (1999). *Burnout bei PsychotherapeutInnen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie, Klinische Psychologie, Universität Osnabrück, Osnabrück.
- Novick, J. (1982). Termination: themes and issues. *Psychoanalytic Inquiry*, 2(3), 329-366.
- Novick, J. (1988). The timing of termination. *International Review of Psychoanalysis*, 15, 307-318.
- Novick, J. (1997). Termination Conceivable and Inconceivable. *Psychoanalytic Psychology*, 14(2), 145-162.
- Novotny, H. (1989). *Eigenzeit, Entstehung und Strukturierung eines Zeitgefühls*. Frankfurt.
- Noy-Sharav, D. (1998). Who is afraid of Short-Term-Dynamic-Psychotherapy? Termination in STDP and therapist's personality. *Psychotherapy*, 35(1), 69-77.
- Omer, H. (1994). Writing a post-scriptum to a badly ended therapy. *Psychotherapy*, 28(3), 484-492.
- Orlinsky, D. E. (1994). "Learning from many masters". *Psychotherapeut*, 39, 2-9.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Hrg.), *Psychotherapy and Behaviour Change* (Seiten 311-384). New York u. a.: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Willutzki, U., Meyerberg, J., Cierpka, M., Buchheim, P., Ambühl, H. & Network, S.-C. R. (1996). Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 46, 102-110.
- Ornstein, P. H. (1993). The Clinical Impact of the Psychotherapist's View of Human Nature. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 193-204.
- Ornstein, R. E. (1969). *On the Experience of Time*. Hammondsworth: Penguin.
- Papastefanou, C. (1997). *Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern*. Weinheim u. a.: Juventa.
- Parfy, E. (1996). Zur Integration von psychotherapeutischen Theorien unterschiedlicher Herkunft. In R. Hutterer-Krisch, J. Kriz, E. Parfy, U. Margreiter, W. Schmetterer & G. Schwentner (Hrg.), *Psychotherapie als Wissenschaft - Fragen der Ethik* (Seiten 161-190). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Penn, L. S. (1990). When the therapist must leave: Forced termination of Psychodynamic Therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 379-384.
- Perls, F. (1985). Die Integration der Persönlichkeit. Theoretische Erwägungen und therapeutische Möglichkeiten (1948). In H. Petzold (Hrg.), *Gestalt - Wachstum - Integration* (Seiten 27-50). Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1985). *Gestalt-Therapie, Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petri, H. (1994). Trennungen im Lebenszyklus. *Universitas*, 49(12), 1141-1150.
- Petzold, H. (Hrg.). (1985a). *Gestalt, Wachstum, Integration (Friedrich S. Perls)*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (Hrg.). (1985b). *Widerstand - ein strittiges Konzept* (2. Auflage). Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H. (1990). Editorial - Der Tod, die Psychotherapeuten und die Verdrängung des Todes. *Integrative Therapie*, 16(3).
- Quintana, S. M. (1993). Toward an Expanded und Updated Conceptualisation of Termination: Implications for Short-Term, Individual Psychotherapy. *Professional Psychology; Research and Practice*, 24(4), 426-432.
- Quintana, S. M. & Holahan, W. (1992). Termination in Short-Term Counseling: Comparison of Successful and Unsuccessful Cases. *Journal of Counseling Psychology*, 39(3), 299-305.
- Rad, M. v., Senf, W. & Bräutigam, W. (1998). Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnese-Projektes. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 48, 88-100.
- Radebold, H. (1992). Psychotherapeutische Zielsetzungen für Ältere. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 349-355.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S. & Ruhe-Hollenbach, H. (1993). *Einführung in die Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Rangell, (1982). Some thoughts on termination. *Psychoanalytic Inquiry*, 2, 367-392.
- Reicher, S. (1994). Particular methods and general assumptions. *Journal of community and applied social psychology*, 4, 299-303.
- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (1996). *Psychotherapie, Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Berlin u. a.: Springer.
- Reinecker, H. (1996). Verhaltenstherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrg.), *Praxis der Psychotherapie* (Seiten 140-181). Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Retzer, A. (1993). Zur Theorie und Praxis der Metapher. *Familiendynamik*, 18, 124-145.
- Retzer, A. (1995). Sprache und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 210-221.
- Revers, W. J. (1985). *Psyche und Zeit. Das Problem des Zeiterlebens in der Psychologie*. Salzburg u. a.: Universitätsverlag Anton Pustet.
- Roderburg, S. (1995). *Die sprachliche Konstruktion von Wirklichkeit - Metaphern in Therapiegesprächen*. Unveröffentlichte Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg.
- Rogers, C. R. (1989a). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Rogers, C. R. (1989b). *Therapeut und Klient*. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Rohrman, B. (1978). Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 9, 222-245.
- Rösge, A. (1997). *Interkulturelle Kommunikation und transnationales Projektmanagement (Paper)*. Saarbrücken.
- Rudolf, G., Grande, T. & Porsch, U. (1987). *Indikationsentscheidung und Therapierealisierung in unterschiedlichen psychotherapeutischen Praxisfeldern* (Abschlussprotokoll zum Forschungsprojekt). Berlin: Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin im Universitätsklinikum Charlottenburg der Freien Universität Berlin, u. a.
- Rudolf, G., Grande, T. & Porsch, U. (1988). Die Berliner Psychotherapiestudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 34, 2-18.
- Rudolf, G. & Manz, R. (1993). Zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Beziehung aus der Perspektive von Patienten und Therapeuten. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 43, 193-199.
- Sarnat, J. E. (1991). When a Therapist Goes on Leave: Toward a Rationale for Clinical Management of the Interim. *Psychotherapy*, 28(4), 650-659.
- Schlippe, A. v. & Schweizer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Beratung und Therapie*. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmitt, R. (1995). *Metaphern des Helfens*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

- Schuller, M. (1994). Zum Abschied. Versuch über eine politische Kategorie. *Universitas*, 49(12), 1151-1163.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22(4), 374-393.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen u.a.: Verlag für Psychologie, Hogrefe.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Sellschopp, A. & Buchheim, P. (1993). Selbst- und Fremdwahrnehmung in der Beziehungsdagnostik. In P. Buchheim, M. Cierpka & T. Seifert (Hrg.), *Beziehung im Fokus* (Seiten 39-53). Berlin u. a.: Springer.
- Senf, W. & Broda, M. (1996). Was ist Psychotherapie? Versuch einer Definition. In W. Senf & M. Broda (Hrg.), *Praxis der Psychotherapie* (Seiten 2-5). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Senf, W. & Broda, M. (1997). Methodenkombination und Methodenintegration als Standard der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 47, 92-96.
- Shechter, R. A. (1993). Termination Fantasy. *Issues in Psychoanalytic Psychology*, 15(2), 1993.
- Shectman, F. (1986). Time and the practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 23(4), 521-525.
- Siegel, J. (1998). Doctor-Patient Relationship in Oncological Illness: The "Talking Medicine". *Croatian Medical Journal*, 39(3), 371-378.
- Stiles, W. B. (1992). *Describing talk: A taxonomy of verbal response Modes*. Newbury Park: Sage Publikations.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the Drug-Metaphor: Psychotherapy Process-Outcome Correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". *American Psychologist*, 41(2), 165-180.
- Stoltzenberg, E. (1986). *Wann ist eine Psychoanalyse beendet?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Strack, F. (Hrg.). (1994). *Zur Psychologie der standardisierten Befragung. Kognitive und kommunikative Prozesse*. (Band 48). Berlin u. a.: Springer.
- Strauß, B., Speidel, H., Seifert, A. & Probst, P. (1991). Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 41(2), 43-52.
- Strotzka, H. (Hrg.). (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München u. a.: Urban und Schwarzenberg.
- Stubbs, J. P. & Bozarth, J. D. (1994). The Dodo Bird revisited: A qualitative study of psychotherapy efficacy research. *Applied & Preventive Psychology*, 3, 109-120.
- Talley, F. P., Strupp, H. H. & Butler, S. F. (1994). *Psychotherapy Research and Practice, Bridging the Gap*. New York: Basic Books.
- Terr, L. C. (1984). Time and Trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 633-665.
- Ticho, E. A. (1971). Probleme des Abschlusses der psychoanalytischen Therapie. *Psyche*, 25, 45-56.
- Tolman, M. (1990). *Single-Session Therapy*. San Francisco, Oxford: Jossey-Bass Publishers.
- Tress, W. (1994). Forschung zu psychogenen Erkrankungen zwischen klinisch hermeneutischer und gesetzeswissenschaftlicher Empirie. In H. Faller & J. Frommer (Hrg.), *Qualitative Psychotherapieforschung* (Seiten 38-52). Heidelberg: Asanger.
- Tress, W., Henry, W. P., Strupp, H. H., Reister, G. & Junkert, B. (1990). Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung. Ein Beitrag zur "funktionellen Histologie" des psychotherapeutischen Prozesses. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 36(3), 240-257.
- Tseelon, E. (1991). The Method is the Message. *Theory and Psychology*, 1(3), 299-316.

- Waldvogel, B. (1995, ). *Zur Beendigung von Psychoanalysen*. Paper presented at Psychotherapeutisch-Psychosomatisches Kolloquium, Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Klinik der Universität München.
- Wall, J. C. (1994). Teaching Termination to Trainees Through Parallel Processes in Supervision. *The Clinical Supervisor*, 12(2), 27-37.
- Watkins, E. C. (1990). Development of the psychotherapy supervisor. *Psychotherapy*, 27(4), 553-560.
- Webb, N. B. (1983). Vacation-Separations: Therapeutic implications and clinical management. *Clinical Social Work Journal*, 11, 126-137.
- Weddington, W. W. & Cevenar, O. J. (1979). Termination initiated by the therapist: A countertransference storm. *American Journal of Psychiatry*, 136(10), 1302-1305.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors Dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 45-69.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wichmann, R. (1998). *Therapiebeendigung in Forschungsberichten und psychotherapeutischen Lehrbüchern*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie, Klinische Psychologie, Universität Osnabrück, Osnabrück.
- Wittmann, L. (1990). Therapeutische Konzepte. Basisvariablen der Konversation und Forschungsmethoden. In R. Tschuschke & D. Czogalik (Hrg.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* (Seiten 222-239). Berlin u. a.: Springer.
- Wolff, S. (1994). Innovative Strategien qualitativer Sozialforschung im Bereich der Psychotherapie. In M. B. Buchholz & U. Streeck (Hrg.), *Heilen, Forschen, Interaktion* (Seiten 39-66). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Yalom, I. D. (1996). *Und Nietzsche weinte*: btb Taschenbücher im Goldmann Verlag.
- Zahourek, R. P. & Crawford, C. M. (1978). Forced Termination of Psychotherapy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 16, 193-199.
- Zinkin, L. (1994). All's well that ends well. Or is it? *Group Analysis*, 27, 15-24.
- Zundel, E. & Loomans, P. (Hrg.). (1994). *Konzepte und Methoden transpersonaler Psychotherapie*. Freiburg: Herder.



## 14 Anhang

### 14.1 Anhang A: Statistiken

#### 14.1.1 Wichtige Themen und Gefühle im Abschlussprozess

##### Themen und Gefühle - übereinstimmend wichtig im Paarvergleich

wichtige Themen und Gefühle nach konkreter Planung der Beendigung:		Klientenangaben		Gesamt	Ü %
Therapeutenangaben		ja	nein		
Freude	ja	38	0	42	92,9
	nein	3	1		
Selbstvertrauen	ja	29	7	39	79,5
	nein	1	2		
frühere Trennungserfahrungen	ja	19	6	32	78,1
	nein	0	7		
Neue Beschwerden	ja	20	4	28	71,4
	nein	4	0		
Hoffnung, Optimismus	ja	22	5	39	64,1
	nein	7	3		

##### Themen und Gefühle - übereinstimmend wenig wichtig im Paarvergleich

wichtige Themen und Gefühle nach konkreter Planung der Beendigung:		Klientenangaben		Gesamt	Ü %
Therapeutenangaben		ja	nein		
Phantasie Therapieabbruch	ja	0	2	28	85,7
	nein	2	24		
Finanzierungsende	ja	5	5	26	76,9
	nein	1	15		
Angst vor Sterben	ja	1	3	28	75,0
	nein	4	20		
Enttäuschung	ja	3	7	30	70,0
	nein	2	18		
Rückfall	ja	7	7	30	70,0
	nein	2	14		
Ärger, Wut	ja	5	9	32	62,5
	nein	3	15		

**Themen und Gefühle der Abschlussphase - Differenzen im Paarvergleich**

wichtige Themen und Gefühle nach konkreter Planung der Beendigung:		Klientenangaben		Gesamt	Ü %
Therapeutenangaben		ja	nein		
Autonomie	ja	22	12	38	65,8
	nein	1	3		
Befürchtungen	ja	15	8	34	64,7
	nein	4	7		
Trauer	ja	14	9	31	64,5
	nein	2	6		
Verlust von Therapeut	ja	13	4	31	58,1
	nein	9	5		

**14.1.2 Veränderungen des Therapieverlaufs im Abschlussprozess****14.1.2.1 Häufigkeiten der Einzelaussagen****Prozeß wurde schwieriger**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	74	66,7	80,4	80,4
	ja	18	16,2	19,6	100,0
	Gesamt	92	82,9	100,0	
Fehlend	System	19	17,1		
Gesamt		111	100,0		

**Prozeß leichter**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	43	38,7	46,7	46,7
	ja	49	44,1	53,3	100,0
	Gesamt	92	82,9	100,0	
Fehlend	System	19	17,1		
Gesamt		111	100,0		

**Prozeß intensiver**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	53	47,7	57,0	57,0
	ja	40	36,0	43,0	100,0
	Gesamt	93	83,8	100,0	
Fehlend	System	18	16,2		
Gesamt		111	100,0		

## 14.1.2.2 Summe der Änderungen über alle Aussagen

**Summe der Verlaufsänderungen**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine	32	28,8	28,8	28,8
1	51	45,9	45,9	74,8
2	28	25,2	25,2	100,0
Gesamt	111	100,0	100,0	

## 14.1.3 Veränderungen der therapeutischen Beziehung im Abschlussprozess

## 14.1.3.1 Häufigkeiten der Einzelaussagen

**Beziehung gleichberechtigter**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	29	26,1	30,2	30,2
ja	67	60,4	69,8	100,0
Gesamt	96	86,5	100,0	
Fehlend System	15	13,5		
Gesamt	111	100,0		

**Beziehung konfliktreicher**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	68	61,3	75,6	75,6
ja	22	19,8	24,4	100,0
Gesamt	90	81,1	100,0	
Fehlend System	21	18,9		
Gesamt	111	100,0		

**Klient/in aktiver**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	35	31,5	36,5	36,5
ja	61	55,0	63,5	100,0
Gesamt	96	86,5	100,0	
Fehlend System	15	13,5		
Gesamt	111	100,0		

**Statistik für Test**

	Chi-Quadrat <sup>a</sup>	df	Asymptotische Signifikanz
Beziehung konfliktreicher	23,511	1	,000
Beziehung gleichberechtigter	15,042	1	,000
Klient/in aktiver	7,042	1	,008

a. Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 45,0.

