

Therapieabbrüche in Psychotherapien

Theorie und Empirie zu Abhandlungen und Strategien zur Vermeidung von Therapieabbrüchen

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

von

Mag. Dr. Roman Winkler, MSc (LSE)

Wien

Department für Psychotherapie und

Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Wien, 22.11.2017

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Roman Winkler, geboren am 11. August 1970 in Linz erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen (Klinik, Beratungszentrum...) betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Wien, 22.11.2017

(in der Printversion)

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

DANKSAGUNGEN

Diese Abschlussarbeit markiert ein Ende, dem ich mit Aufregung, Begeisterung aber auch mit etwas Wehmut entgegenblicke: Die *Ausbildung zum Integrativen Gestalttherapeuten* neigt sich dem Ende und das Zurückblicken auf den bisherigen Ausbildungsweg erfüllt mich vor allem auch mit Dankbarkeit, die ich vielen WegbereiterInnen, WegbegleiterInnen und FreundInnen entgegenbringen möchte.

... Meinem Mann, *Markus*, dafür, dass wir über die Jahre hinweg unbeirrt, humorvoll und tief verbunden unseren Weg gehen – es *ist* und *bleibt* ein Abenteuer mit ausreichend vielen Inseln für gemeinsame und eigene Träume und Wünsche!

... Meinen *Eltern* und meinem *Opa* für Unterstützung, Rückhalt und für das Aufwachsen in einem gesellschaftspolitisch–kritischen Umfeld!

... Meinen *KollegInnen in der Ausbildungsgruppe Ö36*, die mir ein wertvoller und hoch geschätzter Resonanzraum die Ausbildungsjahre hindurch waren. Insbesondere möchte ich mich bei *Ursula Bartl* und *Elisabeth Grill* für die freundschaftliche und kollegiale Verbundenheit bedanken, die uns seit unserer Tätigkeit als PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision besonders verbindet.

... Meiner Kollegin und Freundin, *Dr.ⁱⁿ Corinna T. Fritz* an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Christian-Doppler-Klinik in Salzburg, für den konstanten, fachlichen Austausch rund um angewandte Psychotherapie im klinischen Setting.

... Meinen LehrtherapeutInnen und SupervisorInnen für die langjährige professionelle Begleitung während der Psychotherapieausbildung bzw. auf dem Weg der *Identitätsentwicklung zum Psychotherapeuten*.

... Meinen KollegInnen am *Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment* für den kritisch-neugierigen ForscherInnengeist, der stets eines möchte: *To add to the body of human knowledge and to understand the nature the universe!*

... Meinen *PatientInnen*, die mir tiefe Einblicke in die Weite ihrer menschlichen Bedürfnisse, Sehnsüchte, Ängste und Freuden erlauben!

ABSTRACT

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit *Therapieabbrüchen* und beabsichtigt von unterschiedlichen Blickwinkeln aus, sowohl Prädiktoren als auch mögliche Vermeidungsstrategien für das frühzeitige Beenden von Psychotherapien zu identifizieren. Die Arbeit gliedert sich hierzu in zwei Teile. Teil I nähert sich dem Thema vor dem Hintergrund einer narrativen Literaturanalyse und fokussiert auf das definitorische Spektrum sowie auf mögliche Indikatoren und Kategorisierungen von Therapieabbrüchen. Weiters erfolgt in diesem Teil eine Analyse von potentiellen Prädiktoren – wobei hier ein multiperspektivischer Ansatz gewählt wird, der sowohl PatientInnen-, als auch die TherapeutInnen- und Prozessrelevanten Aspekte berücksichtigt. Darüber hinaus erfolgt eine theoretische Verortung von Therapieabbrüchen anhand von zentralen Psychotherapiemodellen und unter besonderer Berücksichtigung des Gestalttherapeutischen Psychotherapiemodells. Abschließend findet sich in diesem Teil ein Kapitel zur Vermeidung von Therapieabbrüchen.

Darauf aufbauend erfolgt in Teil II eine empirische Analyse von 14 systematischen Übersichtsarbeiten (inkl. Meta-Analysen) in Form eines *Overview of Reviews*. Mit diesem methodischen Vorgehen soll eine systematische, möglichst breite und rezente Evidenzübersicht zu Therapieabbrüchen bereitgestellt werden, die eine Ergänzung zu Teil I darstellt. Die Kernergebnisse diskutieren Therapieabbrüche vor allem im Zusammenhang mit psychischen Störungsbildern von PatientInnen, den jeweiligen Therapiesettings (wie z.B. ambulant, stationär), den Charakteristika von PsychotherapeutInnen etc. Schließlich werden Handlungsempfehlungen formuliert und zur Verfügung gestellt, die zum einen eine Unterstützung für PsychotherapeutInnen in der Praxis zur Vermeidung von Therapieabbrüchen darstellen sollen als auch Anregungen für weiterführende Forschungen zu diesem Thema geben sollen.

Stichworte für die Bibliothek:

Therapieabbrüche; Dropout(s); Prädiktoren; Psychotherapieforschung; systematische Übersichtsarbeiten; Overview of Reviews.

ABSTRACT

This research deals with premature termination of psychotherapies and it aims at identifying from different perspectives both predictors as well as potential prevention strategies. This research report consists of two parts. Against the backdrop of a narrative literature review part I focuses on the spectrum of definitions and terms as well as on possible indicators and categorisations in the context of treatment discontinuations. Furthermore, this part involves an analysis of potential predictors and it will provide a multi-perspective approach considering both patient-, as well as therapist- and process-related aspects that may cause dropouts in psychotherapies. In addition, premature termination of psychotherapies will be analysed according to key theories in psychotherapy research – with particular consideration of the Gestalttherapy model. Finally, this part contains a chapter dealing with the prevention of treatment discontinuation.

Part II represents an *overview of reviews* including 14 systematic reviews (incl. meta-analyses). It provides systematic, broad and recent evidence regarding treatment discontinuation and it supplements the results presented prior in part I. The core results of the *overview of reviews* discuss premature termination of psychotherapies especially in connection with mental disorders of patients, the respective therapy setting (e.g. outpatient, inpatient), the characteristics of psychotherapists etc. Finally, recommendations supporting psychotherapists to prevent treatment discontinuations as well as suggestions for further research will be put forward.

Keywords:

Treatment discontinuation; dropouts; predictors; psychotherapy research; systematic reviews; overview of reviews.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	9
2	FORSCHUNGSFRAGEN UND -ZIELE.....	12
3	METHODOLOGIE.....	14

TEIL I

DEFINITIONEN UND THEORIEN ZU THERAPIEABBRÜCHEN

4	KONTEXTFAKTOREN ZUR NÄHEREN BESTIMMUNG VON THERAPIE- ABBRÜCHEN.....	17
4.1	THERAPIEABBRUCH ALS EINSEITIGES PHÄNOMEN	18
4.2	ZEITPUNKTE FÜR THERAPIEABBRÜCHE.....	18
4.3	SITZUNGSANZAHL ALS INDIKATOR FÜR THERAPIEABBRÜCHE.....	19
4.4	THERAPEUTISCHES SETTING ALS INDIKATOR FÜR THERAPIEABBRÜCHE.....	22
4.5	KATEGORISIERUNG VON THERAPIEABBRÜCHEN	25
5	PRÄDIKTOREN FÜR THERAPIEABBRÜCHE	26
5.1	PATIENTINNENSEITIGE PRÄDIKTOREN	27
5.2	THERAPEUTINNENSEITIGE PRÄDIKTOREN	30
5.3	PROZESSBEZOGENE PRÄDIKTOREN	32
5.4	EXTERNALE PRÄDIKTOREN.....	33
5.5	IMPLIKATIONEN VON THERAPIEABBRÜCHEN	35
5.5.1	<i>... aus der PatientInnenperspektive.....</i>	<i>35</i>
5.5.2	<i>... aus der Perspektive von zentralen Bezugspersonen.....</i>	<i>37</i>
5.5.3	<i>... aus der TherapeutInnenperspektive.....</i>	<i>37</i>

6	THEORIEN UND MODELLE ZUR BESCHREIBUNG VON THERAPIEABBRÜCHEN	39
6.1	UNERWÜNSCHTE ENTWICKLUNGEN IN PSYCHOTHERAPIEN	39
6.2	META-MODELL ZU VERLAUFSPROZESSEN IN PSYCHOTHERAPIEN.....	40
6.2.1	<i>Das generische Modell der Psychotherapie.....</i>	<i>41</i>
6.2.2	<i>Das Psychotherapie-Modell nach Grawe.....</i>	<i>46</i>
6.2.3	<i>Das transtheoretische Modell.....</i>	<i>47</i>
6.3	SELBSTBESTIMMUNGSTHEORIE: INTRINSISCHE UND EXTRINSISCHE MOTIVATION	48
6.3.1	<i>Intrinsische Motivation.....</i>	<i>48</i>
6.3.2	<i>Extrinsische Motivation.....</i>	<i>49</i>
6.4	GESTALT THERAPEUTISCHES PSYCHOTHERAPIEMODELL.....	49
6.4.1	<i>Kontakt(phasen)modell der Gestalttherapie.....</i>	<i>51</i>
6.4.2	<i>Kontaktstörungen in der Gestalttherapie.....</i>	<i>53</i>
6.5	DIE BEENDIGUNG EINER PSYCHOTHERAPIE	56
7	VERMEIDUNG VON THERAPIEABBRÜCHEN – GEGENSTRATEGIEN UND PRÄVENTIONSVORSCHLÄGE	58
8	ZWISCHENRESÜMEE TEIL I.....	66

TEIL II

OVERVIEW OF REVIEWS ZU THERAPIEABBRÜCHEN

9	EMPIRISCHE ERFAHRUNGEN ZU THERAPIEABBRÜCHEN	69
9.1	FRÜHE(RE) FORSCHUNGSBEFUNDE.....	69
9.2	METHODE.....	70
9.2.1	<i>Literatursuche.....</i>	<i>70</i>
9.2.2	<i>Ein- und Ausschlusskriterien.....</i>	<i>71</i>
9.2.3	<i>Literaturauswahl.....</i>	<i>72</i>
9.2.4	<i>Qualitätsbewertung der systematischen Übersichtsarbeiten.....</i>	<i>73</i>
9.2.5	<i>Auswertungsdesign für Datenextraktion.....</i>	<i>74</i>

9.3	ERGEBNISDARSTELLUNG „OVERVIEW OF REVIEWS“	74
9.3.1	<i>Charakteristika der systematischen Übersichtsarbeiten</i>	74
9.3.2	<i>Evidenzsynthese aus den systematischen Übersichtsarbeiten</i>	78
10	DISKUSSION UND LIMITATIONEN	83
11	FAZIT	88
12	LITERATURVERZEICHNIS	92
13	ANHANG	105

1 Einleitung

Psychotherapie beschreibt (analog zur somatischen Behandlung von Personen) einen Prozess, der von Therapiebeginn und Therapieende umrahmt ist und der üblicherweise in einem Behandlungsvertrag zwischen PatientIn und (Psycho-)TherapeutIn¹ festgehalten wird. Folglich markiert eine psychische Erkrankung bzw. Belastung eines Menschen den Therapiebeginn und die Bewältigung bzw. Heilung das Ende (bzw. einen relevanten Endpunkt) einer Psychotherapie. Im Ideal- bzw. Regelfall beruht die Beendigung einer Psychotherapie auf einer Übereinkunft zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn.

Prinzipiell handelt es sich bei der Psychotherapie um ein hochwirksames Heilverfahren, das ein breites Spektrum an Störungsbildern und Therapieschulen umfasst. Die Evidenzlage hinsichtlich der Wirksamkeit von Psychotherapie ist ausreichend dokumentiert (siehe etwa Lambert, 2013). Trotzdem ist Psychotherapie nicht bei allen PatientInnen gleichsam wirkungsvoll. Umfangreiche Untersuchungen belegen, dass etwa in 5 bis 10 % der Psychotherapien Verschlechterungen bei PatientInnen eintreten (Lambert und Ogles, 2013). Es ist daher eine „unverzichtbare“ Aufgabe (für PsychotherapeutInnen, ForscherInnen) sich mit solchen unerwünschten Nebenwirkungen im Sinne einer „theoriegeleiteten und forschungsbegründeten Psychotherapie“ auseinanderzusetzen (Schigl, Märtens und Leitner, 2014, S. 11).

Vor diesem Hintergrund ist die Bedeutung des Forschungsthemas *Psychotherapieabbrüche* (auch im Kontext der allgemeinen Wirksamkeitsforschung) zu verorten. Die Bedeutung und Unterscheidung zwischen *erfolgreichen* und *nicht erfolgreichen* Psychotherapien wird oftmals auch am Grad der *abgeschlossenen* und *abgebrochenen* Therapien festgemacht. Gerade von jenen PatientInnen, die eine Therapie abbrechen, kann (retrospektiv) über mögliche Risikofaktoren für einen Dropout bzw. Therapieabbruch² gelernt werden. Es können aber auch Kenntnisse

¹ Im Folgenden werden *PsychotherapeutIn* und *TherapeutIn* abwechselnd und synonym verwendet. Dies gilt ebenso für die Begriffe *Psychotherapie* und *Therapie*.

² Dropout und Therapieabbruch werden synonym und abwechselnd verwendet gemäß der Definition von Schigl, Märtens und Leitner (2014): „Drop-outs: Dieser Begriff bezeichnet PatientInnen, die ihre Therapie vorzeitig beenden/ abbrechen, obwohl eine (hypothetisch erfolgreiche) Weiterbehandlung möglich wäre“ (S. 15).

über Protektivfaktoren erlangt werden– d.h. über jene Faktoren, die sich günstig auf einen Psychotherapieprozess und ein konsensual geplantes Therapieende auswirken. Tatsächlich birgt die Beschäftigung mit Therapieabbrüchen bzw. mit PatientInnen, die die Therapie abbrechen, die Möglichkeit in sich, die Effektivität der (eigenen) psychotherapeutischen Arbeit zu erhöhen (Lambert und Ogles, 2013). Ohne die Berücksichtigung der TherapieabbrecherInnen in der therapeutischen Arbeit und in den Forschungen bestünde die Gefahr, dass wir die Effekte von Psychotherapie mitunter überschätzen (Gesundheit Österreich, 2013). Der Abbruch ist insofern in Psychotherapien entsprechend mitzudenken – ebenso wie das (geplante) Therapieende per se von Beginn an einen wesentlichen Teil des therapeutischen Geschehens zwischen PatientIn und TherapeutIn darstellt. Die Reduktion von problematischen Therapieverläufen und das Risiko für Therapieabbrüche ist daher ein bedeutsames klinisches und auch ökonomisches Forschungsfeld – sowohl für PatientInnen, PsychotherapeutInnen als auch für KostenträgerInnen (Kraus, 2015).

Schließlich können unterschiedliche Faktoren das Ende einer Psychotherapie beschleunigen bzw. frühzeitig herbeiführen, sodass es zu einem vorzeitigen Therapieabbruch kommt. Seitens der PatientInnen kann ein Therapieabbruch etwa vom Schweregrad einer Erkrankung/ Belastung mitbestimmt werden oder von internalen und externalen Stigmatisierungen (z.B. im Zuge einer Erkrankung, Lebenssituationen, -entwürfen). PsychotherapeutInnen können ihrerseits z.B. durch nicht-strukturbezogene Interventionen, die zu keiner ausreichend tragfähigen, therapeutischen Beziehung mit PatientInnen führen, ebenso ein unbeabsichtigtes, frühzeitiges Therapieende bewirken. In jedem Fall handelt es sich bei einem Therapieabbruch zumeist um ein multifaktorielles Geschehen und je mehr über Faktoren, die einen Dropout bewirken können, bekannt ist, desto eher kann mit entsprechenden Strategien entgegengewirkt werden (Koran und Costell, 1973).

Neben der zuvor erwähnten Forschungsrelevanz ist es vor allem aber auch meine eigene Erfahrung als Psychotherapeut (in Ausbildung unter Supervision), die mein Interesse für dieses Thema weckte. Gerade am Beginn meiner psychotherapeutischen Tätigkeit gab es immer wieder Momente der Verunsicherung, wenn ein/e PatientIn abzubrechen *drohte* oder es auch zu einem Abbruch kam. Kontinuierliche Super- und Intervisionen als qualitätssichernde Maßnahmen waren und sind daher unumgänglich

und bereichernd, wenn es darum geht psychotherapeutische Prozess im Gewährsein möglicher Nebenwirkungen (wie Therapieabbrüche) zu begleiten. Schließlich soll mit dieser Arbeit bzw. diesem Forschungsthema aber auch ein Beitrag dazu geleistet werden, über *eine Schattenseite* des Berufs PsychotherapeutIn zu berichten – zumal wohl jede/r TherapeutIn in der Arbeit mit PatientInnen schon ein abruptes Therapieende erleben musste, wie auch Swift und Greenberg (2015) in ihrem Buch *Premature Termination in Psychotherapy* festhalten: „Clients do drop out of therapy, a fact that all therapists have likely experienced“ (S. 13).

2 Forschungsfragen und -ziele

Das Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit besteht in der Identifikation unterschiedlicher Faktoren, die zum vorzeitigen Ende bzw. Abbruch einer Psychotherapie führen können. Diese Faktoren sollen mittels Cluster zusammengefasst werden und entlang ihrer Charakteristika Aufschluss über hinderliche Prozesse in Psychotherapien geben. Schließlich sollen auch potentiell förderliche Faktoren, die die Weiterführung einer Psychotherapie bedingen (können), erhoben werden. Zusammenfassend soll ein Set an Faktoren dargestellt werden, das Abbruchgründe in Psychotherapien systematisch zu erfassen beabsichtigt und das dabei unterstützt, die *Gefahren* eines Therapieabbruchs weitgehend zu vermeiden.

In diesem Kontext sollen folgende Forschungsfragen in der Masterthese beantwortet werden:

1. Wie werden Therapieabbrüche definiert und welche Faktoren werden für die Beschreibung von Therapieabbrüchen herangezogen?
2. Welche Prädiktoren können für Therapieabbrüche identifiziert werden?
Welche Prädiktoren gibt es für PatientInnen und TherapeutInnen, die Therapieabbrüche potentiell (mit)verursachen? Welche therapiebedingten Faktoren spielen bei Therapieabbrüchen eine Rolle?
3. Welche theoretischen Grundlagen bzw. Denkschulen lassen sich in der Psychotherapieforschung finden, die Therapieabbrüche konzeptionell fassen und beschreiben?
4. Welche Faktoren sind in der Literatur beschrieben und empirisch verfügbar,
 - a. die zu einem Abbruch einer Psychotherapie führen können?
 - b. die sich förderlich auf die Fortführung einer Psychotherapie bis zu einem geplanten bzw. einem konsensual beschlossenen Ende (z.B. zwischen PatientIn und TherapeutIn) einer Psychotherapie auswirken?
5. Welche Unterschiede zeigen sich hierbei
 - a. in Bezug auf Erwachsenen-Zielgruppen von Psychotherapien vor dem Hintergrund der jeweiligen psychischen Störungsbilder (lt. ICD-10 bzw. DSM IV/ V) bzw. Belastungen?

- b. in Bezug auf das Setting in dem Psychotherapien (ambulant/ stationär/ teilstationär) stattfinden?
- c. Welchen Einfluss haben begleitende Therapieformen (wie z.B. Psychopharmakon-Therapien) im Hinblick auf Therapieabbrüche bzw. Therapiefortführung?

Zudem wird sich die vorliegende Forschungsarbeit in zwei Teile gliedern: *Teil I* beschäftigt sich vorrangig mit einer theoretischen Auseinandersetzung mit Abbrüchen in Psychotherapien. *Teil II* wird auf Basis einer Evidenzsynthese eine Übersicht zum bisherigen (empirischen) Wissensstand zu Therapieabbrüchen liefern. Neben einer ausführlichen Ergebnisdarstellung werden abschließend Handlungsempfehlungen formuliert.

3 Methodologie

Um einen ersten Literaturüberblick zum Thema *Dropout in der Psychotherapie* zu bekommen wurde im Oktober 2016 eine systematische Suche in folgenden acht wissenschaftlichen Fachdatenbanken durchgeführt: *Medline via Ovid; Pubmed; Embase; The Cochrane Library; CRD (DARE, NHS-EED, HTA); Web of Science; TRIP-Database* und *PsycINFO*. Gesucht wurde primär nach systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen in denen Dropout bzw. Therapieabbruch in Psychotherapien bei Erwachsenen untersucht wurden. Mit dieser Vorgehensweise sollte ein möglichst rezenter Wissensstand gewährleistet sein, der ein breites Spektrum an Ergebnissen zu Dropouts in der Psychotherapie umfasst.

Ein weiteres Einschlusskriterium bezog sich auf die Auswahl der Patientinnen-Population. Dabei stand die Frage im Vordergrund, *wer* denn eigentlich Psychotherapien abbricht? Der Fokus für die Beantwortung der Forschungsfragen lag ausschließlich auf erwachsenen PatientInnen. Forschungsarbeiten zu Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre) wurden in der vorliegenden Arbeit nicht eingeschlossen, weil sich hierzu sehr unterschiedliche Therapieansätze bieten und eine separate Untersuchung empfohlen wird (Egloff, 2013). Es erfolgte keine Einschränkung im Hinblick auf das Therapie-Setting (ambulant, stationär oder teilstationär) und auch nicht bezüglich des zugrundeliegenden psychischen Störungsbildes der PatientInnen. Die Literatursuche fokussierte auf keine spezielle der vier großen Psychotherapieorientierungen (tiefenpsychologisch-psychodynamische Psychotherapien; humanistisch-existenzielle Psychotherapien; systemische Psychotherapien und verhaltenstherapeutische Psychotherapien).

Die Analyse der recherchierten Literatur erfolgt im Folgenden in Form einer narrativen Zusammenschau, die die wesentlichen Faktoren, die einen Therapieabbruch mitbedingen können, als auch jene, die einen solchen verhindern können, darstellt. Damit soll eine theoretische Grundlage für Teil I in der vorliegenden Masterthese geliefert werden, die gleichzeitig den Ausgangspunkt für Teil II, den Overview of

Reviews³, ergibt. Das methodische Vorgehen für Teil II wird separat und ausführlich in Abschnitt 9.2 dargelegt.

³ *Review(s)* bzw. *systematic review(s)* wird in dieser Forschungsarbeit synonym für systematische Übersichtsarbeit verwendet.

Teil I

Definitionen und Theorien zu Therapieabbrüchen

4 Kontextfaktoren zur näheren Bestimmung von Therapieabbrüchen

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass es in der wissenschaftlichen Literatur keine allgemein gültige Definition zum Begriff *des Psychotherapieabbruchs* gibt (Hamilton, Moore, Crane und Payne, 2011; Jensen, Mortensen und Lotz, 2014; Jung, Serralta, Nunes und Eizirik, 2013). Die unterschiedliche begriffliche Verwendung erschwert daher die Vergleichbarkeit von Studien und Befunden zu Psychotherapieabbrüchen. Egloff (2013) führt dies vor allem auf die verschiedenen Therapiekontexte und die Bandbreite von Abbruchgründen zurück. Studienvergleiche werden aber auch durch die zugrundeliegenden, unterschiedlichen methodischen Hintergründe erschwert.

Jung et al. (2014) halten ebenso fest, dass es sich bei einem Psychotherapieabbruch um ein Phänomen handelt, über dessen Definition kein einheitlicher Konsens in der *Academia* bzw. unter TherapeutInnen besteht. Ganz allgemein herrscht eine breite Variation an Definitionen zu Therapieabbrüchen, die - je nach inhaltlicher Ausrichtung - sehr strenge oder sehr breite Kriterien für die Beschreibung eines Abbruchs heranziehen (Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., und Priebe, S., 2011). Daraus ergeben sich (vor allem im Englischen) zahlreiche Bezeichnungen, wie z.B. (*early dropout, premature termination, attrition, discontinuation, discharge against therapeutic advice, abandonment, early withdrawal, unilateral termination* etc. In der deutschsprachigen Literatur werden zumeist die Begriffe (*Psycho*)*Therapieabbruch* oder *vorzeitiges Therapieende* verwendet. Eine durchgängige Verwendung eines einheitlichen Begriffs mit einer entsprechenden (kontextbezogenen) Operationalisierung existiert nicht. Viel eher ist die Bandbreite an Begriffen Ausdruck eines umfangreichen (empirischen) Forschungsfeldes (Reich, 2016).

In jedem Fall handelt es sich bei einem Psychotherapieabbruch um „ein initial nicht geplantes Ereignis im Therapieprozess, das die therapeutische Interaktion beendet“ (Friedrich, 2012, S. 538) – und zwar bevor ein psychotherapeutischer Behandlungsprozess vollständig ist und beendet wird (Connor und Callahan, 2015).

Unterschiedliche (individuelle aber auch Setting-bedingte) Hintergründe (wie z.B. inadäquate Passung zwischen PatientIn und TherapeutIn; unzureichende finanzielle Mittel für eine Psychotherapie, etc.), die im Zuge dieser Forschungsarbeit näher

beleuchtet werden, können letztlich einen Psychotherapieabbruch bedingen (Vasquez, Bingham und Barnett, 2008). Die unterschiedlichen Definitionen und Beschreibungen bedingen in jedem Fall auch die unterschiedlichen Dropout-Angaben in Studien. Roos und Werbart (2013) stellen dazu fest, dass „[...] the definition of dropout moderates the overall dropout rate“ (S. 394).

4.1 Therapieabbruch als einseitiges Phänomen

Bei Therapieabbrüchen drängt sich die Frage in den Vordergrund, *wer* die Psychotherapie frühzeitig beendet bzw. abbricht – der/ die PatientIn oder der/ die TherapeutIn? Swift und Greenberg (2012) definieren einen Therapieabbruch, der von PatientInnen initiiert wird als ein Ereignis bei dem ein/e PatientIn „... starts an intervention but unilaterally discontinues prior to recovering from the problems (symptoms, functional impairment, distress, etc.)“ (S. 547). Hierin ist die Annahme verankert, dass PatientInnen eine Therapie beenden *bevor* die Therapieziele erreicht wurden. Ein weiteres Charakteristikum in dieser Definition ist die Einseitigkeit der Entscheidung (*unilateral*) – d.h. der/ die PatientIn entscheidet (u.U. ohne Rücksprache mit dem/ der TherapeutIn) die Therapie zu beenden. Psychotherapien können auch von TherapeutInnen (einseitig) frühzeitig beendet werden bzw. kann es natürlich auch in beidseitigem Verständnis zu einem frühzeitigen Therapieende kommen.

