

Praxisrelevante Überlegungen zur Beendigung von Psychotherapien – Abschlussphase und Strategien

Barbara Kreiner

Zusammenfassung: Praxisrelevante Überlegungen zur Beendigung von Psychotherapien – Abschlussphase und Strategien

Die Beendigung einer Psychotherapie ist ein komplexer Prozess und stellt im Behandlungsverlauf eine sensible Phase dar. Schließlich muss Abschied genommen werden von der therapeutischen Beziehung, von den zwischen PatientInnen und TherapeutInnen gemeinsam beschrittenen Wegen, wodurch häufig Konflikte aber auch frühere Abschiedserfahrungen evoziert werden. Das wiederum kann ein Risiko von Therapieabbrüchen oder auch Retraumatisierungen mit sich bringen. Auf der anderen Seite dienen gelungene Beendigungen als positives Modell, wodurch im Sinne kognitiver Repräsentation neue Resilienzfaktoren gebildet werden können und zentrale, neue Erfahrungen im Umgang mit Abschied gewonnen werden können. Diese Arbeit soll mittels Beschreibung der Abschlussphase in der Psychotherapie und möglicher technischer Strategien Anregungen und Struktur für die psychotherapeutische Praxis liefern und den Diskurs in der Fachcommunity anregen, die sich trotz großer ethischer Relevanz diesem Thema bisher nur ungenügend gewidmet hat.

Schlüsselwörter: Beendigung von Psychotherapie, Abschlussphase, Beendigungsstrategien

Abstract: Termination of a psychotherapy: considerations and strategies for practice

The termination of a psychotherapy is a complex process and represents a very fragile stage of the therapy. As it is a time to terminate the therapeutic relationship between patient and therapist, that has been built over a period of time, it often leads to conflicts and may even evoke previous experiences of taking leaves. As a consequence there is a risk of early termination of the therapy or retraumatization. On the other hand, a successful termination of the therapy can serve as a positive model, in which through cognitive representation new factors of resilience are gained and crucial, new experiences are made on how to deal with taking leave. By describing the final phase of the psychotherapy this paper introduces practical ideas and strategies for the practice of psychotherapy. Despite its ethical relevance this subject has been underrepresented in literature and it is hoped that this paper will provoke further discussions in this field amongst professionals.

Keywords: termination of psychotherapy, final stage, strategies of termination

*„Wie jede Blüte welkt und jede Jugend
Dem Alter weicht, blüht jede Lebensstufe
Blüht jede Weisheit auch und jede Tugend
Zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.
Es muß das Herz bei jedem Lebensrufe
Bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
Um sich in Tapferkeit und ohne Trauern
In andre, neue Bindungen zu geben.
Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
Der uns beschützt und der uns hilft, zu leben. ...“
„Stufen“ (Hermann Hesse, 1986)*

Das Gedicht von Hermann Hesse verdeutlicht, wie sehr unser menschliches Leben zu allen Lebensphasen geprägt ist durch Veränderung, durch Abschied und durch Neubeginn. Wir erleben unzählige Umbrüche, Weiterentwicklungen, Trennungen und auch Verluste in unserer Lebensspanne, zum einen von Mitmenschen, Freunden, Familien, aber auch von Arbeitsplätzen, Umwelten, Tieren, Vorstellungen, Erwartungen, alltäglichen Gewohnheiten oder Gegenständen. Wie damit umgehen? Es erscheint als Widerspruch, dass dieses Thema unser Leben so stark begleitet, sicherlich häufig Inhalt von psychotherapeutischen Behandlungen ist, sich die Psychotherapiewissenschaft mit der Beendigung von Psychotherapien selbst aber nur wenig beschäftigt hat. Es gibt zwar einiges an diesbezüglicher Auseinandersetzung in der Psychoanalyse, einen Überblick liefern Diederichs (2006) sowie Novick und Novick (2008), aber meist im Kontext von anderen Themen und kaum in Form monographischer Werke, die sich ausschließlich diesem Thema widmen - auch nicht in der Integrativen Therapie. Als Ausnahmen im deutschsprachigen Raum sind die Werke von Rieber-Hunscha (2005) und Müller-Ebert (2001) bzw. eine Sonderausgabe der Zeitschrift Psychotherapie im Dialog (Borcsa et al., 2007) zu nennen. Das ist nicht viel, angesichts der Tatsache, dass schulenübergreifend vertreten wird, dass die Abschlussphase eine sehr vulnerable Phase in der Psychotherapie darstellt (Rieber-Hunscha, 2005). Es können negative Trennungsreaktionen mit intensiven Gefühlen auftreten, die bei Nichtbeachtung leicht zu einer vorzeitigen Beendigung der Therapie oder sogar zu einem Therapieabbruch führen können. Dadurch besteht ein gewisses Potenzial für Retraumatisierungen, neuerlichen Schädigungen oder der Verdeckung von bereits gemachten positiven Erfahrungen im Therapieprozess. Dass bezüglich der Abschlussphase auch eine besondere ethische Verantwortung von den PsychotherapeutInnen einhergeht, zeigt sich auch im Psychotherapeutengesetz (RIS – Bundeskanzleramt. Rechtsinformationssystem, 2015) und in Kapitel III/11 des Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Eine gut verlaufende, bejahte Beendigung einer Psychotherapie wiederum birgt eine Reihe von

Chancen in sich. Als positive Erfahrung kann sie alte Erlebnisse im Kontext von Trennungen „heilen“ lassen und in gewisser Weise einen Weg der Nachsozialisation darstellen. Darüber hinaus erweitert eine positive Beendigung das Ressourcenreservoir, wird im Sinne von mentalen Repräsentationen gespeichert und kann in Zukunft einen Schutzfaktor darstellen (Müller & Petzold, 2003; Petzold, 1997; Petzold, Goffing & Oudhof, 2013).