## 14.1.3.2 Summe der Änderungen über alle Aussagen

Summe der Beziehungsänderungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine	17	15,3	15,3	15,3
1	41	36,9	36,9	52,3
2	53	47,7	47,7	100,0
Gesamt	111	100,0	100,0	

## 14.1.3.3 Zusammenhang von Änderungen im Prozess und Beziehung

Summe der Verlaufsänderungen \* Summe Beziehungsänderung Kreuztabelle

			Summe Beziehungsänderung			Gesamt
			keine	1	2	
Summe der Verlaufsänderungen	keine	Anzahl	10	11	11	32
		Erwartete Anzahl	4,9	11,8	15,3	32,0
	1	Anzahl	6	24	21	51
		Erwartete Anzahl	7,8	18,8	24,4	51,0
	2	Anzahl	1	6	21	28
		Erwartete Anzahl	4,3	10,3	13,4	28,0
	Gesamt	Anzahl	17	41	53	111
		Erwartete Anzahl	17,0	41,0	53,0	111,0

Chi-Quadrat nach Pearson 17,556, df 4, Asymptotische Signifikanz (2-seitig) .002  
 Nominal- bzgl. Nominalmaß Phi .398 Näherungsweise Signifikanz .002

Zusammenhang mit ‚Prozess intensiver‘

Statistik für Test<sup>a,b</sup>

	Chi-Quadrat	df	Asymptotische Signifikanz
Prozeß wurde schwieriger	,228	1	,633
Prozeß leichter	,008	1	,927
Beziehung konfliktreicher	1,500	1	,221
Beziehung gleichberechtigter	,042	1	,838
Klient/in aktiver	10,712	1	,001

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Prozeß intensiver

Prozeß intensiver \* Klient/in aktiver Kreuztabelle

			Klient/in aktiver		Gesamt
			nein	ja	
Prozeß intensiver	nein	Anzahl	30	22	52
		Erwartete Anzahl	20,4	31,6	52,0
	ja	Anzahl	5	32	37
		Erwartete Anzahl	14,6	22,4	37,0
Gesamt		Anzahl	35	54	89
		Erwartete Anzahl	35,0	54,0	89,0

Exakter Test nach Fisher Exakte Signifikanz (2-seitig) .000  
 Nominal- bzgl. Nominalmaß Phi .446 Näherungsweise Signifikanz .000

## Zusammenhang mit ‚Prozess schwieriger‘

Statistik für Test<sup>a,b</sup>

	Chi-Quadrat	df	Asymptotische Signifikanz
Beziehung konfliktreicher	30,080	1	<b>,000</b>
Beziehung gleichberechtigter	2,186	1	,139
Prozeß intensiver	,038	1	,846
Prozeß leichter	14,904	1	<b>,000</b>
Klient/in aktiver	3,622	1	,057

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Prozeß wurde schwieriger

## Beziehung konfliktreicher \* Prozeß wurde schwieriger Kreuztabelle

			Prozeß wurde schwieriger		Gesamt
			nein	ja	
Beziehung konfliktreicher	nein	Anzahl	64	4	68
		Erwartete Anzahl	55,6	12,4	68,0
	ja	Anzahl	8	12	20
		Erwartete Anzahl	16,4	3,6	20,0
Gesamt		Anzahl	72	16	88
		Erwartete Anzahl	72,0	16,0	88,0

Exakter Test nach Fisher

Exakte Signifikanz (2-seitig) .000

Nominal- bzgl. Nominalmaß

Phi .588 Näherungsweise Signifikanz .000

## 14.1.4 Veränderungen des therapeutischen Verhaltens

## 14.1.4.1 Itemanalyse

Reliabilitätsanalyse nach Cronbachs Alpha

## Item-total Statistics

Scale Scale Corrected

	Mean	Variance	Item-	Alpha
	if Item	if Item	Total	if Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Deleted
HALT1	19,6689	31,4611	,4195	,7998
HALT2	19,3243	28,7921	,5663	,7747
HALT3	19,3986	28,5543	,5950	,7694
HALT4	18,9257	31,1033	,4638	,7924
HALT5	18,5676	29,3219	,5209	,7833
HALT6	18,6149	27,5173	,6780	,7534
HALT7	18,7568	29,7363	,5259	,7821

Reliability Coefficients

N of Cases = 148,0

N of Items = 7

**Alpha = ,8052**

## 14.1.4.2 Häufigkeiten der Einzelaussagen

## Statistiken

	N		Mittelwert	Median
	Gültig	Fehlend		
Th. bringt persönliche Erfahrungen ein	103	8	2,52	2,51 <sup>a</sup>
Th. bringt seine Sicht der Beziehung ein	101	10	3,11	3,27 <sup>a</sup>
Th. spricht Sicht der Beziehung des Klienten an	100	11	3,02	3,15 <sup>a</sup>
Th. spricht wichtige Themen aktiv an	103	8	3,32	3,47 <sup>a</sup>
Th. berücksichtigt Themen und Wünsche von Klient	104	7	3,51	3,71 <sup>a</sup>
Th. gibt direkte Rückmeldungen	104	7	3,65	3,85 <sup>a</sup>
Th. achtet auf Transfer in den Alltag	103	8	3,57	3,73 <sup>a</sup>

a. Aus gruppierten Daten berechnet

## Th. bringt persönliche Erfahrungen ein

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	26	23,4	25,2	25,2
	trifft wenig zu	24	21,6	23,3	48,5
	trifft mittelmäßig zu	29	26,1	28,2	76,7
	trifft ziemlich zu	21	18,9	20,4	97,1
	trifft sehr zu	3	2,7	2,9	100,0
	Gesamt	103	92,8	100,0	
Fehlend	System	8	7,2		
Gesamt		111	100,0		

## Th. bringt seine Sicht der Beziehung ein

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	15	13,5	14,9	14,9
	trifft wenig zu	17	15,3	16,8	31,7
	trifft mittelmäßig zu	21	18,9	20,8	52,5
	trifft ziemlich zu	38	34,2	37,6	90,1
	trifft sehr zu	10	9,0	9,9	100,0
	Gesamt	101	91,0	100,0	
Fehlend	System	10	9,0		
Gesamt		111	100,0		

## Th. spricht Sicht der Beziehung des Klienten an

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	16	14,4	16,0	16,0
	trifft wenig zu	19	17,1	19,0	35,0
	trifft mittelmäßig zu	22	19,8	22,0	57,0
	trifft ziemlich zu	33	29,7	33,0	90,0
	trifft sehr zu	10	9,0	10,0	100,0
	Gesamt	100	90,1	100,0	
Fehlend	System	11	9,9		
Gesamt		111	100,0		

**Th. spricht wichtige Themen aktiv an**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	11	9,9	10,7	10,7
	trifft wenig zu	14	12,6	13,6	24,3
	trifft mittelmäßig zu	23	20,7	22,3	46,6
	trifft ziemlich zu	41	36,9	39,8	86,4
	trifft sehr zu	14	12,6	13,6	100,0
	Gesamt	103	92,8	100,0	
Fehlend	System	8	7,2		
Gesamt		111	100,0		

**Th. berücksichtigt Themen und Wünsche von Klient**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	11	9,9	10,6	10,6
	trifft wenig zu	14	12,6	13,5	24,0
	trifft mittelmäßig zu	18	16,2	17,3	41,3
	trifft ziemlich zu	33	29,7	31,7	73,1
	trifft sehr zu	28	25,2	26,9	100,0
	Gesamt	104	93,7	100,0	
Fehlend	System	7	6,3		
Gesamt		111	100,0		

**Th. gibt direkte Rückmeldungen**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	9	8,1	8,7	8,7
	trifft wenig zu	9	8,1	8,7	17,3
	trifft mittelmäßig zu	16	14,4	15,4	32,7
	trifft ziemlich zu	45	40,5	43,3	76,0
	trifft sehr zu	25	22,5	24,0	100,0
	Gesamt	104	93,7	100,0	
Fehlend	System	7	6,3		
Gesamt		111	100,0		

**Th. achtet auf Transfer in den Alltag**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	8	7,2	7,8	7,8
	trifft wenig zu	13	11,7	12,6	20,4
	trifft mittelmäßig zu	20	18,0	19,4	39,8
	trifft ziemlich zu	36	32,4	35,0	74,8
	trifft sehr zu	26	23,4	25,2	100,0
	Gesamt	103	92,8	100,0	
Fehlend	System	8	7,2		
Gesamt		111	100,0		

**Häufigkeitsprüfung der Einzelaussagen**

	Chi-Quadrat	df	Asymptotische Signifikanz
Th. bringt persönliche Erfahrungen ein	20,447	4	,000
Th. bringt seine Sicht der Beziehung ein	22,713	4	,000
Th. spricht Sicht der Beziehung des Klienten an	14,500	4	,006
Th. spricht wichtige Themen aktiv an	29,184	4	,000
Th. berücksichtigt Themen und Wünsche von Klient	16,865	4	,002
Th. gibt direkte Rückmeldungen	43,500	4	,000
Th. achtet auf Transfer in den Alltag	23,456	4	,000

Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet.

**14.1.4.3 Summe der Änderungen über alle Aussagen**

N Gültig 111, Fehend 0  
Mittelwert 5,50, Median 7,00

**Summe der Verhaltensänderungen**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 0	10	9,0	9,0	9,0
1	4	3,6	3,6	12,6
2	1	,9	,9	13,5
4	5	4,5	4,5	18,0
5	10	9,0	9,0	27,0
6	21	18,9	18,9	45,9
7	60	54,1	54,1	100,0
Gesamt	111	100,0	100,0	

**Summe der Verhaltensänderungen**

	Beobachtetes N	Erwartete Anzahl	Residuum
0	12	13,9	-1,9
1	10	13,9	-3,9
2	15	13,9	1,1
3	21	13,9	7,1
4	22	13,9	8,1
5	17	13,9	3,1
6	11	13,9	-2,9
7	3	13,9	-10,9
Gesamt	111		

Values: trifft nicht zu, trifft wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr zu  
Values tabulated: trifft ziemlich zu und trifft sehr zu

**Häufigkeitsprüfung**

Chi-Quadrat 19,667 df 7 Asymptotische Signifikanz .006

Bei 0 Zellen (,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet.



## 14.1.4.4 Summe der Verhaltensänderungen (ausgewertet als Mehrfachantwort)

Values 1= trifft nicht zu, trifft wenig zu, trifft mittelmäßig zu  
2 = trifft ziemlich zu, trifft sehr zu

Value tabulated = 2

Dichotomy label	Name	Pct of Count	Pct of Responses	Pct of Cases
1 Th. bringt persönliche Erfahrungen ein	HALT12	24	6,6	24,2
2 Th. bringt eigene Sicht der Beziehung ein	HALT22	48	13,2	48,5
3 Th. spricht Sicht der Beziehung des Klient	HALT32	43	11,8	43,4
4 Th. spricht wichtige Themen aktiv an	HALT42	55	15,2	55,6
5 Th. berücksichtigt Themen und Wünsche von Klient	HALT52	61	16,8	61,6
6 Th. gibt direkte Rückmeldungen	HALT26	70	19,3	70,7
7 Th. achtet auf Transfer in den Alltag	HALT27	62	17,1	62,6
Total responses		363	100,0	366,7

12 missing cases; 99 valid cases

## 14.1.4.5 Vergleich von Klienten- und Therapeutenangaben

			Verhaltensänderungen Therapeutenangaben		Gesamt
			weniger	deutlich	
Verhaltensänderungen Klientenangaben	weniger	Anzahl	10	8	18
		Erwartete Anzahl	8,1	9,9	18,0
	deutlich	Anzahl	4	9	13
		Erwartete Anzahl	5,9	7,1	13,0
Gesamt	Anzahl		14	17	31
	Erwartete Anzahl		14,0	17,0	31,0

$\bar{U} = 61,3 \%$

## 14.1.4.6 Zusammenhang von Verhaltensänderung und therapeutischer Ausbildung

			Verhaltensänderungen		Gesamt
			weniger	deutlich	
1. Ausbildung	hum.	Anzahl	10	31	41
		Erwartete Anzahl	20,3	20,7	41,0
	psych.	Anzahl	5	11	16
		Erwartete Anzahl	7,9	8,1	16,0
	verh.	Anzahl	20	3	23
		Erwartete Anzahl	11,4	11,6	23,0
	and.	Anzahl	11	2	13
		Erwartete Anzahl	6,4	6,6	13,0
Gesamt	Anzahl		46	47	93
	Erwartete Anzahl		46,0	47,0	93,0

Chi-Quadrat nach Pearson 31,795, df 3, Asymptotische Signifikanz (2-seitig) .001  
Nominal- bzgl. Nominalmaß Phi ,585 Näherungsweise Signifikanz .001