4.2 Zeitpunkte für Therapieabbrüche

Hinsichtlich der Frage *wann* Therapieabbrüche auftreten, so zeigt sich ein gehäuftes Auftreten in der Anfangsphase (innerhalb der ersten 20 Sitzungen) mit Abbruchsangaben zwischen 30 % und 57 %. Insofern ist die frühe Therapiephase eine besonders vulnerable Phase in der darüber entschieden wird, ob eine Psychotherapie fortgesetzt wird oder nicht (Cinkaya, 2016). Der Beginn einer Psychotherapie ist insofern im übertragenen Sinn wie der Beginn einer Reise – begleitet von unterschiedlichen Gefühlen, Erwartungen und Vorstellungen. Vor allem für PatientInnen, die zuvor noch keine Erfahrungen mit Psychotherapien hatten, kann die Beginnphase mit viel Unsicherheiten behaftet sein. Swift und Greenberg (2015) beschreiben dies folgendermaßen: „For novice patients, everything is uncertain. They may have questions that range from where to sit and how to pay, to what topics are appropriate for discussion in session“ (S. 65). Überwiegt die Unsicherheit der

PatientInnen bzw. gelingt keine ausreichende Ausklärung (etwa im Hinblick auf Rollenaufgaben des/ der PatientIn und des/ der TherapeutIn) kann es zu einem Therapieabbruch kommen. Insgesamt kann festgestellt werden, dass Therapieabbrüche bzw. Faktoren, die dazu führen können immer noch ein weites Feld an Forschung(sfragen) bieten (Roos und Werbart, 2013).

4.3 Sitzungsanzahl als Indikator für Therapieabbrüche

Die Operationalisierung eines Psychotherapieabbruchs kann u.a. auf Basis der *Sitzungsanzahl* erfolgen. Diesem Ansatz liegt die Prämisse zugrunde, dass eine bestimmte Anzahl an Sitzungen (analog zu einer bestimmten Menge eines Medikaments oder einer anderen medizinischen Intervention) ein bestimmtes Therapie-Outcome (z.B. verminderter Leidensdruck, Symptommilderung) bewirkt (Brown et al., 2015). Dieser Ansatz wird etwa von Altman et al. (2014) und auch von Swift und Greenberg (2015) als einer der häufigsten Definitionsformen in der Literatur beschrieben, der auf einem *dose-response model* von Psychotherapie beruht, das sich stark an einem (körper)medizinischen Behandlungsmodell orientiert. In diesem Kontext wird beispielsweise die *Dosis einer Maßnahme (dose)* (z.B. einer therapeutischen Intervention) mit einer daraus resultierenden Wirkung (*response*) in Zusammenhang gebracht. Je nach psychischem Störungsbild von PatientInnen ergeben sich unterschiedliche Bedarfs- und Ansprechraten. Howard et al. (1993) weisen in ihren Untersuchungen etwa auf langsamere Ansprechraten bei PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen hin, als etwa bei PatientInnen mit Angststörungen oder Depressionen. Bei einem Therapieabbruch vor einer vereinbarten (oder festgelegten) Anzahl an Therapieeinheiten verringert sich (diesem Modell folgend) die Therapiewirkung bzw. bleibt eine Wirkung aus. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in den Arbeiten von Pilkonis und Frank (1988), die auf langsamere Ansprechraten bei depressiven PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen hinwiesen, als bei depressiven PatientInnen ohne Persönlichkeitsstörungen. Der empfohlenen und absolvierten Anzahl an Therapieeinheiten wird daher vielerorts große Bedeutung zugemessen. Nachstehend finden sich einige Beispiele, wie solche Zugänge mit Fokus auf die Therapieanzahl diskutiert werden und welche kritischen Anmerkungen sich dazu finden.

Cinkaya, Schindler und Hiller (2011) schlagen etwa eine Unterteilung vor, die

- das Nichterreichen einer zuvor im konsensual verfassten Therapieplan/-übereinkommen (zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn) festgelegten Anzahl an Psychotherapiesitzungen bzw.
- das Nichterreichen einer Mindestanzahl an Psychotherapiesitzungen (etwa bei genehmigungspflichtigen Therapien im Rahmen einer Kassenleistung) umfasst.

Jedoch wird ein frühzeitiges Ende einer Psychotherapie nicht immer als Therapieabbruch gewertet. In Deutschland gelten etwa die ersten fünf Sitzungen einer Psychotherapie als *probatorische Sitzungen*. Demzufolge hält die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (der für die näheren Regelungen der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland zuständig ist) fest, dass probatorische Sitzungen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie dienen und keine Psychotherapie im Sinne der deutschen Psychotherapie-Richtlinie darstellen. In diesen ersten fünf Sitzungen soll seitens der PsychotherapeutInnen eine differenzialdiagnostische Abgrenzung des Krankheitsbildes durchgeführt werden, sowie eine Einschätzung der Prognose stattfinden. Zudem sollen therapierelevante Faktoren, wie Therapiemotivation, Kooperationsbereitschaft und Beziehungsfähigkeit eingeschätzt werden. PatientInnen sollen in diesen anfänglichen Sitzungen vor allem prüfen können, ob ein Vertrauensverhältnis zum/r PsychotherapeutIn aufgebaut werden kann (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016). Auf Basis dieser (länderspezifischen) Auslegung empfehlen Cinkaya et al. (2011), dass zusätzlich zu den fünf probatorischen Sitzungen noch ein bis drei weitere Sitzungen stattfinden sollen und erst dann bei einem ungeplanten Therapieende von einem Psychotherapieabbruch gesprochen werden soll. In Deutschland beenden in etwa 20 % der PatientInnen eine ambulante Therapie bereits in der Probatorik und eine beinahe ebenso hohe Anzahl an PatientInnen (19 %) beendet eine ambulante psychotherapeutische Behandlung vor dem Ablauf der bereits genehmigten Therapieeinheiten (Reuter, 2014).

Wesentlich strengere bzw. engere Definitionen finden sich in diesem Zusammenhang etwa in Henzen, Moeglin, Giannakopoulos und Sentissi (2016). Darin wird auf

unterschiedliche AutorInnen und ihre frequenzgebundenen Definitionen von Psychotherapieabbrüchen verwiesen, wie z.B. das zweimalige ungeplante (und anhaltende) Fehlen von PatientInnen (Kolb et al., 1985, zitiert nach Henzen et al., 2016), das Versäumen der letzten/ abschließenden Psychotherapiesitzung (Hatchett et al., 2002, zitiert nach Henzen et al., 2016), das Nicht-Erscheinen nach dem psychotherapeutischen Erstgespräch (Longo et al., 1992, zitiert nach Henzen et al., 2016) oder auch das Fernbleiben von PatientInnen ohne vorheriger Absprache (Pekarik, 1992, zitiert nach Henzen et al., 2016).

Definitionen, die allerdings eine bestimmte Anzahl an Therapiesitzungen als entscheidendes Kriterium heranziehen, werden anderorts in der Literatur auch kritisch betrachtet. Solche Auslegungen implizieren nämlich, dass es eine angenommene Anzahl an Therapiestunden braucht (einen *cut-off point* für einen angemessenen Umfang an Psychotherapie), um ein bestimmtes psychisches Problem bzw. ein Störungsbild adäquat lösen bzw. mildern zu können. Damit wird ein Therapiemodell vorausgesetzt, dass eine eher starke Behandlungsstruktur aufweist und weniger Flexibilität (etwa bei der Re-Formulierung von Therapiezielen) zulässt. Zudem wird eine bestimmte Sitzungsanzahl, je nach Therapierichtung, unterschiedlich bewertet. Die (abrupte) Beendigung von wöchentlichen Sitzungen über drei Monate hinweg wird mitunter in tiefenpsychologisch/ psychoanalytischen Therapien eher als Therapieabbruch gewertet als u.U. in verhaltenstherapeutisch-orientierten Richtungen. Darüber hinaus herrscht auch keine Übereinstimmung hinsichtlich von (Therapieschulen-übergreifenden) cut-off Werten, die eine qualitative Unterscheidung in *early* und *late dropouts* erlauben. Hierzu finden sich je nach (Therapie)Hintergrund unterschiedliche Auslegungen, die etwa einen *frühen* Dropout mit einem Abbruch nach ein oder zwei Sitzungen oder auch nach einem Monat festlegen (Jensen, 2014).

Letztlich muss auch die Möglichkeit einer frühzeitigen Besserung bei PatientInnen in Betracht gezogen werden (nach wenigen Sitzungen), sodass eine fix angenommene Sitzungsanzahl in solchen Fällen kein aussagekräftiges Kriterium für einen Therapieabbruch darstellt (Deakin, Gastaud und Nunes, 2012; Hamilton et al., 2014). Brown et al. (2015) weisen in diesem Kontext explizit darauf hin, dass die Annahme, PatientInnen würden weniger von einer Therapie profitieren, wenn die angeratene

Anzahl an Sitzungen nicht absolviert wird, zurückzuweisen sei. Eine solche Therapieentwicklung ist vor allem deswegen von Bedeutung und in Betracht zu ziehen, als dass es im Interesse von PatientInnen, TherapeutInnen aber auch KostenträgerInnen ist, eine Psychotherapie nicht länger durchzuführen als notwendig (Altmann, 2014).

4.4 Therapeutisches Setting als Indikator für Therapieabbrüche

Grundsätzlich werden organisatorische bzw. Setting-Faktoren bei der Beschreibung von Psychotherapieabbrüchen marginal berücksichtigt (Werbart, Anderson und Sandell, 2014). Mit dem Psychotherapie-Setting sind jedoch Faktoren verschränkt, die den Therapieverlauf insgesamt und einen Psychotherapieabbruch insbesondere mitentscheiden können (z.B. kassenfinanzierter Psychotherapieplatz; Psychotherapien in einer Klinik, Tagesklinik oder einer bestimmten Struktur, wie extramurales Versorgungszentrum; Therapieintervalle; zeitliche Begrenzung von Psychotherapien; Psychotherapien als Alternative zu gesetzlich vorgesehenen Strafmaßnahmen/ *Therapie statt Strafe* bei suchtkranken RechtsbrecherInnen etc.). Insofern kann etwa die Einbettung von PatientInnen in eine Tagesstruktur (z.B. im Zuge eines stationären Aufenthalts oder eines Tagesklinik-Aufenthalts) eine stärkere Bindung (an das Setting und die dort beschäftigten Angehörigen von Gesundheitsberufen) von PatientInnen bewirken als in einem ambulanten Setting (z.B. in der freien Praxis), wo ein klar strukturierter Tagesablauf nicht gegeben ist. Stationäre Aufenthalte bedürfen aber oftmals auch einer längeren Planungsphase und PatientInnen haben u.U. einen höheren organisatorischen Aufwand (Wartezeiten, Anträge einbringen etc.), wodurch sich letztlich das Therapieengagement erhöhen kann (Cinkaya et al., 2011).

Beim Setting ist auch zwischen Einzel- und Gruppentherapien (bzw. Paartherapien) zu unterscheiden. Mancherorts wird dabei in der Literatur ein Trend für höhere Abbruchraten in Gruppentherapien ausgemacht (Mattke, 2008). Gleichzeitig wird aber auch von in etwa gleich hohen Abbruchquoten im Gruppen- und Einzelsetting berichtet (wie z.B. bei Egloff, 2013). Eine höhere Abbruchquote für Gruppen wird zumeist als Folgeeffekt eines initialen Abbruchs interpretiert - wenn beispielsweise ein/e PatientIn aus einer Gruppe ausscheidet und dies Irritationen in der Gruppe hervorruft, die nicht besprochen werden können und die weitere Abbrüche provozieren (Hoffmann, Rudolf

und Strauß, 2008). Egloff (2013) verweist noch auf zumeist erkennbare Gruppenstrukturen, die sich in PatientInnen mit geringer Motivation, mit Interaktionsschwierigkeiten oder schlechter Prognose für eine Besserung zu erkennen geben. Wiewohl jedoch auch hier weitere Rahmenbedingungen zu berücksichtigen sind und das Setting a priori nicht auf Abbrüche schließen lässt. Hinsichtlich von Abbrüchen in Paartherapien wird auf eine geringe Datenlage verwiesen, die jedoch einen generellen Trend zu hohen Abbruchquoten ausweist (ca. 41 % der Paare, die eine Paartherapie abbrechen (Egloff, 2013).

Die zeitliche Begrenzung einer Psychotherapie (also die zu Beginn festgelegte Anzahl an Therapiesitzungen insgesamt) wird ebenso zu den Setting-Faktoren gezählt. Kürzere Psychotherapien werden mit niedrigeren Abbruchraten assoziiert – jedoch widersprechen solchen Ergebnissen empirische Erfahrungen, die zeigen, dass die allermeisten Therapieabbrüche in den ersten Sitzungseinheiten stattfinden. Egloff (2013) konnte etwa in seiner Meta-Analyse zeigen, dass es keinen Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Therapielänge (gemessen an der Sitzungsanzahl) und den Abbruchraten gab. Cinkaya (2016) verweist auf eine Abbruchrate von rund 40 % bis zur 15. Therapiesitzung. Ähnliche (hohe) Werte finden sich auch anderorts (z.B. Gunderson et al., 1989; Cinkaya, 2011 etc. zitiert nach Cinkaya, 2016), wobei sich der Abbruchrange bis zur 20. Sitzung zumeist zwischen 30 % und ca. 57 % bewegt.

In der angewandten Forschung (z.B. in naturalistischen Studien⁴) wird die Definition des Therapieabbruchs oftmals vom vorhandenen Forschungsfeld mitbestimmt. Zwerenz, Knickenberg und Beutel (2008) halten in ihrer Studie fest, dass im Laufe einer ambulanten Behandlung (in einer Rehabilitationseinrichtung) von einem Psychotherapieabbruch dann gesprochen wird, wenn mindestens eine reguläre Therapiesitzung stattgefunden hat und der/ die PatientIn trotz vereinbarter Sitzungen nicht mehr kommt. Garlipp (2007) identifizierte wiederum anhand einer Untersuchung mit PatientInnen in einer Tagesklinik vier Modalitäten, die einen Psychotherapieabbruch beschreiben:

⁴ Dabei handelt es sich um Studien in denen bestimmte Sachverhalte, Forschungsfragen „unter lebensweltlichen Bedingungen im natürlichen Umfeld (z.B. in einer Klinik) untersucht“ werden (http://www.gbe-bund.de/glossar/Naturalistische_Studie.html, Zugriff am 01.08.2017).

- „Typ A: Behandlungsabbruch im engeren Sinne, ohne Rücksprache mit den TherapeutInnen;
- Typ B: Behandlungsabbruch entgegen therapeutischer Empfehlung mit Abschlussgespräch;
- Typ C: Vorzeitige Beendigung entgegen dem Wunsch der PatientInnen;
- Typ D: Vorzeitige Beendigung in beiderseitigem Einvernehmen“ (Garlipp, 2007, S. 145).

Schließlich zählt auch die Weite der Therapieintervalle zu den Setting-Variablen, wobei Studienergebnisse zeigen, dass mit längerem Sitzungsintervall mehr Abbrüche auftreten, mehr Sitzungstermine versäumt werden und bei geringerem Therapiekontakt eine Psychotherapie eher abgebrochen wird als kontinuierliche, engmaschige Therapiekontakte (Egloff, 2013).

In diesen beiden Beispielen wird ausdrücklich auf eine Begriffsbestimmung vor dem Hintergrund des vorherrschenden Settings hingewiesen und es wird deutlich, dass es keine einheitliche Definition von Therapieabbruch gibt – wobei eine Übertragbarkeit auf andere Behandlungs- und Versorgungsumgebungen grundsätzlich nicht ausgeschlossen ist. Die Auslegung und auch die Verwendung von Kriterien, die einen Psychotherapieabbruch zu umfassen versuchen, sind allerdings auch kritisch zu bewerten. Vor allem das Nichterreichen einer festgelegten Sitzungsanzahl als vorrangiges Bestimmungsmerkmal kann u.U. zu kurz greifen und gute Gründe für ein vorzeitiges Therapieende verdecken (z.B. Besserung eines Störungsbildes; einer psychischen Belastungssituation).

Im Sinne einer detaillierten Sichtweise zu möglichen Rahmenfaktoren, die bei Psychotherapieabbrüchen zu beobachten sind, wird nachstehend eine Unterteilung nach Aspekten vorgenommen, die im Wesentlichen auf der PatientInnen- bzw. TherapeutInnen-Seite zu finden sind, bzw. als Umfeldfaktoren klassifiziert werden können. Dies erscheint insofern entscheidend, da die Gründe für einen Psychotherapieabbruch sehr oft von der jeweiligen BetrachterInnenposition abhängig sind – also von der Frage, wessen Perspektive bei der Ursachenforschung zu einem Therapieabbruch berücksichtigt wird (Roe, Dekel, Harel und Fennig, 2006).

4.5 Kategorisierung von Therapieabbrüchen

Bezugnehmend auf die zuvor beschriebenen Kontextfaktoren lässt sich zusammenfassend eine Unterscheidung zwischen *qualitätsrelevanten* und *qualitätsneutralen* bzw. *problematischen* und *unproblematischen* Gründen für ein vorzeitiges Psychotherapieende ausmachen. Beispielsweise können Gründe auf der PatientInnen- bzw. TherapeutInnenseite als *qualitätsrelevant* bzw. *problematisch* bezeichnet werden, wenn etwa eine nicht zufriedenstellende therapeutische Beziehung zu einem Abbruch einer Psychotherapie führt. Umfeldfaktoren werden eher als *qualitätsneutral* bzw. *unproblematisch* gewichtet (wie z.B. Wohnortwechsel), wobei die individuelle Bedeutung (etwa für PatientInnen) zu berücksichtigen ist und fallweise unterschiedlich ausfallen kann (Altmann et al., 2014).

Cinkaya (2016) fasst Therapieabbrüche weiters in drei Klassen zusammen und unterscheidet folgendermaßen:

- Der *Erfolgsabbruch*: Eine Psychotherapie wird abgebrochen, weil eine vorzeitige (Symptom)Besserung eintrat.
- Der *Misserfolgsabbruch*: Hierbei handelt es sich um alle Abbrüche, die aufgrund eines ungünstigen Therapieverlaufes zustande kamen. Dazu zählt auch Unzufriedenheit mit dem Therapieprozess von Seiten der PatientInnen als auch von Seiten der TherapeutInnen.
- Der *erfolgsneutrale Abbruch*: Darunter sind Abbrüche zu verstehen, die durch Faktoren bedingt sind, die auf äußere Umstände (wie Umzug) zurückzuführen sind.

5 Prädiktoren für Therapieabbrüche

Bei der Frage welche Prädiktoren auf der PatientInnen- bzw. TherapeutInnenseite einen Behandlungsabbruch bewirken können ist auf teils sehr heterogene Studienergebnisse hinzuweisen (Swift und Greenberg, 2015; Berghofer, Schmidl, Rudas und Schmitz, 2000). Dies ist u.a. auf die Inkonsistenz bei der Verwendung bzw. Operationalisierung des Begriffs *Psychotherapieabbruch* zurückzuführen, wodurch eine Systematisierung von Ergebnissen erschwert wird (Deakin, 2012). Bei einer Ergebnisinterpretation ist aber auch (neben den zuvor genannten Kriterien) vor allem die methodische Studienqualität (z.B. im Hinblick auf die Wiederholbarkeit von Untersuchungen) zu berücksichtigen, die für die Generalisierbarkeit von Forschungsergebnissen entscheidend ist.

Die Identifikation von PatientInnen, die ein höheres Risiko für einen Therapieabbruch aufweisen, ist entscheidend um entsprechende Gegenmaßnahmen bei Bedarf rechtzeitig ergreifen zu können. In Studien finden sich hierzu Unterteilungen etwa in demographische (z.B. Alter, ethnische Zugehörigkeit, Bildungsgrad, biologisches Geschlecht) und klinisch-psychologische (z.B. Diagnose, Therapiemotivation und –aufgeschlossenheit seitens der PatientInnen) Charakteristika. Weitere Prädiktoren finden sich im Hinblick auf die psychotherapeutische Behandlung, wie z.B. Therapieschule bzw. -richtung, -setting (z.B. Einzel- oder Gruppentherapie; ambulant und stationär etc.) oder auch –bedingungen (z.B. stark oder wenig strukturierter/manualisierter Behandlungsverlauf). Zu Prädiktoren, die im Zusammenhang mit PsychotherapeutInnen genannt werden, zählen etwa der Erfahrungsgrad von TherapeutInnen, etwaige Spezialisierungen, das biologische Geschlecht und das Alter (Swift und Greenberg, 2015).

Nachstehend werden einige Kernprädiktoren vorgestellt, über die weitgehender Konsens hinsichtlich ihres möglichen Einflusses für einen Therapieabbruch besteht und die u.a. als theoretisches Konstrukt für den Teil II in dieser Masterarbeit (*Overview of Reviews*⁵) dienen sollen.

⁵ Zum Begriff und der Beschreibung eines *Overview of Reviews*, siehe Abschnitt 9.2.

5.1 PatientInnenseitige Prädiktoren

Simon, Imel, Ludman und Steinfeld (2012) halten in ihrer Untersuchung fest, dass ein vorzeitiges Psychotherapieende mit dem Alter der PatientInnen, einem geringen Haushaltseinkommen und formalen Bildungsgrad, geringem Sozialkapital (d.h. kein oder ein sehr wenig ausgeprägtes unterstützendes Umfeld) mit bestimmten psychischen Störungsbildern (wie etwa Substanzmissbrauch) assoziiert ist. Vor allem Letzteres wird auch in der Meta-Analyse von Swift und Greenberg (2015) festgestellt: PatientInnen, die an Persönlichkeitsstörungen oder unter Substanzmissbrauch leiden, weisen signifikant höhere Abbruchraten (in beiden Gruppen rund ein Viertel) auf, als PatientInnen mit anderen Störungsbildern (z.B. PatientInnen mit Angststörungen oder Psychoseerfahrungen jeweils ca. 16 %). PatientInnen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden (insbesondere jene mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung) zeigen in Studien insgesamt ein deutlich erhöhtes Risiko für einen Therapieabbruch, sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting. Clarkin und Levy (2013) konnten für zuletzt genannte PatientInnengruppe noch höhere Abbruchraten feststellen, die sich zwischen 42 % und 67 % bewegen (Clarkin und Levy, 2013). Die nachfolgende Tabelle 1 beruht auf der zuvor genannten Meta-Analyse von Swift und Greenberg (2015) und fasst die Ergebnisse der Dropout-Raten je nach Störungsbild zusammen:

Tabelle 1: Subgruppen Analyse nach psychischen Störungsbildern

Diagnose	Anzahl eingeschlossener Studien in Meta-Analyse	Dropout-Rate	95 % CI
Angststörungen	201	16,2 %	15,0 % - 17,5 %
Essstörungen	52	23,9 %	20,5 % - 27,6 %
Affektive Störungen	148	17,4 %	15,6 % - 19,4 %
Persönlichkeitsstörungen	50	25,6 %	22,3 % - 29,1 %
Psychosen	26	16,1 %	12,4 % - 20,7 %
Trauma	71	20,5 %	17,5 % - 23,7 %
Andere Störungen	119	27,3 %	24,8 % - 30,0 %

Quelle: Swift und Greenberg, 2015

Höhere Therapieabbruchsraten bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen (vor allem im Hinblick auf PatientInnen mit einer Borderline-Störung im Vergleich zu PatientInnen mit anderen psychischen Störungen) werden in der Literatur vielerorts berichtet. Die Gründe hierfür finden sich aus klinischer Sicht vor allem in dem störungsimmanenten Zusammenspiel von Dynamiken, das bei PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung (und auch deren Umfeld) zu einem großen Leidens- und Belastungsdruck führt und signifikant häufiger in einen vorzeitigen Psychotherapieabbruch endet. Zu diesen Dynamiken werden etwa eine erhöhte interpersonelle Sensitivität, emotionale Instabilität oder Verlust der Impulskontrolle gezählt (Wnuk et al., 2013). Das erhöhte Abbruchrisiko bei PatientInnen mit strukturellen Schädigungen wird auch mit vorhandenen *Mentalisierungsdefiziten* begründet. Folglich erleben diese PatientInnen Interpretationen sehr häufig als persönliche Infragestellung der eigenen Person und therapeutische Interventionen können mitunter nicht zufriedenstellend genutzt werden (Hoffmann, Rudolf und Strauß, 2008). Die vorherrschenden (und oft einzig verfügbaren) Verarbeitungsmodi können zu einem Kontaktabbruch führen, der PatientInnen (und TherapeutInnen) mit einem unbefriedigenden Psychotherapieprozess zurücklässt (Salem, 2004).

In der zuvor genannten Meta-Analyse haben Swift und Greenberg (2015) auch noch weitere PatientInnen-seitige Prädiktoren auf ihre signifikante Bedeutung hinsichtlich eines Therapieabbruchs getestet. Die nachfolgende Tabelle 2 zeigt hierzu die Ergebnisse zu Alter, biologisches Geschlecht (bei Geburt), ethnischer Hintergrund, Personenstand, Beschäftigungsstatus und Bildungsgrad/ Ausbildung.

Tabelle 2: Meta-Analyse für PatientInnen-seitige Prädiktoren

Prädiktor (n=Anzahl eingeschlossener Studien)	<i>d</i>	95 % CI	ZWert	Richtung
Alter (n=52)	0,16	0,07-0,24	3,58*	
Biologisches Geschlecht (n=38)	0,01	-0,09-0,11	0,15	---
Ethnischer Hintergrund (n=11)	0,16	0,00-0,32	2,01	---
Personenstand (n=15)	0,14	-0,02-0,30	1,76	---
Beschäftigungsverhältnis (n=13)	0,20	-0,03-0,43	1,71	---
Bildungsgrad/ Ausbildung (n=17)	0,29	0,11-0,47	3,10*	

Quelle: Swift und Greenberg, 2015; Anmerkung: * $p < .008$;

Statistisch signifikante Ergebnisse konnten bei diesen Prädiktoren für das PatientInnenalter ($d=0,16$; jüngere PatientInnen wiesen im Durchschnitt größere Abbruchraten auf) und für den Bildungsgrad/ die Ausbildung ($d=0,29$; PatientInnen mit einem formal niedrigeren Bildungsgrad wiesen im Durchschnitt größere Abbruchraten auf) gewonnen werden. Das biologische Geschlecht, der ethnische Hintergrund, der Personenstand sowie das Beschäftigungsverhältnis sind hingegen, laut dieser Untersuchung, keine (statistisch) signifikanten Einflussgrößen.