Um nun mit dieser sensiblen Phase des Behandlungsverlaufs gut umgehen zu können, ist ein umfassendes Handlungs- und Theoriewissen, eine gewisse Trennungskompetenz (Müller-Ebert, 2001) notwendig. Ein solches Wissen liefert gemeinsam mit genügend Selbstreflexion bezüglich eigener Abschiede, Trennungen und Verluste und nicht zuletzt mit den eigenen, diesbezüglich erlebten Erfahrungen und Modellen in den Ausbildungsgruppen und Lehrtherapien für die TherapeutInnen eine breite Basis und Sicherheit in der kompetenten Umsetzung der Beendigung einer Psychotherapie. Aus qualitativen Befragungen mit TherapeutInnen unterschiedlicher Ausrichtungen in Deutschland konnte Müller-Ebert (2001, 2007) Strategien zusammenfassen, die aus ethischer Perspektive als fachgerecht (Hutterer-Krisch, 2007) erachtet werden. Im Folgenden werden Überlegungen zur Abschlussphase und diese Strategien mit dem Ziel dargestellt, für dieses Thema zu sensibilisieren und Anhaltspunkte für die praktische Durchführung zu liefern.

Wann ist zu Ende therapiert? – Die Abschlussphase in der Psychotherapie

Trotz unterschiedlicher Begrifflichkeiten kann die Abschlussphase als „letzter Therapieabschnitt, der durch den Fokus der Trennungsthematik und des antizipatorischen Trennungsprozesses vor dem Ende einer Psychotherapie gekennzeichnet ist“ (Rieber-Hunscha, 2005, S. 10), gesehen werden. Den Verlauf der Abschlussphase gliedert die Autorin in vier Subphasen:

- Beginn der Abschlussphase: Sich-bewusst-Werden und Benennen des Therapieendes
- Terminsetzung: Fixierung des Zeitpunktes der letzten Stunde
- die letzten Stunden: Therapieende
- die postterminale Phase: innere Anpassung der PatientInnen auf die therapiefreie Zeit

Rahm, Otte, Bosse und Ruhe-Hollenbach (1999) teilen die Abschlussphase in die zwei Abschnitte Ablösung und Abschied. Sie verstehen dabei Ablösung als die Therapieendphase und Abschied als die konkret letzten drei bis sechs Stunden und deren Gestaltung.

Es gibt verschiedene Hinweise, die auf den Beginn einer Abschlussphase hinweisen. Direkte Hinweise, wie der Wunsch von PatientInnen die Therapie zu beenden, der Wunsch nach Stundenreduktion oder finanzielle Gegebenheiten bzw. auslaufende Kassenfinanzierungen. Indirekte Hinweise werden von den PsychotherapeutInnen beobachtet und zeigen sich zum Beispiel in

einem leichteren Erkennen und Auflösen von Übertragungen, in einem größeren Interesse an der Person des/der Therapeuten/in, in einer zunehmenden Gegenübertragung von Seiten der PatientInnen oder in einer gestärkten persönlichen Souveränität der PatientInnen. Alltägliches Geschehen und stärkere Zukunftsorientierung rücken in den Vordergrund, und Symptome konnten reduziert werden (Müller-Ebert 2001, 2005, Rahm et al., 1999; Rohmann, 2007). Hier ist die ureigene Aufgabe der PsychotherapeutInnen stark gefordert, nämlich diese Prozesse wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen, im Prozess zur Verfügung zu stellen und durch intervenierendes Handeln zu beeinflussen (Leitner, 2010).

Die genaue Dauer der Abschlussphase ist individuell unterschiedlich und abhängig vom Therapieverlauf und dem jeweiligen Störungsbild. Als Empfehlung gilt, dass die Abschlussphase nach der Hälfte bis spätestens nach zwei Drittel der geplanten Therapielänge beginnen soll (Rieber-Hunscha 2005). Interessante Hinweise liefern jene Daten, die Rieber-Hunscha (2005) über zehn Jahre lang aus Therapieverläufen in ihrer eigenen Praxis ermittelt hat: Von ihr durchgeführte Kurzzeittherapien dauerten im Mittel 14 Stunden (Range: 2 - 28), davon gab es 35 % Abbrüche (definiert ohne Abschlussphase), und die Dauer der Abschlussphase betrug im Mittel 7 Stunden (Range: 2 - 17) in einem Zeitraum von durchschnittlich 3 Monaten (Range: 1 - 5). Nach der Terminsetzung gab es durchschnittlich noch 4 Stunden (Range: 1 - 9) bis zur letzten Einheit im Zeitraum von im Mittel 1,5 Monaten (Range 0,5 - 3). Im Vergleich dauerten ihre analytischen Therapien im Mittel 141 Stunden (Range: 28 - 515), die in durchschnittlich 28 Monaten (Range: 7 - 66) durchgeführt wurden. Hier gab es in 6 % der Fälle einen Abbruch ohne Abschlussphase. Die Abschlussphase selbst dauerte im Mittel 32 Stunden (Range: 3 - 90) im Zeitraum von durchschnittlich 7 Monaten (Range: 0,5 - 17). Nach der Terminsetzung gab es durchschnittlich noch 15 Stunden (Range: 1 - 9) im Zeitraum von im Mittel 3 Monaten (Range 0,5 - 6).

