



Assoziationen zur Beendigung von Psychotherapien aus verhaltenstherapeutischer Perspektive

Thomas Schnell (Hamburg)

Zusammenfassung: Aufgrund fehlender Konzepte und Forschungsarbeiten zum Thema des Therapieendes in der Verhaltenstherapie (VT) ist es schwierig, belastbare Befunde dazu zu referieren. Allerdings lassen sich durchaus diverse Themen assoziieren, die Bezug zum Ende in der VT haben. Das Therapieende lässt sich auf verschiedenen Ebenen beschreiben. Die zentralste Ebene ist sicherlich die der therapeutischen Beziehung, deren Relevanz in der VT in den letzten 30 Jahren immens angestiegen ist. Parallel haben sich in der VT störungsspezifische Therapiekonzepte entwickelt für interaktionelle Störungen (insb. Persönlichkeitsstörungen), bei denen die therapeutische Beziehung einen besonderen Stellenwert hat, da sich die Psychopathologie direkt auf der Ebene der Therapiebeziehung manifestiert. Im Kontext von Beziehungskonzepten stellt sich implizit die Frage, wie die Beziehung am Ende der Therapie wieder aufgelöst werden kann, damit sich PatientInnen nicht krisenhaft im Stich gelassen fühlen. Eine weitere Ebene ist die Prozess- und Inhaltsebene mit der Feststellung, dass therapeutisch relevante Prozesse am Ende der Therapie eine veränderte Bedeutung aufweisen. Zuletzt gibt es noch die formale Ebene, in der es bspw. um die Frage veränderter Frequenzen von Therapiestunden geht. Interessant ist, dass die VT eine Therapieschule ist, deren Kernkompetenz darin besteht, therapeutische Themen zu strukturieren und zu manualisieren. Bei der Frage nach der Beendigung der Therapie sind die Akteure jedoch relativ auf sich alleine gestellt. Es mangelt zu diesem Thema nach wie vor an belastbarer Forschung. Dennoch lassen sich aus assoziierten Themenfeldern Gestaltungsprinzipien ableiten.

Schlüsselwörter: Abschlussphase, Therapiebeziehung, Transfer, Verhaltenstherapie, Wirkfaktoren

1 Einleitende Klärung der zentralen Konstrukte «Therapieende» und «Abschlussphase»

In Lehrbüchern der Verhaltenstherapie (VT) finden sich kaum Hinweise auf die Beendigungsphase. Das Thema wird knapp unter Begriffen wie «Ablösung»,

«Loslassen» oder «Abschied» benannt, ohne deren Ausgestaltung zu konkretisieren (vgl. Margraf, 1996). Dabei handelt es sich vermutlich um ein Erbe aus den früheren Entwicklungsphasen der verhaltenstherapeutischen Schule, deren Kernkompetenz nicht in der Behandlung interaktioneller Störungen gesehen wurde. PatientInnen wiederum, die interaktionell wenig auffällig sind, erzeugen während des Ablösungsprozesses am Ende der Behandlung weniger Schwierigkeiten, sodass eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik nicht notwendig sei. Ein verhaltenstherapeutisches Lehrbuch verweist darauf, dass das Beenden der Therapien in der Regel unproblematisch verläuft (vgl. Hautzinger, 2007; Nelson & Politano, 1993). Diese Haltung wird in der jüngeren Literatur allerdings vereinzelt kritisiert. So bemängelt Zimmer (2000) eine zu geringe Gewichtung des Therapieendes aus verhaltenstherapeutischer Sicht verglichen mit anderen Therapiephasen, wie das bei der Anfangsphase der Fall ist, die sehr intensiv konzeptualisiert und beschrieben ist. Der Autor schlägt über die Verbesserung der Symptomatik von PatientInnen hinausgehend konkrete Kriterien vor für eine gute Beendigung einer Verhaltenstherapie, wie die Fähigkeit, Kontrollüberzeugungen vermehrt internal zu attribuieren. Es muss konstatiert werden, dass die Verhaltenstherapie zum Therapieende keine belastbare Forschung angestrengt hat und somit lediglich unsystematische Hinweise und vereinzelte individuelle Vorschläge von KollegInnen vorhalten kann. Im Folgenden findet eine Annäherung an das Thema statt, indem es aus unterschiedlichen Perspektiven flankiert wird, die jeweils mit dem Therapieende und der therapeutischen Abschlussphase assoziierbar sind.

Die Definition des Therapieendes ist auf den ersten Blick einfach: Die Therapie ist zu beenden, wenn die Therapieziele erreicht sind oder wenn sich abzeichnet, dass weitere Zielerreichung unrealistisch ist. Bei genauer Betrachtung erscheint das Thema allerdings komplexer. In Therapiestudien fallen Zielkriterien einer Therapie sehr unterschiedlich aus. Aufgrund unterschiedlicher Kriterienwahl für Therapieerfolg schwankt die Erfolgsquote für Psychotherapie je nach Studie zwischen 6 Prozent und 69 Prozent (Wittchen & Hoyer, 2011). So kann sich Zielerreichung auf individuelle Therapieziele von PatientInnen beziehen, operationalisierbar mit der sogenannten *Zielerreichungsskala* (Goal Attainment Scaling) von Kiresuk und Sherman (1968). Zielparameter können auch Remission oder lediglich Response der Psychopathologie sein (vgl. Poppe, 2008), oder es wird die Anzahl erfüllter Diagnosekriterien zu Beginn und am Ende der Therapie gezählt und verglichen. Dabei hat sich in den vergangenen Dekaden in der VT eine Verschiebung der Zielprioritäten ergeben. Zwar ist Symptomreduktion nach wie vor ein zentrales Zielkriterium, wie sich an den störungsspezifischen Weiterentwicklungen der VT-Konzepte zeigt, so zum Beispiel der Dialektisch Behavioralen Therapie (Linehan, 1996), der Schematherapie (Young et al., 2008) oder dem Kognitiv Behavioralen

Analysesystem der Psychotherapie (McCullough, 2000). Gleichzeitig wurde der Fokus vermehrt störungsübergreifend auf Zielparameter wie *subjektive Lebensqualität* und *Lebenszufriedenheit* gelegt und es konnte vereinzelt gezeigt werden, dass diese Faktoren relativ unabhängig von der Symptomausprägung sind (Vauth, 2012; Winograd et al., 2008). Eine schwer ausgeprägte Symptomatik geht augenscheinlich zu Lasten von Lebenszufriedenheit und -qualität. Ab einer gewissen Symptomreduktion jedoch scheint die weitere Bearbeitung der Symptomatik nicht mehr deutlich korreliert mit diesen störungsübergreifenden Parametern. Konkret bedeutet dies, dass Symptomreduktion alleine nicht per se zu einem «guten Leben» führt, sich aber mit oder trotz residualer Symptomatik durchaus eine hohe Lebensqualität erreichen lässt, wenn der therapeutische Fokus darauf gelenkt wird (vgl. Vauth, 2012). Entsprechend wurden insbesondere in der jüngeren Entwicklung der VT störungsübergreifende Therapiekonzepte vorgelegt, wie die Akzeptanz und Commitment Therapie (Hayes et al., 2003).