Zusammenfassend stellen Swift und Greenberg (2015) auf Basis von PatientInnenangaben in den Primärstudien das Zusammenwirken von unterschiedlichen Faktoren dar, indem sie einen insgesamt negativen Kosten-Nutzen-Vergleich als Erklärung heranziehen. In diesem Sinn würden von den PatientInnen die wahrgenommenen Kosten den erwarteten Nutzen überwiegen – wodurch sich ein Therapieabbruch einstellen kann. So kann sich etwa der Therapieprozess insgesamt als schwierig erweisen, da PatientInnen ihre Probleme u.U. nicht oder nur teilweise erörtern und heikle Themen (un)bewusst vermieden werden. Zudem können sich

Erwartungen hinsichtlich der Geschwindigkeit der erwarteten Veränderungen oder hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit der TherapeutInnen nicht erfüllen. Keinesfalls sollten äußere Umstände, wie direkte Therapiekosten, Terminorganisation und Anfahrtswege/ (räumliche) Erreichbarkeit der TherapeutInnen bei einer Kosten-Nutzen-Abwägung außer Acht gelassen werden. Insgesamt sollte bei der Analyse eines Therapieabbruchs von einem komplexen Zusammenspiel an PatientInnen-seitigen Prädiktoren ausgegangen werden.

5.2 TherapeutInnenseitige Prädiktoren

Während in Studien die Effekte von PsychotherapeutInnen auf das Outcome in Psychotherapien häufig wiederholt werden konnten, fehlen im Allgemeinen solche Befunde weitgehend hinsichtlich der Rolle von TherapeutInnen bei Psychotherapieabbrüchen (Zimmermann, 2015). Werbart et al. (2014) konstatieren sogar, dass in der *PsychotherapeutInnen-Community* die unausgesprochene Haltung vorherrsche, dass Gründe für Therapieabbrüche vorrangig auf der PatientInnenseite zu suchen und zu finden seien: „There seems to be a tacit assumption in the therapeutic community that therapeutic failure are the patients' responsibility, primarily. This may explain the fact that studies of dropout typically focus on patient variables ...“ (S. 24). Dieser Befund einer unzureichenden Beachtung und Beforschung von therapeutInnenseitigen Prädiktoren beschreibt auch Egloff (2013), der festhält, dass PsychotherapeutInnen und ForscherInnen die Verantwortung für Therapieabbrüche immer noch eher den PatientInnen zuschreiben, als sich selbst. Insgesamt werden Prozessvariablen (wie therapeutische Allianz oder Compliance) in der Psychotherapieforschung ebenso wenig berücksichtigt, wie TherapeutInnen-Variablen (wie Alter, Geschlecht, Berufserfahrung etc.) (Cinkaya, 2016). *One-sided research*, die die Rolle der TherapeutInnen bei Therapieabbrüchen jedoch außer Acht lässt, wird als problematisch betrachtet. Das Verständnis von Dropouts wird dadurch stark eingeschränkt und der Blick ist ganz auf Ursachenforschung auf der PatientInnenseite gerichtet (Roos und Werbart, 2013). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie eng verwoben Therapieabbrüche mit dem persönlichen Scheitern der TherapeutInnen bzw. mit Misserfolgen assoziiert sind. Umso mehr braucht es ein einheitliches (Forschungs)Verständnis darüber,

- was tatsächlich als Erfolg bzw. Misserfolg in der Psychotherapie zu verstehen ist;
- welche Variablen (Prädiktoren) auf allen AkteurInnenebenen helfen, Misserfolge rechtzeitig vorherzusehen;
- dass TherapeutInnen rechtzeitig auf potenzielle Misserfolge aufmerksam gemacht werden sollen und im Umgang damit geschult werden sollen (Stichwort: Inter- und Supervision als qualitätssichernde Maßnahmen in der Psychotherapie);
- dass effektive Interventionsmöglichkeiten den TherapeutInnen bekannt und zugänglich sind (Cinkaya, 2016).

Ein zentraler Prädiktor ist hier der Ausbildungsstand bzw. der –umfang von PsychotherapeutInnen. Die Rolle von Ausbildungseffekten auf Dropout-Raten ist jedoch, wie Lambert und Ogles (2013) festhalten nur peripher in der Psychotherapieforschung zu finden. Wiewohl sich Ergebnisse finden, dass mehr (Psychotherapie-)Training mit einer geringeren Dropout-Rate in Beziehung stehen (Lambert und Ogles, 2013). Sollten keine ausreichenden Erfahrungen (z.B. im Hinblick auf psychische Störungsbilder) vorhanden sein, so kann dies etwa bei Personen mit strukturellen Schädigungen (wie im vorigen Abschnitt 5.1 dargestellt) zu Fehlentwicklungen und Therapieabbrüchen führen. Wiewohl strukturbezogene Interventionen bei diesen PatientInnen sehr wohl zufriedenstellende Therapieverläufe ergeben können.

Zusammenfassend werden folgende therapeutInnenseitige Prädiktoren für einen schlechten Therapieerfolg – zu dem ein Therapieabbruch (im Sinne einer Negativentwicklung) zweifelsohne gezählt werden kann – genannt: „Mangelnde Empathie; Unterschätzung der Schwere der Probleme des Patienten; negative Gegenübertragung⁶; schlechte Technik; starke Betonung von Übertragungsdeutungen und Nichtübereinstimmung mit dem Patienten bezüglich des Therapieprozesses“ (Hoffmann, Rudolf und Strauß, 2008, S. 9).

⁶ Gegenübertragung per se beschreibt gemäß Laplanche und Pontalis (1972) die Gesamtheit unbewusster Reaktionen des/ der PsychotherapeutIn auf den/ die PatientIn (insbesondere auf die damit einhergehenden Übertragungsphänomene).

5.3 Prozessbezogene Prädiktoren

Grundsätzlich zeigt sich einer der wesentlichsten Prädiktoren für ein gutes Therapieergebnis (!) an der kommunikativen Schnittstelle zwischen PatientIn und TherapeutIn – und zwar in der Kommunikation und Beziehung zwischen den AkteurInnen in einer Psychotherapie. Hierbei handelt es sich um die therapeutische Allianz, die Roos und Werbart (2013) wie folgt definieren: „Alliance, defined as the client and therapist sharing common tasks and goals, with client’s sense of safety and trust in the therapy process and in the therapist, is a well-established predictor of continuation and good outcome of psychotherapy“ (S. 394).

Die therapeutische Allianz gilt mittlerweile über alle Therapierichtungen hinweg als ein zentrales und bedeutsames Konstrukt bei der Beschreibung einer therapeutischen Beziehung. Zudem gilt die therapeutische Allianz als ein wesentlicher gemeinsamer Wirkfaktor von Psychotherapie, die positive Veränderungen bei PatientInnen produzieren kann. Abseits ihrer Bedeutung in der psychotherapeutischen Behandlung nimmt sie auch eine zentrale Rolle in anderen Therapieregimen ein, wie etwa in der Pharmakotherapie (Lambert und Ogles, 2013). Es gibt jedoch sehr unterschiedliche Auffassungen, wie dieses Konstrukt konzeptionell zu fassen ist. Eine zentrale Arbeit lieferte hierzu Gaston (1990 zitiert nach Lambert und Ogles, 2013), der vier Kernkomponenten einer therapeutischen Allianz vorschlug und die in vielen Konzeptions- und Forschungsartikeln Verwendung finden:

- „Die affektive Beziehung des Patienten zum Therapeuten;
- die Fähigkeit des Patienten, in der Therapie vorsätzlich zu arbeiten;
- das empathische Verstehen und die Involviertheit des Therapeuten und
- das Einvernehmen von Patient und Therapeut über Ziele und Aufgaben der Therapie“ (S. 301).

Cinkaya (2016) führt auf der PatientInnenseite ähnlich gelagerte Aspekte von therapeutischer Allianz an, nämlich

- die Therapiefähigkeit der PatientInnen;
- die Arbeit an Therapiezielen und das Erledigen von Aufgaben und
- eine gute emotionale Beziehung zum/r TherapeutIn.

Vor diesem Hintergrund wird eine schwache therapeutische Allianz bzw. das Fehlen von bedeutungsvoller Kommunikation in der Therapie als Prädiktor für einen Therapieabbruch gewertet (Barnicot et al., 2011).

Die therapeutische Beziehung wird jedoch in nur etwa jeder fünften Studie zu Therapieabbrüchen in der Psychotherapie untersucht, wie die rezente Meta-Analyse von Cinkaya (2016) ergab. Eine ebenso geringe Aufmerksamkeit zeigt sich für die Erhebung von Compliance-Raten in Psychotherapien (nur 14 % der eingeschlossenen Studien berichten dazu) und noch geringer sind die Informationen zur Therapiemotivation (in nur 13 % der Studien). Am geringsten fielen jedoch Angaben zum Zielkonsens aus: Nur 5 % der Studien in der Meta-Analyse machen Angaben über konsensuale Zielvereinbarungen, die einen integralen Baustein im Therapieplan und einen Indikator für die therapeutische Beziehung darstellen (Cinkaya, 2016).

5.4 Externale Prädiktoren

PatientInnen, die vor allem in sozioökonomisch prekären Verhältnissen leben, sind häufig auf die Bewilligung eines kassenfinanzierten Psychotherapieplatzes angewiesen. Die dafür zuständigen (solidarisch finanzierten) Krankenversicherungen stehen jedoch insgesamt unter großem ökonomischen Druck. Die Fortsetzung von Psychotherapien kann daher mitunter durch negative Finanzierungsbescheide zu einem vorzeitigen Therapieende führen (Deakin, 2012). Darüber hinaus sollen wirtschaftlich-gesellschaftliche Phänomene, wie etwa die Wirtschaftskrise 2008 (vor allem in westlich-orientierten Ländern) und die einhergehenden Kürzungen im Gesundheitsbereich nicht unbeachtet bleiben, wenn es um die Erhebung von Auswirkungen dieser Krise auf die psychische (und körperliche) Gesundheit von Menschen geht. Zwar können an dieser Stelle keine Belege für Kausalzusammenhänge mit Psychotherapieabbrüchen vorgelegt werden, allerdings verweisen die Ergebnisse einer rezenten systematischen Übersichtsarbeit (auf Basis von 41 eingeschlossenen Primärstudien mit Fokus auf Spanien und Griechenland) im BMJ (British Medical Journal) auf Zusammenhänge zwischen der Wirtschaftskrise, der Verschlechterung der psychischen Gesundheit und einem Anstieg an Suizidraten (Parmar, Stavropoulou und Ioannidis, 2016). Äußere gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Entwicklungen spielen zweifelsohne eine wesentliche Rolle

in der gesundheitlichen Versorgung. Inwieweit sich prekäre Verhältnisse auf Therapieabbrüche auswirken, sollte in weiteren Analysen zu Therapieabbrüchen berücksichtigt werden.

Zudem soll hier ein weiterer Prädiktor genannt werden, der zwar in der Literatur zu Therapieabbrüchen bisher nicht explizit auftaucht, der aber als ein Risikofaktor für eine niedrigere Behandlungssadhärenz gelten kann. Es handelt es sich dabei um *Selbststigmatisierung*. Hierbei handelt es sich um einen psychodynamischen Prozess bei dem Menschen mit psychischen Erkrankungen negative Stereotypen, Vorurteile und Zerrbilder hinsichtlich psychischer Erkrankungen verinnerlicht haben. Die Internalisierung eines Stigmas führt zu Selbstabwertung, Scham, Verheimlichung und sozialem Rückzug und beschädigt letztlich die Identität eines Menschen (Amering, M. und Schmolke, M., 2007). Die Vermutung liegt nahe, dass durch Selbststigmatisierung ein erhöhtes Abbruchrisiko gegeben ist – zumal negative Auswirkungen bereits für die Behandlungssadhärenz und nachhaltige Genesungsprozesse nachgewiesen wurden. Eine weitere mögliche Folge sind reduzierte Inanspruchnahmeraten von Gesundheitsleistungen. Selbststigmatisierung wird sehr überlegt in diesem Unterkapitel zu *Externale Prädiktoren* und nicht bei den *PatientInnenseitigen Prädiktoren* genannt. Wiewohl Selbststigmatisierung die PatientInnen per se trifft und sich auch bei ihnen zu erkennen gibt, handelt es sich dabei doch um einen externen Faktor – gemäß einer generellen Dynamik in der Stigmen entstehen: „Stigma occurs when elements of labelling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination occur together in a *power situation that allows them* [Hervorhebung v. Verf.]“ (Büchter und Messer, 2017, S. 2). Insofern ist ein dominantes Machtgefüge (*power*) (z.B. auf der strukturellen Ebene) eine wesentliche Prämisse für die Entstehung von Stigma. Selbststigmatisierung ist bei PatientInnen mit (bestimmten) psychischen Störungen ein häufiges Problem. Vor allem PatientInnen mit Psychoseerfahrungen weisen eine hohe Selbststigmatisierungsrate auf (rund 49 %), wie eine rezente systematische Übersichtsarbeit ergab. In einer weiteren Untersuchung lag der Anteil bei PatientInnen mit einer bipolaren oder depressiven Störung bei rund 22 %. Beide Ergebnisse unterstreichen mit ihren hohen Prävalenzraten die Bedeutung dieses Themas, das in zukünftige Untersuchungen zu Therapieabbrüchen berücksichtigt werden sollte (Büchter und Messer, 2017).

Vor dem Hintergrund verschiedener Zugänge zu Abbrüchen in Psychotherapien und der Berücksichtigung unterschiedlicher Faktoren, die bei der Begriffsbestimmung eines Psychotherapieabbruchs eine Rolle spielen, wird in der vorliegenden Forschungsarbeit die nachstehende Definition von Swift und Greenberg (2015) als Orientierungsbegriff verwendet, die Dropout und *premature termination* feststellen, wenn „...patients unilaterally (without approval or agreement from their therapists) decide to discontinue treatment before meeting their therapeutic goals“ (S. 170).

Diese Definition enthält Variablen, die sich auch in anderen Beschreibungen zu Therapieabbrüchen finden, wie etwa bei Egloff (2013), der AbbrecherInnen folgendermaßen charakterisiert: “[...] Patienten, welche die Therapie beenden, bevor sie das zwischen ihnen und den Therapeuten vereinbarte, realistische Therapieziel erreicht haben [...]” (S. 300).

5.5 Implikationen von Therapieabbrüchen

Je nach Akteursperspektive (PatientInnen/ Bezugspersonen, wie z.B. Angehörige oder FreundInnen/ TherapeutInnen etc.) geben sich teils unterschiedliche, teils ähnliche Folgen von Therapieabbrüchen zu erkennen. Im Folgenden werden Implikationen von Therapieabbrüchen aus jeweils unterschiedlichen Perspektiven betrachtet.

5.5.1 ... aus der PatientInnenperspektive

In einer frühen Studie Ende der 1980er Jahre ersuchten Kokotovic und Tracey (1987) PatientInnen in einem universitären Psychotherapie- bzw. Beratungszentrum um ihre Einschätzungen (mittels Fragebogen) hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit dem durchgeführten Erstgespräch. Etwas mehr als ein Fünftel (22 %) jener PatientInnen, die auf externe Zuweisung/ Empfehlung zum Erstgespräch kamen, erschien zu keiner weiteren Psychotherapie (und wurden von den Studienverantwortlichen als TherapieabbrecherInnen klassifiziert). Zudem zeigte sich in dieser PatientInnengruppe eine auffällig höhere Anzahl an unzufriedenen Personen als in der Gruppe von Personen, die die Therapie fortsetzten und auch abschlossen. Dieses Ergebnis war Anlass für das Therapiezentrum, die initiale Zufriedenheit als einen Indikator für einen vorzeitigen Therapieabbruch bzw. eine reguläre Therapiefortsetzung zu etablieren.

Ähnliche Ergebnisse lassen sich auch in weiteren Studienbeispielen finden. Prinzipiell kann davon ausgegangen werden, dass PatientInnen, die eine Psychotherapie (aus qualitätsrelevanten Gründen) abbrechen, unzufriedener mit der Therapie sind als jene, die eine Therapie regulär beenden. Dieses Ergebnis geht etwa auch aus einer qualitativen Studie (Knox, 2011) hervor, in der Interviews mit 12 ehemaligen Psychotherapie-PatientInnen zum Thema *Therapieende* durchgeführt wurden. Hierbei handelte es sich um eine Studienpopulation, die sich hinsichtlich ihrer demographischen Merkmale, ihrer ursächlichen Beweggründe für eine Therapie, der Art der gewählten Therapierichtung und in der Anzahl der Therapiesitzungen unterschied. Trotz dieser Unterschiede gab es jedoch bei den Befragten mit qualitätsrelevanten und abrupten Therapieabbrüchen eine Übereinstimmung hinsichtlich ihrer Unzufriedenheit mit der psychotherapeutischen Behandlung. Dies bezog sich vor allem auf die (ungeklärte) Rolle und Aufgabe der TherapeutInnen und deren Umgang mit Beziehungskonflikten, die zwischen TherapeutInnen und PatientInnen aufgetreten waren.

In einer weiteren Studie wurden Unterschiede in der Bewertung der Behandlungszufriedenheit zwischen Personen, die eine Psychotherapie abgebrochen hatten und jenen, die eine Therapie geplant beendet hatten, erhoben. In einer Follow-Up Untersuchung (2 bis 3 Jahre nach Therapieende) wurden 82 Personen mit Essstörungen mittels eines Fragebogens befragt. Auch hier zeigten sich signifikante Unterschiede in Bezug auf die Therapiezufriedenheit: Mehr als die Hälfte der TherapieabbrecherInnen äußerten sich unzufrieden mit der Psychotherapie (insbesondere mit der Fähigkeit der TherapeutInnen zuzuhören und ein Problemverständnis zu entwickeln) während dieser Anteil in der Kontrollgruppe nur 17 % betrug (Björk, Bjorck, Clinton, Sohlberg und Noring, 2009).

Abseits dieser Ergebnisse stellen Swift und Greenberg (2015) die Frage zur Diskussion, ob sich vor dem Hintergrund eines Therapieabbruchs auch Populationsunterschiede in den Therapieoutcomes zeigen. Hierbei soll in erster Linie die Arbeit von Gene Pekarik (1992) Erwähnung finden, der sich als einer der ersten ForscherInnen Anfang der 1990er Jahre mit dieser Frage beschäftigte. In einer Katamnese wurden Therapieoutcomes (vor allem Problembewältigung bzw. Symptomlinderung) von 94 ehemaligen PatientInnen in einem 4-Monats Follow-Up

erhoben. Nur 26 der 94 PatientInnen beendeten ihre Therapie regulär und 68 PatientInnen beendeten ihre Therapie ungeplant/ abrupt. Die Selbsteinschätzung der PatientInnen ergab, dass mehr als ein Fünftel (22 %) der TherapieabbrecherInnen (< 3 Therapiesitzungen) nach 4 Monaten eine patientInnenrelevante Symptomverschlechterung berichtete. Eine Verschlechterung von Outcome-Ergebnissen (etwa bezogen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität) zeigte sich des Weiteren in einer Befragung von 85 PatientInnen in einer US-amerikanischen Universitätsklinik. 43 von 85 Personen haben die Therapie vorzeitig abgebrochen und schätzten in einer Befragung ihre Lebensqualität signifikant schlechter ein als PatientInnen, die die Therapie fortsetzten (Lampropoulos, 2010).

5.5.2 ... aus der Perspektive von zentralen Bezugspersonen

Ergänzende Beachtung bei der Identifikation möglicher Auswirkungen von Therapieabbrüchen soll in diesem Unterkapitel auch die Gruppe von zentralen Bezugspersonen im Umfeld von PatientInnen erfahren. Schließlich handelt es sich dabei um Menschen (Angehörige, PartnerInnen, FreundInnen, ArbeitskollegInnen und –geberInnen etc.), die u.U. nach einem Therapieabbruch eines nahestehenden Menschen, von der anhaltenden bzw. wiederkehrenden Krankheitslast ebenso betroffen sein können. Dies kann sich je nach Naheverhältnis in emotionalen Belastungen (z.B. bei Kindern von Eltern mit psychischen Störungen) und/ oder auch in ökonomischen Belastungen (z.B. bei ArbeitskollegInnen durch wiederholten Arbeitsausfall) äußern (Winefield und Harvey, 1994).

5.5.3 ... aus der TherapeutInnenperspektive

Therapieabbrüche wirken sich in vielerlei Hinsicht auch auf die behandelnden PsychotherapeutInnen negativ aus. Hierbei handelt es sich im Hinblick auf die emotionalen Auswirkungen um einen Mix aus Versagens- und Kränkungsgefühlen: „Perhaps the most notable negative effect therapists experience is the sense of failure or demoralization associated with the perception of being rejected by the patient who prematurely terminated” (Swift und Greenberg, 2015, S. 15). Hinzutreten können auch dysfunktionale Überzeugungen auf Seiten der PatientInnen (wie z.B. Psychotherapie hilft nicht), die einen Abbruch bewirken und als Versagensgefühle bei TherapeutInnen *landen* (Altmann et al., 2014. In einer frühen Untersuchung (Anfang der 1980er Jahre)

wurden etwa PsychotherapeutInnen ersucht, den Stressgehalt von 25 PatientInnen-Verhaltensweisen in einer Rangordnung zu bewerten. In dieser Befragung von Farber (1983) wurde ein möglicher Therapieabbruch von PatientInnen an dritter Stelle gereiht, nach Suizidäußerung (an erster Stelle), aggressivem Verhalten (an zweiter Stelle) und vor dependentem Verhalten (an vierter Stelle), paranoidem/ Wahlverhalten und psychopathischem Verhalten (an fünfter bzw. sechster Stelle). Im Jahr 2011 wurden in einer qualitativen Studie 11 PsychotherapeutInnen (Mitglieder im *American Board of Professional Psychology*) zu ihren Erfahrungen mit PatientInnen und frühzeitigen Therapiebeendigungen bzw. Therapieabbrüchen befragt. Die dabei am häufigsten berichteten Assoziationen und Emotionen, die von den TherapeutInnen berichtet wurden, waren eine Mischung aus Traurigkeit, Enttäuschung und Frustration. Zudem wurden Bedauern, Scham und Versagensgefühle berichtet (Piselli, Halgin, MacEwan, 2011). Nicht unerwähnt sollen jedoch auch die wirtschaftlichen Folgen von Therapieabbrüchen für TherapeutInnen bleiben: Schließlich kommt es dadurch zu einem Einkommensverlust und Ressourcen (wie Therapiezeiten und Infrastrukturen) können nicht im vorgesehenen Maße genutzt werden (Swift und Greenberg, 2015).

Daran anschließend soll an dieser Stelle auch noch die ökonomische Bedeutung von Therapieabbrüchen für das weitere gesellschaftliche und wirtschaftliche Gefüge erwähnt werden. Denn aus gesundheitspolitischer und –ökonomischer aber auch aus institutioneller Sicht (z.B. einer öffentlich finanzierten Therapieeinrichtung) sind abgebrochene Therapien ein Misserfolg, der weitgehend vermieden werden soll. In diesem Kontext werden Therapieabbrüche vor allem als „...Investitionen in die Gesundheit ohne Erfolg, Blockade des Therapieplatzes ...“ bewertet (Altmann et al., 2014, S. 25).

6 Theorien und Modelle zur Beschreibung von Therapieabbrüchen

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass *die* Theorie zu Therapieabbrüchen nicht existiert und dass es vielmehr praxisorientierte Operationalisierungen sind, auf die sowohl in der psychotherapeutischen Forschung als auch in der Praxis zurückgegriffen wird (Cinkaya, 2016). Insofern sollen in diesem Kapitel in unterschiedlichen Disziplinen (innerhalb der Psychotherapieforschung aber auch aus relevanten Gesundheitswissenschaften, wie Mental Public Health) zentrale, theoretische Ansätze identifiziert werden, die eine theoretische Annäherung an das Phänomen *Therapieabbruch* erlauben. Bevor jedoch theoretische Überlegungen und Erklärungsmodelle zu Dropouts in Psychotherapien dargestellt werden, soll noch(mals) auf den integralen Stellenwert von interpersoneller Interaktion in der Psychotherapie fokussiert werden. Leitner et al. (2013) weisen darauf hin, dass Psychotherapie immer ein risikoreicher Prozess ist – sowohl für PatientInnen als auch für PsychotherapeutInnen. Insofern sind bei einer Psychotherapie immer auch die unerwünschten Nebenwirkungen zu bedenken, die damit einhergehen können und von denen ein frühzeitiges Therapieende in Form eines Abbruchs eine solche Nebenwirkung darstellen kann.

6.1 Unerwünschte Entwicklungen in Psychotherapien

Psychotherapie birgt (so wie medizinische Interventionen) das Risiko in sich, unerwünschte Nebenwirkungen zu erzeugen. Therapieabbrüche zählen zu den gravierendsten unerwünschten Nebenwirkungen. Darüber hinaus sind auch andere unerwünschte Therapieeffekte zu beobachten von denen nachstehend einige aufgezählt sind, wie zum Beispiel das Nicht-Ansprechen einer Psychotherapie (*non-responders*); die Verschlechterung eines Zustandsbildes während oder nach Psychotherapie oder auch Rückfälle nach einer vorangegangenen Symptombesserung (Cinkaya, 2016). Einer der *bekanntesten* Erklärungsversuche für eine unerwünschte Nebenwirkung findet sich bereits in der (frühen) Psychoanalyse und Sigmund Freud unternahm den Versuch, eine Negativentwicklung in einer Psychotherapie in Form einer Theorie zu fassen. In der Psychoanalyse beschreibt eine *Negative therapeutische Reaktion* eines/r Patienten/in eine unbewusste Dynamik, die aus einer Überforderung des/ der PatientIn resultieren kann. Hierbei gelingt es

PatientInnen nicht die erfolgreiche Bewältigung einer Belastungssituation zu integrieren. Freud (1923; zitiert nach Cinkaya, 2016) beschreibt dies folgendermaßen:

Es gibt Personen, die sich in der analytischen Arbeit ganz sonderbar benehmen. Wenn man ihnen Hoffnung gibt und ihnen Zufriedenheit mit dem Stand der Behandlung zeigt, scheinen sie unbefriedigt und verschlechtern regelmäßig ihr Befinden ...Sie zeigen die sogenannte *negative therapeutische Reaktion*. Kein Zweifel, dass sich bei ihnen etwas der Genesung widersetzt, dass deren Annäherung wie eine Gefahr gefürchtet wird...Man kommt endlich zur Einsicht, dass es sich um einen sozusagen „moralischen“ Faktor handelt, um ein Schuldgefühl, welches im Kranksein seine Befriedigung findet und auf die Strafe des Leidens nicht verzichten will. (S. 23)

Darüber hinaus liegt jedoch in dieser Beschreibung bzw. in dieser psychoanalytischen Theorie ein potentieller Grund für Therapieabbrüche, der für die Erforschung von Dropouts behalten werden soll (Cinkaya, 2016).