Zu berücksichtigen bleibt, dass laut aktuellen Erhebungen in Deutschland zur ambulanten Psychotherapie von 698 befragten PatientInnen im Mittel 48 Stunden (SD = 68,6) an Therapie absolviert werden (Albani, Blaser, Geyer, Schmutzer & Brähler, 2010). Als Gründe für die Beendigung der Therapie werden von den befragten PatientInnen genannt, dass ihre Probleme gelöst seien bzw., dass sie damit besser umgehen könnten (68 %), dass eine weitere Therapie nicht helfen würde (23 %), dass es Bedenken wegen der Kompetenz des/der Therapeuten/in gäbe (10 %), oder dass ein TherapeutInnenwechsel geplant sei (2 %). 6 % nennen die Kosten der Therapie als Grund, 3 % die eigenen Kosten für die Therapie und 6 % die Probleme mit den Kostenträgern. In 36 % der Fälle schlägt der/die Psychotherapeut/in die Beendigung vor. In einer ähnlichen Studie, bei der 741 PatientInnen befragt werden, finden 75 %, dass die Therapie zum richtigen Zeitpunkt beendet wurde. 79,5 % geben an, dass die Therapieziele genügend erreicht wurden. 12 % empfinden, dass die Therapie bisher zu keiner Verbesserung geführt habe und deshalb eine Weiterführung sinnlos sei (Gallas, Kächele, Kraft, Kordy & Puschner, 2008).

Welche Strategien zur Beendigung von Psychotherapien gibt es?

Ansprechen / Ankündigen

Das Ankündigen oder Ankündigung des Therapieendes liegt zeitlich gesehen noch vor der Terminsetzung und der konkreten Planung und entspricht dem Bewusstwerden und Benennen des Therapieendes, das Rieber-Hunscha (2005) zufolge den Beginn der Abschlussphase darstellt. Zum Timing des Ansprechens sind diagnostische Überlegungen, die vom Therapiebeginn an mitlaufen sollen, zentral. So wird der Zeitpunkt des Ansprechens bei PatientInnen mit Anpassungsschwierigkeiten früh erfolgen und auch kontinuierlich in den Therapieprozess einfließen, wohingegen bei PatientInnen mit narzisstischer Persönlichkeitsstruktur ein zu frühes Ansprechen einen Abbruch als Folge von zu stark provozierten Trennungsängsten auslösen kann (Müller-Ebert, 2005). Generell kann das Ansprechen von Seiten der PatientInnen aber auch der TherapeutInnen erfolgen. Gerade Gestalt-, Gesprächspsycho- und VerhaltenstherapeutInnen kündigen das Ende der Therapie auch von sich aus an, wenn sie der Meinung sind, der Zeitpunkt für Beendigung sei gekommen und dies nicht von Seiten der PatientInnen erfolgt (Müller-Ebert, 2001).

Dass allein mit der Ankündigung einer möglichen Beendigung alte, auch schmerzhaftere Erinnerungen wachgerufen werden können, die bisher noch nicht thematisierbar waren, und es notwendig ist, genügend Zeit für die Abschlussphase einzurechnen, zeigt das folgende Fallbeispiel:

Fallbeispiel – Herr H.

Bei einem 34-jährigen Patienten, der nach einer schweren depressiven Episode mit Suizidversuch in psychotherapeutische Behandlung gekommen ist, spreche ich nach längerem Verlauf das mögliche Ende der Therapie an. Er wirkt sehr zuversichtlich, meint genügend Ressourcen getankt und sich entwickelt zu haben. Wir sprechen über zukünftige Pläne eines Arbeitsaufenthaltes im Ausland, wobei er es aktuell aber nicht schaffen, sich an die Bewerbungsunterlagen zu setzen. Auf die Frage, was ihn daran hindere, nennt er zunächst zeitliche Aspekte, dann aber wird er still, nachdenklich und meint: „Was ist, wenn ich nicht da bin?“ Er berichtet vom Tod seiner geliebten Oma, die nach kurzfristiger Erkrankung starb. Er habe die Oma zu Hause besucht, diese sei schwer gezeichnet und kaum ansprechbar gewesen und habe nach einigen Minuten aufgehört zu atmen.

Herr H. musste seine ganze Familie über den Tod der Oma informieren, er kümmerte sich um alles, organisierte, telefonierte die ganzen nächsten Tage - aber niemand habe Herrn H. selbst

jemals gefragt, wie es ihm gehe. Zum ersten Mal war es ihm möglich, dies anzusprechen und Trauer zuzulassen. In den folgenden Stunden konnte eine seitdem bestehende Distanz zu den Eltern und seine Bedürfnisse im Abschied erarbeitet werden.