Als Abschlussphase bezeichnet Wittorf (1999) den Zeitraum zwischen der expliziten Kommunikation über ein konkretes Ende der Behandlung bis zur letzten Therapiestunde. Etwa 10–20 Prozent von der Gesamtdauer einer Therapie betrachtet er als sinnvollen Zeitrahmen für die Abschlussphase, um die inhaltliche Arbeit zu beenden, d. h. keine neuen Themen mehr aufzunehmen und stattdessen das Erreichte zu reflektieren und explizieren (s. u. zum inhaltlichen Beenden). Allerdings kann die Auflösung der therapeutischen Beziehung je nach vorheriger Intensität länger dauern als das inhaltliche Beenden einer Therapie. TherapeutInnen sollten also bereits angefangen haben, sich allmählich aus der therapeutischen Beziehung (TB) zu lösen, wenn PatientInnen auf das nahende Ende der Therapie erstmals hingewiesen werden, also die inhaltliche Abschlussphase beginnt. Neben dem inhaltlichen Beenden und dem Beenden der TB kann als weitere Ebene die strukturelle/formale Ebene beschrieben werden, welche insbesondere die zeitlichen Aspekte der Therapie beinhaltet (Frequenz und Dauer der Therapie; vgl. Schnell, 2018).

2 Das Therapieende als vernachlässigtes Thema in der Verhaltenstherapie (VT)

Sich in der Therapie mit belastenden Themen auseinanderzusetzen, setzt schulenübergreifend eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung voraus. Vergleichbare enge Beziehungen kennen Menschen vermutlich sonst nur aus dem privaten Lebenskontext. Dort ist die Beziehung aber nicht von vorne herein auf ein Ende hin angelegt. Und wenn enge private Beziehungen enden, ist dies oft mit krisenhaftem Erleben (z. B. bei Tod oder Scheidung) und Stress assoziiert. Stress wiederum kann entsprechend dem

Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin & Spring, 1977) als Risikofaktor für jede Art von Psychopathologie betrachtet werden. Damit der Verlust der Therapeutin am Ende der Therapie nicht als Stressor psychopathologisch wirksam wird, sollte ein vorbereiteter und auf das post-therapeutische Leben vorbereitender Ablösungsprozess vorausgehen (Holm-Hadulla et al., 2004). Es bedarf keiner entsprechenden Forschungsbefunde um nachzuvollziehen, dass ein krisenhaft erlebtes Therapieende viele zuvor erreichte therapeutische Erfolge gefährden kann. Damit das Ende der Therapie jedoch nicht zum Beginn einer neuen Störung wird, sollte zu dessen Gestaltung ein Konzept existieren. Im Unterschied zum Therapieende sind in der VT sämtliche anderen Therapiephasen gut strukturiert und konzeptualisiert. Kanfer und Grimm (1980) haben sich intensiv mit dem Prozesscharakter von Psychotherapien befasst und sieben Phasen inklusive einer Abschlussphase differenziert:

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

In Beschreibungen zur Therapieplanung, welche die sieben Bereiche mit Inhalten füllen, ist die Anfangsphase detailliert durchstrukturiert, um TherapeutInnen anzuleiten, von initialen Klagen ihrer PatientInnen zu gut formulierten Therapiezielen zu gelangen (Übersicht in Bartling et al., 2016). Die Abschlussphase wird hingegen inhaltlich lediglich im Kontext der Transfersicherung, Festigung des Erreichten und Förderung der Selbstmanagementkompetenzen von PatientInnen knapp behandelt (vgl. Schulte, 1996; Fiedler, 1997; Bartling et al., 2016). Hinsichtlich der strukturellen Ebene wird darauf hingewiesen, Therapiestunden am Ende der Behandlung durch niederfrequente Sitzungshäufigkeiten allmählich ausschleichen zu lassen. Theoretische Auseinandersetzungen mit der Auflösung der TB finden in den VT-Manualen und Lehrbüchern nicht statt. Es wird zwar vor der Gefahr von Trennungskonflikten gewarnt. Wie genau diese aber verhindert werden können, bleibt dem individuellen Geschick der TherapeutInnen überlassen. Dazu begründet Hautzinger (2007), dass die Beendigung einer Verhaltenstherapie in der Regel kein Problem darstellt. Nelson und Politano (1993) verweisen auf eine historisch gewachsene Vernachlässigung der TB innerhalb der VT,

deren Fokus primär auf spezifische Techniken gelegt wurde. Allerdings zeigt eine genauere Sichtung der historischen VT-Literatur, dass die TB in der VT selbst während ihrer Anfänge keineswegs nur Makulatur gewesen ist.

3 Die Bedeutung der Therapiebeziehung in der Verhaltenstherapie aus historischer Perspektive

In der Abhandlung *Die Psychologie aus der Sicht eines Behavioristen* beschreibt Watson (1913) den Versuch, die Psychologie stärker an naturwissenschaftliche Gesetze und Methoden anzulehnen. Psychologische Gesetzmässigkeiten sollten auf der Grundlage von objektivierbarem, d. h. beobachtbarem Verhalten abgeleitet werden, statt über nicht messbare innerpsychische Dynamiken zu mutmassen (vgl. Watson, 1924). Da der Behaviorismus den Beginn der Verhaltenstherapie massgeblich geprägt hat, liegt es nahe, dass ein interaktionelles Phänomen mit vielen subtilen und schwer objektivierbaren Anteilen wie die TB nicht zu den beliebtesten Zielparametern der klinischen Forschung gehörte. Entsprechend wurde die TB zunächst nicht mehr systematisch beschrieben. Ihre Bedeutung wurde jedoch auch durch die frühe VT nicht negiert. Positionen zur TB waren vielmehr Basis kontroverser Diskussionen zwischen den Extremen und reichten von der Annahme, die TB habe keine Bedeutung für den Therapieerfolg (Wolpe, 1954) hin zu denjenigen, die TB sei für den Therapieerfolg entscheidend (Lazarus, 1963) oder gar hinreichend (Ford, 1978).