Im folgenden Kapitel werden zentrale Modelle dargestellt, die für die Beschreibung von psychotherapeutischen Verlaufsprozessen bedeutsam sind. Damit soll ein grundlegendes Verständnis vom prozesshaften Charakter von Psychotherapie geliefert werden, das letztlich auch ein frühzeitiges Therapieende im Sinne eines Therapieabbruchs umfassen soll.

6.2 Meta-Modell zu Verlaufsprozessen in Psychotherapien

Zunächst gilt es festzuhalten, dass das Ende einer Psychotherapie integraler Bestandteil des gesamten therapeutischen Prozesses ist. Unabhängig davon, ob es das primäre Ziel einer Psychotherapie ist, psychisches Leiden zu lindern, in Lebenskrisen zu unterstützen oder krankheitswertige Verhaltensweisen zu behandeln, eine *Veränderung* ist prinzipiell beabsichtigt und steht im Mittelpunkt eines therapeutischen Prozesses. Daher spielt auch das zeitliche Eintreten von Veränderungen in einer Therapie vor allem für PatientInnen eine entscheidende Rolle. Lutz et al. (2014) verweisen in diesem Zusammenhang etwa auf das *sudden gains* bzw. *sudden loss* Modell. Demzufolge würden PatientInnen, die sehr schnell (bzw. in einer frühen Therapiephase) auf Psychotherapie ansprechen, besonders stark von

einer Therapie profitieren (*sudden gains*). Umgekehrt können jedoch frühe negative Therapieerfahrungen zu ungünstigen Outcome-Ergebnissen (z.B. auch Therapie-Misserfolg im Sinne eines Therapieabbruchs) führen. Solche Beobachtungen sind insofern entscheidend, als dass im Falle von negativen Erfahrungen rechtzeitig Gegenmaßnahmen ergriffen werden sollen, die zu einer Veränderung im Therapieschehen führen.

Im Folgenden werden *prototypische* bzw. *ideale* Verläufe und die vorrangigen Phasen in Psychotherapien anhand zentraler (empirisch belegter) Psychotherapiemodelle beschrieben. Diese Modelle beschreiben therapeutische Prozesse auf einer Meta-Ebene und weisen dabei auf allgemeine Faktoren hin, die auf einen Psychotherapieverlauf günstig einwirken können und protektiv gegen ein frühzeitiges Therapieende fungieren. Für gemeinsame Wirkfaktoren wird zudem eine starke Evidenz berichtet, während ein ausschließlicher Fokus auf einzelne Interventionen wissenschaftlich nicht ausreichend belegt ist (Wampold 2001, zitiert nach Lambert und Ogles, 2013, S. 300).

Bei diesen Psychotherapiemodellen handelt es sich um das *Generic Model of Psychotherapy*, das *Modell zur Allgemeinen Psychotherapie* und das *Transtheoretische Modell*. Die Modelle werden in der Fachliteratur als die zentralen und auch „vielversprechendsten“ (Mander, 2015, S. 224) Modelle beschrieben, die einen integrativen Erklärungsansatz verfolgen und die in den folgenden Kapiteln in ihren Kernansätzen skizziert werden sollen. Gemäß ihrem theoretischen Anspruch (Reduktion und Beschreibung von komplexen Prozessen), soll bei diesen Modellen jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass Psychotherapieverläufe in der Praxis nicht immer (bzw. selten) linear verlaufen und die nachstehenden Darstellungen einen modellhaften Charakter aufweisen (Ehrlich und Lutz, 2015).

6.2.1 **Das generische Modell der Psychotherapie**

Beim *Generic Model of Psychotherapy* (Orlinsky und Howard, 1984/ 2009 zitiert nach Egloff, 2013) handelt es sich um eine „Meta-Theorie“ – eine „übergeordneten Forschungstheorie“ (Egloff, 2013, S. 291). Die Bedeutung dieses Modells erschließt sich in seinem umfassenden Zugang zu Psychotherapie (unabhängig von einer bestimmten Therapieschule oder –orientierung, wie z.B. tiefenpsychologisch-

psychodynamisch, systemisch, behavioristisch oder humanistisch) und den damit verbundenen Prozessfacetten zwischen den AkteurInnen (PatientInnen und TherapeutInnen). Orlinsky, Ronnestad und Willutzki (2013) nennen hierzu sechs unterschiedliche Prozessfacetten, die eng miteinander verwoben sind und die nachstehend in Tabelle 3 dargestellt sind.

Tabelle 3: Prozessfacetten im generischen Modell der Psychotherapie

Prozessfacette	Inhalt
<p>Therapeutischer Vertrag (organisatorischer Aspekt der Therapie)</p>	<p>Der therapeutische Vertrag (Behandlungsvertrag) definiert die Normen der AkteurInnen (PatientIn/TherapeutIn) im Psychotherapieprozess, das Setting und die Frequenz sowie sonstige Behandlungsmodalitäten, entsprechend der Therapierichtung des/ der TherapeutIn. Der Vertrag hält zudem wichtige Aspekte der Psychotherapie fest, wie Behandlungsziele, -methoden, -format, -zeitplan, -dauer, Honorar, Absaugeregelungen etc.</p>
<p>Therapeutische Interventionen (technischer Aspekt der Therapie)</p>	<p>Hier kommt es zu einem wechselseitigen Austausch zwischen den AkteurInnen gemäß den rollenspezifischen Verhaltensweisen, wie z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>PatientInnenschilderung</i> der Beschwerden, Belastungen, der charakteristischen Gedanken-, Gefühls- und Verhaltensmuster; • <i>Repräsentation eines klinischen Behandlungsmodells</i> (basierend auf dem therapeutischen Fachwissen) zur diagnostischen Evaluation; • <i>Interventionsstrategie und –techniken</i> gemäß dem zugrundeliegenden, therapeutischen Behandlungsmodell; • <i>Ansprechbarkeit des/ der PatientIn</i> und <i>Mitarbeit</i> für jene Interventionen.
<p>Therapeutische Beziehung/ Allianz (interpersonaler Aspekt der Therapie)</p>	<p>Die Qualität der therapeutischen Beziehung zeigt sich im <i>persönlichen Rapport</i> (kommunikative Abstimmung und affektive Einstellung der AkteurInnen) und im <i>aufgabenbezogenen Teamwork</i> (Rollenaufgaben mit entsprechendem Zugeständnis und Einsatz).</p>

Prozessfacette	Inhalt
Selbstbezogenheit (intrapersonaler Aspekt der Therapie)	Hiermit sind die Selbstaufmerksamkeit, die Selbstkonstruktion, die Selbstregulation und das Selbstwertgefühl sowohl des/ der PatientIn als auch des/ der TherapeutIn gemeint. Selbsterfahrung (in Form von Psychotherapie) ist ein integraler Aspekt beim Erleben von Selbstbezogenheit.
Veränderungen während der Sitzung (klinischer Aspekt der Therapie)	Darin sind alle unmittelbaren positiven und negativen Einflüsse gemeint, die die AkteurInnen während ihrer Interaktionen wahrnehmen. Bei PatientInnen können <i>positive Veränderungen</i> etwa durch <i>Realisierung</i> und/ oder <i>negative Veränderungen</i> etwa durch <i>Schäden</i> auftreten; wie z.B.: Einsicht vs. Verwirrung; Entlastung vs. Distress; Ermutigung vs. Demoralisierung; Selbstwirksamkeit vs. Abhängigkeit. Bei TherapeutInnen können durch die therapeutische Arbeit etwa <i>Gewinne</i> als auch <i>Kosten entstehen</i> , wie z.B.: Selbstwirksamkeit vs. Frustration; professionelles Wachstum vs. Burnout.
Zeitmuster (sequenzieller Aspekt des Prozesses)	Charakteristische Eigenschaften und Folgeerscheinungen von Geschehnissen oder Momenten in der <i>Entwicklung der Psychotherapiesitzungen</i> (z.B. fördernde Momente); charakteristische Eigenschaften von Therapieeinheiten im <i>Behandlungsstadium</i> (z.B. frühe vs. späte Sitzungen) oder zeitliche Aspekte des gesamten <i>Behandlungsverlaufs</i> (z.B. Gesamtanzahl von Sitzungen).

Quelle: Orlinsky et al., 2013, S. 520

Je nach Facette ergeben sich unterschiedliche Bedeutungen im Hinblick auf Therapieabbrüche bzw. lassen sich Präventionsstrategien gegen Therapieabbrüche identifizieren. Wie in Kapitel 4.1 festgehalten wurde, stellt die Anfangsphase in einer Psychotherapie eine besonders kritische Phase dar. Im generischen Modell der Psychotherapie wird dem Anfangsstadium und dem *Therapievertrag* (Behandlungsvertrag) eine zentrale Rolle zugeschrieben. Hierin soll festgelegt werden wie PatientIn und TherapeutIn zusammenarbeiten werden, um gewisse (PatientInnen-relevante) Therapieziele erreichen zu können. Der Vertrag enthält eine Vielzahl an Formalien, die durch ihre ausdrückliche (Be-)Nennung einen klaren und eindeutigen Therapie(prozess)rahmen schaffen (vor dem Hintergrund gesetzlicher Vorschriften zur

Vertragsgestaltung). Die Darlegung der Rahmenbedingungen und das Besprechen des Psychotherapieprozesses zu Beginn soll Therapieabbrüche vorbeugen. Damit soll eine arbeitstaugliche und vertrauensvolle Basis für eine therapeutische Beziehung geschaffen werden (Egloff, 2013; Orlinsky et al., 2013).

Der *Einsatz therapeutischer Interventionen* ist mit der *therapeutischen Allianz* verschränkt. Letztlich bedingt (neben anderen Faktoren) die Qualität der therapeutischen Beziehung den Erfolg der Interventionen. Die Angemessenheit der Interventionen (z.B. einfühlsam vs. konfrontierend) ist eine notwendige Voraussetzung für einen kontinuierlich verlaufenden Therapiefortgang. Konfrontative Haltungen seitens der TherapeutInnen sollten (falls diagnostisch angezeigt) erst dann angewandt werden, wenn die Therapieallianz stabil ist und die PatientInnen das Vertrauensverhältnis zu ihren TherapeutInnen auch als gefestigt erleben. Die Aufgabe der TherapeutInnen ist es zudem eine diagnostische Einschätzung der PatientInnen vorzunehmen. Je nach Kooperationsbereitschaft und –möglichkeiten der PatientInnen gewinnen die TherapeutInnen zum einen weitere diagnostische Einschätzungen hinsichtlich der sich manifestierenden Störungen und können zum anderen weitere Interventionen (z.B. zur Entlastung, Stützung der PatientInnen etc.) vornehmen.

Die *Selbstbezogenheit* umfasst intrapsychische Aspekte des/ der PatientIn (und des/ der TherapeutIn) und beeinflusst sowohl die Offenheit als auch die Abwehr gegenüber Therapieprozessen. Je nach Ausprägung von Selbstaufmerksamkeit (bzgl. des eigenen emotionalen Erlebens), Selbstkontrolle (über das eigene Leben bzw. bestimmten Lebensbereichen, wie Arbeit, Beziehungen etc.) und Selbstregulation (etwa im Umgang mit Frustration) ergibt sich Offenheit oder Abwehr gegenüber neuen Erfahrungen in der Psychotherapie. Je höher die Introspektion (im Sinne einer psychischen *Innenschau*) bei PatientInnen ist, je größer eine aktive Problembewältigung möglich ist und je selbstwirksamer sich PatientInnen erleben, desto geringer ist das Risiko für Therapieabbrüche. Zudem steht die Selbstbezogenheit im Zusammenhang mit der Therapiemotivation und reduziert die Hoffnungslosigkeit von PatientInnen. Eine qualitativ hochwertige *therapeutische Allianz* ist auch hierbei Prämisse für Selbsterfahrung in der PatientInnen die Facetten der Selbstbezogenheit erkunden und integrieren können.

Der Umfang in dem PatientInnen neue Einsichten in einem vertrauensvollen Therapierahmen machen und Selbstbezogenheit erleben können definiert letztlich auch das Zustandekommen von positiven und/ oder negativen therapeutischen Erfahrungen. Sowohl *positive* als auch *negative Erfahrungen in den Therapiesitzungen* sind prozessimmanent und auch hier ist die therapeutische Beziehung ein wesentlicher Impaktfaktor. Negative Erfahrungen haben ein großes Potential für einen Therapieabbruch. Sie zeigen sich etwa, wenn sich PatientInnen von ihren TherapeutInnen beschämt oder kritisiert fühlen. Umgekehrt erhöhen positive Erfahrungen die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapie geplant und erfolgreich (im Hinblick auf die PatientInnenziele) abgeschlossen werden kann.

Das zugrundeliegende Zeitmuster eines Psychotherapieprozesses wurde lange Zeit ausschließlich deskriptiv erfasst und verstanden (z.B. durch die Erhebung der Gesamtdauer einer Psychotherapie). Wie zuvor (etwa im Kapitel 4.3) festgehalten wird bei der Erhebung von Therapieabbrüchen nach wie vor sehr häufig auf beschreibende Parameter (wie z.B. Anzahl der Sitzungen bis ein Therapieabbruch stattfand) zurückgegriffen. Davon abgesehen zeigt sich aber in der neueren Outcome-Prozessforschung, dass Therapie-Outcomes (z.B. Symptomlinderung) entscheidend von der Entwicklung innerhalb der Therapiesitzungen abhängen. Daraus ergibt sich aus den aufeinanderfolgenden Sitzungen über die Zeit ein Behandlungsmuster, das schließlich den Behandlungsverlauf insgesamt charakterisiert (Egloff, 2013; Orlinsky et al., 2013).

Zusammenfassend liefert dieses generische Modell der Psychotherapie einen strukturierenden Rahmen zur Erfassung unterschiedlicher Prozessfacetten. Darin werden sowohl wichtige Bausteine für eine erfolgreiche Psychotherapie ersichtlich, die bei Abwesenheit oder bei unzufriedenstellender Qualität den Therapieprozess gefährden und zum Abbruch führen können.

Ganz allgemein lässt sich (sowohl in der Fachliteratur als auch in der Praxis) feststellen, dass Therapieabbrüche zu jedem Zeitpunkt bzw. in jeder Therapiephase auftreten können. Insofern kann es auch nach einem längeren Therapieprozess durchaus zu einem Abbruch kommen, wenn etwa keine oder nur (mehr) unzureichende Fortschritte für PatientInnen zu erkennen sind. Abbrüche können für

TherapeutInnen unvermittelt auftreten und die Möglichkeit für Korrekturen (etwa im therapeutischen Vorgehen) bzw. die konstruktive Auseinandersetzung zwischen PatientIn und TherapeutIn verhindern (Cinkaya et al., 2011). Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass es grundsätzlich keine allgemein gültigen Strategien gibt, die einen Therapieabbruch gänzlich verunmöglichen können. Allerdings zeigen sich in gängigen und anerkannten Therapiemodellen, Parameter, die weitgehend für das Gelingen von Psychotherapie verantwortlich sind und insofern mit der Vermeidung von Therapieabbrüchen im Zusammenhang stehen.

6.2.2 Das Psychotherapie-Modell nach Grawe

Grawe (1995, 1997, 2004, zitiert nach Mander, 2015, S. 224) verfasste auf Basis umfangreicher empirischer Daten einen integrativen Psychotherapieansatz, der die Wirkung von Psychotherapie im Wesentlichen auf fünf Faktoren zurückführt:

- *Ressourcenaktivierung*: internale und externale Ressourcen (z.B. individuelle Fähigkeiten, soziale Beziehungen etc.), die PatientInnen für Veränderungszwecke in der Therapie und in ihren Lebensbereichen zu nutzen vermögen;
- *Problemaktualisierung*: Probleme und Belastungen werden für PatientInnen in der Psychotherapie erfahrbar bzw. aktualisiert (z.B. durch Interventionen, wie Aufstellungen, Rollenspiele etc.);
- *Problembewältigung*: PatientInnen erleben Psychotherapie als einen Kommunikationsraum an dem Bewältigungserfahrungen bzw. korrigierende Erfahrungen (*Coping-Lernerfahrungen*) gemacht werden können;
- *Motivationale Klärung*: PatientInnen gewinnen durch die Psychotherapie Einsicht in ihr belastendes bzw. problematisches Verhalten (z.B. Hintergründe) und erlangen Bewusstwerdung von (un)bewussten Motiven;
- *Therapeutische Beziehung*: Die Qualität der therapeutischen Beziehung wirkt sich auf das Therapieergebnis aus (Mander, 2015).

Diese fünf Faktoren stellen in ihrer Summe einen Wirkungsrahmen von Psychotherapie dar, die allesamt im Zuge des therapeutischen Prozesses ausreichend Beachtung finden sollen. Im Falle von Therapieabbrüchen bieten diese Faktoren aber

auch einen geeigneten Reflexionsraum, der Psychotherapien insgesamt von unterschiedlichen Blickwinkeln aus bewerten lässt.

6.2.3 Das transtheoretische Modell

Das transtheoretische Modell (Prochaska und DiClemente 1982; Prochaska und Norcross, 2010, zitiert nach Mander, 2015, S. 225) ist ein weiterer integrativer Wirkungsansatz, der die motivationalen Phasen und ihre unterschiedlichen Ausprägungen in das Zentrum von Psychotherapieprozessen stellen. Dabei werden im Modell vier motivationale Veränderungsstufen identifiziert:

- *Precontemplation-Phase*: PatientInnen zeigen in dieser Therapiephase keine (ausreichende) Absicht für eine Problembewältigung;
- *Contemplation-Phase*: PatientInnen beginnen die Absicht für eine Problembewältigung zu entwickeln – diese Phase ist häufig von Ambivalenz gekennzeichnet;
- *Action-Phase*: PatientInnen befinden sich in intensiven therapeutischen Prozessen, die von Problembearbeitung und –bewältigung bestimmt sind;
- *Maintenance-Phase*: PatientInnen erarbeiten in der Psychotherapie Strategien, um etwaige Rückfälle konstruktiv für sich nutzbar machen zu können bzw. erarbeitete Veränderungen nachhaltig integrieren zu können (Mander, 2015).

Dieses Phasenmodell eignet sich etwa dazu, die Möglichkeiten der PatientInnen (z.B. Ressourcenaktivierung, Ausmaß einer Problemaktualisierung etc.) für eine Problembewältigung entsprechend den motivationalen Phasen anzupassen. Schließlich soll damit die therapeutische Beziehung gestärkt werden und in Folge können etwaige Therapieabbrüche vorgebeugt werden.

Letztlich sind auch die Beweggründe und –umstände, die zu einem Therapiebeginn führen für das Therapieergebnis ausschlaggebend. Alfonsson, Olsson und Hursti (2016) betonten hierzu die Bedeutung der inneren Motivationsdynamik von PatientInnen und halten fest, dass „[...] behaviors that are governed by intrinsic, identified, or integrated motivation are more likely to occur and to be enduring over time compared to behaviors that are governed by external motivation“ (S. 2). In diesem

Verständnis sind Psychotherapieprozesse von unterschiedlichen Motivationsdynamiken umrahmt, die nachstehend in ihrer Bedeutung für ein zufriedenstellendes Therapieergebnis erläutert werden sollen.

6.3 Selbstbestimmungstheorie: Intrinsische und extrinsische Motivation

Die Theorien zur intrinsischen und extrinsischen Motivation sind Kernelemente einer übergeordneten Theorie zur Selbstbestimmung von Verhaltensweisen (*self-determination theory*) und bieten sich als Erklärungshintergrund für menschliches Verhalten an. Dabei handelt es sich um ein Zusammenspiel bzw. ein Kontinuum zwischen intrinsischen (inneren) und extrinsischen (äußeren) Einflüssen auf Verhaltensweisen. Die Selbstbestimmungstheorie misst vor allem *Anreizen* eine tragende Rolle bei Verhaltensweisen bei. Vor allem bei erstmaliger Ausführung eines bestimmten Verhaltens können Anreize, u. a. die eigene Selbstwirksamkeit (ein Verhalten ausüben zu wollen oder auch zu können) stärken sowie eigene Kontrollüberzeugungen (ein Verhalten annehmen und kontrollieren zu können) stützen. Eine besondere Rolle wird dem sozialen Umfeld (in dem Anreize gesetzt werden um bestimmte, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen anzuregen) eingeräumt (Friedel und Trautvetter, 2011; Winkler, Reinsperger und Piso, 2015). In der Psychotherapie(forschung) ist die Selbstbestimmungstheorie (bzw. die intrinsische und extrinsische Motivation) vor allem in Bezug auf die Therapiemotivation von PatientInnen relevant. Je nach Motivationsrichtung, d.h. etwa aus einem inneren (intrinsischen) Antrieb (z.B. psychischer Leidensdruck) und/ oder einem äußeren (extrinsischen) Anreiz (z.B. Psychotherapie als gesetzliche Auflage) heraus, begeben sich Menschen in einen Psychotherapieprozess.

6.3.1 Intrinsische Motivation

Bei der intrinsischen Motivation handelt es sich um eine dem Menschen innewohnende Motivation, ein bestimmtes Verhalten auszuführen. Hierbei kommen sowohl Tätigkeiten des alltäglichen Lebens in Frage (wie z.B. Arbeits- oder Freizeitaktivitäten) als auch Verhaltensweisen, die innert von *selbst* entstehen, etwa bezogen auf die mentale und körperliche Gesundheit (z.B. Sport ausüben) (Winkler, Reinsperger und Piso, 2015). Grundsätzlich ist eine hohe intrinsische Motivation für einen Therapiebeginn wünschenswert und für einen erfolgreichen Therapieverlauf

notwendig. Eine geringe innere Motivation bei PatientInnen kann als prognostisch ungünstig angenommen werden und u.U. ein frühzeitiges Therapieende bzw. einen Abbruch begünstigen.

6.3.2 Extrinsische Motivation

Bei der extrinsischen Motivation handelt es sich um äußere Steuerungsmodi, die Dritte zu einem Verhalten motivieren sollen. Diese äußeren Dynamiken können im Falle von Psychotherapie etwa günstige Umstände, wie Finanzierung eines Therapieplatzes, sein. Es kann sich aber auch um gesetzliche Auflagen (wie z.B. bei *Therapie statt Strafe* für bestimmte Delikte) handeln. In diesem Zusammenhang sind auch alle jene PatientInnen zu nennen, die etwa auf Anraten (u.U. auch Drängen) ihrer PartnerInnen, Eltern oder FreundInnen eine Psychotherapie beginnen. Wesentliches Charakteristikum ist das äußere Einwirken auf *Dritte*. Wie wohl äußere Anreize (sowohl positive Anreize, wie etwa z.B. kassenfinanzierter Therapieplatz als auch negative Anreize, wie etwa z.B. Therapie als Auflage) a priori keinen Hinderungsgrund für eine Therapie darstellen, bedarf es einer guten Balance bzw. einer ausreichenden Übereinstimmung zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation dieser Dynamiken (Spahni, 2013; Winkler, Reinsperger und Piso, 2015).

Neben der bisherigen Darstellung von (allgemeinen bzw. generischen) theoretischen Ansätzen und Modellen sollen in Folge Therapieabbrüche aus Sicht der *Integrativen Gestalttherapie* zu beleuchten. Vorweg ist festzuhalten, dass eine umfassende Recherche (inklusive Kontaktaufnahme etwa mit dem *Gestalt-Institut Köln* bzgl. relevanter Veröffentlichungen; Recherche in der *Gestalt Review* herausgegeben vom US-amerikanischen *Gestalt International Study Center*) keine Ergebnisse zu Tage brachte. Das heißt es konnten keine Artikel zum Thema identifiziert werden. Insofern scheint es interessant, dass das Thema *Therapieabbruch* (bislang) keinen oder nur einen sehr marginalen Platz in der neueren Gestalttheorie einnimmt.

6.4 Gestalttherapeutisches Psychotherapiemodell

Fritz Perls (gemeinsam mit Lore Perls und Paul Goodmann einer der drei BegründerInnen der *Gestalttherapie*) beschreibt den psychotherapeutischen Prozess „...als einen Prozess des persönlichen Wachstums und der Entfaltung des

menschlichen Potentials, der Zeit braucht“ (Perls, 1974 zitiert nach Zabransky und Wagner-Lukesch, 2004, S. 144). Wachstum und Entfaltung als integrale Bestandteile dieses Prozesses lassen sich nach Kurt Lewin⁷ (dem Begründer der *Feldtheorie*) anhand von psychischen aber auch sozialen Dynamiken in einem Feld, d.h. im Lebensraum eines Menschen, beschreiben.

Das *Kontaktmodell*, das von Fritz Perls für die Beschreibung von individuellem (psychischem, sozialem) Wachstum im Zusammenspiel mit der Umwelt eines Individuums (dem *Organismus-Umweltfeld*) entworfen (*entdeckt*) wurde (Gremmler-Fuhr, 2001) eignet sich sowohl um befriedigenden, zwischenmenschlichen (auch therapeutischen) Kontakt als auch potentielle *Kontaktstörungen* zu beschreiben.⁸

Generell bezeichnet *Kontakt* in der Gestalttherapie einen Austauschprozess (etwa zwischen PatientIn und TherapeutIn). Perls hat Kontakt als „Finden und Herstellen [einer] heraufdämmernden Lösung“ [Anmerkung v. Verf.] beschrieben (Perls et al. 1997 zitiert nach Amendt-Lyon et al., 2004, S. 118). Hierfür bedarf es der *Kontaktfähigkeit* (d.h. der grundsätzlichen Fähigkeit einen Kontakt herzustellen) und der Wahrnehmungsfähigkeit von *Kontaktgrenzen*. Letztere beschreibt die Fähigkeit eines Individuums, „... sich gegenüber der Umwelt als selbständiger Organismus zu behaupten und die eigenen Bedürfnisse zur Geltung zu bringen“ (Blankertz und Doubrawa, 2005). *Kontakt* im Sinne der Gestalttherapie wird, je nach (*Gestalt*-)AutorInnen, mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen definiert, wie z.B. die Auslegung von „gutem Kontakt“ (Polster und Polster, 1975 zitiert nach Gremmler-Fuhr, 2001, S. 359) oder eine Operationalisierung im Sinne von „jede Art von lebendiger Beziehung, die sich an der Grenze zwischen Organismus und Umweltfeld ereigne“ (Perls et al., 1951 zitiert nach Gremmler-Fuhr, 2001, S. 360). Gremmler-Fuhr (2001) schlägt eine Definition vor, die versucht ein umfassendes Bild von Kontakt

⁷ Lewin (1890-1947) gilt als ein Pionier der experimentellen Sozialpsychologie, der in seiner Feldtheorie die Bedeutung des Lebensraums bei der Analyse von menschlichem Verhalten hervorhob. Diesen Lebensraum bezeichnete er als *Feld* in dem sich das jeweilige Verhalten eines Menschen auch als *Feldhandlung/ -verhalten* beschreiben lässt (beeinflusst von den konkreten Gegebenheiten, die ein konkretes Feld einem konkreten Menschen zur Verfügung stellt) (Gremmler-Fuhr, 2001).