### 14.1.5 Angaben zur Arbeitsbeziehung

#### 14.1.5.1 Häufigkeiten der Einzelaussagen (alle Klienten N = 60)

Statistiken

	N		Mittelwert	Median	Standardabweichung
	Gültig	Fehlend			
fühle mich besser	60	0	4,65	4,67 <sup>a</sup>	,55
Probleme besser bewältigen	60	0	4,30	4,37 <sup>a</sup>	,77
Therapeut versteht mich	60	0	4,63	4,67 <sup>a</sup>	,58
Therapeut unterstützt Ziele	60	0	4,70	4,76 <sup>a</sup>	,62
Mit Th. an einem Strang ziehen	60	0	4,65	4,67 <sup>a</sup>	,55
ähnliche Einschätzung	60	0	4,13	4,22 <sup>a</sup>	,83
Therapeut hilft	60	0	4,65	4,71 <sup>a</sup>	,76
auf Therapeuten verlassen können	60	0	4,78	4,88 <sup>a</sup>	,76
mich selbst verstehen	60	0	4,05	4,18 <sup>a</sup>	,95

a. Aus gruppierten Daten berechnet

Therapeut hilft

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Angabe	1	1,7	1,7	1,7
trifft ziemlich zu	16	26,7	26,7	28,3
trifft sehr zu	43	71,7	71,7	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

Fühle mich besser

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig trifft mittelmäßig zu	2	3,3	3,3	3,3
trifft ziemlich zu	17	28,3	28,3	31,7
trifft sehr zu	41	68,3	68,3	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

Probleme besser bewältigen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig trifft nicht zu	1	1,7	1,7	1,7
trifft mittelmäßig zu	5	8,3	8,3	10,0
trifft ziemlich zu	28	46,7	46,7	56,7
trifft sehr zu	26	43,3	43,3	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

**Auf Therapeuten verlassen können**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Angabe	1	1,7	1,7	1,7
trifft mittelmäßig zu	2	3,3	3,3	5,0
trifft ziemlich zu	4	6,7	6,7	11,7
trifft sehr zu	53	88,3	88,3	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

**Therapeut versteht mich**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig trifft mittelmäßig zu	3	5,0	5,0	5,0
trifft ziemlich zu	16	26,7	26,7	31,7
trifft sehr zu	41	68,3	68,3	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

**Therapeut unterstützt Ziele**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig trifft mittelmäßig zu	5	8,3	8,3	8,3
trifft ziemlich zu	8	13,3	13,3	21,7
trifft sehr zu	47	78,3	78,3	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

**Mit Th. an einem Strang ziehen**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig trifft mittelmäßig zu	2	3,3	3,3	3,3
trifft ziemlich zu	17	28,3	28,3	31,7
trifft sehr zu	41	68,3	68,3	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

**Therapeut hat ähnliche Einschätzung**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig trifft wenig zu	3	5,0	5,0	5,0
trifft mittelmäßig zu	8	13,3	13,3	18,3
trifft ziemlich zu	27	45,0	45,0	63,3
trifft sehr zu	22	36,7	36,7	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

**Kann mich selbst verstehen**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Angabe	1	1,7	1,7	1,7
trifft nicht zu	1	1,7	1,7	3,3
trifft wenig zu	1	1,7	1,7	5,0
trifft mittelmäßig zu	6	10,0	10,0	15,0
trifft ziemlich zu	33	55,0	55,0	70,0
trifft sehr zu	18	30,0	30,0	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

**14.1.5.2 Itemanalyse**

Reliabilitätsanalyse nach Cronbachs Alpha

**Item-total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Scale Corrected Item- Total Correlation	Corrected Alpha if Item Deleted
1 KHILF Th, hilft mir		35,9000	9,8203	,1282
2 KFÜHL fühle mich besser		35,9000	8,8373	,5723
3 KPROB Probleme besser bewältigen		36,2500	8,3941	,4545
4 KTRAU auf Th. verlassen können		35,7667	10,2158	,0416
5 KVERS Th. versteht mich		35,9167	9,0946	,4464
6 KZIEL Th. unterstützt Ziele		35,8500	9,2483	,3629
7 KSEIL mit Th. an einem Strang ziehen		35,9000	9,1085	,4816
8 KÄHNL ähnliche Einschätzung		36,4167	7,8743	,5197
9 KSELB mich selber besser verstehen		36,5000	9,0339	,1877

Reliability Coefficients

N of Cases = 60,0 N of Items = 9

**Alpha = ,6498****14.1.5.3 Itemanalyse nach Itemkorrektur**

Items 1, 4, 9 werden wegen zu schwacher Trennschärfekoeffizienten eliminiert

**Itemanalyse mit reduzierter Itemanzahl**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Scale Corrected Item Total Correlation	Corrected Alpha if Item Deleted
KFÜHL	22,4167	5,0946	,5869	,6856
KPROB	22,7667	4,9616	,3796	,7429
KVERS	22,4333	5,3345	,4360	,7201
KZIEL	22,3667	5,2870	,4121	,7260
KSEIL	22,4167	5,2980	,4948	,7073
KÄHNL	22,9333	3,9955	,6468	,6538

Reliability Coefficients

N of Cases = 60,0 N of Items = 6

**Alpha = ,7442**

### 14.1.6 Häufigkeiten der Einzelaussagen (Klienten der Paargruppe N = 44)

Statistiken

	N		Mittelwert	Median	Standardabweichung
	Gültig	Fehlend			
Therapeut hilft	43	1	4,77	5,00	,43
fühle mich besser	44	0	4,70	5,00	,51
Probleme besser bewältigen	44	0	4,27	4,00	,85
auf Therapeuten verlassen können	43	1	4,91	5,00	,37
Therapeut versteht mich	44	0	4,73	5,00	,50
Therapeut unterstützt Ziele	44	0	4,68	5,00	,67
Mit Th. an einem Strang ziehen	44	0	4,68	5,00	,56
ähnliche Einschätzung	44	0	4,16	4,00	,81
mich selbst verstehen	43	1	4,07	4,00	,83

### 14.1.7 Themen der Beendigung in der Ausbildung

#### Themen der Beendigung als Mehrfachantwort

(Value tabulated = Ja)

Dichotomy label	Name	Count	Pct of Resp.	Pct of Cases
Behandlungsende/Transfer	EN5	53	11,2	63,9
Beziehungsende/Abschied	EN6	51	10,8	61,4
Psychodynamik	EN3	43	9,1	51,8
Ausbildungsende	EN14	42	8,9	50,6
Biografie/TH	EN12	40	8,5	48,2
Sterben/Tod	EN13	40	8,5	48,2
Methoden	EN2	36	7,6	43,4
Separation	EN10	30	6,4	36,1
Trennungsangst/TH	EN11	30	6,4	36,1
Unterbrechungen	EN7	29	6,1	34,9
Entwicklungskrise	EN9	26	5,5	31,3
Diagnostik	EN1	23	4,9	27,7
Trennungsreaktionen	EN4	18	3,8	21,7
Übergangsphänomen	EN8	11	2,3	13,3
Total responses		472	100,0	568,7

28 missing cases; 83 valid cases

**Zusammenhang von 1. Therapieausbildung und Themen der Beendigung**

	Chi-Quadrat	df	Asymptotische Signifikanz
Diagnostik	3,484	3	,323
Methoden	3,563	3	,313
Psychodynamik	11,533	3	<b>,009</b>
Trennungsreaktionen	3,848	3	,278
Behandlungsende/Transfer	2,930	3	,403
Beziehungsende/Abschied	13,103	3	<b>,004</b>
Unterbrechungen	10,770	3	<b>,013</b>
Übergangsphänomen	4,668	3	,198
Entwicklungskrise	7,254	3	,064
Ende als Separationsprozess	13,120	3	<b>,004</b>
Trennungsangst des Therapeuten	11,785	3	<b>,008</b>
Biographie des Therapeuten	4,433	3	,218
Sterben, Tod	4,099	3	,251
Ausbildungsende	7,196	3	,066

Kruskal-Wallis-Test

Gruppenvariable: 1. Therapieausbildung

**Zusammenhang von 1. Ausbildung und Themen der Beendigung**

	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Diagnostik	296,000	1331,000	-1,411	,158
Methoden	362,500	515,500	-,324	,746
Psychodynamik	250,000	1285,000	-2,164	<b>,030</b>
Trennungsreaktionen	308,500	1343,500	-1,201	,230
Behandlungsende/Transfer	295,500	1285,500	-1,319	,187
Beziehungsende/Abschied	332,000	1278,000	-,584	,559
Unterbrechungen	238,500	1184,500	-2,130	<b>,033</b>
Übergangsphänomen	251,500	1241,500	-2,020	<b>,043</b>
Entwicklungskrise	315,000	1305,000	-,977	,329
Wiederholung von Separationsprozess	201,500	1191,500	-2,859	<b>,004</b>
Trennungsangst des Therapeuten	359,000	1349,000	-,250	,802
Biographie des Therapeuten	349,500	1339,500	-,403	,687
Sterben, Tod	299,500	452,500	-1,101	,271
Ausbildungsende	294,500	447,500	-1,306	,192

Mann-Whitney-U-Test

Gruppenvariable: 1. Ausbildung humanistisch und psychodynamisch

**1. Therapieausbildung und Themen der Beendigung ohne Zusammenhang**

	1. Therapieausbildung								
Bearbeitete Themen	humanistisch		psychodyn.		verhaltensther.		andere		$\chi^2$
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
Ausbildungsende	24	20	6	11	7	24	7	6	n.s.
Diagnostik	11	34	6	11	5	26	2	10	n.s.
Methoden	18	27	6	11	10	21	6	7	n.s.
Transfer	21	23	11	6	16	14	5	8	n.s.
Übergangsphänomen	5	39	3	14	2	29	1	12	n.s.
Entwicklungskrise	11	33	6	11	4	27	5	7	n.s.
Biografie/Ther.	20	24	9	8	8	23	6	7	n.s.
Sterben/Tod	22	21	4	13	8	23	6	7	n.s.
Trennungsreaktionen	7	38	5	12	4	27	2	11	n.s.

**14.1.8 Umgang mit Stundenende****Korrelationen (Kendall-Tau-b)**

		kurz vorher ansprechen	Schluß- rituale	Thema zum Abschluß bringen	pünktlich	Stunden- abschluß fällt schwer	überziehen in schwierigen Situationen
Schluß- rituale	Korr.	,130		**			
	Sig. 2 s.	,107					
	N	104					
Thema zum Abschluß bringen	Korr.	-,059	,218**				
	Sig. 2 s.	,478	,008				
	N	103	105				
pünktlich	Korr.	,048	,009	,000		*	**
	Sig. 2 s.	,568	,916	,997			
	N	104	108	106			
Stunden- abschluß fällt schwer	Korr.	-,077	-,078	,019	-,176*		**
	Sig. 2 s.	,356	,335	,827	,037		
	N	104	108	105	108		
überziehen in schwie- rigen Situat.	Korr.	-,114	-,027	,077	-,433**	,392**	
	Sig. 2 s.	,166	,739	,359	,000	,000	
	N	104	108	106	109	108	

\*\* . Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig).

\* . Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-seitig).

### 14.1.9 Grundsätze zur Beendigung

#### 14.1.9.1 Häufigkeiten und Kennwerte der Einzelaussagen

Statistiken

	N		Mittelwert	Median
	Gültig	Fehlend		
von Anfang an	108	3	2,94	2,86 <sup>a</sup>
immer wieder	107	4	2,68	2,59 <sup>a</sup>
Unterbrechung ist Übung für Ende	108	3	3,44	3,48 <sup>a</sup>
Terminierung intensiviert	107	4	3,58	3,46 <sup>a</sup>
schlechter Abschied , schlechtes Ergebnis	109	2	3,97	4,09 <sup>a</sup>
Therapeut spricht Abschluß nicht vor Klient an	108	3	1,69	1,56 <sup>a</sup>
Therapie erfolgreich/Abschluß problemlos	108	3	3,03	3,00 <sup>a</sup>
Rückfallprophylaxe	108	3	4,08	4,18 <sup>a</sup>
spezifische Gegenübertragung	107	4	4,01	4,09 <sup>a</sup>
persönliches berichten	108	3	3,11	3,13 <sup>a</sup>
Th/Gefühle aktiv ansprechen	106	5	3,88	3,86 <sup>a</sup>
Abschluß ist von Störung abhängig	106	5	3,87	3,91 <sup>a</sup>
Beziehung gleichberechtigter am Ende	107	4	3,50	3,60 <sup>a</sup>
Katamnese wichtig	106	5	3,05	3,00 <sup>a</sup>
Abschluß bestimmt Transfer	108	3	3,47	3,53 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>. Aus gruppierten Daten berechnet

Rückfallprophylaxe wichtig

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
stimmt nicht	2	1,8	1,9	1,9
stimmt wenig	3	2,7	2,8	4,6
stimmt mittelmäßig	13	11,7	12,0	16,7
stimmt ziemlich	56	50,5	51,9	68,5
stimmt sehr	34	30,6	31,5	100,0
Gesamt	108	97,3	100,0	
Fehlend				
System	3	2,7		
Gesamt	111	100,0		

schlechter Abschied , schlechtes Ergebnis

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
stimmt nicht	1	,9	,9	,9
stimmt wenig	8	7,2	7,3	8,3
stimmt mittelmäßig	19	17,1	17,4	25,7
stimmt ziemlich	46	41,4	42,2	67,9
stimmt sehr	35	31,5	32,1	100,0
Gesamt	109	98,2	100,0	
Fehlend				
System	2	1,8		
Gesamt	111	100,0		



**Ende löst spezifische Gegenübertragung aus**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	1	,9	,9	,9
	stimmt wenig	4	3,6	3,7	4,7
	stimmt mittelmäßig	24	21,6	22,4	27,1
	stimmt ziemlich	42	37,8	39,3	66,4
	stimmt sehr	36	32,4	33,6	100,0
	Gesamt	107	96,4	100,0	
Fehlend	System	4	3,6		
Gesamt		111	100,0		

**TH spricht Abschiedsthemen aktiv an**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt wenig	2	1,8	1,9	1,9
	stimmt mittelmäßig	32	28,8	30,2	32,1
	stimmt ziemlich	49	44,1	46,2	78,3
	stimmt sehr	23	20,7	21,7	100,0
	Gesamt	106	95,5	100,0	
Fehlend	System	5	4,5		
Gesamt		111	100,0		