Das Bild von stets direktiven und strukturierenden VerhaltenstherapeutInnen ist jedenfalls lange vor der Zeit der sogenannten dritten Welle bereits in Frage gestellt worden. So formulierten Adams und Kollegen (1973) vor einem halben Jahrhundert, dass die therapeutische Interaktion individuell auf die Bedürfnisse der PatientInnen ausgerichtet werden soll und in «manchen Fällen ... autoritär und fordernd sein, in anderen hingegen warmherzig und hilfreich. Die wahre Begabung zeigt sich in der Fähigkeit ..., verschiedene Rollen zu spielen ...» (Adams et al., 1973, S. 7). Kanfer und Grimm (1980) definierten die TB als notwendige Basis jeder Therapie und Goldstein (1973) fiel mit humanistisch anmutenden Kommentaren auf, indem er die Bedeutung warmer und verständnisvoller Interaktion und eine fortwährende Beziehungsklärung im Therapieprozess betonte. Solche Haltungen erreichten damals allerdings noch nicht den verhaltenstherapeutischen Mainstream.

Dazu benötigte es die sogenannte dritte Welle-Phase, beginnend Ende der 80er-Jahre, im Zuge derer sich durchsetzte, dass «eine Theorienentwicklung, die in den eigenen Schablonen haften bleibt ... nicht substanziell vorankommen» (Fiedler, 2012, S.3) kann. Die VT befreite sich von den Fesseln ihrer eigenen Schule und erlaubte sich störungsabhängig ein integrativeres Denken. Insbesondere dadurch, dass sich die

VT vermehrt komplexeren Störungsbildern zuwandte, deren Psychopathologie sich in Form interaktioneller Störungen direkt in der TB manifestiert, wurde sie bindungs- und beziehungsorientierter und generierte diverse Konzepte für die TB.

PatientInnen mit interaktionellen Störungen stellen TherapeutInnen durch eine anspruchsvollere Beziehungsgestaltung vor neue Anforderungen (Schnell et al., 2015).

Und obschon für die diversen neuen Konzepte der Beziehungsgestaltung ganz im klassischen VT-Sinne differenzierte Handlungsanweisungen vorliegen, hat es die VT versäumt zu konzeptualisieren, wie sich eine hergestellte Bindung in der TB am Ende der Behandlung wieder auflösen bzw. gut beenden lässt.

4 Die Therapiebeziehung in der heutigen Verhaltenstherapie und Vorschläge zu deren Beendigung

4.1 Bedeutung der Konsistenztheorie

Für die psychologische Entwicklung eines Menschen ist es nach Grawe (2004) entscheidend, wie die prägende Interaktion zwischen Kind und Bezugspersonen insbesondere in der vulnerablen Entwicklungsphase des Gehirns, also der frühen Kindheit, ablaufe. Dabei gehe es um prägende Frustration oder Befriedigung zentraler Grundbedürfnisse nach

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

wobei die Frustration der Bedürfnisse mit einer erhöhten Vulnerabilität für die Entwicklung psychischer Störungen assoziiert ist (Grawe, 2004). Da alle diese Grundbedürfnisse von der Verfügbarkeit prägender Bezugspersonen abhängen, wird das Bindungsbedürfnis besonders hervorgehoben (Schönwald, 2015). VerhaltenstherapeutInnen hat dies nachhaltig sensibilisiert für Bindungstheorien (Bowlby, 1975) und insbesondere für das humanistische Gedankengut nach Rogers (2002), welches die Gesprächspsychotherapie begründete, eine Schule, in der viele der heute renommierten VerhaltenstherapeutInnen ihre eigentliche Herkunft haben (z.B. Rainer Sachse, Begründer der Klärungsorientierten Psychotherapie). Diese Prägung kondensierte innerhalb der VT in Form von verschiedenen spezifischen Konzepten für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, mittels derer korrigierende Erfahrungen vermittelt werden könnten, z. B. durch sogenanntes «Nachbeeltern» in der Schematherapie (Young et al., 2008). Am verbreitetsten ist vermutlich die sogenannte komplementäre Beziehungsgestaltung (vgl. Bartling et al., 2016), die sich aus der Konsistenztheorie entwickelt hat, in der sich TherapeutInnen komplementär zu

den frustrierten Grundbedürfnissen von PatientInnen verhalten (Grawe, 2004). Weitere Beispiele sind die dialektische Beziehungsgestaltung, ursprünglich für PatientInnen mit Borderlinestörungen entwickelt (Linehan, 1996) sowie das disziplinierte persönliche Einlassen und die interpersonelle Diskrimination für chronisch depressive PatientInnen (McCullough, 2000).

Doch trotz dieser diversen Beziehungskonzepte hält die VT bis heute keine konzeptualisierten Vorstellungen bereit, wie eine Beziehung nach ihrem Aufbau gut beendet werden kann und es existieren auch keine belastbaren empirischen Befunde dazu aus verhaltenstherapeutischer Perspektive. Das dürfte auch daran liegen, dass die TB schwer in standardisierter Form zu operationalisieren ist. Denn sie ist charakterisiert durch zeitlich und situativ höchst variable Merkmale. Entsprechend ist beschrieben, dass die Bedeutsamkeit der Therapiebeziehung für den Verlauf einer Therapie stark von der jeweiligen Therapiephase abhängt (Schnell & Weierstall, 2017). Das betrifft im Besonderen die Abschlussphase der Therapie, wenn es darum geht, eine zuvor intensivierte Bindung wieder aufzulösen. Diskutierbar ist in diesem Sinne auch der eingängige Befund, die TB erkläre 30 Prozent der Varianz des Therapieerfolgs (Asay & Lambert, 2001). Denn die Wertigkeit eines so komplexen und dynamischen Konstrukts wie die TB über längere Zeit auf nur einen einzigen Wert zu reduzieren, wirft die Frage auf, was diese 30 Prozent tatsächlich konkret bedeuten (vgl. Holm-Hadulla et al., 2004). Obschon es somit offensichtlich schwierig ist, sich der TB in ihrer Abschlussphase nach strengen wissenschaftlichen Kriterien anzunähern, wurden Gestaltungsprinzipien aus einer verhaltenstherapeutischen Perspektive vorgeschlagen (Schnell, 2018), die aus eigener klinischer Erfahrung resultieren und beanspruchen, sich immerhin aus assoziierten empirischen Befunden der Psychologie beziehungsweise Psychotherapieforschung abzuleiten.