Planung des Therapieendes und Terminsetzung

Eine Planung des Therapieendes ist allein aufgrund äußerer Gegebenheiten, wie Krankenkassenfinanzierung oder Psychotherapie im Kontext von Einrichtungen, notwendig. Aber auch im Sinne der Transparenz und Sicherheit für die PatientInnen ist es ratsam, die Phase der Beendigung bereits zu Beginn der Therapie anzusprechen (Rahm et al., 1999). Neben dem Ankündigen ist auch für die konkrete Terminisierung der letzten Therapieeinheit eine ko-respondierende Auseinandersetzung beider Seiten notwendig, um zu einem guten Ende der Therapie zu kommen und dies genügend vorzubereiten. Ein solches Terminisieren wird von Rieber-Hunscha (2005) im Gegensatz zu früheren Diskussionen in der Psychoanalyse, ob eine Terminisierung sogar einen Behandlungsfehler darstellt, als notwendig und sinnvoll erachtet. Ein konkretes Datum der letzten Therapieeinheit ermöglicht noch einmal eine antizipatorische Auseinandersetzung mit dem Ende der Therapie. Es verstärkt das Bilanzieren über Erfolge, Gelerntes und Erlebtes in der Therapie und in der therapeutischen Beziehung. Nicht selten treten vermehrt Träume mit Abschiedsinhalten auf oder Trennungs- und Abschiedserlebnisse werden aktiviert. Interessant ist auch, dass das Bewusstsein über die bemessene Zeit einer Therapie am Beginn mittelmäßig ausgeprägt ist, sich dann völlig verliert und sich am Ende natürlich schlagartig erhöht (Rieber-Hunscha, 2007).

Bilanzieren

Eine Bilanzierung umfasst eine generelle Kosten- und Nutzenabschätzung der Therapie und soll prinzipiell als Kontrolle des Therapieerfolgs gesehen werden, dient aber auch zur Differenzierung und zum Erheben eines Status quo, auf dem wiederum Zukünftiges aufgebaut werden kann. Dabei erfolgt zunächst die Überprüfung der ursprünglichen Therapieziele, mit denen die PatientInnen in die Therapie gekommen sind. Damit stehen folgende Fragen im Vordergrund: Was ist im Prozess gelaufen? Wovon wurde profitiert? Was konnte gelöst werden? Welche Veränderungen waren möglich? Welche nicht? Was ist noch offen? Wann und wie hat die Therapie begonnen? Wie war der damalige Lebenskontext? Was war das Ausgangsanliegen? Kann der/die Patient/in die Ausgangsproblematik mit der eigenen Lebensgeschichte vernetzen? Wie kann der/die Patient/in die Veränderungen in seinem/ihrem Leben einbauen? Welche Therapiethemen waren besonders wichtig? Konnten die Symptome reduziert werden (siehe Müller-Ebert, 2001; Rohmann, 2007)?

Der Bilanzierung, im Sinne einer genauen Reflexion hervorstechender Erlebnisse, soll besondere Zeit gewidmet werden. Solche sowohl positiven als auch kritischen peak experiences (Frühmann, 2011) stellen jene Erfahrungen dar, die eine Entwicklung am Wesentlichsten beeinflussen und sind deshalb für die Erfassung von Sinnzusammenhängen, dem Verstehen der eigenen Lebensgeschichte oder von Genesungsprozessen von besonderer Bedeutung.

Neben der Bilanzierung bezüglich der Therapieziele soll eine Einschätzung und Bewertung der therapeutischen Beziehung hinsichtlich ihrer Qualität, Gelingenem aber auch bezüglich Unklarheiten, Missverständnissen und Konflikten zwischen PatientInnen und TherapeutInnen erfolgen. Es ist wichtig, die PatientInnen einzuladen und zu ermutigen, solche Enttäuschungen und schwierigen Phasen anzusprechen, um notwendige Klärung geben zu können. Auch Fragen zu emotionalen und atmosphärischen Qualitäten oder eventuellen Kränkungen sollen Platz haben. Wiederum wird im gemeinsamen Austausch reflektiert, was bezüglich der therapeutischen Beziehung möglich war und was nicht, was gefehlt oder geschadet hat und was genützt hat.

In der Integrativen Therapie eignen sich kreative Medien hervorragend für die Bilanzierungsarbeit. So können Aufzeichnungen von Therapietagebüchern oder ein Therapiepanorama zum Einsatz kommen. Es können Symbole für das Erreichte und für Weiterentwicklungsziele gesucht werden oder ein zu Beginn der Therapie gestaltetes Lebenspanorama mit einem aktuellen verglichen werden. Genauso eignen sich die fünf Säulen der Identität, Bodycharts oder geschriebene Erlebnisläufe im Vergleich Beginn und Ende zur Reflexion. Rahm et al. (1999) erwähnen auch die Möglichkeit eines sich gegenseitigen Abschiedsbrief-Schreibens. Rieber-Hunscha (2005) befürwortet den ergänzenden Einsatz von Dokumentationsfragebögen zu Therapiezielen und Ergebnissen der Therapie, um das Bewusstsein der PatientInnen dafür noch zu fördern. Aus psychologischer Sicht eignen sich Fragebögen zu Ressourcen und Fähigkeiten gut zum gemeinsamen Reflektieren. Ein solches konkretes Festhalten („schwarz auf weiß“) eines Status quo zu Beginn und am Ende einer Behandlung im Sinne einer Selbsteinschätzung und der damit verbundenen Veränderungen, kann bei PatientInnen ein Aha-Erlebnis bewirken und ihren Selbstwert stärken. Bei fachgerechter Anwendung kann ein diesbezüglicher Fragebogeneinsatz sogar bei ungünstigem Verlauf im Sinne von Verschlechterungen zur Klärung beitragen und positiv wirken.

Als Beispiel für eine Bilanzierungsarbeit und Therapiereflexion wird in Abbildung 1 die Collage von Frau M., einer 40-jährigen Patientin, dargestellt, die nach schwerster depressiver Erkrankung gepaart mit Angsterkrankung nach einem halben Jahr tagesklinischer Behandlung ihren teilstationären Aufenthalt sehr positiv beendete.