**Therapeut spricht Abschluß erst nach Klient an**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	58	52,3	53,7	53,7
	stimmt wenig	31	27,9	28,7	82,4
	stimmt mittelmäßig	14	12,6	13,0	95,4
	stimmt ziemlich	4	3,6	3,7	99,1
	stimmt sehr	1	,9	,9	100,0
	Gesamt	108	97,3	100,0	
Fehlend	System	3	2,7		
Gesamt		111	100,0		

**Abschluß ist von Störung abhängig**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	1	,9	,9	,9
	stimmt wenig	6	5,4	5,7	6,6
	stimmt mittelmäßig	29	26,1	27,4	34,0
	stimmt ziemlich	40	36,0	37,7	71,7
	stimmt sehr	30	27,0	28,3	100,0
	Gesamt	106	95,5	100,0	
Fehlend	System	5	4,5		
Gesamt		111	100,0		

**Beziehung gleichberechtigter am Ende**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	7	6,3	6,5	6,5
	stimmt wenig	11	9,9	10,3	16,8
	stimmt mittelmäßig	27	24,3	25,2	42,1
	stimmt ziemlich	46	41,4	43,0	85,0
	stimmt sehr	16	14,4	15,0	100,0
	Gesamt	107	96,4	100,0	
Fehlend	System	4	3,6		
Gesamt		111	100,0		

**Abschluß bestimmt Transfer**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	5	4,5	4,6	4,6
	stimmt wenig	12	10,8	11,1	15,7
	stimmt mittelmäßig	35	31,5	32,4	48,1
	stimmt ziemlich	39	35,1	36,1	84,3
	stimmt sehr	17	15,3	15,7	100,0
	Gesamt	108	97,3	100,0	
Fehlend	System	3	2,7		
Gesamt		111	100,0		

**Unterbrechung ist Übung für Ende**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	5	4,5	4,6	4,6
	stimmt wenig	16	14,4	14,8	19,4
	stimmt mittelmäßig	34	30,6	31,5	50,9
	stimmt ziemlich	32	28,8	29,6	80,6
	stimmt sehr	21	18,9	19,4	100,0
	Gesamt	108	97,3	100,0	
Fehlend	System	3	2,7		
Gesamt		111	100,0		

**Terminierung intensiviert**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	1	,9	,9	,9
	stimmt wenig	15	13,5	14,0	15,0
	stimmt mittelmäßig	42	37,8	39,3	54,2
	stimmt ziemlich	29	26,1	27,1	81,3
	stimmt sehr	20	18,0	18,7	100,0
	Gesamt	107	96,4	100,0	
Fehlend	System	4	3,6		
Gesamt		111	100,0		

**Therapie erfolgreich/Abschluß problemlos**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	11	9,9	10,2	10,2
	stimmt wenig	23	20,7	21,3	31,5
	stimmt mittelmäßig	40	36,0	37,0	68,5
	stimmt ziemlich	20	18,0	18,5	87,0
	stimmt sehr	14	12,6	13,0	100,0
	Gesamt	108	97,3	100,0	
Fehlend	System	3	2,7		
Gesamt		111	100,0		

**Abschluss immer wieder besprechen**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	19	17,1	17,8	17,8
	stimmt wenig	34	30,6	31,8	49,5
	stimmt mittelmäßig	25	22,5	23,4	72,9
	stimmt ziemlich	20	18,0	18,7	91,6
	stimmt sehr	9	8,1	8,4	100,0
	Gesamt	107	96,4	100,0	
Fehlend	System	4	3,6		
Gesamt		111	100,0		

**Abschluss von Anfang an besprechen**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	19	17,1	17,6	17,6
	stimmt wenig	28	25,2	25,9	43,5
	stimmt mittelmäßig	21	18,9	19,4	63,0
	stimmt ziemlich	20	18,0	18,5	81,5
	stimmt sehr	20	18,0	18,5	100,0
	Gesamt	108	97,3	100,0	
Fehlend	System	3	2,7		
Gesamt		111	100,0		

**TH offener mit Persönlichem im Abschluss**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	8	7,2	7,4	7,4
	stimmt wenig	26	23,4	24,1	31,5
	stimmt mittelmäßig	32	28,8	29,6	61,1
	stimmt ziemlich	30	27,0	27,8	88,9
	stimmt sehr	12	10,8	11,1	100,0
	Gesamt	108	97,3	100,0	
Fehlend	System	3	2,7		
Gesamt		111	100,0		

**Katamnese wichtig für Entwicklung**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt nicht	6	5,4	5,7	5,7
	stimmt wenig	29	26,1	27,4	33,0
	stimmt mittelmäßig	36	32,4	34,0	67,0
	stimmt ziemlich	24	21,6	22,6	89,6
	stimmt sehr	11	9,9	10,4	100,0
	Gesamt	106	95,5	100,0	
Fehlend	System	5	4,5		
Gesamt		111	100,0		

## 14.1.9.2 Zusammenhang von Überzeugungen und therapeutischer Orientierung

**Statistik für Test<sup>a,b</sup>**

	Chi-Quadrat	df	Asymptotische Signifikanz
von Anfang an	9,727	5	,083
immer wieder	4,282	5	,510
Unterbrechung ist Übung für Ende	3,566	5	,613
Terminierung intensiviert	3,574	5	,612
schlechter Abschied , schlechtes Ergebnis	6,479	5	,262
Therapeut spricht Abschluß nicht vor Klient an	1,128	5	,952
Therapie erfolgreich/Abschluß problemlos	7,084	5	,214
Rückfallprophylaxe	8,075	5	,152
spezifische Gegenübertragung	8,671	5	,123
persönliches berichten	7,012	5	,220
Th/Gefühle aktiv ansprechen	7,939	5	,160
Abschluß ist von Störung abhängig	17,574	5	<b>,004</b>
Beziehung gleichberechtigter am Ende	3,916	5	,562
Katamnese wichtig	9,455	5	,092
Abschluß bestimmt Transfer	7,452	5	,189

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: therapeutische Orientierung

**Korrelationen - Vergleich von Mittelwerten der Angaben zu einzelnen Grundsätzen**

			VT	HUM	PSA	SYST	ALLE
Spearman -Rho	VT	Korr.		*	**		**
	HUM	Korr.	,555*		**	*	**
		Sig. (2-seitig)	,032				
		N	15				
	PSA	Korr.	,760**	,868**			**
		Sig. (2-seitig)	,001	,000			
		N	15	15			
	SYST	Korr.	,300	,627*	,385		*
		Sig. (2-seitig)	,278	,012	,157		
		N	15	15	15		
	ALLE	Korr.	,726**	,930**	,921**	,619*	
		Sig. (2-seitig)	,002	,000	,000	,014	
		N	15	15	15	15	

\*. Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-seitig).

\*\*. Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig).

## 14.2 Anhang B: Liste von Ausbildungsinstituten

Bayerische Private Akademie für Psychotherapie (BAP), Nymphenburger Str. 185, 80634 München  
 Verein zur Förderung der klin. VT e.V., Heßstraße 90, 80797 München  
 Inst. f. Fort- u. Weiterbildung in klin. VT e.V., Stresemannstr. 4, 68165 Mannheim  
 Inst. f. Fort- u. Weiterbildung in klin. VT e.V., Kurbrunnenstraße 21 a, 67098 Bad Dürkheim  
 Weiterbildungseinrichtung für klin. VT im FKV e.V., Biegenstraße 37, 35073 Marburg/Lahn  
 Inst. für VT, Berlin e.V. (IVB), Teltower Damm 7, 14169 Berlin  
 Tübinger Akademie für VT (TAVT), Waldhauserstr. 48, 72076 Tübingen  
 Inst. für Weiterbildung in klin. VT (IWVT), Heinrich-Hertz-Straße 17, 22085 Hamburg  
 KLVT - LehrInst. für VT Köln GmbH, Engelbertstr. 44, 50674 K ö l n  
 Stuttgarter Zentrum für VT (SZVT), Christophstraße 8, 70178 Stuttgart  
 Arbeitsgemeinschaft für VT-Weiterbildung Köln e.V., Dürener Str. 199-203, 50931 K ö l n  
 IVV, an der Klinik Berus Orannastraße 55, 66802 Überherrn-Berus  
 Inst. für VT, GmbH (Brandenburg), Kastanienallee 80, 15907 L ü b b e n

GWG, Geschäftsstelle, Richard Wagner Str. 12, 51145 K ö l n  
 Norddeutsches Inst. für Kurzzeittherapie, An der Schleifmühle 67, 28203 Bremen  
 Deutsche Akademie für Angewandtes NLP, Postfach 47 07 19, 12316 Berlin  
 Arbeitsgemeinschaft für, Psychoanalytische Kunsttherapie, Ysenburgstr. 10, 80634 München  
 Inst. für Psychodrama, Psychodrama-Klinikum, 34596 Bad Zwesten  
 Inst. f. Ganzheitl. Psychotherapie, GestaltInst. DO e.V. GID, Weißenburger Str. 3, 44135 Dortmund  
 Psychotherapeutisches Inst., Bergerhausen, Trarbacher Str. 47, 47259 Duisburg  
 IPP, Inst. für Personenzentrierte Psychologie Heidelberg, Dipl.-Psych. B. Hofmeister, 89 Heidelberg  
 DGPGT e.V., AusbildungsInst., Hochallee 118, 20149 Hamburg  
 IFW, Inst. für Familientherapie e. V., Freiburger Str. 46, 69469 Weinheim  
 IGST, Kussmaulstr. 10, 69120 Heidelberg  
 Inst. für systemische Studien e. V., Mooreye 91, 22415 Hamburg  
 Inst. für Körperpsychotherapie Berlin, Am Cosimaplatz 2, 12159 Berlin  
 DGNLP, Inst. Westfalen e. V., Weststr. 4, 33615 Bielefeld  
 Däumling-Inst., Postfach 11 49, 53701 Siegburg  
 Deutsches Inst. für, Provokative Therapie, Bastian-Schmid-Platz 11a, 81477 München  
 INNTAL INST., Dipl.-Psych. C. & D. Blickhan, Aternweg 10a, 83109 Großkarolinenfeld  
 Münchener Arbeitsgruppe, f. körperorientierte Psychotherapie, Elisabethstr. 11, 80796 München  
 SCHIFF Hauptstelle, To'n Rösterberg 1, 23744 Schönwalde  
 synapse - Technik und Kunst menschlicher Kommunikation, Wilhelmstr. 4a, 70182 Stuttgart  
 forum Zentrale, Postfach 21 05 04, 10505 Berlin  
 Inst. für Feministische, Psychodrama Weiterbildung, Postfach 12 10, 27301 Bruchhausen-Vilsen  
 DIPOA-Nord, Anette und Alfred Schultz, Bleichstr. 28, 32051 Herford  
 GIB, Dipl.-Psych. Hartmut Kramme, Am Wildpfad 7, 53639 Königswinter  
 GENI-Sekretariat, Oberweg 54, 60318 Frankfurt  
 AGG, Frau Dr. Jutta Fiegl, Ulmenstraße 81, A - 1140 Wien  
 Verein für Gestalttherapie e.V., Berlin, Courbierestr. 8, 10787 Berlin  
 CE Inst.e & European Trainings, Dr. phil. Siegmund Gerken, Postfach 4, 82405 Wessobrunn  
 Herrn Dipl.-Psych. Michael Antes, Viktoria-Luisen-Straße 9, 66740 Saarlouis  
 Bildungsstätte Hoedekenhuis e.V., Lamspringer Str. 24, 31088 Winzenburg  
 akt-Sekretariat, Hans-Kruse-Str. 17, 57074 Siegen  
 WERKSTATT NORD, Kedenburgstr. 12, 22041 Hamburg  
 Gestalt-Inst., Frankfurt/M. e.V., Wilhelm-Hauff-Str. 5, 60325 Frankfurt  
 Symbolon-Inst., für Gestalttherapie e.V., Pappenheimer Str. 16, 90451 Nürnberg  
 Gestalt Inst., Hamburg, Wolferskamp 6, 22559 Hamburg  
 Gestalt Verein Weeze, Herrn Peter Spinder-Rohloff, Bembergstr. 5, 42103 Wuppertal  
 Inst. für Gestalttherapie Bremen, Linienstr. 42, 28203 Bremen

## 14.3 Anhang C: Therapieende in Sprachbildern

### WEG - GEHEN

Die Wege trennen sich	trennen
Ziel und neuer Weg	Ziel erreichen, Anfang
Ich und Kl. gehen ein Teil des Weges gemeinsam, die Wege trennen sich dann gesättigt, gestärkt, „geheilt“, munter, alleine weitergehen	Verbindung, trennen
„und er ging heiter seines Weges“	ausrücken, Autonomie
Berg erklimmen	Anfang
Fahrt über Fluß, am neuen Ufer aussteigen	Ziel erreichen
Labor verlassen – in einen neuen Raum gehen, der schon gemeinsam angeschaut wurde	Anfang
Ein Y: wir sind einen Teil gemeinsam gegangen und jetzt trennen sich unsere Wege wieder	Anfang, Verbindung
gestärkt und sicher geht der Klient alleine weiter	Verbindung, trennen
Ende eines gemeinsamen Weges, an dem jeder „seines“ Weges geht	ausrücken, Autonomie
Abschied und Neubeginn an der Wegkreuzung	Verbindung, trennen, Autonomie
Selbständiges Gehen ohne Krücken oder Stützen	trennen, Anfang
Weggabelung	Autonomie, lernen
Alleine gehen können	trennen
Wie ein Stück gemeinsame Reise, auf der sich irgendwann die Wege trennen kommen – bleiben – gehen	Autonomie, lernen
Jemand der im Sumpf feststeckte ist allein herausgekrabbelt und kann sich jetzt frei in der Welt bewegen	Verbindung, trennen
Zwei Kameraden sind ein Stück Weges zusammen gegangen und geraten an eine Kreuzung, an der einer (der/die) zurückbleibt, der andere kann ihn sehen, wenn er/sie sich umschaut	Verbindung, trennen
Bei einer Wanderung durch schweres oder gefährliches Gelände gehen Kl. und Th. ein Stück weit gemeinsam den Weg. Bei Therapieende trennen sich die Wege, der Kl. geht allein seinen eigenen Weg weiter	aufbrechen
den eigenen Weg gehen,	Verbindung, trennen, Rückblick
Der gemeinsame Weg „gabelt sich“, allmählich verliert sich der Blickkontakt, die Erfahrung des gemeinsamen Weges bleibt	Verbindung, trennen, Autonomie
Jemand verläßt die schützende Burg und geht mit Proviant gestärkt in die Welt hinaus ein in die Welt gehen, wobei die Pat sich als Aufbrechende, Weggehende schildert und mich, einschließlich des therapeutischen Raumes als Bleibende, als „Ort“, der gute Gefühle und Bilder beinhaltet	Autonomie
Der Weg in die Zukunft wird sichtbar	trennen, Verbindung
Verlaufenes Pferd, das durch Begleitung zum Hof zurück findet	trennen, ausrücken, aufbrechen
	aufbrechen, trennen, Verbindung
	Beginn
	Verbindung, Ziel erreichen