⁸ Das Kontaktmodell ist ein integrales Modell der Gestalttherapie, das sich für das Verständnis des zentralen Themas dieser Forschungsarbeit anbietet. Für weitere zentrale Theorien und Konzepte in der Gestalttherapie, siehe jedoch etwa Gremmler-Fuhr (2001) oder Amendt-Lyon, Bolen und Höll (2004).

einzufragen, das sowohl die Wechselbeziehungen zwischen Individuum und Umwelt berücksichtigt als auch deren Grenzen und Austausch(potential): „Kontakt ist jede Art von lebendiger Wechselbeziehung im Organismus-Umweltfeld, bei der eine Kontaktgrenze zwischen Organismus und Umweltfeld entsteht, über die ein Austausch stattfindet“ (S. 360). Dabei kommt es beim Individuum zu einem Unterscheiden und Auswählen an Kontaktangeboten, Verhaltensweisen etc. - zwischen jenen, die gut und jenen, die nicht integriert und angenommen werden können (Gremmler-Fuhr, 2001). Prinzipiell handelt es sich (wie bei den Modellen zuvor) um eine idealtypische Konzeption einer Abfolge von Kontaktepisoden, die in Form eines *Phasenmodells* beschrieben werden, dem auch Kontaktstörungen zugeordnet werden.

6.4.1 Kontakt(phasen)modell der Gestalttherapie

Das Kontaktmodell stellt einen zentralen Ansatz der Gestalttherapie dar und ist ein heuristisches Modell, das der Erforschung von Austauschprozessen dient und es erweist sich sowohl für die Beschreibung innerpsychischer Prozesse von PatientInnen als auch für die Beschreibung von Beziehungsprozessen zwischen PatientInnen und TherapeutInnen (und anderen Beziehungskonstellationen) als wertvoll.⁹ Ein Kontakt findet demnach immer (im zuvor erwähnten) *Feld* statt, in das eine Person eingebunden ist. Dieses Feld umfasst die unmittelbar (erfahrbare) Umwelt (in ihren jeweiligen Ausprägungen und Bereichen) als auch das Gefühl des Verbunden-Seins durch Beziehung und Dialog. In einer Psychotherapie ist der Dialog etwa *die* Form des Kontakts zwischen PatientIn und TherapeutIn – beide befinden sich in einem Feld, das der Linderung, Genesung, Heilung einer psychischen Belastung, Störung dient (Votsmeier, 1994).

Das Kontaktphasenmodell beschreibt in seinen Grundzügen einen (idealtypischen) vier-Phasen-Prozess, der sich in *Vorkontakt – Kontaktnehmen – Kontaktvollzug* und *Nachkontakt* gliedert. Demzufolge beschreibt das Modell einen Zyklus, der seinen Anfang in der Wahrnehmung einer Person nimmt, die bedeutsamen Unterschiede im

⁹ Gremmler-Fuhr (2001) verweist hierbei auch auf andere (psychotherapeutische) Kommunikationsmodelle, die zu einem Verständnis der Wechselbeziehungen zwischen Individuum/ Organismus und Umwelt beitragen, wie z.B. das psychoanalytische Konzept von Übertragung und Gegenübertragung und andere.

Organismus-Umweltfeld wahrnimmt, die auch von *heraufdämmernden* Bedürfnissen begleitet sind. In der Gestalttherapie wird dies als eine *offene Gestalt* bezeichnet, die sich bemerkbar macht und die *Phase des Vorkontakts* markiert. Diese Bedürfnisse drängen sich zunehmend in den Vordergrund, die Suche nach Möglichkeiten zur Realisierung von Bedürfnissen werden konkreter, der Wunsch nach Bedürfnisbefriedigung wird stärker – ein *Bedürfnis nimmt Gestalt an (Phase des Kontaktnehmens)*. Weiters werden Handlungen unternommen, um eine Bedürfnisbefriedigung zu erlangen – *Situationen werden (neu) gestaltet/ umgestaltet* und die *Phase des Kontaktvollzugs* stellt sich ein. Zuletzt wird aus einer offenen Gestalt eine *geschlossene Gestalt*. Ein Bedürfnis konnte (konstruktiv) befriedigt und integriert werden (*Phase des Nachkontakts*) (Amendt-Lyon, 2004).

Jede dieser Kontaktphasen kann jedoch auch von entsprechenden *Störungen* begleitet bzw. unterbrochen werden. In der Psychotherapie berichten PatientInnen von ihren Schwierigkeiten im Kontaktleben, die sich oft in unterschiedlichen (inadäquaten) Reaktionen zeigen. Perls (et al. 1997 zitiert nach Hutterer-Krisch und Amendt-Lyon, 2004, S. 159) nennt im Wesentlichen vier Kontaktstörungen: *Konfluenz, Introjektion, Projektion* und *Retroflexion*. Weitere Kontaktstörungen zeigen sich etwa durch *Deflexion, Egotismus* und *Reaktivität*.¹⁰ Wichtig ist hierbei die funktionelle Bedeutung dieser Störungen zu beachten, die in der Gestalttherapie als ursprüngliche Bewältigungsstrategien (im Sinne von *kreativen Lösungen*) von PatientInnen gesehen werden, die aber in einer aktuellen Lebenssituation erfolgreiche Bearbeitungs- und Assimilationsprozesse unmöglich machen bzw. diese stark beeinträchtigen (Hutterer-Krisch und Amendt-Lyon, 2004). Die Folge können Kontaktabbrüche und auch Therapieabbrüche sein. Die Deutsche Vereinigung Gestalttherapie fasst dies folgendermaßen zusammen: „Die Distanzierung, bzw. der Kontaktabbruch, ist der ergänzende Gegenpol zur Integration, die ansonsten das Hauptziel der Gestalttherapie darstellt. Hier, im bewussten Fall der vorübergehenden, schützenden Kontaktunterbrechung dient diese der Regeneration und Stabilisierung der Restpersönlichkeit“ (Deutsche Vereinigung Gestalttherapie, 2010, S. 11).

¹⁰ *Verdrängung* und *Sublimierung* sind weitere Kontaktstörungen, die jedoch nicht primär der Gestalttherapie zugerechnet werden und aus diesem Grund in diesem Kapitel nicht weiter ausgeführt werden.

6.4.2 Kontaktstörungen in der Gestalttherapie

Zunächst werden die Kontaktstörungen dargestellt und in Folge wird eine Verschränkung mit den Kontaktphasen (in einer Psychotherapie) präsentiert. Damit sollen Überlegungen zur Verfügung gestellt werden, welche Kontaktphasen *wie* bzw. *wodurch* gestört sein können – und wodurch sich mitunter auch ein Therapieabbruch einstellen kann. Prinzipiell bezieht sich dies keineswegs ausschließlich auf psychotherapeutische Prozesse, sondern umfasst jedweden zwischenmenschlichen Kontakt.

Konfluenz

Diese Störung beschreibt eine „Unterbrechung vor der eigentlichen Erregung“ (Hutterer-Krisch und Amendt-Lyon, 2004, S. 158). Aufkommende Bedürfnisse (wie sie in der Phase des *Vorkontakts* beschrieben werden) können nicht durchdringen, etwa wenn PatientInnen eine Verschmelzung mit ihrer Umgebung anstreben (Stegk, 2014). Eigene Bedürfnisse können Harmonie und Nähe stören. Indem Psychotherapie das individuelle psychische Wachstum beabsichtigt, das auch auf der Bedürfniswahrnehmung beruht, kann es (etwa durch eine konfrontative Therapie) zu einem Abbruch kommen.

Introjektion

Introjekte beschreiben in der Gestalttherapie etwa unangepasste Glaubenssätze, die PatientInnen daran hindern, eine *Kontaktaufnahme* (mit ihren aufkommenden Bedürfnissen) zu vollziehen (Stegk, 2014). Es kommt zu einer entsprechenden Störung während der Kontaktaufnahme und Introjekte bewirken etwa eine „gewohnheitsmäßige Hemmung des Verlangens“ (Hutterer-Krisch und Amendt-Lyon, 2004, S. 159). Bleibt eine Kontaktaufnahme auf Dauer aus, so kann sich dies ungünstig auf den Therapieverlauf auswirken.

Projektion

Hier kommt es zu einer Unterbrechung während der Phase des *Kontaktvollzugs* – „*während* voller Erregung und Entstehung von Gefühlen“ (Hutterer-Krisch und Amendt-Lyon, 2004, S. 159). Die Projektion basiert auf Introjekten – also jenen *unverdauten*

Anteilen, die ein eigenes Fühlen verunmöglichen (Stegk, 2014). Durch die Externalisierung von Gefühlen (auf andere, Dritte) wird der Versuch unternommen diesen Konflikt zu lösen wodurch jedoch eine Integration und auch eine Auflösung von Introjekten verhindert wird. Der psychotherapeutische Wachstumsprozess wird unterbrochen und kann für PatientInnen einen unzufriedenstellenden Verlauf nehmen.

Retrofektion

Hierbei kommt es zu einer Unterbrechung von nach außen gerichteten Gefühlen – während der *Phase des Nachkontakts*. Impulse und beabsichtigte Aktivitäten werden zurückgehalten und „stattdessen gegen den Organismus selbst gerichtet“ (Gremmler-Fuhr, 2001, S. 370). Grundsätzlich können diese Impulse sich selbst gegenüber freundlich als auch feindlich sein (Stegk, 2014). Kommt es allerdings zu einer dauerhaften Zurückhaltung bzw. Zurückwendung, dann verstärkt sich die Kontaktgrenze zwischen Individuum und Umweltfeld und es kann eine destruktive Beziehungs- bzw. Therapiedynamik entstehen, die in einem Abbruch der Therapie münden kann.

Deflektion

Damit wird eine Ablenkung bzw. eine Zerstreuung im Kontaktaustausch beschrieben. Ursprüngliche (Kontakt)Inhalte werden zugunsten anderer Inhalte aufgegeben was zu einer abgeschwächten Intensität des Kontakts führen kann (z.B. durch Weitschweifigkeit, übertriebene Gestik, Mimik etc.) (Stegk, 2014). Deflektion wird vor allem in den Phasen Kontaktnehmens, des Kontaktvollzugs oder des Nachkontakts beobachtet (Gremmler-Fuhr, 2001).

Egotismus

Diese Kontaktstörung beschreibt ein Vermeidungsverhalten, das darauf abzielt, einen Kontaktverlauf zu verlangsamen. Schließlich kommt es dadurch zu einer Distanzierung von der Umwelt und das Individuum verhindert ein Sich-Einlassen auf die Umwelt. Zum einen erfüllt sich für das Individuum im Egotismus eine Schutzfunktion, zum anderen kann es jedoch zu einer dauerhaften Isolation kommen (Gremmler-Fuhr, 2001). Wachstumsprozesse in der Psychotherapie können letztlich verhindert werden

bzw. ein frühzeitiges Therapieende initiieren. Diese Kontaktstörung ist keiner bestimmten Kontaktphase zugeteilt.

Reaktivität/ Reaktionsbildung

Angst ist *das* zentrale Gefühl, das bei Individuen zu Unterbrechungen während des Kontaktprozesses führt. Erregung und das Abklingen von Erregungszuständen sind von Angstreaktionen durchsetzt und den „Prozess, der zur Vermeidung der Erregung führt, nennen wir [in der Gestalttherapie] Reaktionsbildung“ [Anmerkung v. Verf.] (Gremmler-Fuhr, 2001, S. 372). Reaktivität kann in verschiedenen Kontakt- bzw. Therapieprozessen auftreten. Die Kontaktstörung liegt im Vermeiden ansteigender Erregung und das Individuum versucht einen scheinbaren Angriff (z.B. auf verinnerlichte Werte, Haltungen etc.) heftig abzuwehren.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Kontaktstörungen soll nochmals auf deren (unbewussten) Funktionsweisen hingewiesen sein. Letztlich handelt es sich bei diesen verschiedenen Modi um Versuche des Individuums, neuen Situationen und Herausforderungen zu begegnen. Psychotherapie soll grundsätzlich einen Raum bieten, wo ein neuer Umgang in der Bewältigung von Herausforderungen geübt und emotional erlebt werden kann. Insofern beschreiben Amendt-Lyon, Bolen und Höll (2004, S. 119) zurecht, dass der Kontextbeachtung von Kontaktstörungen eine enorme Bedeutung zukommt: „Verhaltensweisen, die vielleicht als Widerstand oder Kontaktvermeidung eingestuft werden, sollten – unter dem Blickwinkel ihrer Kontextabhängigkeit – besser als Kontaktfunktionen, z.B. als bevorzugte oder habituelle Modi im strukturierten Grund, wahrgenommen werden“.

Darüber hinaus kann jede Kontaktstörung zu einem potentiellen Therapieabbruch führen bzw. einen solchen mit-initiiieren. Daraus erklärt sich auch die Bedeutung des Kontaktmodells für den psychotherapeutischen Prozess mit dessen Hilfe die unterschiedlichen Kontaktmodi und -störungen in Psychotherapien beobachtet werden können.

Welche Auswirkungen Therapieabbrüche vor allem auf PatientInnen und TherapeutInnen haben können, soll im nachfolgenden Kapitel geklärt werden.

6.5 Die Beendigung einer Psychotherapie

In diesem abschließenden Unterkapitel sollen kurz grundlegende Überlegungen zur Beendigung eines psychotherapeutischen Prozesses diskutiert werden. Dies begründet sich vor allem darin, dass jeder Therapieabbruch unweigerlich ein Ende (von vielem) markiert: das Ende einer professionellen Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn, das Ende eines (zumeist intensiven) Prozesses, das Ende eines organisatorisch strukturierten Ablaufs (z.B. einmal wöchentlich an einem bestimmten Wochentag zu einer bestimmten Tageszeit etc.). Wiewohl jedes Therapieende unweigerlich durch Trennung, Loslassen, Ablösung, Abschied und auch Neubeginn gekennzeichnet ist, markiert ein Therapieabbruch einen spezifischen Umgang mit dem *Ende* (Rieber-Hunscha, 2007). Das *Ende in der Psychotherapie* ist aber ein ebenso facettenreiches wie umfangreiches Forschungsgebiet, das weit über die Themengrenzen dieser Arbeit hinausgeht. Daher werden nur einige Aspekte Platz und Erwähnung finden – vorrangig solche, die auch im Zusammenhang mit Therapieabbrüchen stehen.

Victor Chu, ein deutscher Gestaltpsychotherapeut, schreibt etwa: „Das Ende einer Therapie soll nicht wie ein Zufallsereignis irgendwann über die Therapie hereinbrechen. Das Therapieende ist ein wichtiger, ja oft entscheidender Teil der Therapie“ (1989, S. 59). Die Bedeutung des Therapieendes wird aber auch legislativ festgehalten, wie etwa im österreichischen Psychotherapiegesetz, § 16, wo sich beim Punkt *Dokumentationspflicht* folgende Aufforderung findet: „Der Psychotherapeut hat über jede von ihm gesetzte psychotherapeutische Maßnahme Aufzeichnungen zu führen“ (BKA-RIS, 2017). Dies umfasst auch den „Beginn, Verlauf und Beendigung der psychotherapeutischen Leistungen“ (BKA-RIS, 2017). Ebenso wird im Berufskodex für PsychotherapeutInnen des österreichischen *Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen* dem Therapieende bzw. dessen Gestaltung eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt – wissentlich, dass das Ende nicht (immer) einfach ist bzw. der vorausgehende Prozess sich schwierig erweisen kann (BMG, 2013): „In der Regel ist das Abschied nehmen in der Psychotherapie und voneinander, insbesondere für die Patientin oder den Patienten, ein längerer Prozess, der mit der Entidealisierung der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten einhergeht“ (BMG, 2013, S. 9).

Die Abschlussphase gilt als eine weitere vulnerable Phase im Therapieprozess, deren Verlauf sich in vier Subphasen gliedern lässt:

- Beginn der Abschlussphase: Das Therapieende rückt ins Bewusstsein der AkteurInnen und wird (erstmalig) benannt (von PatientIn und/ oder TherapeutIn).
- Terminsetzung: Das Therapieende bekommt einen eindeutigen Termin.
- Die letzten Stunden: Das Therapieende/ der Abschied ist zentrales Thema in den letzten Stunden – neben anderen wichtigen Themen, wie Rückblick, Bilanzierung, was konnte erreicht werden/ was bleibt offen an Themen etc. – je nach Bedürfnissen der PatientInnen).
- Die postterminale Phase: Es erfolgt eine innere Anpassung der PatientInnen auf die Zeit nach/ ohne Therapie bzw. ohne TherapeutIn (Kreiner, 2015).

Diese Phasenbeschreibung geht von einem geplanten Therapieende aus, das in Übereinstimmung zwischen den AkteurInnen bestimmt wird. Bei einem Therapieabbruch fehlen jedoch wesentliche Phasen. Aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie stellen Therapieabbrüche *unvollendete Gestalten* dar – d.h. etwas, ein Prozess, ein Thema, eine Beziehung kam nicht zum Abschluss bzw. konnte nicht erledigt/ vollendet werden. Solche unvollendeten Prozesse können sich wie Schatten über das Leben von Menschen legen, die sich in der Scham (etwa bei PatientInnen) aber auch im Ärger (etwa bei TherapeutInnen) zeigen können (Chu, 1989). Umso bedeutender ist es die Anzeichen, die den Fortgang einer Psychotherapie bedrohen können, zu erkennen – es bedarf daher eines besonderen Bewusstseins – bei PatientInnen und insbesondere bei TherapeutInnen.

Wie kann man nun aber einem Therapieabbruch vorbeugen? Welche Strategien gibt es mit denen ein Therapieabbruch (weitgehend) vermieden werden kann? Diese Fragen stehen im Zentrum des anschließenden Kapitels, das sich mit einer Auswahl entsprechender Präventionsvorschläge beschäftigen wird.

7 Vermeidung von Therapieabbrüchen – Gegenstrategien und Präventionsvorschläge

Ausgehend von der Prämisse, dass Psychotherapie Beziehungsarbeit ist, werden an PsychotherapeutInnen (zu Recht) Ansprüche gestellt, die vor allem emotionale Fähigkeiten betreffen. Rumpler (2004) fasst diese als „Wärme, Offenheit, Kongruenz, Zugewandtheit, Empathie“ zusammen, die „...jenes kulturelle und ideologische Konglomerat“ bilden „...welches auch zur primär emotionalen Grundausstattung des guten Psychotherapeuten [und der guten Psychotherapeutin, Anmerkung v. Verf.] gehört“ (S. 96). Hier findet sich eine direkte Verbindung zu bewährten, persönlichen Voraussetzungen für die Ausübung psychotherapeutischer Arbeit, wie z.B. „bedingungsfreie positive Beachtung“ (der PatientInnen), „Empathie“, kongruentes Verhalten (d.h. der/ die TherapeutIn bringt sich als *echte* und *transparente* Person in den Therapieprozess ein), „Haltefunktion“ (containing – Menschen in psychischer Not – im übertragenen Sinn - zu *halten*), „Flexibilität“ (situations-bedingter Wechsel zwischen teilnehmender Empathie und Konfrontation) etc. (Hoffmann, Rudolf und Strauß, 2008, S. 9). Damit werden vor allem zentrale Konzepte der humanistischen Psychologie und Psychotherapieverfahren beschrieben, die diese Konzepte als integrale Teile eines Therapieprozesses erachten.

Darüber hinaus nennen Swift und Greenberg (2015) acht Strategien, die einem Therapieabbruch entgegenwirken können. Die Autoren betonen die Wissenschaftlichkeit dieser Strategien und den immanenten „strong empirical and theoretical support“ (S. 172).

1. Rollenklärung und Informationen zum Ablauf einer Psychotherapie bereitstellen

Als „role induction“ wird jener Prozess bezeichnet in dem PatientInnen von ihren TherapeutInnen jene Informationen bekommen, wie ein übliches Therapieschehen aussieht (auch vor dem Hintergrund der jeweiligen Therapiemethode), welche Rollen den AkteurInnen (PatientIn und TherapeutIn) zukommen und auch welches Verhalten für eine Psychotherapie adäquat ist (auch in Abgrenzung zu anderen sozialen Beziehungen, wie Freundschaften, ArbeitskollegInnen, Familienmitgliedern etc.). Dazu zählen auch Informationen darüber, was PatientInnen von TherapeutInnen erwarten

können und was nicht (Swift und Greenberg, 2015). Ziel dieser Strategie ist es in erster Linie den PatientInnen eventuelle Ängste und Unsicherheiten zu nehmen, die zu einem Abbruch der Therapie führen können. Die hier vorgestellten Maßnahmen können auch dem Bereich der Psychoedukation zugerechnet werden. Eine persönliche Vermittlung dieser Inhalte kann als bindungsförderlich angenommen werden, obgleich manche dieser Informationen auch als verschriftlicht (z.B. via Webseite, Flyer etc.) angeboten werden (Holzer, Flückiger und Keller, 2015).

2. Einbeziehung der PatientInnen-Wünsche in therapeutische Entscheidungsprozesse

Die Rollenklärung und allgemeine Informationsbereitstellung sollen die therapeutische Grundlage bieten, damit PatientInnen ihre Wünsche an die Therapie und auch an den/die TherapeutIn formulieren und äußern können. PatientInnen sollen ermuntert werden, *ihre Anliegen für ihre Psychotherapie* vorzubringen – eventuell auch im Hinblick auf bevorzugte Behandlungs- bzw. Interventionsmethoden (z.B. verbal in Form eines therapeutischen Dialogs, mit Hilfe von kreativen Medien etc.). Mit dem anamnestischen Erfragen von PatientInnen-Wünschen wird bereits das Ziel verfolgt, PatientInnen aktiv in das Therapieschehen einzubeziehen und die Allianz zwischen den AkteurInnen zu stärken. Die Missachtung der Einbeziehung von PatientInnen kann jedoch einen ungünstigen bzw. unerwünschten Verlauf nehmen: „In contrast, when preferences are ignored, clients may view this as a cost and may choose to abandon treatment rather than stick with a therapy approach or therapist they do not believe in (little anticipated benefits) (Swift und Greenberg, 2015, S. 173). TherapeutInnen sind demnach (auf)gefordert die Präferenzen ihrer PatientInnen in Therapie- und Entscheidungsprozesse aktiv einzubinden. Als unterstützend und strukturierend können hierzu etwa standardisierte Instrumente, wie etwa das *Treatment Preference Interview*, eingesetzt werden (Holzer et al., 2015). In jedem Fall sollen TherapeutInnen immer auch die Umsetzbarkeit der PatientInnenwünsche prüfen und Alternativen anbieten falls Präferenzen nicht berücksichtigt werden können.

3. Gemeinsame Planung des Therapieendes

PatientInnen haben zu Therapiebeginn meist kein oder ein unrealistisches Bild davon, wie lange ihre psychotherapeutische Behandlung dauern soll. Swift und Greenberg (2015) verweisen auf mehrere Untersuchungen in denen PatientInnen (in den USA) die Anzahl an notwendigen Psychotherapiesitzungen für ihre Problembewältigung mit fünf oder weniger Therapieeinheiten angegeben hatten. Es besteht daher das Risiko, dass PatientInnen frühe Fortschritte mit einer vollständigen Genesung verwechseln und auch Therapien frühzeitig beenden (Holzer et al., 2015). Prinzipiell stellen jedoch PatientInnen berechtigterweise die Frage nach der erforderlichen Anzahl an Sitzungen bzw. wünschen sich eine Einschätzung von den ExpertInnen an die sie sich wenden. In diesem Fall kann es empfehlenswert sein, Erfahrungen aus der Forschungsliteratur zur Verfügung zu stellen – immer mit dem Hinweis, dass es individuelle Unterschiede gibt, die sich in der Problemlast, der Schwere der psychischen Störung bzw. Belastung, den Ressourcen der jeweiligen Person etc. zeigen. Hinsichtlich von Richtwerten für erwartete Verbesserungen im Rahmen einer Psychotherapie fassen Lambert und Ogles (2013) die Erfahrungen seit ca. Ende der 1990er Jahre folgendermaßen zusammen: „Die Forschung zeigt, dass sich ein beträchtlicher Anteil der Patienten nach zehn Sitzungen reliabel verbessert, und dass 75 Prozent der Patienten nach etwa 50 Behandlungssitzungen strengere Erfolgskriterien erfüllen“ (S. 273). Rund 50 % der PatientInnen erreichen nach etwa 20 Sitzungen einen substanziellen Therapiegewinn (Lambert und Ogles, 2013). Hierbei ist allerdings das jeweilige psychische Störungsbild (bzw. der Schweregrad der psychischen Störung) zu berücksichtigen.

Nach dem Festlegen der Behandlungsziele kann es hilfreich sein, den PatientInnen ein Gespräch anzubieten, in dem gemeinsam eingeschätzt wird, in welchem Rahmen sich die Behandlungsdauer bewegen soll. Dabei sollen auch Überlegungen miteinfließen, wie die PatientInnen mitteilen können, ob und wann sie aus ihrer Sicht die Therapieziele erreicht haben und ob das Therapieende näher rückt (Holzer et al., 2015).

4. Aufklärung über Veränderungsprozesse während der Psychotherapie

Eine weitere Unsicherheit, die einer rechtzeitigen Gegenstrategie bedarf, um einen Therapieabbruch zu verhindern, besteht in den Erwartungen der PatientInnen hinsichtlich erwünschter Veränderungen. Dies betrifft insbesondere den Umfang von Erwartungen als auch die Schnelligkeit mit der diese eintreten (sollen). Wie zuvor erwähnt bedarf es daher eine genaue Differenzierung zwischen Therapiefortschritt und Genesung aber die Aufklärung, dass Psychotherapie auch Phasen von Rückschritten umfassen kann. Letztere sollen eben wiederum in der Therapie Bearbeitung finden, PatientInnen sollen dabei die entsprechende therapeutische Unterstützung erhalten, um individuelle Wachstumsprozesse wiederum in Gang zu setzen (Swift und Greenberg, 2015). Veränderungsprozesse werden etwa im *Phase Model of Psychotherapy Outcome* von Howard, Lueger, Maling und Martinovich (1993) beschrieben. Darin zeichnen sie (idealtypische) aufeinanderfolgende Phasenverläufe in denen PatientInnen zu Beginn Hoffnung auf Unterstützung (in Form einer „healing relationship“, S. 679) erfahren (Phase 1: „remoralization“, S. 679), im Anschluss Symptomlinderung erleben (Phase 2: „remediation“, S. 679) und schließlich Lebensqualität, Autonomie, Genesung wiedergewinnen (Phase 3: „rehabilitation“, S. 680). Insgesamt soll mit Aufklärungsstrategien bzgl. erwarteten Veränderungsprozessen etwaigen Fehlinterpretationen Vorschub geleistet werden. Mögliche Frustrationen, die mit solchen Erwartungen der PatientInnen in Zusammenhang stehen, sollen daher möglichst früh aus dem Weg geräumt werden.