4.2 *Vorschläge für Gestaltungsprinzipien für das Ende der Therapiebeziehung*

Eine pauschale Strategie zur Auflösung der Therapiebeziehung scheint wenig sinnvoll, da es u. a. sicherlich stark von der individuellen Persönlichkeitsstruktur von PatientInnen abhängt, wie reibungslos dies funktioniert. Sachse (2014) differenziert distanz- und näheorientierte PatientInnen. Distanzorientierte Menschen (z. B. mit zwanghafter oder schizoider Persönlichkeitsstruktur) gehen kaum eine intensive Bindung ein, sodass die Trennung höchstwahrscheinlich problemlos verläuft. Näheorientierte PatientInnen können in der Abschlussphase dagegen intensive Emotionen entwickeln (Schnell, 2018). Typisch und gesund ist es sicherlich, wenn im Trennungsprozess mit Traurigkeit reagiert wird. Auch Freude auf ein anstehendes selbstständigeres Leben ist zu erwarten, oder Dankbarkeit gegenüber dem Therapeuten. Problematisch wird es,

wenn negative Emotionen auftreten bis hin zu krisenhaftem Geschehen. Dazu zählen starke persistierende Ängste, z. B. vor dem Alleinsein ohne therapeutische Hilfe oder vor einem Rückfall in die Symptomatik. Ängste können leicht in Aggression übergehen, wobei zu unterscheiden ist, ob PatientInnen tatsächlich wütend sind, weil die Therapie nicht nach den eigenen Vorstellungen abgelaufen ist, oder es sich um eine Wut handelt, die funktional Trauer oder Ängste kaschiert (Schnell, 2018). Zuletzt kann im Sinne des ätiologischen Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodells (Zubin & Spring, 1977) der Stress, den das Therapieende erzeugt, Symptome wieder aufleben lassen, die eigentlich bereits remittiert waren. Dabei muss differenziert werden zwischen einem echten Rückfall und einem lediglich kurzzeitigen Aufflackern der Symptomatik, welches nicht dramatisiert werden sollte, um nicht zusätzlichen Stress auszulösen (Schnell, 2018).

4.2.1 *Generelle Strategien zum Auflösen der Therapiebeziehung*

Etwa zu Beginn des letzten Drittels der Therapie sollten TherapeutInnen daran arbeiten, sich aus der therapeutischen Beziehung herauszulösen (Schnell, 2018). Konkret kann das bedeuten, supportive Interventionen zu reduzieren und die Verantwortung beispielsweise für Entscheidungen immer mehr an die PatientInnen abzugeben. Anstatt aktiv an Lösungen mitzuarbeiten, kann gegen Ende der Behandlung vermehrt darauf fokussiert werden, dass PatientInnen selbst prüfen, was sie wollen, selbst Entscheidungen treffen und selbstständig an sich arbeiten. Zuletzt wird die Therapeutin vollumfänglich die Selbstständigkeit der Patientin und ihre erreichten Erfolge betonen und sie so in ihrer Selbstwirksamkeit stärken. Dies fördert auch den Transfer des Erlernen auf den Alltag. Der Prozess einer allmählichen Abnahme aktiver therapeutischer Unterstützung kann auch als «fading-out» bezeichnet werden, d. h. ein allmähliches Ausblenden des Therapeuten.

VerhaltenstherapeutInnen sind in ihrer Arbeitsweise mit PatientInnen häufig recht direktiv. Das Ausmass an Direktivität orientiert sich dabei zu Beginn der Therapie an den interaktionellen Bedürfnissen der PatientInnen. PatientInnen mit ausgeprägtem Kontrollbedürfnis profitieren eher von non-direktiven TherapeutInnen, während strukturschwache PatientInnen eher von direktiv lenkenden TherapeutInnen profitieren (Beutler et al., 2002). Gegen Ende der Therapie sollte dann möglichst bei allen PatientInnen auf direktives Steuern durch TherapeutInnen verzichtet werden, als Vorbereitung auf den nahenden gänzlichen Wegfall der therapeutischen Unterstützung.

Um das nahende Therapieende möglichst zu explizieren, kann es zudem sinnvoll sein, in den letzten bspw. 10 Therapiestunden jeweils die noch verbleibende Zahl von Sitzungen aktiv anzusprechen. Es gibt PatientInnen, die genervt auf diese Erinnerungen

reagieren. Das ist vermutlich kein gutes Zeichen, sondern deutet darauf hin, dass das Therapieende ein Problem für die Betroffenen darstellt (vgl. Schnell, 2018).

5 Das Therapieende auf der Prozess- und Inhaltsebene

5.1 *Bearbeitung der Trennung als inhaltliches Thema*

Prägende Lebenserfahrungen mit Bezugspersonen während der ersten Lebensjahre speichert das Gehirn in Form sogenannter Schemata im Sinne neuronal gebahnter Netzwerkstrukturen, die emotionale, kognitive, motivationale und handlungsbezogene Hirnareale integrieren. Sie ermöglichen das Lernen aus Erfahrungen und steuern heutiges Verhalten, wenn aktuelle Situationen durch erfahrungskongruente Hinweisreize zur Schemaaktivierung führen (Grossmann & Grossmann, 2014). Der Zustand des aktivierten Schemas im Hier und Jetzt wird auch als motivationales Schema bezeichnet, indem es entweder Annäherungsverhalten (um positive Erfahrungen bewusst herzustellen) oder Vermeidungsverhalten (um negative Erfahrungen zu umgehen) einleitet (Grawe, 2004). Daher entspricht die verhaltenstherapeutische Konzeption des motivationalen Schemas weitgehend dem bindungstheoretischen Konzept des «inneren Arbeitsmodells» (Bowlby, 1975), welches bindungsrelevante Erfahrungen repräsentiert und aktuelles Verhalten reguliert (Schönwald, 2015). Lerntheoretisch wird die Schemagenese erklärt, indem Annäherungs- und Vermeidungsverhalten durch operante Mechanismen aufrechterhalten werden und dadurch als latente Reaktionsbereitschaften ins Erwachsenenalter persistieren (vgl. Immisch, 2004).