**REISE - AUFBRUCH**

In See stechen	aufbrechen
Schiff läuft aus Hafen	aufbrechen
Im Bahnhof: Der Th. (auf Bahnsteig) und der Kl. (am Fenster im Zug) sagen „Adieu“	trennen
ein abfahrender Zug mit einem für den Pat. mittlerweile attraktiven Reiseziel und ich winke zum Abschied	trennen, aufbrechen, Verbindung
Selbständiges herausrudern auf eine offenes flaches Meer und den Fuß auf neues bisher unentdecktes Land setzen	Autonomie, aufbrechen
Jemanden in den richtigen Zug (Flugzeug) setzen	aussenden
Aufbruch mit neuer Ausrüstung	aufbrechen, ausrüsten
Rucksack packen mit „Proviant“ gemeinsam mit Patienten und sie dann auf die Reise schicken	ausrüsten, aussenden
Bahnhof: Klient fährt allein weiter/weg	trennen, Autonomie
Bahnhof, der Zug fährt ab	aufbrechen
Reise in ein anderes Land, über das ich einen Diavortrag gesehen habe	aufbrechen, ausrüsten
Abfahrt, Bahnhof	aufbrechen
Aufbruch in die Welt	aufbrechen
Abschied ist auch ein Aufbruch	trennen, aufbrechen
Wie ein Stück gemeinsame Reise, auf der sich irgendwann die Wege trennen	Verbindung, trennen
Schiff verläßt den Hafen, nachdem es dort neue Ladung, Reparaturen etc. erhalten hat. Die beabsichtigte Route wird durchgesprochen, zu erwartende Schwierigkeiten und der Umgang damit	trennen, ausrüsten, lernen
Eine Wildgansfamilie hat in einem Garten Rast gemacht. Ich habe sie versorgt, sie haben sich gestärkt, schließlich brechen sie nach Süden auf	ausrüsten, aufbrechen
Expedition als eigener Führer	aufbrechen, Autonomie
In See stechen	aufbrechen
aus eigener Kraft ins Meer des Lebens hinaus segeln	Autonomie, aufbrechen
Märchen: Hans im Glück, Von einem der auszog, das Fürchten zu lernen	aufbrechen, lernen
Fährmann, der einen Fahrgast an das andere Ufer gebracht hat	Ziel erreichen
Bergführer, der einen Bergwanderer über einen Berg gebracht hat	Ziel erreichen
Reisebekanntschaft, einer erreicht sein Etappenziel, steigt aus, war die Begegnung bedeutsam, tauscht man die Adressen und hört mal wieder voneinander, wie die Reise weiterging	Ziel erreichen, Verbindung
Ende einer Reise	Ziel erreichen
Wieder Anlegen nach einer Schiffsreise	Ziel erreichen

**NATUR - WACHSTUM - REIFUNG - WANDEL**

Ablösung als Früchte vom Baum	lösen, Entwicklung, ernten
ein gereifter Baum	Entwicklung
Das Zusammenbinden von Ähren, nachdem das Feld reif ist, geerntet und die Ernte ist praktisch eingeholt. In die Scheune bringen muß Kl. Selbst!	Ernte, Autonomie
Metamorphose	Wandel
Ernte, die Saat geht auf,	Ernte, Entwicklung
Wachstum eines Baumes	Entwicklung
Sonne wärmt auch im Winter, die Nebel sind gelichtet	Wandel, Klarheit
Auflösung des Nebels	Wandel, Klarheit
Im günstigen Fall 2 sich verzweigende Flüsse	Wandel
Kl. wird sein eigener Gärtner	Autonomie



**MENSCH - ENTWICKLUNG, WACHSTUM, WANDEL**

Der junge Vogel verläßt das Nest	Entwicklung, trennen, aufbrechen
Demontage der Stützräder am Kinderfahrrad	lernen, Autonomie
Das Kind geht in die Welt	Entwicklung, aufbrechen
Verabschiedung ins Erwachsen werden	trennen, Entwicklung, aufbrechen
Eltern, deren erwachsene Kinder aus dem Haus in die Welt gehen, schmerzlich aber auch notwendig	Entwicklung, trennen, aufbrechen
Laufen Lernen von Kindern, bzw. nach Krankheit	Entwicklung, lernen
Flügge werden eines Vogels, Wunsch/Notwendigkeit, das Nest zu verlassen	Entwicklung, lernen, aufbrechen
Loslösung von Elternhaus	lösen
Mutter, die das Kind in die Welt gehen läßt, ihm wohlwollend und liebevoll nachschaut	aussenden, Verbindung
Ablösung der Kinder vom Stillvorgang	Entwicklung, lösen
Ablösung der Pubertierenden von Eltern	Entwicklung, lösen
Abnabeln	trennen
Aus dem Haus gehen	trennen
Eine Lebensphase ist abgeschlossen	Ziel erreichen
Neue Drehung der Lebensspirale	aufbrechen
Ablösung der Erwachsenen von den (ehemaligen) Eltern der Kindheit	lösen, Entwicklung
Ein Vogel wird flügge	Entwicklung, aufbrechen
Abschied von der Kindheit	trennen
Erlangen von Autonomie	Autonomie
das Kind wird groß und macht etwas eigenes aus dem, was es „mitbekommen“ hat	Entwicklung, Autonomie, ausrüsten
den Weg alleine weiter gehen	Autonomie
Stirb und werde	Entwicklung
Ein vorher zusammengesunkener Mensch geht jetzt aufrecht	Entwicklung

**LERNEN**

Schwimmen gelernt	lernen
Den Sprung vom 1/2/5/10m Turm gelernt	lernen
Ablösung des Lehrlings, Suche nach anderem Meister oder Aufbruch in die Wanderjahre	lernen, lösen, Autonomie
Übergabe des Staffelstabes/Werkzeug, Anweisung	aussenden, Autonomie, lernen
einige Neuorientierungen geschafft zu haben	Entwicklung, Ziel erreichen
Bild des Seiltänzers. Klient ist nun trainiert und mutig, allein und ohne Hilfsmittel das Hochseil zu betreten, weiß aber um das Netz Therapeutin das auffängt, falls sie strauchelt und fällt	lernen, Autonomie, Verbindung
für sich stehen können	Autonomie, lernen
Realitäten anerkennen	lernen
eine Grenze akzeptieren	lernen

**SCHWIERIGER ABSCHLUSS**

Im ungünstigsten Fall wie ein „Stromausfall“	Verbindung
--	------------

**VERBINDUNG UND LÖSUNG**

ein zusammen geschriebenes Buch noch mal durchsehen, Anmerkungen, Bilder, Karikaturen einfügen, letzte Worte der Verfasserinnen und dem ganzen vielleicht einen besonderen Einschlag geben.	Verbindung, Rückblick
2 Menschen die Rücken an Rücken sehr nah aneinander stehen oder sitzen, man spürt die Wärme, aber jeder hält/trägt sich selbst	Verbindung, Autonomie
Ein gelöstes freies Lachen im Gesicht	lösen
Bleibende innere Verbundenheit	Verbindung
Ein freundlicher Händedruck	Verbindung
In meiner Seele befindet sich eine „Setzkasten“, in dem jede/r Patient/in eine eigene Abteilung hat	Verbindung
Der gesenkte Blick richtet sich aufs Gegenüber (Zeitlupe)	Verbindung
Loslassen	lassen
Lösung: Deckengemälde der Sixtinischen Kapelle – Gott Adam	lösen
Ruhe – Ruhenlassen	lassen
loslassen/lösen	lösen, lassen
Jemanden ziehen lassen	lassen
Der Wagen läuft wieder allein	Autonomie
Wer kramt schon gern im Keller, da findet man nur alte Kisten und Gerippe, schöner ist es auf einen Hügel zu steigen und sich umzuschauen, was es alles in der Welt gibt	lösen, aufbrechen
inhaltliche Verknüpfung, Rahmung	lernen, Verbindung
Kreis – Klarheit	Verbindung, Klarheit
Stufen (Hesse)	Wandel
Reise	
Wanderung	
Lebenslinie	
Weg, Tür	
Eltern - Kinder	

## 14.4 Anhang D: Schriftliche Befragung

### Studie zur Abschlussphase von Psychotherapien<sup>81</sup>

September 1997

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

ich arbeite an einem Projekt, in dem Gestaltung und Problematik der Beendigung von Psychotherapien erforscht werden sollen, und bitte Sie, mit Ihren Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Arbeit an dieser Studie teilzunehmen.

Mich interessiert, wie Sie die letzte Zeit einer Therapie gestalten, was Sie z. B. besonders beachten, oder ob es Themenbereiche gibt, die in der Abschlussphase wichtig sind.

Zu diesen Fragen gibt es auffällig wenig Literatur und kaum systematische Beobachtungen, jedoch viel Erfahrungswissen, dass sozusagen in „alltäglicher Praxisforschung“ entstanden ist. Mein Ziel ist es, diese Erfahrungen zu dokumentieren, um unser Wissen über Abschlussprozesse von Therapien zu erweitern.

Außerdem halte ich die Frage nach Therapieabschlüssen aktuell im Rahmen der gesundheitspolitischen Diskussion um Kürzungen von Stundenkontingenten für sehr wichtig, da in der Praxis ambulanter und stationärer Psychotherapie die Problematik „vorzeitiger“ finanzierungsbedingter Beendigungen schon jetzt als Problemfeld deutlich wird.

Ihre Angaben sind anonym und datengeschützt. Für die Beantwortung der Fragen werden Sie höchstens 30 Minuten benötigen. Sie erhalten außerdem einen Fragebogen zur Weitergaben an eine/n Klientin/en. Sollten Sie zeitlich zu sehr belastet sein, bitte ich Sie um die Weitergabe des Fragebogens an eine/n Kollegin/en. Weitere Informationen zur Studie finden Sie auf der Rückseite dieses Briefes.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen:      Therapeut/innen-Fragebogen mit portofreiem Antwortbriefumschlag  
                 Klient/innen-Fragebogen mit portofreiem Antwortbriefumschlag

- Senden Sie bitte ausschließlich beantwortete Fragebögen zurück -

---

<sup>81</sup> Anschreiben und die folgende Informationsseite erhielten Therapeuten sowie in vergleichbarer Form die Klienten.

## Informationen zur Studie

Ausgangspunkt dieser Studie war für mich die Erfahrung, wie bedeutsam die Abschlussphase in Psychotherapien oft ist. Manchmal intensiviert sich z. B. nach der Festsetzung eines letzten Termins der Therapieprozess insgesamt, manche Klienten dagegen versuchen den Abschluss bis zur letzten Stunde zu verleugnen. Therapien abzuschließen, die weniger erfolgreich verliefen, kann auch für Therapeuten schwer sein. In Lehrbüchern und auch in Untersuchungen werden demgegenüber Fragen zur Beendigung von Therapien wie z. B. Letztgespräch, Psychodynamik der abschließenden Therapiephase oder störungsspezifische Reaktionen erstaunlich selten thematisiert.

Ziel dieser Befragung ist es, ein möglichst breites Spektrum praktischer Erfahrung mit der Beendigung von Therapien erfassen und dokumentieren. Damit möchte ich fundiertere Kenntnisse über Gestaltung und Problematik der Beendigung zur Verfügung stellen.

Dieser Fragebogen ist auf der Basis eigener psychotherapeutischer Erfahrungen und in Zusammenarbeit mit praktisch tätigen Kolleg/innen entwickelt worden, und ich denke, dass die Fragen auch für Sie interessant sein können.

Ihre Erfahrungen mit einem konkreten Therapieabschluss mit einer/m Klient/in sind Thema des ersten Teils. Danach bitte ich Sie um Informationen zu Ihrer beruflichen Praxis sowie Ausbildungserfahrungen, da auch der Hintergrund wichtig ist, mit dem Sie arbeiten.

Den beiliegenden Klientenfragebogen<sup>82</sup> bitte ich Sie, an die/den Klientin/en weiterzugeben, von dem Sie berichten. Mit Hilfe dieser kurzen Befragung zum Therapieabschluss, möchte ich bedeutsame Aspekte aus Klientensicht in diese Studie einbeziehen. Ich weiß, wie schwierig es sein kann, mit Forschungsfragen an Klienten heranzutreten, gleichzeitig sehe ich es als Chance, direkt von Klienten etwas zu ihrer Wahrnehmung der letzten Therapiephase zu erfahren. Doch auch wenn Sie den Klientenfragebogen nicht weitergeben, bin ich sehr an Ihrem Bericht interessiert.

Über die Ergebnisse der Studie informiere ich sie gern. Legen sie dafür bitte einen frankierten Rückumschlag mit Ihrer Adresse bei, oder senden sie mir diesen getrennt vom Fragebogen zu. Die Ergebnisse werden ca. Ende 1998 vorliegen.