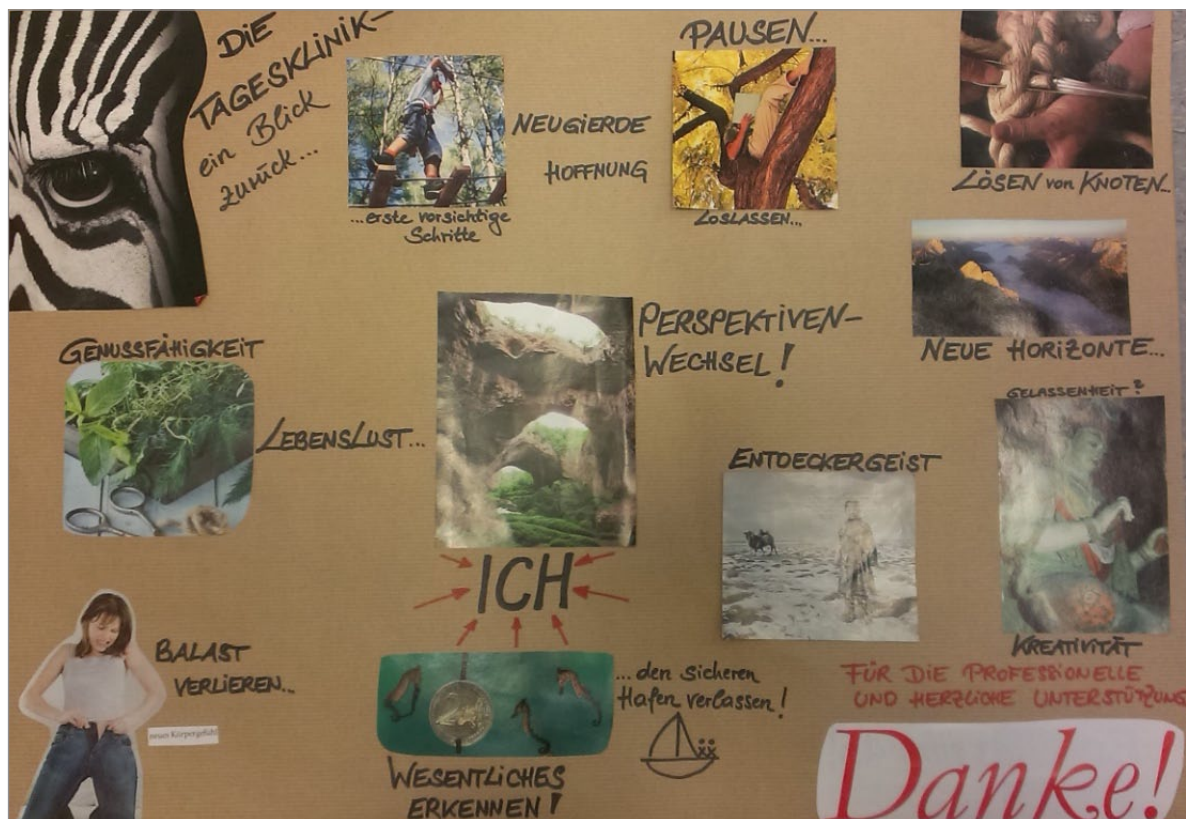


Abbildung 1: Collage von Frau M.

Konfliktaufarbeitung

Eine weitere zentrale Strategie stellt die Konfliktaufarbeitung dar. Oft durch das Bilanzierungsarbeiten ausgelöst, ist das Thematisieren von Bindungs- und Trennungskonflikten in der therapeutischen Beziehung Kernstück der Konfliktaufarbeitung. Es soll vor allem auf negative, noch unbearbeitete Übertragungen fokussiert werden. Gerade für diese Arbeit und für die Kontrolle von Gegenübertragungen ist das Bewusstsein der TherapeutInnen über ihre eigenen Trennungskonflikte, ihren Trennungsunwillen oder ihr Trennungsverhalten wesentlich. In der Abschlussphase und speziell in der Konfliktaufarbeitung kann häufig eine Symptomverschlechterung bei PatientInnen beobachtet werden und sich die Eingangssymptomatik im Zusammenhang mit der bevorstehenden Beendigung erneut zeigen. Dies sollte aber nicht als Rückfall betrachtet werden, schließlich erfolgt zu Beginn der Therapie die Kontaktaufnahme über das Symptom, das durch das Therapieende aktualisiert wird. Das Positive an der Abschlussphase ist, dass zum Ende der Therapie den PatientInnen meist viel mehr Ressourcen, Strategien und Verständnis zur Verfügung stehen, um diese Aspekte und die eventuell auftretende Achterbahn der Gefühle zu bearbeiten.

Zur Konfliktaufarbeitung gehört auch, dass frühere Trennungserfahrungen der PatientInnen im Alltag und in der Lebensgeschichte aktualisiert werden und bearbeitet gehören. „Abschiede rufen Abschiede“ formuliert Petzold (2003, S. 840). Es gilt zu klären, welches Trennungsverhalten die PatientInnen zeigen, welche Verlusterfahrungen sie bereits gemacht haben, welche Abschiede geglückt und welche nicht geglückt sind. Dazu gehört auch, sich von unerfüllbaren Träumen, Wünschen und Phantasien zu verabschieden. Für die Bearbeitung von Lebensabschieden und den damit einhergehenden Emotionen, Gedanken, Verhaltensweisen und leiblichen Reaktionen soll genügend Raum zur Verfügung gestellt werden. Dies und die aktuelle gemeinsame Gestaltung des Abschiedes in der Therapie zwischen PatientInnen und TherapeutInnen tragen zur Realisierung des Abschiedsprozesses bei.