5. Hoffnung und Zuversicht als therapeutische Unterstützung

Hoffnung bezieht sich in diesem Kontext konkret auf die Erwartungen der PatientInnen bezüglich der Therapieeffekte. Dies umfasst die Hoffnung, dass die psychotherapeutische Behandlung per se als auch der/ die TherapeutIn *wirken* und sich die gewünschten Veränderungen einstellen. Diese Hoffnung ist es schließlich die PatientInnen dazu veranlasst, einen Termin für ein Erstgespräch zu vereinbaren und darauffolgend eine erste Therapiesitzung zu absolvieren. In Folge muss dieser bedeutsame Motivator von TherapeutInnen genutzt werden, um den Therapieverlauf erfolgreich gestalten zu können. Dabei ist Vermittlung von Absichten und Interventionen entscheidend, um die rationale Basis therapeutischer Behandlung den

PatientInnen gegenüber transparent und nachvollziehbar zu machen (Swift und Greenberg, 2015). Die Bestärkung der PatientInnen in ihrer (realistischen) Erwartung an Veränderung stärkt letztlich wiederum die therapeutische Allianz. Insbesondere sollen jedoch PatientInnen auch darin bestärkt werden, Hoffnung in sich selbst zu setzen. Dadurch wird die Selbstwirksamkeit der PatientInnen gefördert und es werden „Veränderungen auf die Bemühungen der Klienten attribuiert“ (Holzer et al., 2015).

6. Motivation für therapeutischen Prozess steigern

Hoffnung ist eng verknüpft mit der Motivation, die PatientInnen für eine Therapie aufbringen. Motivation ist aber auch nötig, um Veränderungen in Gang setzen zu können. Die Arbeit an der Motivation ist für die therapeutische Arbeit enorm bedeutsam und kann einem frühzeitigen Therapieende entgegenwirken. Je nach Motivationsstand der PatientInnen können unterschiedliche Herangehensweisen ratsam sein (Holzer et al., 2015). In diesem Sinne ist die Motivationsklärung notwendig, um bei PatientInnen, die Befürchtungen im Zusammenhang mit der Psychotherapie oder mit den zu erwarteten Veränderungen haben, besprechen und bearbeiten zu können. Hierbei kann eine *motivierende Gesprächsführung* hilfreich sein, die PatientInnen in einer wertschätzenden Weise dabei unterstützt, sich mit ihrem Ambivalenzverhalten auseinanderzusetzen. PatientInnen, die hingegen sehr auf Veränderungen drängen und die bereits über ein elaboriertes Erfahrungswissen hinsichtlich ihres eigenen Problemverhaltens verfügen, sollen in der Psychotherapie Bestärkung und Motivation für gelungene Veränderungen erfahren. Handlungsorientierte Interventionen können helfen nächste Veränderungsschritte anzustoßen (Swift und Greenberg, 2015).

7. Förderung der therapeutischen Allianz

Hinsichtlich der Überprüfung der therapeutischen Allianz (als wesentlichen Prädiktor für die Therapiequalität) soll auf wichtige und nützliche Hilfsmittel verwiesen sein, die integrale Bestandteile eines jeden psychotherapeutischen Prozesses sind. Hierbei

handelt es sich in erster Linie um *Übertragung*¹¹ und *Gegenübertragung*, die unverzichtbar sind, um die Dynamik der therapeutischen Beziehung und die Rollen der einzelnen Beteiligten als Ganzes wahrnehmen und analysieren. Diese therapeutischen Hilfsmittel werden jedoch kaum bzw. nicht ausreichend (Therapie)schulenübergreifend genutzt (Cinkaya, 2016).

Im Kapitel 5.3 zu den *Prozessbezogenen Prädiktoren* wurde eine unzureichende Allianz (Bindung) zwischen PatientIn und TherapeutIn bereits als therapiehinderlich und als Risikofaktor für einen Abbruch identifiziert. Die therapeutische Bindung ist als Gegenstrategie zu einem frühzeitigen Therapieende von ausschlaggebender Bedeutung (Kapitel 4.2.3). Swift und Callahan (2011) fanden etwa in einer Untersuchung heraus, dass PatientInnen sogar weniger effektive psychotherapeutische Behandlungen aber gute Beziehungen zu ihren PsychotherapeutInnen eher präferieren als sehr effektive Behandlungen bei PsychotherapeutInnen, zu denen keine befriedigende Beziehung (Bindung/ Allianz) hergestellt werden kann. Holzer et al. (2015) heben in Anlehnung an *Carl Rogers Personenzentrierten Ansatz* die empathische Grundhaltung seitens der PsychotherapeutInnen hervor, die für das Wachsen der therapeutischen Allianz entscheidend ist. Um etwaige Allianzbrüche (und in Folge Therapieabbrüche) zu vermeiden empfiehlt sich die wiederkehrende Reflexion der therapeutischen Beziehung als wichtige Gegenstrategie. Dies entspricht nach Laura Perls (1989, 2005) auch einem *innovativen Zugang* zu Psychotherapie: „Therapie ist selbst ein *innovativer Prozeß*, in welchem Patienten und Therapeuten sich ständig selbst und einander entdecken und fortwährend ihre Beziehung erfinden“ (S. 95). Perls betont hierin *das Gemeinsame* (das gemeinsame therapeutische Arbeiten, das gemeinsame Ausverhandeln von nächsten Therapieschritten etc.) zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn und unterstreicht den Beziehungscharakter von Psychotherapie.

¹¹ *Übertragung* beschreibt gemäß Laplanche und Pontalis (1972) einen Vorgang bei dem „unbewusste Wünsche an bestimmte Objekte im Rahmen eines bestimmten Beziehungstypus, der sich mit diesen Objekten ergeben hat, aktualisiert werden“ (S. 550).

8. Gemeinsame Bewertung und Diskussion von Therapiefortschritten

Schließlich ist die Überprüfung und auch Benennung von Therapiefortschritten aber auch das Ausbleiben von Fortschritten bzw. Veränderungen erforderlich, um die therapeutische Beziehung zu stärken (bzw. auch zu hinterfragen). Hierbei können manualisierte Instrumente (wie z.B. der Ergebnisfragebogen/ Outcome Questionnaire¹²) ebenso dienlich sein, wie kreative Medien (Aufstellungen, Arbeit mit Symbolen zur Verdeutlichung von erreichten/ offenen Zielen). Diese gemeinsame Reflexion ist notwendig, um die Zusammenarbeit zwischen PatientIn und TherapeutIn sichtbar zu machen und um die Therapieziele und –präferenzen der PatientInnen nicht aus dem Blick zu verlieren (Swift und Greenberg, 2015). Bezüglich der Manualisierung von Therapien soll an dieser Stelle aber auch auf eine kritische Schlussfolgerung in der Studie der Donau Universität Krems hingewiesen werden: Demnach können therapiespezifische Bedingungen, zu denen etwa Manuale vor allem in verhaltenstherapeutischen Therapien oftmals zählen, auch zu Misserfolgen in Therapien führen. Die StudienautorInnen halten dazu fest, dass durch einen häufigen Einsatz von Manualen mitunter auch zu wenig Bedacht auf ein PatientInnen-zugeschnittenes Vorgehen gelegt wird (Leitner et al., 2012).

Abseits von Präventionsvorschlägen, die sich primär der PatientInnen- bzw. der TherapeutInnenseite zurechnen lassen, gibt es auch Empfehlungen zur Vermeidung von Therapieabbrüchen, die sich an Ausbildungs- und Fortbildungsvereine für Psychotherapie richten – und die größtenteils auch Umsetzung finden. Nachstehend werden zusammenfassend sechs Maßnahmen genannt:

- „Sorgfältige Dokumentation problematischer Effekte schon in den Psychotherapiestunden;
- Zulassungsverfahren für die unterschiedlichen Psychotherapieformen;
- Einrichtung von Melderegistern (anonym, Hilfsangebote)¹³;
- Bereitstellung von Behandlungsrichtlinien;

¹² <https://www.telepsy.de/eb45>, Zugriff zuletzt am 02.08.2017

¹³ Hierbei handelte es sich um einen Vorschlag zur Errichtung einer anonym zugänglichen Datenbank für PsychotherapeutInnen (in der Schweiz) zur Dokumentation von unerwünschten Nebenwirkungen in der Psychotherapie (Margraf und Schneider, 2002).

- Kontinuierliche Supervision und Weiterbildung der Behandler sowie
- Sorgfältige Aufklärung des Patienten über Chancen, Probleme und mögliche Nebenwirkungen der geplanten Psychotherapie“ (Schneider, 2006; zitiert nach Hoffmann, Rudolf und Strauß, 2008, S. 14)

8 Zwischenresümee Teil I

Therapieabbrüche wurden in Teil I aus verschiedenen (theoretischen) Blickwinkeln aus betrachtet. Die Komplexität des Themas zeigte sich bereits zu Beginn in der begrifflichen Herangehensweise, die eine Vielzahl an unterschiedlichen Definitionsmöglichkeiten hervorbrachte. Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle folgendes Zwischenresümee ziehen:

- Eine allgemein gültige Definition zu Therapieabbrüchen existiert in der Psychotherapieforschung nicht. Unterschiedliche Parameter (wie z.B. frequenzgebundene Definitionen) können für die Bestimmung eines Dropouts herangezogen werden.
- Für die vorliegende Arbeit wurde die Arbeitsdefinition von Swift und Greenberg (2015) entlehnt, die die Einseitigkeit eines Therapieabbruchs durch den/ die PatientIn ins Zentrum stellt: „...patients unilaterally (without approval or agreement from their therapists) decide to discontinue treatment before meeting their therapeutic goals“ (S. 170).
- In der Analyse der ausgewählten Forschungsliteratur zeigten sich folgende Prädiktoren für einen Therapieabbruch wiederkehrend angeführt:
 - Auf der PatientInnenseite: Junges (Erwachsenen)Alter sowie Personen mit Persönlichkeitsstörungen bzw. Essstörungen;
 - Auf der TherapeutInnenseite: Hier besteht ein eindeutiger Mangel an Forschungsarbeiten, die sich umfassend mit der Rolle der TherapeutInnen bei einem Therapieabbruch beschäftigen.
- Anhand von drei zentralen (Therapieschulen-übergreifenden) Meta-Modellen zu Verlaufsprozessen in Psychotherapien (*Das generische Modell der Psychotherapie / Das Psychotherapie-Modell nach Grawe* und *Das transtheoretische Modell*) wurde beispielhaft gezeigt welche *Bestandteile* eine Psychotherapie ausmachen und wie fehlende Aspekte einen Therapieabbruch mitauslösen können.
- Am Beispiel des *Kontaktmodells* und der *Kontaktstörungen* (gemäß der *Integrativen Gestalttherapie*) wurde eine spezifische (Therapieschulen-spezifische) Verortung von dysfunktionalen Therapieentwicklungen aufgezeigt.

- Hinsichtlich der Auswirkungen von Therapieabbrüchen (vor allem für PatientInnen und TherapeutInnen) zeigte sich, dass (in Studien mit kleinen Fallzahlen) von PatientInnen vorwiegend beziehungsrelevante Aspekte genannt wurden.
- Vor diesem Hintergrund wurde schließlich in Teil I noch eine Reihe an Gegenstrategien angeführt, die helfen sollen, Therapieabbrüchen vorzubeugen. Zusammenfassend handelt es sich dabei um die Abstimmung der Therapieziele und –aufgaben, den Konsensus bezüglich Therapieaufgaben, -aufträge und –rollen sowie den Aufbau einer konstruktiven, therapieförderlichen Bindung (Allianz) zwischen PatientIn und TherapeutIn.

Teil II

Overview of Reviews zu **Therapieabbrüchen**

9 Empirische Erfahrungen zu Therapieabbrüchen

9.1 Frühe(re) Forschungsbefunde

Eine der ersten *narrativen Übersichtsarbeiten* ¹⁴ (mit 60 eingeschlossenen Primärstudien) zu Psychotherapieabbrüchen bei Erwachsenen wurde 1975 von Baekland und Lundwall veröffentlicht. In dieser Arbeit wird eine Abbruchrate von 20 % bis 60 % angegeben. In der Übersichtsarbeit galt ein Therapieende als Abbruch, wenn nach einem therapeutischen Erstgespräch keine weitere Sitzung mehr stattfand oder wenn weniger als 4 Therapiesitzungen zustanden kamen. Weitere Forschungsarbeiten (wie etwa von Garfield, 1994; Reis und Brown, 1999 oder auch von Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbon und Thompson 2008) berichten von ähnlichen Größenordnungen (z.B. Barrett et al. halten in ihrer Übersichtsarbeit fest, dass in den berücksichtigten Primärstudien rund 50 % der PatientInnen, die Therapie nach der dritten Sitzung frühzeitig beendeten (Swift und Greenberg, 2015). Zumeist werden in den (frühen) Übersichtsarbeiten zusammenfassende Therapieabbruchraten von rund 50 % berichtet. Eine der ersten großen Meta-Analysen ist jene von Wierzbicki und Pekarik (1993). Hierbei handelt es sich um eine umfassende Übersicht, die 125 Studien (publiziert im Zeitraum 1974 bis 1990) einschloss. Ziel dieser Meta-Analyse war die Erhebung der durchschnittlichen Dropout-Rate sowie die Identifikation von demographischen und psychosozialen Faktoren sowie TherapeutInnen-spezifische Charakteristika, die mit Abbrüchen von Psychotherapien in Zusammenhang standen. Zusammenfassend stellten die Autoren fest, dass beinahe jede/r zweite PatientIn die Therapie abbrach (M=46,86 %; SD=22,25%). Obgleich auch diese Meta-Analyse einige (methodische) Limitationen in sich birgt (wie etwa eine große Studienheterogenität), so gilt diese Arbeit dennoch als ein Meilenstein in der empirischen Psychotherapieforschung zu Therapieabbrüchen.

Faktoren, die in vielen früheren Arbeiten mit Therapieabbrüchen assoziiert wurden, waren vor allem die ethnische Zugehörigkeit der PatientInnen (die Zugehörigkeit zu

¹⁴ Eine *narrative Übersichtsarbeit* umfasst im Vergleich zu einer *systematischen Übersichtsarbeit* keine systematische Literatursuche. D.h. die *bewusste Auswahl* der eingeschlossenen/ berücksichtigten Studien obliegt den AutorInnen und basiert nicht auf einer umfassenden Literatursuche (z.B. mit definierten Suchkriterien, in mehreren internationalen Datenbanken etc.). Der Evidenzgrad einer narrativen Übersichtsarbeit ist zwar eingeschränkt, allerdings kann mit dieser Methode eine gute Übersicht zu einem Forschungsthema zur Verfügung gestellt werden.

einer ethnischen Minorität), der formale Bildungsgrad (formal niedriges Bildungsniveau) und ein niedriger sozioökonomischer Status. Gleichzeitig gibt es jedoch ein Spektrum an weiteren Forschungsbefunden, die keine oder nur unzureichende Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Therapieabbruch und einen der zuvor genannten Faktoren (wie z.B. Bildungsgrad) erkennen lassen. Swift und Greenberg (2015) verweisen hierzu auf die Inkonsistenzen, die sich in methodischen Mängeln in den frühen Übersichtsarbeiten zu erkennen geben: „Given the lack of systematic approach, it is difficult to tell the degree to which the reviewers' biases may have influenced the results that were found and the conclusions that were made“ (S. 35). Vor diesem Hintergrund liefern die Ergebnisse dieser früheren Übersichtsarbeiten erste Trends und Annahmen, die für den folgenden *Overview of Reviews* als Hintergrundwissen einfließen sollen und auch einer kritischen Reflexion unterzogen werden sollen.

Während Therapieabbrüche im vorangegangenen Teil I vor allem konzeptionell analysiert wurden, soll in diesem Teil II eine Synthese in Form eines *Overview of Reviews* (Overview von systematischen Übersichtsarbeiten inklusive Meta-Analysen) eine empirische Zusammenschau liefern. Die Rationale für dieses methodische Herangehen eröffnet sich in der Breite und Vielfalt an Studien, die sich mit Therapieabbrüchen in den letzten Jahren auseinandersetzen (Werbart et al., 2014).

9.2 Methode

Ein *Overview of Reviews* bietet die Möglichkeit, Ergebnisse mehrerer systematischer Übersichtsarbeiten (inkl. Meta-Analysen) zu aggregieren. Zudem sollen mit dieser Methode etwaige Forschungslücken aufgezeigt und die wesentlichen Ergebnisse sollen handlungsorientiert aufbereitet werden (Piso et al., 2015). Die Erhebung von Therapieabbrüchen in Form eines *Overview of Reviews* soll Aufschluss über unterschiedliche Einflussfaktoren auf Therapieabbrüche geben.

9.2.1 Literatursuche

Die Literatursuche für diesen empirischen Teil wurde im Zeitraum 11. bis 14. Oktober 2016 in den folgenden Datenbanken durchgeführt: Medline via Ovid, Embase, The Cochrane Library, CRD (DARE, NHS-EED, HTA), PsycINFO, Psycdex und TRIP-

Database. Als Suchbegriffe wurden *Psychotherapy*, *Psychotherapie*, *Patient Dropout*, *Treatment Dropout* als Schlagwörter bzw. *Medical Subject Headings* (MeSH-Terms) für die Suche in den Datenbanken verwendet. Zudem wurden Freitext-Schlagwörter verwendet, wie z.B. *discontinued*, *psychotherapy*, *premature termination of psychotherapy* etc. Darüber hinaus wurde auch eine umfassende Handsuche unternommen.

9.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die nachstehende Tabelle 4 legt die genauen Einschlusskriterien für die Literatursuche und –auswahl dar.

Tabelle 4: Einschlusskriterien

Population	Erwachsene PatientInnen (≥ 18 Jahre) mit Störungsbildern lt. Kategorie F im ICD-10 bzw. psychische Störungen lt. DSM IV/V
Intervention	Psychotherapie bzw. psychotherapeutische Interventionen
Kontrolle	TherapievollenderInnen („Completer“), d.h. PatientInnen, die ihre psychotherapeutischen Behandlungen regulär (wie geplant) und in Übereinstimmung mit ihren PsychotherapeutInnen beendet haben
Outcomes / Endpunkte	Dropout; frühzeitige Beendigung von Psychotherapie (als primäre bzw. sekundäre Outcomes)
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeiten; Meta-Analysen
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsch- und englischsprachige Publikationen; • Zeitraum: 1995-2016 • geographischer Fokus: Europa, Nordamerika, Australien, Neuseeland

Darüber hinaus wurden genaue Ausschlusskriterien definiert. Systematische Übersichtsarbeiten wurden ausgeschlossen,

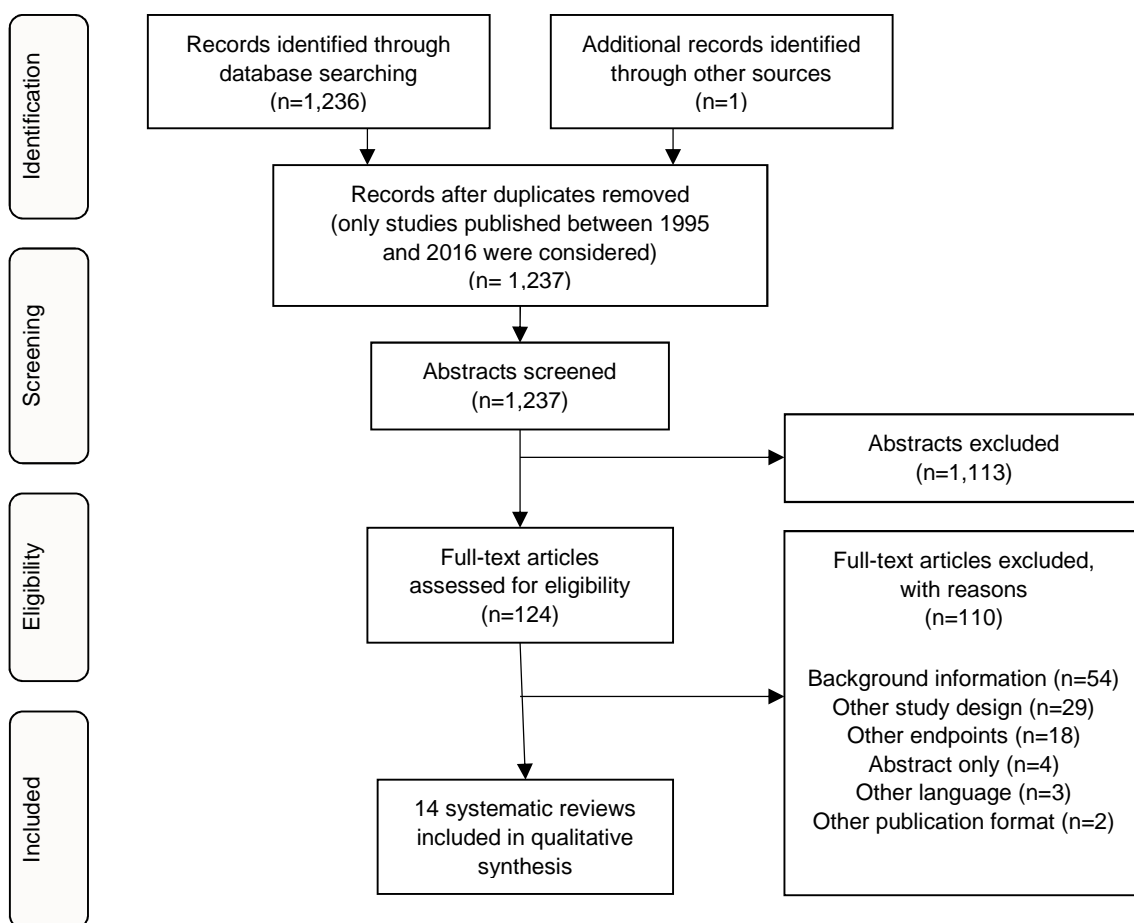
- wenn es sich um Abbrüche von Psychotherapien mit Kindern und Jugendlichen handelte (PatientInnen < 18. Jahre),

- wenn sie vor 1995 publiziert wurden (um eine zeitliche Begrenzung bezüglich der Aktualität der eingeschlossenen Arbeiten zu setzen),
- nicht deutschsprachig bzw. englischsprachig waren,
- methodische Mängel aufwiesen, die lt. der methodischen Qualitätsbewertung nach Oxman und Guyatt (1991) einen Gesamtwert < „4“ ergaben (siehe Abschnitt 9.2.4).

9.2.3 Literatúrauswahl

Durch die nachstehende Abbildung 1 wird ersichtlich gemacht, dass vor dem Hintergrund der Einschlusskriterien für die Literatúrauswahl insgesamt 1.237 Literaturzitate (als Abstracts) identifiziert werden konnten. 124 Volltexte wurden als Volltexte gescreent, 113 wurden aus unterschiedlichen Gründen für eine genauere Analyse ausgeschlossen. Schließlich wurden 14 systematische Übersichtsarbeiten für die Auswertung in Form eines *Overview of Reviews* identifiziert.

Abbildung 1: *PRISMA*¹⁵ Flussdiagramm zur Darstellung des Literatursuchprozesses



9.2.4 Qualitätsbewertung der systematischen Übersichtsarbeiten

Die eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten wurden einer Qualitätsbewertung unterzogen, die auf einem internationalen Bewertungstool von Oxman und Guyatt basierte (siehe Anhang). Dabei kommt eine Checkliste mit 9 Fragen zur Anwendung, die z.B. nach der Breite und Tiefe der Literatursuche, zum methodischen Vorgehen bei der Bewertung der Primärstudien etc. fragt. Schließlich wird eine allgemeine methodische Bewertung der jeweiligen systematischen Übersichtsarbeit bzw. der Meta-Analyse vorgenommen, die eine Score-Zuteilung von 1 bis 7 ermöglicht. Je höher der vergebene Score desto höher wurde auch die

¹⁵ PRISMA steht für *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (<http://prisma-statement.org>).

methodische Qualität befunden, wobei ein Mindestscore von „4“ gesetzt wurde, damit ein Volltext für einen Einschluss in den *Overview of Reviews* in Betracht gezogen werden konnte. Insgesamt zeigten sich in den 14 systematischen Übersichtsarbeiten geringgradige methodische Mängel, die sich z.B. auf die qualitative Bewertung der Primärstudien bezog.

9.2.5 Auswertungsdesign für Datenextraktion

Für die genaue Analyse der einzelnen systematischen Übersichtsarbeiten wurden Tabellenformate entworfen (siehe Anhang), die auf den eingangs formulierten Forschungsfragen und den gewonnenen Erkenntnissen im Teil I basieren. Hierbei wurden aus den eingeschlossenen Publikationen zunächst wesentliche Charakteristika extrahiert, die vor allem das Setting und den Fokus der Übersichtsarbeiten erklären. Hierzu zählen etwa Informationen über die Populationen, die psychischen Störungsbilder aber auch die unterschiedlichen Settings, die im Zusammenhang mit Therapieabbrüchen untersucht wurden. Daran anschließend wurden die systematischen Übersichtsarbeiten genauer hinsichtlich spezifischer Dropout-Ergebnisse untersucht (etwa entlang von bestimmten Störungsbildern, PatientInnen- und TherapeutInnen-seitige Faktoren etc.).

9.3 Ergebnisdarstellung „Overview of Reviews“

9.3.1 Charakteristika der systematischen Übersichtsarbeiten

Insgesamt konnten 14 systematische Übersichtsarbeiten (inkl. Meta-Analysen) identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllten (siehe Tabelle 5). Zur besseren Lesbarkeit werden den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten in der nachfolgenden Ergebnissynthese Nummern zugeteilt (anstelle der vollständig ausgeschriebenen Namen der jeweiligen AutorInnen). Die Charakteristika sind zudem detailliert in Tabellen (siehe Anhang) zusammengefasst.