Sie können auch meine Email Adresse nutzen:

[susanne.wittorf@uni-osnabrueck.de](mailto:susanne.wittorf@uni-osnabrueck.de)

---

<sup>82</sup> Dieser Absatz wurde im Klientenbogen modifiziert.

**Fragebogen zur Abschlußphase von Psychotherapien**  
**Erfahrungen von Therapeut/innen**

Beantworten Sie bitte alle Fragen. In den meisten Fällen genügt es, die am ehesten zutreffende Antwort anzukreuzen. Mehrfachantworten sind in der Regel möglich. Wenn Sie offene Fragen ausführlicher beantworten möchten, legen Sie bitte ein Extrablatt bei.

0.1 Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

0.2 Geschlecht: weiblich männlich

**1. Ausbildungsabschluß**

1.1 Diplom Psychologin/e

1.2 Diplom Pädagogin/e

1.3 Diplom  
Sozialpädagogin/e/Sozialpädagogin/e

1.4 Facharzt/Fachärztin für:

1.5 \_\_\_\_\_  
Andere (bitte spezifizieren)

**2. Spezielle berufliche Qualifikation als Psychotherapeut/in**

2.1 Klinischer Psychologe/Psychotherapeut/in

2.2 BDP-Behandler/in

2.3 DPTV-Behandler/in

2.4 Psychotherapeut/in im Delegationsverfahren

2.5 Arzt/Ärztin für psychotherapeutische  
Medizin

2.6 Facharzt mit Zusatztitel für Psychotherapie  
(bitte spezifizieren)

2.7 \_\_\_\_\_  
Andere:

**3. Wie lange sind Sie insgesamt schon psychotherapeutisch tätig?**

(Beziehen Sie Ihre praktische Tätigkeit während der Ausbildung mit ein und schließen Sie Zeiten aus, in denen Sie nicht praktisch tätig gewesen sind.)

\_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Monate

**4. In welchem Setting waren Sie als Psychotherapeut/in überwiegend tätig?**

4.1 ambulant dort überwiegend mit Krebserkrankten

4.2 stationär dort überwiegend mit Krebserkrankten

4.3 Anderes: (bitte spezifizieren)

## **Abschlußprozeß einer bestimmten Therapie**

Im folgenden Teil frage ich Sie nach Ihren Erfahrungen mit einer bestimmten Therapie. Nehmen Sie sich jetzt einen Moment Zeit, um sich an die letzte Therapie zu erinnern, die bei Ihnen zu Ende gegangen ist. Oder vergegenwärtigen Sie sich eine Therapie, deren letzte Stunde kurz bevorsteht. Wählen Sie bitte eine Therapie, die nicht durch Progression einer Erkrankung oder Versterben von Klient/in beendet wurde.

Ihre Beobachtungen mit den „nicht so glänzenden“ Beendigungen interessieren mich dabei genauso wie die „runden Abschlüsse“. Es ist bekannt, daß ein nicht unerheblicher Teil von Therapien „schwierig“ endet. Auch wenn die Therapie, die Ihnen eingefallen ist, für Sie vielleicht unbefriedigend zu Ende gegangen ist oder abgebrochen wurde, sind Ihre Erfahrungen wichtig. Vermutlich könnten wir aus diesen Erfahrungen viel lernen, leider werden sie jedoch viel zu selten „berichtet“.

Beantworten Sie nun die folgenden Fragen in bezug auf den konkreten Therapieabschluß mit der von Ihnen ausgewählten Klientin bzw. dem von Ihnen ausgewählten Klienten. Sie benötigen dafür einige konkrete Daten aus Ihren Unterlagen über Klient/in:

### **Angaben zu Klient/in**

#### **5. Klientendaten**

5.1 Code: Erste 2 Buchstaben vom Vornamen [ ][ ] und vom Nachnamen [ ][ ]

5.2 Geburtsdatum: Monat [ ][ ] Jahr [ ][ ]

5.3 Geschlecht: weiblich [ ] männlich [ ]

5.4 Anzahl insgesamt genehmigter Stunden: [ ][ ][ ]

5.5 Stundenzahl bis heute: [ ][ ][ ]

5.6 Diagnose:

---

5.7 ICD 10: Krebserkrankt?    nein            ja

---

5.8 Finanzierung:            Fremdfinanziert            Selbstzahler

### **Zur therapeutischen Vorgeschichte**

#### **6. Hatte Klient/in andere Psychotherapieerfahrungen vor dieser Therapie?**

6.1    Nein                            Unbekannt            gehen Sie bitte weiter zu Frage 9

6.2    Ja, ambulant            bis 30 Stunden            mehr als 30 Stunden

6.3    Ja, stationär            bis 6 Wochen            mehr als 6 Wochen

#### **7. Fand bei der Wiederaufnahme der Therapie ein Therapeutenwechsel statt?**

Ja                            Nein

#### **8. Wie lautete die Begründung für die Wiederaufnahme einer Therapie?**

ja    nein

8.1 Klient/in verfolgt weitere Ziele

8.2 Neue Krise

8.3 Wiederauftreten früherer Beschwerden

8.4 Unzufriedenheit mit früherem Therapieergebnis

8.5 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)

---

**Setting****9. In welchem Setting führten Sie diese Therapie durch?**

- 9.1 ambulant  
 9.2 stationär  
 9.3 Anderes: (bitte spezifizieren)

**10. In welchem Rhythmus führten Sie diese Therapie durch?**

Therapiephase    Abschlußphase

- 10.1 mehrmals  
       wöchentlich  
 10.2 wöchentlich  
 10.3 vierzehntägig  
 10.4 längere Abstände  
 10.5 unregelmäßig

**11. War die Therapie in bezug auf Stundenzahl oder zeitlichen Umfang von Anfang an begrenzt?**

Ja                  Nein

**Therapieergebnis****12. Wie verlief diese Therapie insgesamt, wenn Sie die Veränderungen seit Beginn betrachten?**

1 = verschlechtert    2 = unverändert    3 = etwas gebessert    4 = ziemlich gebessert    5 = sehr gebessert

Veränderung der Beschwerden insgesamt: 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**13. Wie veränderten sich die Beschwerden von Klient/in in einzelnen Bereichen?**

Markieren Sie bitte:

kein relevanter Problembereich = 0

1 = verschlechtert  
 2 = unverändert  
 3 = etwas gebessert  
 4 = ziemlich gebessert  
 5 = sehr gebessert

13.1	Körperliche Befindensstörungen	0	1	2	3	4	5
13.2	Psychische Befindensstörungen	0	1	2	3	4	5
13.3	Selbstwerterleben, Selbstakzeptanz	0	1	2	3	4	5
13.4	Soziale Beziehungen im privaten Bereich	0	1	2	3	4	5
13.5	Soziale Beziehungen im beruflichen Bereich	0	1	2	3	4	5
13.6	Verhaltenseinschränkungen	0	1	2	3	4	5
13.7	Verständnis/Erklärung der Beschwerden	0	1	2	3	4	5
13.8	Zukunftsorientierung	0	1	2	3	4	5
13.9	Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)						

**Abschlußprozeß****14. Wer sprach während der Therapie konkret die Möglichkeit der Beendigung zuerst an?**

Therapeut/in

Klient/in

**15. Aus welchem Grund oder Anlaß wurde das Ende der Therapie konkret angesprochen?**

15.0 Noch \_\_\_\_\_ Stunden bis zum Ende der vereinbarten Stundenzahl

Positive Veränderungen bzw. Verbesserungen zeigten sich in folgenden Bereichen:	ja	nein	in diesem Bereich Verschlechterung
---	----	------	---------------------------------------

15.1 Körperliches Befinden

15.2 Psychisches Befinden

15.3 Selbstwerterleben, Selbstakzeptanz

15.4 Soziale Beziehungen im privaten Bereich

15.5 Soziale Beziehungen im beruflichen Bereich

15.6 Verhaltenseinschränkungen

15.7 Verständnis/Erklärung der Beschwerden

15.8 Zukunftsorientierung

15.9 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)

**16. Gab oder gibt es ein Übereinkommen über das beabsichtigte Ende der Therapie?**

ja      nein

16.1 Ende der Finanzierung bestimmte Ende der Therapie

16.2 Klient/in und Therapeut/in stimmten überein

16.3 Klient/in wollte eigentlich Therapie fortführen

16.4 Nur ich hielt eine Fortsetzung der Therapie für notwendig

16.5 Klient/in brach die Therapie ab, ohne Abschlußgespräch

16.6 Klient/in brach die Therapie ab, mit Abschlußgespräch

16.7 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)

**17. Wie würden Sie den Abschlußprozeß, d. h. die letzte Phase der Therapie, insgesamt bewerten?**

mangelhaft

ausreichend

befriedigend

gut

sehr gut

1 = trifft nicht zu    2 = trifft wenig zu    3 = trifft mittelmäßig zu    4 = trifft ziemlich zu    5 = trifft sehr zu

**18. Insgesamt fühlt oder fühlte sich Klient/in gut darauf vorbereitet, die Therapie zu beenden?**

trifft nicht zu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

trifft sehr zu

**19. In der Abschlußphase habe ich ausführlich mit Klient/in die Möglichkeiten besprochen, Erreichtes in den Alltag zu übertragen?**

trifft nicht zu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

trifft sehr zu

**20. In der Abschlußphase habe ich ausführlich die Trennung und den Abschied von mir als Therapeut/in, d. h. das Ende der therapeutischen Beziehung besprochen?**

trifft nicht zu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

trifft sehr zu



## 21. Gab es Wünsche oder Phantasien von Klient/in in bezug auf private Kontakte mit Ihnen nach der Therapie?

... ausgesprochen      ... vermute ich

- 21.1 Ja, in bezug auf Freundschaft  
 21.2 Ja, in bezug auf kollegiale Zusammenarbeit  
 21.3 Ja, in bezug auf eine Liebesbeziehung  
 21.4 Nein  
 21.5 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)
- 

## 22. Haben Sie katamnestische Gespräche vereinbart?

- 22.1 Ja Klient/in meldet sich  
 22.2 Ja fester Termin vereinbart  
 22.3 Nein nichts vereinbart Vereinbarung geplant:  
 22.4 Anderes: (bitte spezifizieren)
- 

## 23. Hat sich diese Therapie im Abschlußprozeß insgesamt verändert?

Während der Abschlußphase ...      ja      nein

- 23.1 ... wurde therapeutischer Prozeß schwieriger  
 23.2 ... wurde therapeutische Beziehung konfliktreicher  
 23.3 ... bearbeitete Klient/in aktiver wichtige Themen  
 23.4 ... wurde therapeutischer Prozeß leichter  
 23.5 ... wurde therapeutische Beziehung gleichberechtigter  
 23.6 ... wurde Therapieprozeß intensiver  
 23.7 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)
- 

## 24. Sprachen Sie eines der folgenden Themen aktiv von sich aus im Abschlußprozeß an?

ja      nein

- 24.1 Frühere Trennungssituationen im Leben von Klient/in  
 24.2 Mit Abschied verbundene Gefühle wie Wut, Trauer, Enttäuschung  
 24.3 Mit Abschied verbundene Hoffnung, Zuversicht  
 24.4 Anderes (nennen Sie bitte Stichworte)
- 

## 25. Gab es Themen, die in dieser Therapie erst im Abschlußprozeß wichtig wurden?

Ja      nennen Sie bitte Stichworte:      Nein

---

**26. Haben Sie in der Abschlußphase gemeinsam mit Klient/in einen Rückblick erarbeitet?**

26.0 Nein

Ja                      markieren Sie bitte die Bereiche,  
die im Rückblick angesprochen wurden:                      ja    nein

- 
- 26.1 Erleben der Therapiezeit  
 26.2 Entwicklung der therapeutischen Beziehung  
 26.3 Schwierigkeiten der therapeutischen Beziehung  
 26.4 Veränderung der Beschwerden seit Therapiebeginn  
 26.5 Schwierigkeiten, die sich nicht verändert haben  
 26.6 Veränderungen im Alltagsleben des Klienten  
 26.7 Veränderungen von Zielen seit Therapiebeginn  
 26.8 Erfüllung von Erwartungen des Klienten  
 26.9 Enttäuschung von Erwartungen des Klienten  
 26.10 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)

---

**27. Welche der folgenden Gefühle und Themen wurden wichtig,  
nachdem das Ende dieser Therapie konkret geplant worden war?**

ja    nein

- 27.1 Innere Unabhängigkeit/Autonomie  
 27.2 Selbstvertrauen  
 27.3 Abhängigkeit  
 27.4 Ärger, Wut  
 27.5 Enttäuschung  
 27.6 Verlassenheit  
 27.7 Trauer  
 27.8 Trennungserfahrungen  
 27.9 Verlust von Therapeut/in  
 27.10 Hoffnung, Optimismus  
 27.11 Regression  
 27.12 Neue Beschwerden  
 27.13 Wiederauftreten früherer Beschwerden  
 27.14 Phantasien von Therapieabbruch  
 27.15 Angst vor Sterben  
 27.16 Befürchtungen für Zeit nach Therapie  
 27.17 Umgang mit Ende der Finanzierung  
 27.18 Freude über Erreichtes  
 27.19 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)
-

**28. Haben Sie in der Abschlußphase Ihre therapeutische Haltung verändert?**

1 = trifft nicht zu 2 = trifft wenig zu 3 = trifft mittelmäßig zu 4 = trifft ziemlich zu 5 = trifft sehr zu

Ich habe mehr als vorher ...

28.1	... persönliche Erfahrungen eingebracht	1	2	3	4	5
28.2	... meine Sicht der Beziehungsgeschichte eingebracht	1	2	3	4	5
28.3	... Sicht der Beziehungsgeschichte von Klient/in angesprochen	1	2	3	4	5
28.4	... wichtige Themen von mir aus angesprochen	1	2	3	4	5
28.5	... Themen und Wünsche der/s Klientin/en berücksichtigt	1	2	3	4	5
28.6	... direkte Rückmeldungen gegeben	1	2	3	4	5
28.7	... auf den Transfer von Gelerntem in den Alltag geachtet	1	2	3	4	5
28.8	Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)					

**29. Wissen Sie von traumatischen Trennungen in der Biographie von Klient/in?**

Ja      nennen Sie bitte Stichworte:

Nein

**Rückblick****30. Wie denken Sie heute an diese Therapie?**

1 = trifft nicht zu 2 = trifft wenig zu 3 = trifft mittelmäßig zu 4 = trifft ziemlich zu 5 = trifft sehr zu

Ich bin ...