Die Abschlussphase der Therapie kann folglich latent vorliegende Trennungsschemata aktivieren. Wenn die Abschlussphase hinreichend früh thematisiert wird, besteht die Möglichkeit, das Thema *Trennung und Verlust* in die inhaltliche Arbeit der Therapie aufzunehmen, das Trennungsschema also therapeutisch zu bearbeiten. Selbstverständlich ist nicht jede Form von Abschiedsschmerz ein Indikator für Behandlungsbedürftigkeit. Hier sollte gut differenziert werden zwischen gesunder und nachvollziehbarer Reaktion und einer echten Psychopathologie. Hinweise dafür können sein, dass die Patientin sehr stark ausgeprägte Trauer, Angst oder Wut empfindet, die während der Abschlussphase persistiert oder sogar stärker wird, erneut auftretende Symptomatik oder eine neu auftretende Idealisierung der Therapeutin (Schnell, 2018).

5.2 *Veränderung relevanter therapeutischer Prozesse (Wirkfaktoren) in der Abschlussphase der Therapie*

Das Konzept der allgemeinen Wirkfaktoren wurde initial von Frank (1971) postuliert und ist empirisch wesentlich besser gestützt als die Bedeutung schulen- oder

störungsspezifischer Wirkfaktoren. Umfassende Anerkennung bis hin zu den praktisch tätigen TherapeutInnen erfuhr das Konzept allgemeiner Wirkfaktoren allerdings erst Dekaden später durch die methodisch sehr guten Forschungsarbeiten von Grawe (2004). Ein Faktor, der sich in nahezu allen Studien zu allgemeinen Wirkfaktoren als zentral herauskristallisierte, war die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Neben der TB hat die Wirksamkeitsforschung diverse relevante Prozesse für erfolgreiche Therapien (Wirkfaktoren) definiert. Die Bekanntesten sind die folgenden (Grawe, 2004):

1. *Motivationale Klärung*: Welche Bedeutung hat bestimmtes Verhalten für eigene Ziele und Werte?
2. *Problemaktualisierung* als das «Prinzip der realen Erfahrung» (Aktivierung des emotionalen Schemas)
3. *Problembearbeitung*
4. *Ressourcenaktivierung*

In der wissenschaftlichen Literatur werden über die Wirkfaktoren von Grawe hinausgehend noch diverse weitere Faktoren diskutiert (Übersicht in Pfammatter et al., 2012), von denen einige möglicherweise gerade in Hinblick auf das Therapieende interessant sind. So haben Orlinsky und Howard (1987) auf die Bedeutung zeitlicher Aspekte in der Psychotherapie hingewiesen, indem zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Prozesse bedeutsam sind. *Selbstwirksamkeitserwartung* sowie die *Hoffnung* von PatientInnen auf Besserung sind beispielsweise assoziiert mit sogenannten *sudden gains* (SGs; plötzliche Symptomverbesserungen) und *sudden losses* (SLs; plötzliche Symptomverschlechterungen), die im Therapieverlauf häufig ohne direkten Bezug zu einer Intervention beobachtet werden, dies insbesondere *während der ersten Therapiestunden* (Aderka et al., 2012). Und auch in der Schlussphase einer Therapie sind solche Erwartungseffekte von Bedeutung, wenn es darum geht, künftig Probleme ohne therapeutische Hilfe erfolgreich bewältigen zu können.

5.2.1 *Reflektieren und Bilanzieren der Therapieerfolge und Transfer in den Alltag*

Während Prozesse der Problemklärung, -aktualisierung und -bearbeitung vor allem während der Hauptphase der Therapie zentral sind, geht es ab Ende der Therapie um andere Prozesse, z. B. Erwartungseffekte, wie die Hoffnung darauf, selbstständig im Leben zurecht zu kommen assoziiert mit Selbstwirksamkeitserwartung. Die Aktivierung dieser Prozesse hängt davon ab, ob einer Person überhaupt bewusst ist, welche Kompetenzen und Ressourcen sie während einer Therapie dazu gewonnen hat (Schnell, 2018). Gleichzeitig weisen therapeutische Veränderungen keinen linearen sondern einen wechselhaften Verlauf mit Fort- und Rückschritten auf (Gabalda et al., 2016). Dieser oszillierende Wechsel ist möglicherweise mit verantwortlich dafür, dass viele

PatientInnen ihre Veränderungen am Ende der Behandlung oft schlecht wahrnehmen. Zwar gibt es keine hochrangige Forschung dazu, doch kann es nach eigener 20-jähriger Therapieerfahrung und der konsistenten Rückmeldung erfahrener KollegInnen zumindest als eine Art klinischer Konsens bezeichnet werden, dass vielen PatientInnen nicht bewusst ist, welche Veränderungen sie in einer Therapie vollzogen haben. Eine möglichst explizite Definition und Operationalisierung von Therapiezielen am Ende der Therapie hilft, die individuelle Zielerreichung wahrzunehmen und zu überprüfen. Zu diesem Zweck wurde auch die sogenannte Zielerreichungsskala (Goal Attainment Scaling, GAS) entwickelt (Kiresuk & Sherman, 1968). Werden erreichte Veränderungen im Rahmen des Bilanzierens dagegen gut geklärt, können sie als neue Ressourcen markiert werden, die sich dann häufig über das Therapieende hinaus weiterentwickeln. PatientInnen können selbstständig an dem weiterarbeiten, was durch die Therapie angestoßen wurde, d. h. es kann ein Transfer des Erlernten in den Alltag stattfinden (Lindner, 1990). Gelingt dies, verbessern sich bereits erreichte Therapieeffekte über das Therapieende hinaus noch weiter (z. B. in Moritz et al., 2014). Dieses Phänomen wird Sleeper-Effekt genannt, der im Rahmen mancher Studien jedoch sehr klein ist (z. B. Weiss et al., 2000), oder teilweise ganz ausbleibt (Review von Nicholson & Berman, 1983). Die Annahme ist plausibel, dass das Ausmass des Sleeper-Effekts auch davon abhängt, wie gut erreichte Erfolge geklärt und expliziert werden, damit ein erfolgreicher Transfer und weitere post-therapeutische Transferleistungen und Generalisierungen von Therapieeffekten stattfinden. Dass das finale Ergebnis am Ende der offiziellen Therapie noch nicht erreicht ist, ist jedenfalls ein Grund für die Sinnhaftigkeit sogenannter katamnestischer Untersuchungen in Therapiestudien (Lambert & Archer, 2006).