Tabelle 5: Übersicht zu den eingeschlossenen Publikationen

AutorInnen (Publikationsjahr)	Fortlaufende Nummern im Kapitel 9.3 <i>Ergebnisdarstellung</i>
Swift et al. (2017)	[1]
Cinkaya (2016)	[2]
Pompoli et al. (2016)	[3]
Cooper und Conklin (2015)	[4]
Karyotaki et al. (2015)	[5]
Flückiger et al. (2014)	[6]
Reuter und Scheidt (2014)	[7]
Swift (2014)	[8]
Egloff (2013)	[9]
Roos und Werbart (2013)	[10]
Swift und Greenberg (2012)	[11]
Barnicot et al. (2011)	[12]
Cuijpers et al. (2009)	[13]
Churchill et al. (2001)	[14]

Im Hinblick auf mögliche (und sehr wahrscheinliche) Überschneidungen von Primärstudien in den systematischen Übersichtsarbeiten wurde der *Overlap* der Studien berechnet. Hierbei zeigt sich, dass der Überlappungsgrad bei knapp 32 % (31,8 %) liegt. Demzufolge wurde etwas weniger als jede dritte Studie in den systematischen Übersichtsarbeiten mehr als einmal zitiert. Das entspricht angesichts des Umfangs an zugrundeliegenden Primärstudien einem relativ geringen *Overlap*. Mögliche Gründe können hierfür etwa sehr inhomogene Fragestellungen in den Primärstudien oder sehr unterschiedliche Foki bezüglich Dropout in Psychotherapien sein.

Publikations- und autorInnenspezifische Merkmale

Die Mehrheit der 14 systematischen Übersichtsarbeiten ist in Englisch verfasst (n=11) und drei Arbeiten wurden auf Deutsch publiziert [2; 7; 9]. Insgesamt 11 von 14 Publikationen sind als Meta-Analysen ausgewiesen [1; 2; 3; 4; 5; 6; 8; 9; 11; 12; 13]. Die Publikationszeiträume erstrecken sich von 2001 bis 2017. Hinsichtlich der Länderzugehörigkeiten der (Erst)AutorInnen zeigt sich folgende Verteilung: Vier aus den USA [1; 4; 8; 11], je zwei aus Deutschland [2 und 7], den Niederlanden [5 und 13], der Schweiz [6 und 9], Großbritannien [12 und 14] und je eine aus Italien [3] und aus Schweden [10]. Drei Meta-Analysen wurden von einer Autorengruppe aus den USA (Joshua Swift und Roger Greenberg) [1, 8, 11] verfasst.

Literatursuche und Einschlusskriterien

Alle 14 eingeschlossenen Übersichtsarbeiten basieren auf systematischen Literaturrecherchen in den, zumeist mehreren, internationalen, medizinischen bzw. gesundheitswissenschaftlichen Datenbanken (wie z.B. Medline, PsycINFO etc.) und auf ergänzenden Handsuchen. Ebenso berichten alle eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zu den zugrundeliegenden Einschlusskriterien. 10 von 14 Arbeiten weisen explizit darauf hin, dass randomisiert-kontrollierte Studiendesigns (oftmals neben anderen Studientypen, wie z.B. Fallstudien, client-surveys etc.) für die Erstellung der jeweiligen Übersichtsarbeiten berücksichtigt wurden [1; 2; 3; 4; 5; 6; 10; 12; 13; 14].

Zugrundeliegende Primärstudien

In den 14 systematischen Übersichtsarbeiten wurden zwischen 10 [5] und 669 [11] Primärstudien eingeschlossen. Alle Studien wurden im Zeitraum 1975 bis 2016 publiziert. In 11 von 14 systematischen Übersichtsarbeiten finden sich Angaben zur PatientInnenanzahl, auf die sich die jeweiligen Studien beziehen. Der Range erstreckt sich hierbei von 1.327 [6] bis 83.834 [11] PatientInnen. Drei Übersichtsarbeiten machen keine (exakten) Angaben zur Anzahl der eingeschlossenen PatientInnenpopulation [8; 12; 14].

Qualitätsüberprüfungen der zugrundeliegenden Primärstudien

Insgesamt berichten neun von den 14 systematischen Übersichtsarbeiten, dass die eingeschlossenen Primärstudien hinsichtlich ihrer methodischen Qualität bewertet wurden. Hierbei kamen folgende Tools zum Einsatz: Zwei Übersichtsarbeiten haben sich an den Kriterien des *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*¹⁶ orientiert [5 und 13]. Sechs weitere Übersichtsarbeiten haben mit unterschiedlichen Qualitätsbewertungstools gearbeitet, die allesamt aber auf methodische Aspekte fokussierten (wie z.B. interne und externe Validität) [2; 4; 7; 9; 12; 14]. In einer Übersichtsarbeit erfolgte die Qualitätsbewertung auf Basis von *GRADE*¹⁷ [3]. In den übrigen fünf Übersichtsarbeiten fehlen hingegen Informationen zur Qualitätsüberprüfung von Studien.

Populationen, störungsspezifische und Setting-Schwerpunkte

Gemäß den Einschlusskriterien berichten alle 14 systematischen Übersichtsarbeiten zu Therapieabbrüchen bei Erwachsenen. Grundsätzlich handelt es sich hierbei um PatientInnen ab dem 18. Lebensjahr, wobei die Altersgrenzen zumeist nach oben hin offenbleiben. Hinsichtlich störungsspezifischer Schwerpunkte zeigt sich, dass in den zugrundeliegenden Primärstudien vor allem Therapieabbrüche bei PatientInnen mit Depressionen (n=5; [4; 5; 6; 13; 14]), mit unterschiedlichen Störungsbildern bzw. Mischformen¹⁸ (n=2; [8; 9]), somatoforme Störungen [7], Panik- und Angststörungen [3] und Borderline-Persönlichkeitsstörungen [12] analysiert wurden. Vier von 14 systematischen Übersichtsarbeiten machen im Zusammenhang mit Therapieabbrüchen keine Angaben zu bestimmten psychischen Störungen [1; 2; 10; 11].

¹⁶ Für nähere Informationen siehe die Homepage der Cochrane Collaboration: <http://handbook-5-1.cochrane.org/>, Zugriff am 05.06.2017.

¹⁷ Hierbei handelt es sich um ein Tool zur Bewertung der Qualität der Evidenz und der Stärke der Empfehlungen für eine bestimmte Fragestellung aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften – für nähere Informationen siehe: <http://www.cochrane.de/de/%C3%BCber-grade>, Zugriff am 05.06.2017

¹⁸ Hierbei handelt es sich um zwei Meta-Analysen, die ein breites Spektrum an Primärstudien mit PatientInnen mit unterschiedlichen Störungen eingeschlossen haben, wie z.B. Essstörungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, generalisierte Angststörungen, Panikstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen etc.

Bezüglich des Therapiesettings zeigen sich vielfach Überschneidungen, d.h. eine exakte Zuteilung zu einem bestimmten Setting ist nicht möglich. Die Ergebnisse zu Therapieabbrüchen stammen sowohl aus stationären als auch aus ambulanten Settings, wobei ein klarer Schwerpunkt für ambulante Settings (z.B. Ambulanzen, Primärversorgungszentren, Privatpraxen etc.) erkennbar ist (in 13 von 14 systematischen Übersichtsarbeiten). Acht von 14 systematischen Übersichtsarbeiten beschäftigten sich mit Therapieabbrüchen in Einzeltherapien, sieben von 14 Arbeiten fokussierten auch auf Gruppentherapien – wobei ebenfalls größtenteils Überschneidungen festzustellen sind und die Ergebnisse zu Therapieabbrüchen sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien umfassen (siehe etwa [1; 2; 3; 4; 6; 8; 12]).

9.3.2 Evidenzsynthese aus den systematischen Übersichtsarbeiten

Definitionenspektrum

Die Definitionen, die zehn von 14 systematischen Übersichtsarbeiten zugrunde liegen, zeigen bei einigen Aspekten Übereinstimmung, die in diesem *Overview of Reviews* demnach als konstituierende Elemente identifiziert werden können. Insgesamt zeigt sich, dass die Begriffe *dropout*, *premature termination* oder *attrition* sehr fließend und ohne spezifische begriffliche Abgrenzungen zueinander verwendet werden. In fünf von 14 systematischen Übersichtsarbeiten wurde ein Therapieabbruch damit beschrieben, dass eine Psychotherapie beendet wurde, bevor die Therapieziele von den PatientInnen erreicht werden konnten [1; 7; 8; 11; 12]. Die Sitzungsanzahl wird in vier systematischen Übersichtsarbeiten als ein mögliches Definitionskriterium für einen Therapieabbruch herangezogen [2; 4; 5; 9]. Vier weitere systematische Übersichtsarbeiten halten fest, dass Therapieabbrüche in den Primärstudien vor allem durch einen einseitigen Akt (der seitens der PatientInnen vollzogen wurde) gekennzeichnet sind [1; 4; 7; 8]. In vier weiteren systematischen Übersichtsarbeiten finden sich keine detaillierten Definitionen zum Begriff Dropout oder Therapieabbruch [3; 6; 13; 14].

Dropout-Ergebnisse allgemein

Die Therapieabbruchraten variieren in den 14 systematischen Übersichtsarbeiten gemäß den teils unterschiedlichen Fragestellungen, Dropout-Definitionen und

Populationen (bzw. ihren psychischen Störungsbildern). Jene Meta-Analyse mit dem größten Studienpool (n=669 Primärstudien) von Swift und Greenberg (2012) [11] weist etwa eine durchschnittliche Abbruchrate von 19,7 % auf (95 CI [18,7 % - 20,7 %]). Die Autoren (!) interpretieren dieses Ergebnis jedoch ausdrücklich vor dem Hintergrund der großen Studienheterogenität. Demnach bewegen sich die Abbruchraten in den eingeschlossenen Primärstudien zwischen 5 % und knapp 75 % und das zuvor genannte Durchschnittsergebnis ist entsprechend vorsichtig zu bewerten. In fünf weiteren Arbeiten wurden Primärstudien eingeschlossen, die Abbruchraten von Psychotherapie-PatientInnen bis zu maximal rund einem Drittel errechnet hatten [2; 4; 6; 7; 14].

Grundsätzlich sind die Abbruchraten in den eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen im Vergleich zu früheren Arbeiten (wie z.B. von Wierzbicki und Pekarik, 1993, die in einer Meta-Analyse über 125 Studien hinweg, eine durchschnittliche Abbruchrate von ca. 47 %, SD=22,25 % errechnet hatten) deutlich geringer. Swift und Greenberg (2015) stellen in ihrer Meta-Analyse von 2012 Ähnliches fest und formulieren dazu die Hypothese, dass (verpflichtende) Angaben zu Dropouts in Psychotherapiestudien relativ neu sind. Folglich wurden früher (wie etwa Anfang der 1990er Jahre) Dropouts nur dann in Studien berichtet, wenn diese ein signifikantes Problem darstellten und explizit Erwähnung finden sollten. Mittlerweile ist die Erhebung von Abbrüchen State-of-the-Art in den meisten Psychotherapiestudien (vor allem in jenen mit einem quantitativ ausgelegten Forschungsdesign) und das Spektrum an verfügbaren Informationen nimmt stetig zu.

Dropouts entlang von Psychotherapierichtungen

Grundsätzlich zeigt sich in zehn von 14 systematischen Übersichtsarbeiten bezüglich der Erhebung von Psychotherapieabbrüchen nach unterschiedlichen Therapieschulen, dass die kognitive Verhaltenstherapie (in ihren unterschiedlichen Varianten, wie z.B. *Cognitive Therapy*, *Third-Wave Cognitive Behavioural Therapy* etc.) in den jeweiligen Primärstudien einen zentralen Untersuchungsgegenstand repräsentierte [3; 4; 5; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14]. Darüber hinaus fokussieren die Studien aber auch auf weitere Therapierichtungen (z.B. psychodynamische Richtungen etwa in [3; 8; 10; 11]; humanistische Schulen etwa in [8]; *supportive psychotherapies* etwa in [3; 4; 9; 11]

etc.) bzw. auf spezifische Therapieschulen-übergreifende Ansätze und Interventionen (z.B. Psychoedukation etwa in [3; 9; 11]. Besonders auffallend ist, dass humanistische Psychotherapierichtungen (wie z.B. die *Integrative Gestalttherapie*, das *Psychodrama*, die *Personenzentrierte Psychotherapie* etc.) aber auch andere Therapieschulen (wie z.B. *Tiefenpsychologische Orientierungen*, *systemische Familientherapien* etc.) in den vorliegenden systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen (bislang) keine (themenbezogene) Erwähnung fanden. Zusammenfassend zeigt sich im vorliegenden *Overview of Reviews*, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen Psychotherapierichtungen und Psychotherapieabbrüchen gibt.

Dropouts entlang von PatientInnen-Charakteristika

Soziodemographische Variablen (wie z.B. biologisches Geschlecht, Familienstand oder berufliche Tätigkeit) der PatientInnen zeigen sich in ihrem Einfluss auf Therapieabbrüche als bedingt aussagekräftig. Insgesamt machen 11 von 14 systematischen Übersichtsarbeiten hierzu Angaben [2; 3; 4; 5; 7; 9; 10; 11; 12; 13; 14]. Während manche Arbeiten zwar signifikant erhöhte Abbruchraten etwa bei (männlichen!) Patienten mit einem formal niedrigen Bildungsabschluss in den Primärstudien ausweisen [2; 5; 9], berichten andere systematische Übersichtsarbeiten gegenteilige oder uneindeutige Ergebnisse (wie z.B. 7; 11; 12). Das PatientInnen-Alter scheint hingegen ein (empirisch) besser belegter Einflussfaktor auf Therapieabbrüche zu sein: Fünf Arbeiten weisen darauf hin, dass ein junges (Erwachsenen)Alter von PatientInnen einen Risikofaktor für einen Therapieabbruch darstellt [2; 5; 7; 9; 11]. Jedoch sollen auch hierzu entsprechende Gegenbefunde genannt sein, die keine Assoziation zwischen der Variable Alter der PatientInnen und Therapieabbrüche feststellten, wie etwa die Meta-Analyse von Cooper und Conklin (2015). Im Hinblick auf die psychischen Störungsbilder jener PatientInnen, die in den Primärstudien eingeschlossen wurden, zeigt sich vor allem in zwei Meta-Analysen von Swift et al. (2017) und Swift und Greenberg (2012), dass PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen bzw. Essstörungen häufiger Psychotherapien abgebrochen hatten als PatientInnen mit anderen psychischen Störungen (wie z.B. Depressionen). Ein ähnlicher Befund ergab auch die Arbeit von Reuter und Scheidt (2014), die ebenfalls festhalten, dass PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen tendenziell häufiger eine Psychotherapie abbrechen. Ergebnisse zu teils kombinierten Therapien

(z.B. Psychotherapie und/ oder Psychopharmaka) finden sich in drei von 14 systematischen Übersichtsarbeiten [1; 9; 13]. Zwei Arbeiten [1; 13] berichten, dass PatientInnen, denen ausschließlich eine psychopharmakologische Therapie angeboten wurde signifikant höhere Abbruchraten aufwiesen als PatientInnen mit kombinierter Psychotherapie. Eine systematische Übersichtsarbeit [9] kommt allerdings zu einem gegenteiligen Befund: Demzufolge können keine signifikanten bzw. nur moderate Unterschiede hinsichtlich der Abbruchraten von PatientInnen mit bzw. ohne Psychopharmaka festgestellt werden.

Dropouts entlang von PsychotherapeutInnen-Charakteristika, Setting und Prozessvariablen

In acht von 14 systematischen Übersichtsarbeiten finden sich nähere Angaben zu bestimmten Eigenschaften von PsychotherapeutInnen (wie z.B. Erfahrungsstand, Ausbildung), zu den jeweiligen Therapiemodi (wie z.B. ambulant, stationär, Einzel- oder Gruppentherapie) und auch zur Qualität der therapeutischen Prozesse (z.B. im Hinblick auf die therapeutische Allianz) [2; 3; 4; 9; 10; 11; 12; 14]. In den übrigen sechs Arbeiten finden sich hierzu keine Informationen [1; 5; 6; 7; 8; 13]. Grundsätzlich variiert die Breite und Tiefe dieser Angaben zwischen den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten und so lässt sich nur ein eingeschränktes Bild zeichnen, das Auskunft über einen Zusammenhang dieser Aspekte mit Therapieabbrüchen zulässt. In zwei Arbeiten wurden Primärstudien eingeschlossen, die auch einen Einfluss des Alters und des biologischen Geschlechts der PsychotherapeutInnen auf Dropouts untersuchten [9; 10]. In beiden systematischen Übersichtsarbeiten wurde resümiert, dass ein solcher Zusammenhang nicht nachgewiesen werden konnte.

Hinsichtlich der Setting-Bedingungen in Psychotherapien und deren Einfluss auf Therapieabbrüche berichteten Cooper und Conklin (2015) [4], dass zusammenfassend in den Primärstudien keine Hinweise gefunden wurden, die etwa vermehrt Abbrüche bei länger andauernden Therapien ergeben hätten. Vielmehr zeigt sich jedoch bei Swift und Greenberg (2012) [11], dass die Abbruchraten geringer ausfielen, je strukturierter die Therapien (z.B. in Form von Therapiemanualen) gestaltet waren und je klarer die Therapiebedingungen (z.B. Auftragsklärung, Anzahl an Therapiesitzungen etc.) benannt wurden [11]. Höhere Dropout-Raten wurden für nicht-manualisierte

Therapien auch von Cinkaya (2016) [2] berichtet (80 % vs. 10 % in Therapien mit Manual). Während Swift und Greenberg (2012) [11] in ihrer Meta-Analyse zu dem Schluss kommen, dass Einzel- und Gruppentherapien in etwa ähnlich große Dropout-Raten ergeben, zeigen sich bei Cinkaya (2016) [2] höhere Abbruchraten vor allem für Einzeltherapien (65 % vs. 18 % in Gruppentherapien). Nur in Therapieregimen in denen PatientInnen sowohl Einzel- als auch Gruppensettings angeboten wurden, gab es höhere Dropouts. Dies führen die Autoren (Swift und Greenberg (2012 und 2015)) jedoch auch auf einen höheren (zeitlichen) Ressourcenaufwand zurück, der bei einer Ergebnisinterpretation berücksichtigt werden sollte.

Das Ausmaß an therapeutischen Erfahrungen bzw. die Ausbildungshintergründe wurden in drei systematischen Übersichtsarbeiten näher im Kontext von Dropout-Raten untersucht [4; 9; 10]. Dabei zeigt sich in zwei Arbeiten, dass in den berücksichtigten Primärstudien geringere Dropouts in Psychotherapien zu verzeichnen waren, je länger die TherapeutInnen bereits ihre Tätigkeiten ausführten [9; 10]. Eine Forschungsarbeit konnte einen solchen Zusammenhang jedoch nicht feststellen [4]. Die Bedeutung der therapeutischen Allianz bzw. die Qualität der therapeutischen Beziehung wurde in vier Arbeiten analysiert [2; 10; 11; 12]. So wurde etwa in der systematischen Übersichtsarbeit von Cinkaya (2016) [2] darauf hingewiesen, dass mehr als die Hälfte der eingeschlossenen Primärstudien bei der Analyse von Dropouts auch auf die Bedeutung der therapeutischen Allianz verweisen. Eine *starke Allianz* zwischen PatientIn und TherapeutIn wird auch von Roos und Werbart (2013) [10] als wesentlicher Faktor für kontinuierliche Therapieprozesse genannt. Compliance und Therapiemotivation seitens der PatientInnen wurden in der Arbeit von Cinkaya (2016) [2] als weitere zentrale Prozessvariablen ausgewiesen, die in den eingeschlossenen Primärstudien mit erfolgreichen (abgeschlossenen) Psychotherapien in Zusammenhang gebracht werden.

10 Diskussion und Limitationen

In diesem Kapitel der vorliegenden Masterarbeit werden zunächst die leitenden dargestellten Forschungsfragen (siehe Kapitel 2) aufgegriffen und mit den entsprechenden Ergebnissen aus Teil I und Teil II in Bezug gesetzt. Daran anschließend findet sich eine Darstellung mit einigen Limitationen, die die Forschungsarbeit begleitet haben.

Zu Beginn standen Fragen nach *Definitionen* und *Klassifikationen* von Therapieabbrüchen im Vordergrund, wobei sich klar herausstellte, dass eine einheitliche Definition bzw. Beschreibung in der Fachliteratur nicht zu finden war. Viel eher zeigte sich, dass, je nach Forschungsperspektive, unterschiedliche Parameter für die Beschreibung eines Therapieabbruchs zur Verfügung gestellt wurden (wie z.B. Sitzungsanzahl, Therapiesetting etc.). Ein Aspekt, der jedoch den meisten Definitionen zu Therapieabbrüchen innewohnt, zeigte sich in der *Einseitigkeit des Therapieabbruchs*. Folglich handelt es sich nicht um eine (konsensual) getroffene Entscheidung zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn, sondern um eine *einseitige* Entscheidung. Weiters werden PatientInnen in der analysierten Fachliteratur zumeist als *die* zentralen InitiatorInnen von Therapieabbrüchen genannt. Dies spiegelte sich auch in der Definition von Swift und Greenberg (2015) wider, die als zentrale Leitdefinition für die Masterarbeit ausgewählt wurde. Wie wohl eine frühzeitige Beendigung bzw. der Abbruch einer Psychotherapie nicht per se mit schlechteren Behandlungsergebnissen einhergehen muss (z.B. bei Abbruch aufgrund von Symptombesserung), so fand sich in der Literatur doch an mehreren Stellen der Hinweis dafür, dass Therapieabbrüche prinzipiell einen nicht wünschenswerten Prozess bzw. Outcome bedeuten.

Bei der Frage nach möglichen Vorhersagevariablen (Prädiktoren) für Therapieabbrüche zeigte sich, dass etwa ein junges PatientInnenalter einen potentiellen Risikofaktor für einen Abbruch bedeuten kann. Weiters wurde bei PatientInnen mit bestimmten psychischen Störungsbildern (wie z.B. Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen) darauf hingewiesen, dass hier in der Therapie ein erhöhtes Gewahrsein für einen Therapieabbruch ratsam ist. Bezüglich potentieller Prädiktoren seitens der PsychotherapeutInnen konnte festgestellt werden,

dass solche Faktoren bisher noch sehr wenig in der Fachliteratur berücksichtigt wurden. PsychotherapeutInnen in fortgeschrittenen Ausbildungsabschnitten bzw. mit umfangreichen Praxiskenntnissen weisen tendenziell geringere Dropout-Raten auf als TherapeutInnen mit einem geringeren Erfahrungsumfang. Zudem stehen mangelnde Empathie und falsche Diagnostik hinsichtlich der Krankheitslast im Zusammenhang mit ungünstigen Therapieverläufen und –abbrüchen. Insgesamt fand sich zu den TherapeutInnen-Prädiktoren mehrmals die Forderung nach intensiverer Forschung und entsprechender Berücksichtigung bei zukünftigen Analysen zu Abbrüchen von Psychotherapien.

Mit der Beschreibung von drei Meta-Modellen zu Verlaufsprozessen in Psychotherapien konnte der prozesshafte Charakter therapeutischer Prozesse dargestellt werden. Hierbei handelte es sich um *Das generische Modell der Psychotherapie* / *Das Psychotherapie-Modell nach Grawe* und *Das transtheoretische Modell*. Alle drei Modelle erklären mit unterschiedlichen Akzentuierungen einen Wirkungsrahmen von Psychotherapie. Darin finden sich zentrale Elemente, die für einen positiven Psychotherapieverlauf entscheidend (sowohl organisatorische Aspekte, wie Therapievertrag als auch qualitative Aspekte, die etwa die therapeutische Beziehung betreffen) sind. Mit diesen Modellen soll auch ein Verständnis darüber vermittelt werden, dass beim Fehlen wesentlicher/ integraler Prozessaspekte, das Risiko für Therapieabbrüche steigt. Ein besonderer Schwerpunkt wurde hinsichtlich der theoretischen Verortung von Therapieabbrüchen schließlich auch auf das Therapiemodell der *Integrativen Gestalttherapie* gelegt. Hierzu wurde der Versuch unternommen entlang des Kontaktmodells der Gestalttherapie (das auf den vier zentralen Phasen *Vorkontakt*/ *Kontaktnehmen*/ *Kontaktvollzug* und *Nachkontakt* beruht) etwaige Kontaktstörungen zu identifizieren. Die Wahrnehmung bzw. Bearbeitung von Kontaktstörungen spielen in der Gestalttherapie eine entscheidende Rolle zum einen in individuellen psychischen Wachstumsprozessen, zum anderen können sich damit auch dysfunktionale Therapiedynamiken einstellen, die u.U. einen Therapieabbruch mitbedingen.

Schließlich wurden (acht) Strategien dargelegt, die Unterstützung bei der Vermeidung von Therapieabbrüchen bieten. Die therapeutische Allianz bzw. die Qualität der therapeutischen Beziehung nimmt dabei einen besonders prominenten Platz ein.

Ebenso bedeutend ist das abgestimmte Vorgehen zwischen PatientIn und TherapeutIn bei der Festlegung von Therapiezielen. Hinsichtlich gestalttherapeutischer Überlegungen zur Unterbindung von unerwünschten Nebenwirkungen (wie etwa auch Therapieabbrüchen) wird etwa PsychotherapeutInnen der bedachtsame Einsatz von (konflikt- bzw. erlebnisorientierten) Interventionen ebenso empfohlen, wie der Erwerb von (störungsspezifischem) Wissen und Erfahrung zu etwaigen Kontraindikationen.

Für die Ergebnissynthese in Form eines *Overview of Reviews* konnten insgesamt 14 systematische Übersichtsarbeiten (inkl. Meta-Analysen) identifiziert und ausgewertet werden. Hierbei zeigte sich, dass ca. 32 % der zugrundeliegenden Primärstudien öfter als einmal in den eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten zitiert wurden. Der Fokus lag in den Reviews auf Erwachsenen großteils mit Depressionen, somatoformen Störungen, Panik- und Angststörungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Die Berichte stützen sich überwiegend auf Psychotherapien in ambulanten Settings, wobei auch Überschneidungen mit Therapien im stationären Bereich vorzufinden waren. Weiters beschäftigte sich mehr als die Hälfte der systematischen Übersichtsarbeiten sowohl mit Einzel- als auch Gruppentherapien. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Zugänge zur Definition bzw. Beschreibung von Therapieabbrüchen zeigte die Meta-Analyse mit den am meisten eingeschlossenen Primärstudien (Swift & Greenberg, 2015), dass beinahe jede/r fünfte PatientIn eine Psychotherapie abbrach. Bezüglich der berücksichtigten Therapieschulen zeigte sich ein eindeutiger Überhang für die Verhaltenstherapie(n). Humanistische Therapieorientierungen wurden in den Primärstudien bzw. in den systematischen Übersichtsarbeiten nicht erwähnt. Insgesamt können keine (wesentlichen) Unterschiede mit Bezug auf Therapieabbrüchen und Therapieschulen berichtet werden.