30.1	... zufrieden	1	2	3	4	5
30.2	... unsicher, ob Veränderungen bleiben	1	2	3	4	5
30.3	... enttäuscht	1	2	3	4	5
30.4	... erleichtert über den Abschluß	1	2	3	4	5
30.5	... unzufrieden	1	2	3	4	5
30.6	Ende der Finanzierung hat die Therapie „zu früh“ beendet.	1	2	3	4	5
30.7	Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)					

**Supervision****31. Haben Sie Sich mit dieser Therapie während der Abschlußphase mehr als vorher beschäftigt?**

Ja      nennen Sie bitte wichtige Themen:

Nein

**32. Haben Sie diesen Abschiedsprozess in Ihrer Supervision besprochen?**

Ja

Nein

Während dieser Therapie war ich nicht in Supervision

**33. Welche Themen oder Gefühle in bezug auf den Abschluß dieser Therapie waren in Ihrer Supervision wichtig, zu besprechen? Oder, falls nein: Welche Themen oder Gefühle hätten Sie in Ihrer Supervision gegebenenfalls besprochen?**

1 = nicht wichtig 2 = wenig wichtig 3 = mittelmäßig wichtig 4 = ziemlich wichtig 5 = sehr wichtig

33.1	Gut gelingender Abschlußprozeß	1	2	3	4	5
33.2	Gefühle von Inkompetenz	1	2	3	4	5
33.3	Gefühle von Verwirrung	1	2	3	4	5
33.4	Gefühle von Bedrohung	1	2	3	4	5
33.5	Freude über erfolgreiche Therapie	1	2	3	4	5
33.6	Gefühl von Blockierung durch Klient/in	1	2	3	4	5
33.7	Eigenes „Vergessen“ von Therapieende	1	2	3	4	5
33.8	Klient/in vergißt/verleugnet Therapieende	1	2	3	4	5
33.9	Erleichterung, daß diese Therapie endet	1	2	3	4	5
33.10	Ethische Probleme	1	2	3	4	5
33.11	Gefühl von Sackgasse	1	2	3	4	5
33.12	Auswirkungen von finanzierungsbedingtem Abschluß auf Therapieverlauf	1	2	3	4	5
33.13	Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)					

**Bindungsmuster von Klient/in**

1 = trifft nicht zu 2 = trifft wenig zu 3 = trifft mittelmäßig zu 4 = trifft ziemlich zu 5 = trifft sehr zu

**34. Kennzeichnen Sie bitte die folgenden Selbstbeschreibungen so, wie sie für Klient/in in der Abschlußphase der Therapie am zutreffendsten sind/gewesen sind.**

Es fällt mir leicht, mich anderen Menschen verbunden zu fühlen. Ich kann um Hilfe fragen und gehe davon aus, daß mir meistens geholfen wird. Wenn andere Mensch mich fragen, können sie auf mich zählen. Ich kann allein sein, und es auch aushalten, wenn andere mich nicht mögen.

34.1 trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu

Es fällt mir schwer, mich anderen Menschen verbunden zu fühlen. Ich möchte anderen näher sein, finde es jedoch schwer, ihnen zu trauen. Ich finde es schwer, andere um Hilfe zu bitten. Ich befürchte, wenn ich anderen zu nahe komme, werden sie mich schließlich verletzen.

34.2 trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu

Ich möchte anderen wirklich gern verbunden sein, doch sie lehnen es oft ab, mir so nah zu kommen. Ich bin unglücklich, wenn es niemanden gibt, dem ich mich nah fühle. Manchmal denke ich, daß ich mehr für andere Sorge, als sie für mich.

34.3 trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu

Es ist mir nicht so wichtig, ob ich anderen nah bin. Für mich ist es wichtig, nicht um Hilfe zu fragen, weil ich meine Sachen gern alleine mache. Ich mag es nicht, wenn andere mich um Hilfe fragen

34.4 trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu

**35. Abschließend bitte ich Sie, den beiliegenden zusätzlichen Fragebogen an die Klientin oder den Klienten weiterzugeben, von dem Sie bisher berichtet haben.**

Ich werde den Klientenfragebogen so bald wie möglich weitergeben

Ja

Nein

## ↩ Ab hier geht es um Ihren eigenen beruflichen Hintergrund ↪

### Spezielle berufliche Ausbildung und Weiterbildung

#### **36. Geben Sie bitte an, an welchen Ausbildungen/Weiterbildungen Sie teilgenommen haben.**

(Spezifizieren Sie bitte Ihre wichtigsten Ausbildungserfahrungen, z. B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Familientherapie, Gestalttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie)

Art der Ausbildung/Weiterbildung		Dauer der Aus- oder Weiterbildung in Jahren	Abschluß zertifiziert	
36.1	Eigenes Literaturstudium			
36.2	Besuch einzelner Workshops		ja	nein
36.3				
36.4				
36.5				
36.6				
36.7				

#### **37. An welcher Therapierichtung orientieren Sie sich in Ihrer Arbeit heute hauptsächlich?**

(Wenn Sie sich an verschiedenen Richtungen orientieren, kennzeichnen Sie bitte die wichtigste mit [ 1 ] )

- 37.1 Humanistisch  
 37.2 Körpertherapeutisch  
 37.3 Psychoanalyse/Tiefenpsychologisch orientiert  
 37.4 Systemisch  
 37.5 Verhaltenstherapeutisch  
 37.6 Andere: (bitte spezifizieren)

#### **38. Waren Sie im Laufe Ihrer Berufsentwicklung in persönlicher Analyse oder Therapie?**

Ja      nennen Sie bitte die Therapierichtung (s. o.):

Nein

#### **39. Ich fühle mich insgesamt in meiner therapeutischen Tätigkeit sicher, mit dem Abschlußprozeß von Therapien umzugehen.**

1 = trifft nicht zu   2 = trifft wenig zu   3 = trifft mittelmäßig zu   4 = trifft ziemlich zu   5 = trifft sehr zu  
 trifft nicht zu   

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

   trifft sehr zu

#### **40. Die Beendigung von Therapien wurde in meinen Aus-/Weiterbildungen ausdrücklich thematisiert.** (z. B. Behandlungsende, Abschied von therapeutischer Beziehung, Letztgespräch)

1 = gar nicht   2 = wenig intensiv   3 = mittelmäßig intensiv   4 = ziemlich intensiv   5 = sehr intensiv  
 gar nicht   

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

   sehr intensiv

**41. Der Beginn von Therapien wurde in meinen Aus-/Weiterbildungen ausdrücklich thematisiert.**

(z. B. Erstgespräch, Therapieplanung, Aufbau der therapeutischen Beziehung)

1 = gar nicht 2 = wenig intensiv 3 = mittelmäßig intensiv 4 = ziemlich intensiv 5 = sehr intensiv

gar nicht 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 sehr intensiv**42. Wurden folgende Aspekte von Beendigung in Ihren o. g. Ausbildungen bearbeitet?**

1 = gar nicht

2 = wenig intensiv

3 = mittelmäßig intensiv

4 = ziemlich intensiv

5 = sehr intensiv

0 = keine

Erinnerung

Thematik:	1	2	3	4	5	0 = keine Erinnerung
42.1 Diagnostische Hinweise für Beginn der Abschlußphase	1	2	3	4	5	0
42.2 Methoden der Beendigung (spez. Fragen, Rituale, u. ä.)	1	2	3	4	5	0
42.3 Psychodynamik der Abschlußphase	1	2	3	4	5	0
42.4 Trennungsreaktionen bei verschiedenen Störungen	1	2	3	4	5	0
42.5 Ende der Behandlung (Transfer in den Alltag)	1	2	3	4	5	0
42.6 Ende der Beziehung (Trennung von Therapeut/in)	1	2	3	4	5	0
42.7 Unterbrechungen durch Urlaub, Fortbildungen u. ä.	1	2	3	4	5	0
42.8 Therapieende als Übergangsphänomen	1	2	3	4	5	0
42.9 Trennung als Entwicklungskrise	1	2	3	4	5	0
42.10 Trennung als Wiederholung des Separationsprozesses	1	2	3	4	5	0
42.11 Trennungsangst u. Abwehr bei Therapeut/in	1	2	3	4	5	0
42.12 Trennungserfahrungen in Ihrer Biographie	1	2	3	4	5	0
42.13 Verbindung zu Sterben, Tod oder Vergänglichkeit	1	2	3	4	5	0
42.14 konkretes Ende einer Ausbildung	1	2	3	4	5	0
42.15 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)	1	2	3	4	5	0

**Psychotherapeutische Selbsterfahrung**

(Falls Sie mehrfach in Einzeltherapie oder Einzelanalysen gewesen sind, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte in bezug auf die Therapie, die für Ihre Ausbildung am wesentlichsten gewesen ist.)

Kreuzen Sie bitte an:

1 = trifft nicht zu 2 = trifft wenig zu 3 = trifft mittelmäßig zu 4 = trifft ziemlich zu 5 = trifft sehr zu

**43. Rückblickend betrachtet war Therapeut/in in der Abschlußphase meiner wesentlichsten Einzelanalyse ein gutes Modell für die therapeutische Arbeit in der Abschlußphase.**trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu**44. Der Abschluß meiner wesentlichsten Einzelanalyse wurde ausführlich bearbeitet.**trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu**45. Gibt es in Ihrem Leben einschneidende Trennungserfahrungen, von denen Sie Sich auch in Ihrem therapeutischen Handeln leiten lassen?**

Ja nennen Sie bitte Stichworte:

Nein

#### 46. Was sollten angehende Psychotherapeut/innen Ihrer Erfahrung nach unbedingt in der Ausbildung im Hinblick auf die Beendigung von Psychotherapien lernen?

... bei Bedarf bitte auf Extrablatt fortsetzen

#### Thematisieren der Beendigung

##### 47. Besprechen Sie im Hinblick auf das Therapieende mit Ihren Klient/innen, ...

1 = nie 2 = selten 3 = gelegentlich 4 = oft 5 = sehr oft

47.1 ... Ihre Vorstellung einer Beendigung am Anfang der Therapie?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

47.2 ... die Gestaltung des Therapieendes bei „einseitiger Kündigung“?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

47.3 ... „Kündigungsfristen“ (Mindeststunden nach einseitiger Kündigung)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

47.4 ... anderes (nennen Sie bitte Stichworte)

##### 48. Gibt es in Ihrer Institution/Praxis mit den Kolleg/innen bzw. in Ihrem Team Absprachen oder Übereinkünfte, wie der Abschluß von Therapien gestaltet werden sollte?

Ja

Nein

Keine Kolleg/innen

#### Unterbrechungen während der Therapie

##### 49. Wie gestalten Sie das Ende einzelner Therapiestunden?

1 = nie 2 = selten 3 = gelegentlich 4 = oft 5 = sehr oft

49.1 Ich spreche das Ende eines Termins kurz vorher an.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

49.2 Ich arbeite mit Schlußritualen (bestimmte Fragen o. ä.).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

49.3 Ich achte darauf, Themen zum Abschluß zu bringen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

49.4 Ich beende Termine pünktlich.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

49.5 Abschluß von Terminen fällt mir schwer.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

49.6 In schwierigen Situationen überziehe ich einen Termin.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

49.7 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)

##### 50. Besprechen Sie Unterbrechungen (Urlaub u. ä.) aktiv vorbereitend einige Sitzungen vorher?

nie

selten

gelegentlich

oft

sehr oft

#### Bilder

##### 51. Nennen Sie bitte Metaphern oder Bilder, die für Sie das Therapieende am besten beschreiben:

... bei Bedarf bitte auf Extrablatt fortsetzen

## **Grundsätzliche Überlegungen**

### **52. Was sind Ihre Grundsätze und Überzeugungen zum Abschlußprozeß einer Psychotherapie.**

Markieren Sie bitte zu jeder Aussage,  
inwieweit diese Ihrer Überzeugung entspricht:

1 = stimmt nicht  
2 = stimmt wenig  
3 = stimmt mittelmäßig  
4 = stimmt ziemlich  
5 = stimmt sehr

52.1	Das Vorgehen beim Abschluß sollte am Anfang der Therapie mit Klient/in besprochen werden.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.2	Das Therapieende sollte während der Therapie immer wieder von Therapeut/in thematisiert werden.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.3	Jede Unterbrechung (Urlaub o. ä.) ist eine Übung für den Abschluß der Therapie.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.4	Die Terminierung einer Therapie, d. h. die Festlegung der letzten Stunde, intensiviert den Therapieprozeß.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.5	Das Ergebnis einer Therapie insgesamt kann durch eine mißlingende Abschlußphase verschlechtert werden.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.6	Therapeut/in sollte den Abschluß nicht ansprechen, bevor Klient/in das Therapieende von sich aus erwähnt.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.7	Wenn eine Therapie erfolgreich war, verläuft der Abschlußprozeß unproblematisch.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.8	In der Abschlußphase ist die Rückfallprophylaxe, bzw. Vorbereitung auf mögliche „Rückfälle“ besonders wichtig.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.9	Der Bereich Trennung/Abschied/Ende der Therapie löst spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen aus.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.10	Therapeut/in kann im Abschiedsprozeß offener sein, auch von sich Persönliches zu berichten.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.11	Therapeut/in sollte wesentliche Themen des Abschieds aktiv von sich aus ansprechen. (Trauer, Hoffnung, Wut, Enttäuschung u. ä.)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.12	Abschlußprozesse sind im wesentlichen abhängig von Problematik bzw. Störung von Klient/in.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.13	In der Endphase einer Therapie wird die Beziehung zu Klient/in gleichberechtigter.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.14	Katamnestische Gespräche sind wichtig für weitere Entwicklung von Klient/in nach Abschluß der Therapie.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.15	Für den Transfer von Therapieergebnissen in das alltägliche Leben spielt die Abschlußphase eine entscheidende Rolle.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
52.16	Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)					

### **Bemerkungen oder Wichtiges, das bisher nicht angesprochen wurde:**

... bei Bedarf bitte auf Extrablatt fortsetzen



**Vielen Dank**



## Fragebogen zur Abschlußphase von Psychotherapien

### Erfahrungen von Klient/innen

Beantworten Sie bitte alle Fragen. In den meisten Fällen genügt es, die am ehesten zutreffende Antwort anzukreuzen. Mehrfachantworten sind in der Regel möglich. Wenn Sie einige Fragen ausführlicher beantworten möchten, legen Sie bitte ein Extrablatt bei.