Zukunftsantizipation – Zeit nach der Therapie

Die gemeinsame Besprechung der nachfolgenden therapiefreien Zeit soll einen guten Transfer in den Alltag ermöglichen und auch die weitere Souveränitätsentwicklung bzw. Selbstwirksamkeit fördern. Diesbezügliche Transferfragen können sein: Wie stellt sich der/die Patient/in seine/ihre weitere Entwicklung nach der Therapie vor? Wie schaut die Lebensplanung in den anschließenden Monaten aus? Welche Krisensituationen lassen sich voraussehen? Welche Krisenstrategien stehen den PatientInnen zur Verfügung? Wie wird die freiwerdende Zeit von dem/der Patienten/in genutzt werden? Bei der Besprechung der Zukunftspläne soll auch Raum sein zu klären, wie es um die Möglichkeit des Zurückkommens in eine Therapie oder möglicher Boster-sitzungen steht, bzw. wie mit der postterminalen Phase umgegangen wird.

Als Beispiel für eine Therapiereflexion, die eine Antizipation der Zukunft mit einschließt, wird in Abbildung 2 das von Frau S., einer 28-jährigen Patientin mit dependenten und impulsiven Persönlichkeitszügen, nach einer mittelgradigen depressiven Episode gestaltete Tryptichon (Beginn der Therapie, Ende der Therapie und Zukunftsperspektive) dargestellt.



Abbildung 2: Tryptichon von Frau S.

Therapieintervallverlängerung

Die Therapieintervallverlängerung, also die Dehnung der Therapieeinheiten durch Veränderung der Häufigkeit der Stunden, stellt ebenfalls eine therapeutische Strategie in der Abschlussphase dar. Müller-Ebert (2001) unterscheidet zwischen Strecken, Ausschleichen, Stützterminen und niederfrequentem Arbeiten als Arten von Therapieintervallverlängerungen. Das *Strecken* wird vor allem bei VerhaltenstherapeutInnen angewendet, die schon im Verlauf der Therapie zwei- oder dreiwöchige Intervalle installieren, um so den Übungszeitraum zu vergrößern. Das *Ausschleichen* bezeichnet die Verringerung der monatlichen Stundenanzahl gegen Ende der Therapie. Ziel ist es, den Übergang in die Zeit nach der Therapie zu trainieren und zu erleichtern. Die Begründung der Anwendung liegt in der Förderung der Selbstverantwortung und teilweise auch in einem leichteren Loslassen von Seiten der TherapeutInnen. Das Ausschleichen wird laut Müller-Ebert (2001) von den meisten TherapeutInnen unterschiedlicher Richtungen, mit Ausnahme der Psychoanalyse, angewendet. Bei VerhaltenstherapeutInnen geht das Strecken am Therapieende oft in ein Ausschleichen mit vier- bis sechswöchigen Intervallen über. Eine Veränderung des Settings von Einzel- zur Gruppentherapie kann eine Sonderform des Ausschleichens darstellen. *Stütztermine* sind einzelne Therapiesitzungen, die in Krisensituationen nach Beendigung der Therapie angeboten werden. Sie können mit einem medizinischen Nachsorgetermin oder einer Auffrischungsimpfung verglichen werden. Müller-Ebert (2005) selbst meint, dass es zumindest „überlegenswert“ sei, Auffrischungssitzungen, die in der Verhaltenstherapie zur Therapieplanung gehören, auch bei beziehungsorientierten und auch dynamischen Psychotherapieverfahren in die Planung aufzunehmen. Sie nennt persönliche Beispiele, bei denen PatientInnen nach einem Zeitraum von circa einem Jahr zu einer Therapiestunde gekommen sind, um ihre Erfolge und Weiterentwicklungen mitzuteilen und auch Dankbarkeit für weitere erlebte Aspekte auszudrücken, wofür zu wenig Zeit geblieben ist. Die vierte Form der Therapieintervallverlängerung ist das *niederfrequente Arbeiten*, das einzig von den PsychoanalytikerInnen angewendet wird, indem gegen Ende der Therapie die Anzahl der wöchentlichen Sitzungen reduziert wird.

Gestaltung der letzten Stunde

Häufig gibt es sowohl von Seiten der PatientInnen als auch der TherapeutInnen spezielle Wünsche oder Ideen zur Gestaltung der letzten Stunde. Dies soll bereits im Vorhinein gemeinsam erarbeitet und vereinbart werden und für beide Seiten passend sein. Grundsätzlich gilt, dass die jeweilige Gestaltung weitgehend den PatientInnen selbst überlassen wird. Es ist möglich, die letzte Stunde auch außerhalb der Praxisräume zu gestalten, in einem Café oder bei einem gemeinsamen Spaziergang. Durch das Verlassen des Praxisraumes wird rein äußerlich die Änderung der Rollen betont (Rahm et al., 1999). Andere Möglichkeiten sind das Anschauen von Fotos, gemeinsames Musikhören oder das Vorlesen eines bestimmten Märchens. Die Gestal-

tung der letzten Stunde wird abhängig von der bestehenden Beziehung sein und in Kurzzeittherapien wird oft auch in der letzten Stunde noch an Themen gearbeitet.