5.2.2 *Rückfallprophylaxe in der Verhaltenstherapie*

Ein weiterer Effekt des Klärens und Reflektierens von erzielten Kompetenzen am Ende der Therapie ist bekannterweise die Rückfallprophylaxe. In der Dialektisch Behavioralen Therapie wird dazu ein sogenannter alter und neuer Weg differenziert (Linehan, 1996). Die alten Wege repräsentieren praktiziertes Problemverhalten, welches durch häufige Wiederholung neurophysiologisch gut gebahnt ist, verglichen mit dem neuen funktionalen Verhalten (der neue Weg), das in der Therapie erarbeitet wurde. Dass sich in künftigen Risikosituationen nicht automatisch alte dysfunktionale Schemata zeigen, muss der neue Weg gut reflektiert sein (kognitiv repräsentiert), damit er so lange absichtsvoll aktiviert werden kann, bis er selbst zu einem gut gebahnten Automatismus geworden ist.

Ferner ist hinsichtlich eines gelingenden Transfers erreichter Therapieerfolge in den Alltag darauf zu achten, dass PatientInnen erworbene Kompetenzen in möglichst vielen verschiedenen Situationen ausprobieren. Neue Kompetenzen, die in der Therapie vermittelt wurden, sind im Gehirn des Patienten lediglich als latent vorhandenes Schema angelegt. Damit dieses neue Schema den PatientInnen im Alltag auch zur Verfügung steht, es sich also aktiviert, muss es im Gehirn möglichst komplex verknüpft werden. Das geschieht am effektivsten, indem das Schema in unterschiedlichen Kontexten bewusst aktiviert wird und sich dadurch mit verschiedenen Kontextreizen assoziiert. So bekommt das neue Schema das Potenzial, alte dysfunktionale Schemata zu inhibieren.

VT-Manuale leiten PatientInnen an, Frühwarnzeichen für einen potenziellen Rückfall zu identifizieren, um dann gegenzusteuern. PatientInnen werden dabei angeleitet, sich aufmerksam zu beobachten. Besonders bei affektiven Störungen wären demnach auffällig gute oder schlechte Stimmungslagen potenzielle Frühwarnzeichen. Es ist aber schwierig, Stimmungswechsel innerhalb des gesunden Spektrums von echter Psychopathologie zu unterscheiden. Die Gefahr ist gross, dass dieses Vorgehen bei PatientInnen dazu führt, sich selbst akribisch zu beobachten und ängstlich auf Stimmungswechsel zu reagieren. Angst führt schnell zu Vermeidung. Es ist aber nicht möglich, selektiv negative Emotionen zu vermeiden. Es besteht die Gefahr, dass PatientInnen ein gänzlich reduziertes emotionales Erleben entwickeln, was die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), aber auch andere achtsamkeitsbasierte Ansätze in der modernen VT verstanden und aufgegriffen haben (Hayes et al., 2003). Statt sich ängstlich in der Erwartung negativer Emotionen zu beobachten, sollen PatientInnen lernen, achtsam und akzeptierend mit Emotionen umzugehen und auch negative Emotionen als Teil des menschlichen Erlebens zu verstehen. Auch wenn dieser Ansatz für die Rückfallprophylaxe bei depressiven Störungen entwickelt wurde, können achtsamkeitsbasierte Interventionen letztendlich auf nahezu alle psychischen Störungen übertragen werden.

6 Beenden der Therapie auf der formalen Ebene

Viele VerhaltenstherapeutInnen verändern gegen Ende der Behandlung die Sitzungsfrequenzen, d. h. es erfolgt ein allmähliches Ausschleichen der Therapie. Wann genau dies beginnen sollte und nach welchem Schema das Ausschleichen erfolgt, ist nicht offiziell geregelt. Es kann aber sinnvoll sein, im Rahmen einer Langzeittherapie etwa 10 Sitzungen vor dem Ende damit zu beginnen, PatientInnen zunächst nur noch alle 14 Tage zu sehen, nach zwei Monaten bei den verbleibenden sechs Sitzungen auf

einen dreiwöchigen Rhythmus zu wechseln. Sieht man sich nur noch alle drei Wochen, löst sich erfahrungsgemäss die TB von alleine weitgehend auf, sodass das Beenden auf der Beziehungsebene keine besondere Problematik darstellt. Ausnahmen sind vielleicht PatientInnen mit interaktionellen Störungen, bei denen das Verlassenwerden generell ein Problem ist. In diesen Fällen kann es angeraten sein, das Thema der Trennung gegen Ende der Therapie als letztes inhaltliches Thema zu bearbeiten (s. o.). Die letzten zwei bis drei Sitzungen könnten dann als sogenannte Krisen- oder Boostersitzungen reserviert werden (erfahrungsgemäss werden diese Stunden nicht mehr genutzt und verfallen). Alternativ kann im Krisenfall auch die Option der psychotherapeutischen Akutbehandlung genutzt werden, die unabhängig von der regulären Therapie zwei Sitzungen pro Quartal ermöglicht. Diese Optionen schwächen die «Endgültigkeit» des Therapieendes etwas ab und machen es für PatientInnen möglicherweise erträglicher (vgl. Lieb im Interview mit Holm-Hadulla et al., 2004).