#### Angaben zur Person

Code: Erste 2 Buchstaben vom Vornamen [ ][ ] und vom Nachnamen [ ][ ]

*Beispiel:*        *Maria*    [M] [A]                      *Mustermann*    [M] [U]

Geburtsdatum    Monat [ ][ ]    Jahr [ ][ ]

Geschlecht       weiblich [ ]    männlich [ ]

#### **1. Kennzeichnen Sie bitte die folgenden Selbstbeschreibungen so, wie diese auf Sie am besten zutreffen.**

Kreuzen Sie bitte an:

1 = trifft nicht zu    2 = trifft wenig zu    3 = trifft mittelmäßig zu    4 = trifft ziemlich zu    5 = trifft sehr zu

- 1.1    Es fällt mir leicht, mich anderen Menschen verbunden zu fühlen. Ich kann um Hilfe fragen und gehe davon aus, daß mir meistens geholfen wird. Wenn andere Mensch mich fragen, können sie auf mich zählen. Ich kann allein sein, und es auch aushalten, wenn andere mich nicht mögen.

trifft nicht zu    

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

    trifft sehr zu

- 1.2    Es fällt mir schwer, mich anderen Menschen verbunden zu fühlen. Ich möchte anderen näher sein, finde es jedoch schwer, ihnen zu trauen. Ich finde es schwer, andere um Hilfe zu bitten. Ich befürchte, wenn ich anderen zu nahe komme, werden sie mich schließlich verletzen.

trifft nicht zu    

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

    trifft sehr zu

- 1.3    Ich möchte anderen wirklich gern verbunden sein, doch sie lehnen es oft ab, mir so nah zu kommen. Ich bin unglücklich, wenn es niemanden gibt, dem ich mich nah fühle. Manchmal denke ich, daß ich mehr für andere Sorge, als sie für mich.

trifft nicht zu    

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

    trifft sehr zu

- 1.4    Es ist mir nicht so wichtig, ob ich anderen nah bin. Für mich ist es wichtig, nicht um Hilfe zu fragen, weil ich meine Sachen gern alleine mache. Ich mag es nicht, wenn andere mich um Hilfe fragen

trifft nicht zu    

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

    trifft sehr zu

#### Zur therapeutischen Vorgeschichte

#### **2. Hatten Sie andere Psychotherapieerfahrungen vor dieser Therapie?**

- 2.1    Nein            gehen Sie bitte weiter zu Frage 5
- 2.2    Ja, ambulant        bis 30 Stunden            mehr als 30 Stunden
- 2.3    Ja, stationär        bis 6 Wochen            mehr als 6 Wochen

#### **3. Fand bei der Wiederaufnahme der Therapie ein Therapeutenwechsel statt?**

Ja                                      Nein

**4. Wie lautete Ihre Begründung für die Wiederaufnahme einer Therapie?**

ja    nein

- 4.1 Ich verfolgte weitere Ziele
  - 4.2 Neue Krise
  - 4.3 Wiederauftreten früherer Beschwerden
  - 4.4 Unzufriedenheit mit früherem Therapieergebnis
  - 4.5 Anderes: (bitte nennen Sie Stichworte)
- 

**Zum Therapieergebnis****5. Wie verlief die Therapie insgesamt, wenn Sie die Veränderungen seit Beginn betrachten?**

Kreuzen Sie bitte an:

1 = verschlechtert    2 = unverändert    3 = etwas gebessert    4 = ziemlich gebessert    5 = sehr gebessert

Veränderung der Beschwerden insgesamt: 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kreuzen Sie bitte an:

1 = trifft nicht zu    2 = trifft wenig zu    3 = trifft mittelmäßig zu    4 = trifft ziemlich zu    5 = trifft sehr zu

**6. Ich glaube, daß meine Therapeutin/mein Therapeut mir hilft bzw. geholfen hat.**trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu**7. Ich fühle mich besser als bei Therapiebeginn.**trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu**8. Ich kann bereits absehen, daß ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam.**trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu**9. Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten/die Therapeutin verlassen zu können.**trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu**10. Ich habe das Gefühl, daß der/die Therapeut/in mich versteht.**trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu**11. Ich habe das Gefühl, daß der/die Therapeut/in möchte, daß ich meine Ziele erreiche.**trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu**12. Ich habe das Gefühl, daß ich wie auch der/die Therapeut/in ernsthaft an einem Strang ziehen.**trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu**13. Ich glaube, daß ich und der/die Therapeut/in meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.**trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu**14. Ich habe das Gefühl, daß ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbständig mit mir auseinandersetzen kann (d. h. auch wenn ich mit der Therapeutin/dem Therapeuten keine weiteren Gespräche mehr habe).**trifft nicht zu 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 trifft sehr zu

**15. Wie haben sich Ihre Beschwerden im einzelnen verändert?**

Kreuzen Sie bitte an:

1 = verschlechtert

2 = unverändert

3 = etwas gebessert

4 = ziemlich gebessert

5 = sehr gebessert

kein relevanter Problembereich = 0

15.1	Störungen des körperlichen Befindens	0	1	2	3	4	5
15.2	Störungen des psychischen Befindens	0	1	2	3	4	5
15.3	Selbstwerterleben, Selbstakzeptanz	0	1	2	3	4	5
15.4	Soziale Beziehungen im privaten Bereich	0	1	2	3	4	5
15.5	Soziale Beziehungen im beruflichen Bereich	0	1	2	3	4	5
15.6	Verhaltenseinschränkungen	0	1	2	3	4	5
15.7	Verständnis/Erklärung der Beschwerden	0	1	2	3	4	5
15.8	Zukunftsorientierung	0	1	2	3	4	5
15.9	Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)	0	1	2	3	4	5

**Zum Abschlußprozeß Ihrer Therapie****16. War die Therapie zeitlich (bzw. die Stundenzahl betreffend) von Anfang an begrenzt?**

Ja

Nein

Kreuzen Sie bitte an:

1 = trifft nicht zu 2 = trifft wenig zu 3 = trifft mittelmäßig zu 4 = trifft ziemlich zu 5 = trifft sehr zu

**17. Insgesamt fühle oder fühlte ich mich gut vorbereitet, die Therapie zu beenden?**

trifft nicht zu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

trifft sehr zu

**18. In der Abschlußphase der Therapie werden oder wurden meine Möglichkeiten, Erreichtes in den Alltag zu übertragen, ausführlich besprochen?**

trifft nicht zu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

trifft sehr zu

**19. In der Abschlußphase der Therapie werden oder wurden die Trennung und der Abschied von Therapeut/in, d. h. das Ende der therapeutischen Beziehung, ausführlich besprochen?**

trifft nicht zu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

trifft sehr zu

**20. Wer sprach während Ihrer Therapie konkret die Möglichkeit der Beendigung zuerst an?**

Therapeut/in

Klient/in

**21. Gibt oder gab es ein Übereinkommen über das beabsichtigte Ende der Therapie?**

ja nein

21.1 Ende der Finanzierung bestimmte das Ende der Therapie

21.2 Klient/in und Therapeut/in stimmen überein

21.3 Ich wollte eigentlich Therapie fortführen

21.4 Therapeut/in hielt Fortsetzung der Therapie für notwendig

21.5 Ich brach die Therapie ab, ohne Abschlußgespräch

21.6 Ich brach die Therapie ab, mit Abschlußgespräch

21.7 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)

**22. Aus welchem Grund oder Anlaß wurde das Ende der Therapie konkret angesprochen?**

22.0 Noch \_\_\_\_\_ Stunden bis zum Ende der vereinbarten Stundenzahl

Positive Veränderungen bzw. Verbesserungen zeigten sich in folgenden Bereichen:	ja	nein	in diesem Bereich Verschlechterung
---	----	------	---------------------------------------

22.1 Körperliches Befinden

22.2 Psychisches Befinden

22.3 Selbstwerterleben, Selbstakzeptanz

22.4 Soziale Beziehungen im privaten Bereich

22.5 Soziale Beziehungen im beruflichen Bereich

22.6 Verhaltenseinschränkungen

22.7 Verständnis/Erklärung der Beschwerden

22.8 Zukunftsorientierung

22.9 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)

**23. Gibt es von Ihnen aus Wünsche oder Phantasien in bezug auf private Kontakte mit Therapeut/in nach der Therapie?**

... ausgesprochen      ... für mich gedacht

23.1 Ja, in bezug auf Freundschaft

23.2 Ja, in bezug auf eine Liebesbeziehung

23.3 Ja, in bezug auf kollegiale Zusammenarbeit

23.4 Nein

23.5 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)

**24. Wurden Gespräche für die Zeit nach der Therapie vereinbart?**

24.1 Ja ich melde mich

24.2 Ja fester Termin vereinbart

24.3 Nein ... aber ich würde gern Gespräche vereinbaren

**25. Hat sich Ihr Erleben in der Therapie im Abschlußprozeß insgesamt verändert?**

Während der Abschlußphase ...	ja	nein
-------------------------------	----	------

25.1 ... wurde die Therapie für mich schwieriger

25.2 ... wurde Beziehung zur Therapeut/in konfliktreicher

25.3 ... bearbeitete ich aktiver wichtige Themen

25.4 ... wurde die Therapie für mich leichter

25.5 ... wurde Beziehung zur Therapeut/in  
gleichberechtigter

25.6 ... wurde Therapieprozeß intensiver

25.7 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)

**26. Gab es Themen, die in Ihrer Therapie erst im Abschlußprozeß wichtig wurden?**

Ja nennen Sie bitte Stichworte:

Nein

## 27. Hat die Therapeutin/der Therapeut mit Ihnen in der Abschlußphase einen Rückblick auf die Therapie erarbeitet?

27.0 Nein

Ja markieren Sie bitte die Bereiche,  
die im Rückblick angesprochen wurden: ja nein

27.1 Erleben der Therapiezeit

27.2 Entwicklung der therapeutischen Beziehung

27.3 Schwierigkeiten der therapeutischen Beziehung

27.4 Veränderung der Beschwerden seit Therapiebeginn

27.5 Schwierigkeiten, die sich nicht verändert haben

27.6 Veränderungen in meinem Alltagsleben

27.7 Veränderungen von Zielen seit Therapiebeginn

27.8 Erfüllung von meinen Erwartungen

27.9 Enttäuschung von meinen Erwartungen

27.10 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)

## 28. Welche der folgenden Gefühle und Themen wurden wichtig, nachdem das Ende Ihrer Therapie konkret geplant worden war?

ja nein

28.1 Innere Unabhängigkeit/Autonomie

28.2 Selbstvertrauen

28.3 Abhängigkeit

28.4 Ärger, Wut

28.5 Enttäuschung

28.6 Verlassenheit

28.7 Trauer

28.8 Trennungserfahrungen

28.9 Verlust von Therapeut/in

28.10 Hoffnung, Optimismus

28.11 Kindliche Gefühle

28.12 Neue Beschwerden

28.13 Wiederauftreten früherer Beschwerden

28.14 Phantasien von Therapieabbruch

28.15 Angst vor Sterben

28.16 Befürchtungen für Zeit nach Therapie

28.17 Umgang mit Ende der Finanzierung

28.18 Freude über Erreichtes

28.19 Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)

**29. Haben Sie die Therapeutin/den Therapeuten in der Abschlußphase anders erlebt als vorher?**

Kreuzen Sie bitte an:

1 = trifft nicht zu 2 = trifft wenig zu 3 = trifft mittelmäßig zu 4 = trifft ziemlich zu 5 = trifft sehr zu

Sie/er hat mehr als vorher ...

29.1	... persönliche Erfahrungen eingebracht	1	2	3	4	5
29.2	... ihre/seine Sicht unserer Beziehungsgeschichte eingebracht	1	2	3	4	5
29.3	... meine Sicht der Beziehungsgeschichte angesprochen	1	2	3	4	5
29.4	... wichtige Themen von sich aus angesprochen	1	2	3	4	5
29.5	... meine Themen und Wünsche berücksichtigt	1	2	3	4	5
29.6	... direkte Rückmeldungen gegeben	1	2	3	4	5
29.7	... auf die Anwendung von Gelerntem in meinem Alltag geachtet	1	2	3	4	5
29.8	Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)					

**30. Gab es schmerzhaft oder traumatische Trennungen in Ihrer Lebensgeschichte?**

Ja nennen Sie bitte Stichworte:

Nein

**Rückblick****31. Wie denken Sie heute an diese Therapie?**

Kreuzen Sie bitte an:

1 = trifft nicht zu 2 = trifft wenig zu 3 = trifft mittelmäßig zu 4 = trifft ziemlich zu 5 = trifft sehr zu

Ich bin ...

31.1	... zufrieden	1	2	3	4	5
31.2	... unsicher, ob Veränderungen bleiben	1	2	3	4	5
31.3	... enttäuscht	1	2	3	4	5
31.4	... erleichtert, daß sie zu Ende ist	1	2	3	4	5
31.5	... unzufrieden	1	2	3	4	5
30.6	Ende der Finanzierung hat die Therapie „zu früh“ beendet.	1	2	3	4	5
31.7	Anderes: (nennen Sie bitte Stichworte)					

**Bemerkungen, bzw. für Sie Wichtiges, das bisher nicht zur Sprache kam:****Vielen Dank**