Zur letzten Stunde gehört oft das Thema Abschiedsgeschenk. Feller (2009) diskutiert in seiner Arbeit die Bedeutung des Abschiedsgeschenkes als Ausdruck für Dankbarkeit und Wertschätzungen und der Möglichkeit, den TherapeutenInnen etwas zurückzugeben. Novick und Novick (2008) gehen noch einen Schritt weiter, indem sie das Bedürfnis der PatientInnen erläutern, in Erinnerung zu bleiben. Dieses Bedürfnis stammt daher, dass PatientInnen oft von ihren Eltern nur in einer durch Projektionen oder Externalisierung verzerrten Weise wahrgenommen werden und die TherapeutenInnen durch ihre gemeinsame Arbeit wissen, wie die PatientInnen in Wirklichkeit sind. Deshalb sollen Geschenke auch angenommen werden, und die Autoren empfehlen den PatientInnen mitzuteilen: „I'll always keep you and our work together, in mind“ (zitiert nach Feller, 2009, S. 1193). Die Bedeutung eines jeden Geschenkes wird nicht erklärbar sein, und es gibt wohl auch Geschenke, die aus narzisstischer oder falscher Compliance heraus gemacht werden. Ebenso können Geschenke laut Müller-Ebert (2001) auch manchmal Groll oder Beziehungswunsch ausdrücken.

Wesentlich ist, dass es keine Verpflichtung für ein Geschenk gibt und dieses angemessen ist. Rahm et al. (1999) weisen darauf hin, dass ein Geschenk nicht zu aufwendig sein darf, dass es nicht beschämt oder verwirrt bzw. neue Fragen aufwirft. Vielmehr solle es gut tun und stimmig sein. Ein wichtiger Aspekt ist, dass auch die TherapeutenInnen ihren PatientInnen kleine Geschenke geben können, motiviert aus Gründen von Spaß und Freude oder um ihnen etwas für die Zukunft mitzugeben. Als Beispiele werden ein Stein, ein Therapietagebuch mit einem besonderen Spruch oder unter Umständen auch ein Kuscheltier genannt. Ergänzend soll noch erwähnt sein, dass kleine Geschenke auch im Verlauf einer Therapie möglich sind z. B. eine Blume für eine bestandene Prüfung von PatientInnen, deren Leistung früher von niemandem beachtet wurde.

Ein Abschiedsgeschenk stellt auch ein Übergangsritual dar. Die von Müller-Ebert (2001) befragten TherapeutenInnen verwenden als Übergangsritual auch Phantasie Reisen zum Thema Trennung oder mit Vorstellungen der Zukunft bzw. das Aussprechen guter Wünsche von Seiten der TherapeutenInnen. Vor allem GestalttherapeutenInnen nutzen die letzte Stunde, um eine Art Fest oder Feier zu gestalten, mit dem Hintergrund, die Souveränität und Selbstverantwortung sowie die Bejahung der Trennung zu fördern. Auch eine ausgesprochene Einladung bzw. Erlaubnis zur Rückkehr in die Therapie stellt ein Übergangsritual dar und wird laut Müller-Ebert (2001) von den meisten TherapeutenInnen ausgesprochen. Auf jeden Fall soll auf die Frage eingegangen werden, wie nun der konkrete Abschied von PatientIn und TherapeutIn im Vergleich zu anderen Lebensabschieden gelungen ist (Rahm et al., 1999).

Ausblick

Die hier genannten Arbeiten liefern wertvolle Informationen über die Dauer der Abschlussphase und hilfreiche Strategien für die fachgerechte Durchführung der Beendigung von Psychotherapien. Sie bilden ein schulenübergreifendes Theorie- und Handlungswissen, das einen Leitfaden für die Arbeit in dieser höchst sensiblen Therapiephase darstellt. Es wird das Ziel unterstützt, einen gemeinsam erlebten Abschiedsprozess zu gestalten und ein gutes Modell zu etablieren, aufgrund dessen es den PatientInnen möglich ist, uns PsychotherapeutInnen als gute innere Beistände oder die Psychotherapie als schützende Inseleerfahrung (Petzold, 2003) zu verinnerlichen, wodurch wiederum die Resilienz der PatientInnen gefördert wird. Wesentliche Voraussetzung für ein solches Gelingen stellt eine gute therapeutische Beziehung dar, in der basierend auf intersubjektiven Ko-responzenzprozessen auch die Art, Dauer und der Zeitpunkt der Beendigung in der Therapie gemeinsam erarbeitet und dies von Beginn an offen angesprochen wird. Eine solche Transparenz kann Risiken und Nebenwirkungen minimieren (Leitner et al., 2012). Für die PsychotherapeutInnen gilt es, auf individuelle Erfahrungen ihrer PatientInnen einzugehen aber auch störungsspezifische Überlegungen einzubinden. Mehrperspektivische Betrachtungsweisen ermöglichen das Wahrnehmen, Erkennen, Verstehen und Erklären von Beendigungshinweisen, und die genannten Strategien, in gemeinsamer dialogischer Auseinandersetzung, können bei einer fachgerechten Durchführung des Abschiedes in der Psychotherapie helfen. Aus integrativer Sicht ist es hilfreich, die Abschlussphase per se und die genannten Strategien auf dem Hintergrund des tetradischen Systems (Petzold, 2003) zu reflektieren. Initial-, Aktions-, Integrations- und Neuorientierungsphase ziehen sich wie ein roter Faden durch den gesamten Therapieprozess, durch jede einzelne Therapieeinheit und auch durch Therapiephasen. Die erstgenannten Strategien, wie das Ankündigen oder die Terminisierung des Therapieendes, können aus dieser Sicht der Initialphase zugeordnet werden. Mittels Bilanzierung und Konfliktaufarbeitung werden zentrale Inhalte erlebbar und verstehbar gemacht und sind so der Aktionsphase und Integrationsphase zuzuordnen. Sie stellen wiederum die Basis dar, um eine Neuorientierung zu schaffen. Hierzu können die Strategien der Zukunftsorientierung, der Therapieintervallverlängerung und auch die Gestaltung der letzten Stunde gezählt werden. Die genannten Strategien können darüber hinaus Beiträge zur Realisierung unterschiedlicher Wirk- und Heilfaktoren (Petzold, 2012) liefern und somit wesentlich der Stärkung von PatientInnen dienen.