7 Therapieabbrüche und vorzeitiges Beenden

Erstaunlich viele Therapien enden nicht regulär, sondern werden vorzeitig abgebrochen. Dies tritt umso wahrscheinlicher auf, wenn Therapien nicht erfolgreich verlaufen, was entsprechend diverser Übersichtsarbeiten bei 10–50 Prozent aller Therapien der Fall ist, oder wenn sich sogar Verschlechterungen bei PatientInnen einstellen, die für 5–15 Prozent aller Therapien angegeben werden (Fischer-Klepsch et al., 2009; Jacobi et al., 2011). Wichtig ist zunächst eine konzeptionelle Unterscheidung zwischen Therapieabbruch oder vorzeitigem Beenden (nach Schnell, 2018):

Vorzeitiges Beenden bedeutet, dass die Therapie nicht zum regulären Ende geführt wurde, d. h., die vereinbarten Therapieziele wurden nicht erreicht. Dennoch hat eine gemeinsame Abschlussphase stattgefunden, im besten Fall wird dabei das Beenden der Therapie mit einem guten Gefühl gemeinsam abgenickt.

Ein Therapieabbruch dagegen wird definiert als ein abruptes und – zumindest für eine Person – überraschendes Ende, obschon sich Abbrüche vermutlich in den meisten Fällen konflikthaft ankündigen.

Nach dieser Art der Definition sollten Therapien nie von TherapeutInnen abgebrochen werden. Droht ein Abbruch durch eine Patientin, wäre es vielmehr angezeigt, dass die Therapeutin versucht, zumindest noch ein klärendes abschliessendes Gespräch auszuhandeln, um den drohenden Abbruch in ein vorzeitiges Beenden umzuwandeln.

Beispiele für begründbare Indikationen vorzeitiger Beendigungen durch TherapeutInnen sind:

- › PatientIn funktionalisiert die Therapie (z. B. lediglich Rentenbegehren)
- › TherapeutIn fühlt sich überfordert, wegen persönlicher Verstrickung (z. B. Therapeutin mit erfolglosem Kinderwunsch und Patientin, die eine Abtreibung plant)

- › TherapeutIn bemerkt eigene Störungen, z. B. ist in PatientIn verliebt
- › TherapeutIn kann eigene negative Emotionen gegenüber PatientIn nicht regulieren
- › Settingvariablen, beispielsweise Wohnortwechsel

Bados et al. (2007) untersuchten Verläufe von Verhaltenstherapien der Universitätsambulanz Barcelona und identifizierten bei 203 PatientInnen nach der fünften Sitzung bereits Drop-out-Raten von 55 Prozent. Als Gründe wurde von 47 Prozent der PatientInnen geringe Motivation oder Unzufriedenheit mit der Therapie oder dem Therapeuten genannt. Darunter fallen auch enttäuschte Erwartungen bei PatientInnen, was kompensiert werden kann, indem von Beginn an adäquat darüber aufgeklärt wird, was eine Therapie zu leisten vermag und was nicht. 40 Prozent nannten organisatorische Schwierigkeiten (Zeitmangel, Transportproblemen) oder eine körperliche Erkrankung. 13 Prozent waren der Ansicht, ihr Zustand hätte sich bereits ausreichend verbessert.

Jacobi et al. (2011) identifizierten nach der Analyse von knapp 1800 Therapien einer verhaltenstherapeutischen Ambulanz eine Rate von 20 Prozent Abbrüchen bereits während der probatorischen Phase und anschliessend weiteren 19 Prozent.

Schawohl und Odenwald (2018) untersuchten Daten einer deutschen verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. Von 178 PatientInnen schlossen 52 Prozent regulär ab, 48 Prozent brachen die Therapie vorzeitig ab. Von den Abbrechern befand sich etwa die Hälfte der PatientInnen in der Probatorik, die andere Hälfte brach die Therapie später ab. Die Abbrecher waren charakterisiert durch eine stärkere Symptomatik, d. h. stellten eine insgesamt vulnerablere Gruppe dar.

Bei einem Beenden während der Probatorik kann eigentlich nicht von einem wirklichen Therapieende oder Therapieabbruch gesprochen werden, da das gemeinsame Prüfen der Indikation ja explizites Thema dieser Phase ist und es durchaus gerechtfertigte Gründe dafür gibt, eine Therapie zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht aufzunehmen. Kritischer sind somit eher die späteren Abbrecher.

Doch letztendlich unabhängig von der Therapiephase sollte selbstverständlich gelten, dass das Ende nicht abrupt oder gar unschön im Sinne eines Konflikts stattfinden sollte. In jedem Fall sollten TherapeutInnen also versuchen, Abbrüche zu verhindern oder zumindest in ein wohlgeformtes vorzeitiges Beenden zu führen, bei dem die Beteiligten mit einem guten Gefühl auseinander gehen. Eskaliert die Schlussituation, sinkt vermutlich die Chance, dass die PatientInnen zu einem späteren Zeitpunkt erneut eine Therapie aufsuchen (Schnell, 2018).

Ferner sind Situationen denkbar, in denen TherapeutInnen versuchen sollten, einen drohenden Abbruch nicht zu einem vorzeitigen Ende zu führen, sondern PatientInnen dazu zu motivieren, die Therapie fortzusetzen. Dies ist denkbar, wenn das Rational des Abbruchs als ein Symptom der Psychopathologie zu verstehen ist,

z.B. als Vermeidungsverhalten bei vorliegender Angst oder Ambivalenz, wie es bei Suchtpatienten typisch ist (vgl. Schnell et al. 2011, 2013) oder bei Motivations- und Hoffnungslosigkeit, denkbar bei chronisch erkrankten Menschen und/oder Menschen, die bereits viele erfolglose Therapieversuche hinter sich haben. In diesen Fällen wäre es das Ziel, PatientInnen hinsichtlich ihrer Änderungsbereitschaft für eine Weiterführung der Therapie zu motivieren und ihre Besserungserwartungen zu stärken (vgl. Sachse et al., 2018).

8 Literatur

- Adams, H. E., Heyse, H. & Meyer, V. (1973). Issues in the clinical application of behavior therapy. In H. E. Adams & I. P. Unkel (Hrsg.), *Issues and trends in behavior therapy* (S. 5–27). Charles C. Thomas.
- Aderka, I. M., Nickerson, A., Bøe, H. J. & Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 93–101.
- Asay, T. & Lambert, M. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Wirkfaktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen.*, Modernes Lernen.
- Bados, A., Balaguer, G. & Saldana, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology, 63*(6), 585–592.
- Bartling, G., Echelmeyer, L. & Engberging, M. (2016). *Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess: Leitfaden für die Praxis*. Kohlhammer.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: what conclusions are supported by research. *Journal of Clinical Psychology 58*(2), 207–217.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. Kindler.
- Fiedler, P. (1997). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 18*(1), 7–39.
- Fiedler, P. (2012). *Die Zukunft der Psychotherapie*. Springer
- Fischer-Klepsch, M., Münchau, N. & Hand, I. (2009). Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen (3., vollständig bearbeitete und erweiterte Aufl., S. 261–275). Springer.
- Ford, J. D. (1978). Therapeutic relationship in behavior therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(6), 1302.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 25*, 350–361.