Es bleibt zu hoffen, dass das Bewusstsein über die Sensibilität der Abschlussphase und der Beendigung von Psychotherapie in der Psychotherapie Community zunimmt, verstärkt in den jeweiligen Ausbildungen vermittelt wird und durch vergleichende Psychotherapieforschung, auch in Österreich, basierend auf qualitativen und quantitativen Untersuchungen, der Diskurs vertieft wird.

*„... Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!“
„Stufen“ (Hermann Hesse, 1986)*

Literatur

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut*, 55(6), 503-514.
- Borcsa, M., Broda, M., Flückiger, Ch., Köllner, V., Schauenburg, H., Stein, B., Wiegand-Grefe, S. & Wilms, B. (Hrsg.) (2007). Wann ist zu Ende therapiert? *Zeitschrift Psychotherapie im Dialog*, 8(2).
- Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirates, zuletzt vom 13.3.2012*. Zugriff am 15.03.2015. Verfügbar unter <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/berufskodex.pdf>
- Diederichs, P. (Hrsg.). (2006). *Die Beendigung von Psychoanalysen und Psychotherapien: Die Achillesferse der psychoanalytischen Behandlungstechnik?* Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Feller, A. (2009). Termination. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(5), 1185–1195.
- Frühmann, R. (2011). *Grundlagen integrativer Gruppentherapie – Ein Leitfaden*. Master of Science. Donau Universität Krems, Krems.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H. & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Befunde der TRANS-OP Studie und deren Implikationen für Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(6), 414-423.
- Hesse, H. (1986). Stufen. In V. Michaels (Hrsg.). *Das Lied des Lebens: Die schönsten Gedichte von Hermann Hesse* (S. 198). Berlin: Suhrkamp.
- Hutterer-Krisch, R. (2007). *Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit*. Wien: Springer.
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer.
- Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., Liegl, G., Hinterberger, G. & Schigl, B. (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie*. Endbericht. Krems: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Müller-Ebert, J. (2001). *Trennungskompetenz – Die Kunst, Psychotherapien zu beenden*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Müller-Ebert, J. (2005). Vom Trennen: Herausforderungen beim Beenden von Therapien. *Psychotherapie im Dialog*, 6(2). 150-155.
- Müller-Ebert, J. (2007). Der Worte sind genug gewechselt...“ Beendigungshandeln schulenübergreifend betrachtet. *Psychotherapie im Dialog*, 8(2), 117-122.

- Müller, L. & Petzold, H.G. (2003). Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. *Polyloge – Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 8. Zugriff am 15.03.2015. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Mueller-Petzold-Resilienz-Polyloge-08-2003.pdf>
- Novick, J. & Novick, K.K. (2008). *Ein guter Abschied: Die Beendigung von Psychoanalysen und Psychotherapien*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Petzold, G.H. (1997). Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*, 23(4), 435-471.
- Petzold, H.G. (2003). *Integrative Therapie*. (Band 1-3). (2. Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2012): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. *Integrative Therapie*, 8(3). Zugriff am 15.03.2016. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2012h-integrative-therapie-transversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege-14-wirkfaktoren.pdf>
- Petzold, H.G., Goffing, J.J.M. & Oudhof, J. (2013). Protektive Faktoren und Prozesse die „positive“ Perspektive in der longitudinalen „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. *Polyloge – Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 8. Zugriff am 15.03.2015. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-goffin-oudhof-1993-rotektive-faktoren-entwicklungspsychologie-praxis-polyloge-08-2013.pdf>
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S. & Ruhe-Hollenbach, H. (1999). *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Rieber-Hunscha, I. (2005). *Das Beenden der Psychotherapie. Trennung in der Abschlussphase*. Stuttgart: Schattauer.
- Rieber-Hunscha, I. (2007). Wann ist zu Ende therapiert? *Psychotherapie im Dialog*, 6(2), 150-155.
- RIS – Bundeskanzleramt. Rechtsinformationssystem. (2015). Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Psychotherapiegesetz, Fassung vom 30.03.2015. Zugriff am 30.03.2015. Verfügbar unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620&ShowPrintPreview=True>
- Rohmann, A. (2007). *Die Durchführung von Einzeltherapien in der integrativen Therapie – Ein Leitfaden*. Master of Science. Donau Universität Krems, Krems.

Angaben zur Autorin

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Barbara Kreiner, MSc, ist Klinische- und Gesundheitspsychologin und Psychotherapeutin (Integrative Therapie). Sie arbeitet in freier Praxis und im Bereich der allgemeinen Psychiatrie des LKH Graz Süd-West, Standort Süd. Als Lektorin ist sie an der Karl-Franzens-Universität und an der FH Joanneum in Graz tätig.

Kontakt: barbara.kreiner@uni-graz.at

Zitationsempfehlung

Kreiner, B. (2015). Praxisrelevante Überlegungen zur Beendigung von Psychotherapien – Abschlussphase und Strategien. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 3(1), 65-79. Zugriff am 15.05.2015. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>