- Gabalda, I. C., Stiles, W. B., Ruiz, S.P. (2016). Therapist activities preceding setbacks in the assimilation process. *Psychotherapy Research*, 26(6), 653–664.
- Goldstein, A. (1973). Behavior therapy. In R. Corsini (Hg.), *Current psychotherapies*. F. E. Peacock.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2014). Trennung, Tod und Trauer in den ersten Lebensjahren – die bindungstheoretische Sicht. In R. Kissgen & N. Heinen (Hrsg.), *Trennung, Tod und Trauer in den ersten Lebensjahren* (S. 36–53). Klett-Cotta.
- Hautzinger, M. (2007). Psychotherapieforschung. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer.
- Hayes, S.C., Masuda, A. & De Mey, H. (2003). Acceptance and commitment-therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie*, 36(2), 69–96.
- Holm-Hadulla, R., Kriz, J. & Lieb, H. (2004). Ist Beziehung alles und ohne Beziehung alles nichts? Gespräch mit Michael Broda und Wolfgang Senf. *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 321–334.
- Immisch, P. (2004). *Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen*. DGVT-Verlag.
- Jacobi, F., Uhmann, S. & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 246–256.
- Kanfer, F. H. & Grimm, L. G. (1980). Managing clinical change: A process model of therapy. *Behavior Modification*, 4, 419–444.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. R. (1968). Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443–453.
- Lambert, M. J. & Archer, A. (2006). Research findings on the effects of psychotherapy and their implications for practice. In C. D. Goodheart, A. E. Kazdin & R. J. Sternberg (Hrsg.), *Evidence-based psychotherapy: where practice and research meet* (S. 111–130). American Psychological Association
- Lazarus, A. A. (1963). The results of behaviour therapy in 126 cases of severe neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 1(1), 69–79.
- Lindner, W. V. (1990). Die Beendigung der psychoanalytisch geführten Gruppe. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 26, 123–144.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. CIP-Medien.

- Margraf, J. (1996). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 1 und 2. Springer.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. Guilford Press.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Andreou, C., Bohn, F., Hottenrott, B., Leighton, L., et al. (2014). Sustained and «sleeper» effects of group metacognitive training for schizophrenia: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *71*, 1103–1111.
- Nelson, 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*, 251–263.
- Nicholson, R. A. & Berman, J. S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, *93*, 261–278.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of integrative and eclectic psychotherapy*, *6*, 6–27.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie*, *17*(1), 17–31.
- Poppe, C. (2008). Störungsorientierte Psychotherapie bei Zwangsstörungen. In S. C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*. Urban und Fischer.
- Rogers, C. R. (2002). *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Klett-Cotta.
- Sachse, R. (2014). *Manipulation und Selbsttäuschung*. Springer.
- Sachse, R., Langens, T. A. & Sachse, M. (2018). *Klienten motivieren: therapeutische Strategien zur Stärkung der Änderungsbereitschaft*. Psychiatrie Verlag, Imprint BALANCE Buch und Medien Verlag.
- Schawohl, A. & Odenwald, M. (2018). Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. *Verhaltenstherapie*, *28*(4), 222–228.
- Schnell, T. (2018). *Das Ende in der Psychotherapie erfolgreich gestalten*. Springer
- Schnell, T. & Weierstall, R. (2017). Therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie – nur Makulatur oder Wirkfaktor? *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, *38*(4), 324–343.
- Schnell, T., Münchenhagen, L., Tersudi, K., Daumann, J. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2011). Entwicklung und Evaluation eines deutschsprachigen Instruments zur Erfassung von Cannabis-Craving (CCS-7). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *40*(1), 33–41.

- Schnell, T., Becker, T., Thiel, C. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2013). Craving in Patients with Schizophrenia and Cannabis Use Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(11), 646–649.
- Schnell, T., v. Katte, S. & Gast, U. (2015). Bereitschaft niedergelassener Therapeuten zur Behandlung von Patienten mit komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 83, 1–6.
- Schönwald, S. (2015). *Biographische Determinanten der Disposition zu psychischer Erkrankung: Evaluation des VDS 1-Fragebogens zur Lebens- und Krankheitsgeschichte*. CIP-Medien
- Vauth, R. (2012). Psychotherapie der Schizophrenie. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 6, 345–360.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological review*, 20(2), 158.
- Watson, J. B. (1924). The Unverbalized in Human Behavior. *Psychological Review*, 31(4), 273.
- Weiss, B., Catron, T. & Harris, V. (2000). A 2-year follow-up of the effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1094–1101.
- Winograd, G., Cohen, P. & Chen, H. (2008). Adolescent Borderline Symptoms in the Community: Prognosis for Functioning over 20 Years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(9), 933–941.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer.
- Wittorf, S. (1999). *Die Abschlussphase von Psychotherapien*. Dissertation Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie.
- Wolpe, J. (1954). Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *AMA Archives of Neurology & Psychiatry*, 72(2), 205–226.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Junfermann-Verlag.
- Zimmer, D. (2000). Therapiebeendigung – Ideen aus einer kognitiv-behavioralen Perspektive. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21(4), 469–480.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.

Angaben zum Autor

Prof. Dr. rer. nat. Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. *Thomas Schnell*. Psychologiestudium in Heidelberg, dann Ausbildung in Verhaltenstherapie bei der DGVT in Bonn. Promotio-

nen an den Universitäten Düsseldorf und Köln, Habilitation an der Universität Halle an der Saale. Klinische Tätigkeiten an der psychiatrischen Universitätsklinik in Köln und der LVR-Klinik in Köln. Aktuell Professur für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie in Hamburg an der Medical School Hamburg. Forschungsschwerpunkte im Bereich Psychosen und Komorbidität.

E-Mail: thomas.schnell@medicalschooll-hamburg.de