Die *Overview of Review* Ergebnisse bestätigten hinsichtlich der PatientInnen-Prädiktoren die Thesen in Teil I, dass vor allem junge (erwachsene) PatientInnen häufiger abbrechen. Dies trifft auch auf PatientInnen mit strukturellen Schädigungen (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung) oder mit Essstörungen zu. Die Rolle von Psychopharmaka bzw. deren Einsatz mit und ohne begleitender Psychotherapie wurde im Hinblick auf Therapieabbrüche in drei systematischen Übersichtsarbeiten untersucht. Zusammenfassend zeigte sich in zwei Arbeiten, dass die Dropout-Raten in

kombinierten Therapieregimen signifikant geringer ausfielen. Ein Review berichtete hingegen nur moderate Unterschiede.

Der Einfluss von TherapeutInnenvariablen auf Therapieabbrüche bietet zweifelslos noch ausreichende Forschungsmöglichkeiten. Zusammenfassend wurden etwa in zwei systematischen Übersichtsarbeiten positive Zusammenhänge zwischen geringeren Dropouts und der Behandlungserfahrung der TherapeutInnen berichtet. Aussagekräftige Ergebnisse hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen Setting-Prädiktoren (ambulant, stationär, Einzel- bzw. Gruppentherapien) und Dropouts ließen sich aus den systematischen Übersichtsarbeiten nicht ableiten – die Ergebnisse verteilten sich relativ ähnlich. Hinsichtlich der Prozessgestaltung von Psychotherapien finden sich Befunde, dass manualisierte Therapien sowie Therapien mit klaren organisatorischen Bedingungen grundsätzlich geringere Abbruchraten aufweisen als nicht-manualisierte Psychotherapien.

Die Beschäftigung mit dem Thema Therapieabbrüche war allerdings auch von Limitationen begleitet, die sowohl die theoretische Annäherung (Teil I) als auch die Erstellung des *Overview of Reviews* (Teil II) betreffen. Die wesentlichsten Punkte werden im Folgenden dargestellt und sollen bei der Interpretation der Kernergebnisse berücksichtigt werden:

- Therapieabbrüche wurden vor allem als *einmaliges Event* betrachtet – d.h. PatientInnen, die eine Psychotherapie abgebrochen haben und danach eine Therapie wiederaufgenommen wurden, wurden in der vorliegenden Arbeit nicht explizit ausgewiesen.
- Systematische Übersichtsarbeiten und auch in Folge ein *Overview of Reviews* bieten kaum/ keine Detailinformationen. Dies ist auf die hohe Aggregationsebene zurückzuführen auf der Informationen zusammengeführt werden und die eine nähere Auswertung nicht vorsieht.
- Die Breite aber auch die (inhaltliche) Tiefe, die sich hinsichtlich der Dropout-Ergebnisse in den systematischen Übersichtsarbeiten wiederfinden lässt, variiert teils sehr stark. Die zugrundeliegenden Primärstudien sind zumeist sehr heterogen hinsichtlich der berücksichtigten psychischen Störungsbilder,

der verschiedenen Therapiebedingungen etc. Dies zeigte sich etwa auch im relativ geringen Overlap an Primärstudien (ca. 32 %).

- Unterschiede zwischen TherapieabbrecherInnen und –fortsetzerInnen fanden keine ausdrückliche Berücksichtigung.
- Es liegt aus den systematischen Übersichtsarbeiten kein (ausreichendes) Wissen über die Abbruchgründe von PatientInnen vor. Hierzu bedarf es (in Folge) zur Klärung individueller Ursachen qualitative Forschungsdesigns.

11 Fazit

Handlungsempfehlungen für die Praxis zur Vermeidung von Therapieabbrüchen

Im Kapitel 7 wurden im Detail acht Kernstrategien vorgestellt, die vor allem PsychotherapeutInnen eine Hilfestellung geben sollen, um Therapieabbrüche weitgehend (a priori) zu vermeiden (Swift und Greenberg, 2015). Im Folgenden werden diese Strategien nochmals mit ihren Kernbotschaften dargestellt:

- Rollenklärung und Informationen zum Ablauf einer Psychotherapie bereitstellen;
- Einbeziehung der PatientInnen-Wünsche in therapeutische Entscheidungsprozesse;
- Gemeinsame Planung des Therapieendes;
- Aufklärung über Veränderungsprozesse während der Psychotherapie;
- Hoffnung und Zuversicht als therapeutische Unterstützung;
- Motivation für therapeutischen Prozess steigern;
- Förderung der therapeutischen Allianz;
- Gemeinsame Bewertung und Diskussion von Therapiefortschritten.

Ergänzend wurde auch nach Empfehlungen in den 14 systematischen Übersichtsarbeiten gesucht sowie nach Empfehlungen, die vor allem im Kontext gestalttherapeutischen Arbeitens als wesentlich erscheinen.

Vor diesem Hintergrund zeigte sich, dass insgesamt acht von 14 systematischen Übersichtsarbeiten Angaben machen, die bei der Vermeidung von Therapieabbrüchen hilfreich sind [1; 2; 4; 5; 7; 9; 10; 11]. Zusammenfassend decken sich diese Empfehlungen vor allem hinsichtlich einer erhöhten Aufmerksamkeit bei bestimmten Risikoprofilen (z.B. junges Alter; bestimmte Gruppen an psychischen Störungen etc.). Ebenso werden in den Übersichtsarbeiten die Bedeutung eines strukturierten (aber nicht einengenden) Vorgehens sowie die Formulierung von Therapiezielen als wesentliche Aspekte hervorgehoben. Die therapeutische Allianz als ein zentrales (und protektives) Element nimmt auch in den eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten einen prominenten Platz bei der Abbruchsvermeidung ein (wie z.B.

durch Berücksichtigung von PatientInnen-Präferenzen, einer zugewandten Haltung etc.). Hinsichtlich relevanter Handlungsempfehlungen spiegeln die Ergebnisse in den Übersichtsarbeiten jene gängiger Forschungs- und Ausbildungsliteratur wieder (siehe etwa Swift und Greenberg, 2015).

Hinsichtlich spezifischer Empfehlungen zur Vermeidung von Therapieabbrüchen aus Sicht der *Integrativen Gestalttherapie* soll nachfolgend u.a. noch auf einen Buchbeitrag von Nausner und Diltsch (2014) eingegangen werden. Die AutorInnen geben hierin Anregungen, wie GestaltpsychotherapeutInnen ihre eigene Therapieschule (-methode) kritisch reflektieren soll(t)en, um unerwünschte Nebenwirkungen und in weiterer Folge auch Therapieabbrüche möglichst weitgehend zu vermeiden. Vorweg: Eine völlige Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen wird niemals möglich sein – ebenso wenig werden sich Therapieabbrüche gänzlich verhindern lassen. Dennoch gibt es (methodische) Ansätze, die bisherige „Quellen“ und Lehrmeinungen zur Integrativen Gestalttherapie *neu denken, ergänzen und überarbeiten*.

Ganz allgemein gilt es die Vorzüge der Gestalttherapie, die etwa im *realen Kontakt*, die *Einbeziehung des „ganzen Menschen“* und die *positive Sicht der Aggression* liegen, auch vor dem Hintergrund möglicher unerwünschter Nebenwirkungen zu reflektieren. Ein zu großes Kontaktangebot kann sich etwa nachteilig auf die therapeutische Allianz auswirken. Beispielsweise kann der unpassende Einsatz von (etwa stark erlebnis- oder konfliktzentrierten) Interventionen zu einer Abwendung von PatientInnen führen (die auch als *Rückzugsruptur* in der therapeutischen Allianz bezeichnet wird). Viel eher wird daher in der Integrativen Gestalttherapie (*heute*) der Fokus auf „stillere Vorgehensweisen“ gelegt sowie auf die Berücksichtigung von strukturbezogenen Aspekten (in der Entwicklung von PatientInnen) im gestalttherapeutischen Vorgehen (Nausner und Diltsch, 2014). Ein wesentlicher Anhaltspunkt besteht daher (unabhängig von der jeweiligen Therapieschule) von Beginn an in der Einladung und Ermutigung von PatientInnen in der Therapiesituation möglichst alles mitzuteilen bezüglich eigener Gefühle, Bedürfnisse und auch eventueller Unzufriedenheit (Gumz, 2012).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine fundierte fachliche Ausbildung, die störungsspezifisches Wissen und Informationen zu Kontraindikationen zur Verfügung

stellt ebenso unabdingbar ist, wie die wiederkehrende Reflexion der therapeutischen Arbeit in Form von Inter- und Supervisionen (im Sinne der Qualitätssicherung und der Abwendung von Therapieschäden, -abbrüchen) (Nausner und Diltsch, 2014). Damit sollen unerwünschte Nebenwirkungen, Risiken und Schäden (zu denen Therapieabbrüche zählen) weitgehend die Ausnahme psychotherapeutischer Arbeit bleiben.

Handlungsempfehlungen für die Forschung zur Erhebung von Abbrüchen in Psychotherapien

Egloff (2013) nimmt in seiner Arbeit Bezug auf Empfehlungen, die sich explizit an ForscherInnen im Bereich von Psychotherapieabbrüchen richten. Nachfolgend werden auszugsweise einige genannt, die Anregung(en) für eine weitere Beschäftigung mit diesem praxis- und forschungsrelevanten Thema geben sollen.

- Der Fokus sollte bereits bei einer Projektkonzeption auch auf potentielle Therapieabbrüche gerichtet sein (Formulierung von a priori-Hypothesen) – d.h. die Berücksichtigung von Dropouts als primäre Outcomes.
- Forschung(sprojekte) sollen bei der Analyse von Therapieabbrüchen eine genaue (strenge) Trennung zwischen ambulanten, (teil-)stationären Therapien sowie zwischen Kinder- und Jugendlichen und Erwachsenentherapien vornehmen.
- Empfehlenswert ist eine Unterscheidung zwischen einer Abklärungsphase und einer *tatsächlichen* Therapiephase. Damit können Abbruchraten genauer und differenzierter festgestellt werden.
- Die Einigung bzw. Festlegung auf eine eindeutige Therapieabbruchsdefinition ist eine *conditio sine qua non*, um verlässliche Vergleich mit anderen Forschungen durchführen zu können. Uneinheitliche Definitionen können die Ergebnisse zu Dropouts stark verzerren.
- Soweit möglich wäre eine Nachverfolgung von AbbrecherInnen wünschenswert, um die verschiedenen psychologischen bzw. psychodynamischen (aber auch organisatorischen) Gründe zu erheben, die zu einem Therapieabbruch führten. Daran anschließend sind auch Vergleiche zwischen AbbrecherInnen und FortsetzerInnen von großem Interesse – vor

allem auch hier im Hinblick auf die psychologischen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

- Eindeutiger Forschungsbedarf besteht auch im Hinblick auf exakte(re) Prozessforschung bei den einzelnen Therapiesitzungen. Hier könnten Fragen relevant sein wie etwa *Wie war(en) die Sitzungen vor dem Abbruch? / Lassen sich ex post (aus heutiger Sicht) Anzeichen in den Therapiesitzungen identifizieren, die auf einen Therapieabbruch hindeuteten? etc.*

12 Literaturverzeichnis

- Amendt-Lyon, N., Bolen, I. & Höll, K. (2004). Konzepte der Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 101-125). Wien: Facultas.
- Amering, M. & Schmolke, M. (2007). *Recovery – das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Alfonsson, S., Olsson, E. & Hursti, T. (2016). Motivation and Treatment Credibility Predicts Dropout, Treatment Adherence, and Clinical Outcomes in an Internet-Based Cognitive Behavioral Relaxation Program: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), 1-11.
- Altmann, U., Wittmann, W., Steffanowski, A., von Heymann, F., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Auch, E., Loew, T., Kramer, D., Fembacher, A., Steyer, R., Zimmermann, A. & Straus, B. (2014). Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome. *Psychiatrische Praxis*, 41(6), 305-312.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2010). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 123, 327-338.
- Berghofer, G., Schmidl, F., Rudas, S. & Schmitz, M. (2000). Inanspruchnahme psychischer Behandlung. Wer bricht ab, wer kommt wieder und wer bleibt? *Psychiatrische Praxis*, 27(8), 372-377.
- Björk, T., Bjorck, C., Clinton, D., Sohlberg S. & Norring, C. (2009). What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder clients who complete or prematurely terminate treatment. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 109-119.
- BKA-RIS (Bundeskanzleramt-Rechtsinformationssystem) (2017). Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Psychotherapiegesetz, Fassung vom 25.07.2017. Zugriff am 25.07.2017. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/>

- Blankertz, S. & Doubrawa, E. (2005). Lexikon der Gestalttherapie. Zugriff am 06.01.2017. Verfügbar unter <http://www.gestalttherapie-lexikon.de/kontakt.htm>
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2013). *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Zugriff am 25.07.2017. Verfügbar unter: <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/berufskodex.pdf>
- Brown, H., Andreason, H., Melling, A., Imel, Z., Simon & Gregory, E. (2015). Problems With Using Patient Retention in the Evaluation of Mental Health Providers: Differences in Type of Dropout. *Psychiatric Services*, 66(8), 879-882.
- Büchter, R.B. & Messer, M. (2017). Interventions for reducing self-stigma in people with mental illness: a systematic review of randomized controlled trials. *GMS-German Medical Science*, 15:Doc07. Zugriff am 22. Juli 2017. Verfügbar unter: <http://www.egms.de/static/en/journals/gms/2017-15/000248.shtml>
- Chu, V. (1989). Abschiednehmen in der Therapie. *Gestalttherapie*, 3/2, 59-70.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A. & Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5(35), 1-183.
- Cinkaya, F. (2016). *Die Vielfalt von Abbrüchen in der Psychotherapie. Eine Metaanalyse*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Cinkaya, F., Schindler, A. & Hiller, W. (2011). Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 224-234.
- Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2013). Der Einfluss von Klientenvariablen auf die Psychotherapie. In: Lambert, M.J. (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation* (S. 329-381). Tübingen: dgvt-Verlag.

- Connor, D. & Callahan, J. (2015). Impact of psychotherapist expectations on client outcomes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 52(3), 351-362.
- Cooper, A. & Conklin, L. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40(2015), 57-65.
- Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S., Andersson, G. (2009). Adding Psychotherapy to Pharmacotherapy in the Treatment of Depressive Disorders in Adults: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9), 1219-1229.
- Deakin, E., Gastaud, M. & Nunes, M. (2012). Child psychotherapy dropout: An empirical research review. *Journal of Child Psychotherapy*, 38(2), 199-209.
- Deutsche Vereinigung Gestalttherapie (2010). *Antrag der GESTALT THERAPIE auf den Status eines „wissenschaftlich anerkannten Verfahrens“ für die Behandlung aller Altersgruppen und Störungskategorien*. Zugriff am 01.03.2017. Verfügbar unter: http://ddgap.de/AntragWBP_10.pdf
- Egloff, U. (2013). *Ambulante Therapieabbrüche. Eine explorative Meta-Analyse*. Inauguraldissertation, Philosophisch-humanwissenschaftliche Fakultät, Universität Bern.
- Ehrlich, T. & Lutz, W. (2015). Neue Ansätze zur Modellierung diskontinuierlicher Verläufe in der Psychotherapie. „Sudden gains“ und „sudden losses“. *Psychotherapeut*, 60(3), 205-209.
- Farber, B. (1983). Psychotherapists' perceptions of stressful client behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 4(5), 697-705.
- Friedel, H & Trautvetter, D. (2011). Gesundheitsbezogene Verhaltensmodifikationen durch Bonusprogramme. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 6(4), 292-298.
- Friedrich, J. (2012). Interviews nach Abbruch ambulanter Dialektisch-Behavioraler Therapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 44(3), 537-553.

- Flückiger, C., Del Re, A., Munder, T., Heer, S. & Wampold, B. (2014). Enduring effects of evidence-based psychotherapies in acute depression and anxiety disorders versus treatment as usual at follow-up — A longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34 (2014), 367–375.
- Garlipp, P. (2007). Aspekte des vorzeitigen Behandlungsendes in der Allgemeinpsychiatrie. *Psychotherapie im Dialog*, 8(2), 144-147.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). *Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie*. Zugriff am 24.01.2017. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3842/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_TrG.pdf
- Gesundheit Österreich GmbH (2013). Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Gremmler-Fuhr, M. (2001). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 345-393). Göttingen: Hogrefe.
- Gumz, A. (2012). Kritische Momente im Therapieprozess. Chance oder Sackgasse? *Psychotherapeut*, 57, 256-262.
- Hamilton, S., Moore, A., Crane, D. & Payne, S. (2011). Psychotherapy dropouts: differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *Journal of Marital & Family Therapy*, 37(3), 333-343.
- Henzen, A., Moeglin, C., Giannakopoulos, P. & Sentissi, O. (2016). Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC Psychiatry*, 16(111), 1-7.
- Hoffmann, S.O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 53, 4-16.

- Holzer, C., Flückiger, C. & Keller, V. (2015). Therapieabbrüche verhindern. *Psychotherapie im Dialog*, 4/2015, 46-50.
- Howard, K., Lueger, R., Maling, M. & Martinovich, Z. (1993). A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678-685.
- Hutterer-Krisch, R. & Amendt-Lyon, N. (2004). Gestaltdiagnostik. Konzepte der Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 153-176). Wien: Facultas.
- Jensen, H., Mortensen, E. & Lotz, M. (2014). Drop-out from a psychodynamic group psychotherapy outpatient unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(8), 594-604.
- Jung, S., Serralta, F., Nunes, M. & Eizirik, C. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry & Psychotherapy*, 35(3), 181-190.
- Karyotaki, E., Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D., Pastor, A., Andersson, G., Berger, T., Botella, C., Breton, J., Carlbring, P., Christensen, H., de Graaf, E., Griffiths, K., Donker, T., Farrer, L., Huibers, M., Lenndin, J., Mackinnon, A., Meyer, B., Moritz, S., Riper, H., Spek, V., Vernmark, K., & Cuijpers, P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an 'individual patient data' meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45, 2717-2726.
- Kokotovic, A. & Tracey, T. (1987). Premature termination at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 34(1), 80-82.
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C. & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, 21(2), 154-167.
- Koran, L. & Costell, R. (1973). Early termination from group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 23, 346-359.
- Kraus, B. (2015). Feedback in der Psychotherapie – aktuelle Forschungsergebnisse und Diskussion. In: Sammet, I., Dammann, G. & Schiepek, G. (Hrsg.), *Der psychotherapeutische Prozess* (S. 116-124). Stuttgart: Kohlhammer.

- Kreiner, B. (2015). Praxisrelevante Überlegungen zur Beendigung von Psychotherapien – Abschlussphase und Strategien. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 01/2015, S. 65-79. Zugriff am 21.07.2017. Verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org>
- Lambert, M.J. (Hrsg.). (2013). *Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lambert, M. & Ogles, B. (2013). Die Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie. In: Lambert, M.J. (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation* (S. 243-329). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lampropoulos, G. (2010). Type of counseling termination and trainee therapist-client agreement about change. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(1), 111-120.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1972). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Leitner, A., Märtens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H. & Schnyder, U. (2013). Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(2), 95-105.
- Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H. et al. (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie*. Krems: Donau-Universität, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Lutz, W., Hofmann, S., Rubel J., Boswell, J., Shear, M., Gorman, J., Woods, S. & Barlow, D. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consult Clin Psychol*, 82(2), 287-297.

- Mander, J. (2015). Typische Phasen des therapeutischen Prozesses unter der Perspektive von Prochaskas Transtheoretischem Modell und Grawes Allgemeiner Psychologie. In I. Sammet, G. Dammann & G. Schiepek (Hrsg.), *Der psychotherapeutische Prozess. Forschung für die Praxis* (S. 224-229). Stuttgart: Kohlhammer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2002). Risiko Psychotherapie?, *Verhaltenstherapie*, 12, 88-89. Zugriff am 23.07.2017. Verfügbar unter [http://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/klipsy/public/margraf%20Journals%20with%20Peer-Review/Schneider%20et%20al.%20\(2002\).%20Risiko%20Psychotherapie.pdf](http://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/klipsy/public/margraf%20Journals%20with%20Peer-Review/Schneider%20et%20al.%20(2002).%20Risiko%20Psychotherapie.pdf)
- Matke, D. (2008). Nebenwirkungen psychodynamischer Gruppentherapie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7(1), 31-42.
- Nausner, L. & Diltsch, U. (2014). In A. Leitner, B. Schigl & M. Märtens (Hrsg.), *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 112-117). Wien: Facultas.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. & Willutzki, U. (2013). 50 Jahre Prozess-Outcome-Forschung: Kontinuität und Wandel. In: Lambert, M.J. (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation* (S. 501-627). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Oxman, A. & Guyatt, G. (1991). Validation of an index of the quality of review articles. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(11), 1271-1278.
- Parmar, D., Stavropoulou, C. & Ioannidis, J. (2016). *Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review*. Zugriff am 07.02.2017. Verfügbar unter: <http://www.bmj.com/content/354/bmj.i4588>
- Pekarik, G. (1992). Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 379-387.
- Perls, L. (1989, 2005). *Leben an der Grenze*. Bergisch Glattbach: Verlag Andreas Kohlhage.

- Pilkonis, P. & Frank, E. (1988). Personality pathology in recurrent depression: Nature, prevalence, and relationship to treatment response. *American Journal of Psychiatry*, 145, 435-441.
- Piselli, A., Halgin, R. & MacEwan, G. (2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research*, 21(4), 400-415.
- Piso, B., Semlitsch, T., Reinsperger, I., Breuer, J., Kaminski-Hartenthaler, A., Kien, C., Thaler, K. & Siebenhofer, A. (2015). Praxiserfahrungen mit Overview of Reviews – wertvolle Entscheidungsunterstützung oder wissenschaftliche Fingerübung? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109, 300-308.
- Pompoli, A., Furukawa, T., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O. & Salanti, G. (2016). *Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis*. The Cochrane Library, John Wiley & Sons, Ltd. Zugriff am 29.08.2017. Verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011004.pub2/epdf>
- Reich, C. (2016). Are psychotherapies with more dropout also less effective? *Dissertation Abstracts International*, 77(2-B), not specified.
- Reuter, L. & Scheidt, C. (2014). Vorzeitige Beendigung der Therapie in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation. *Psychother Psych Med*, 64, 297-308.
- Rieber-Hunscha (2007). Wann ist zu Ende therapiert? *Psychotherapie im Dialog*, 2-2007, 108-116.
- Roe, D., Dekel, R., Harel, G. & Fennig, S. (2006). Clients' reasons for terminating psychotherapy: a quantitative and qualitative inquiry. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 79(4), 529-538.
- Roos, J. & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: a literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418.

- Rumpler, P. (2004). Soziokulturelle und biographische Voraussetzungen bei der Theoriebildung von Gestalttherapie durch Fritz und Lore Perls. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 77-101). Wien: Facultas.
- Salem, E., (2004). Frühe Störungen als Anwendungsgebiet von Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 289-307). Wien: Facultas.
- Schigl, B., Märtens, M. & Leitner, A. (2014). Einführung ins Themengebiet. In A. Leitner, B. Schigl & M. Märtens (Hrsg.), *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 11-17). Wien: Facultas.
- Simon, G., Imel, Z., Ludman, E. & Steinfeld, B. (2012). Is dropout after a first psychotherapy visit always a bad outcome? *Psychiatric Services*, 63(7), 705-707.
- Spahni, K. (2013). *Anreizsysteme in Prävention und Gesundheitsförderung. Möglichkeiten und Grenzen von Verhaltenssteuerung durch Belohnungen*. Master-Arbeit, Hochschule Luzern, Luzern.
- Stegk, Moon (2014). *Gestalttherapie – Kontaktstörungen*. Zugriff am 01.07.2017. Verfügbar unter:
<https://gestalttherapieluebeck.wordpress.com/2014/06/19/gestalttherapie-kontaktstorungen/>
- Swift, J., Greenberg, R., Tompkins, K. & Parkin, S. (2017). Treatment Refusal and Premature Termination in Psychotherapy, Pharmacotherapy, and Their Combination: A Meta-Analysis of Head-to-Head Comparisons. *Psychotherapy*, 54(1), 47-57.
- Swift, J. & Greenberg, R. (2015). *Premature Termination in Psychotherapy. Strategies for Engaging Clients and Improving Outcomes*. Washington: American Psychological Association.
- Swift, J. (2015). Therapieabbrüche verhindern. Acht wirksame Strategien. *Psychotherapie im Dialog*, 16(4), 46-50.

- Swift, J. & Greenberg, R. (2014). A Treatment by Disorder Meta-Analysis of Dropout from Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193-207.
- Swift, J. & Greenberg, R. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 80(4), 547-559.
- Swift, J. & Callahan, J. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research*, 2011, 1-8.
- Vasquez, M., Bingham, R. & Barnett J. (2008). Psychotherapy termination: clinical and ethical responsibilities. *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 653-665.
- Votsmeier, A. (1994). *Die Gestalttherapie als ganzheitlich – feldtheoretischer Ansatz: Ihre Methodologie in Verbindung mit den Wirkprinzipien von GRAWE*. Zugriff am 14.07.2017. Verfügbar unter:
<http://www.gestaltpsychotherapie.de/GTGRAWE.pdf>
- Werbart, A., Andersson, H. & Sandell, R. (2014). Dropout revisited: patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychotherapy Research*, 24(6), 724-737.
- Winefield, H. & Harvey, E. (1994). Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(3), 557-566.
- Winkler, R., Reinsperger, I. & Piso, B. (2015). *Effekte von (im)materiellen Anreizen auf das Gesundheitsverhalten*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.
- Wnuk, S., McMain, S., Links, P., Habinski, L., Murray, J. & Guimond, T. (2013). Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 716-726.

Zabransky, D. & Wagner-Lukesch, E. (2004). Grundlagen der Gestalttheoretischen Psychotherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 125-146). Wien: Facultas.

Zimmermann, D. (2015). *Therapist Effects on Attrition in Psychotherapy Outpatients*. Wiesbaden: Springer.

Zwerenz, R., Knickenberg, R. & Beutel, M. (2008). Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Auf welche Art und wann beenden Patienten vorzeitig eine stationäre Psychotherapie? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54(3), 241-262.

TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabelle 1: Subgruppen Analyse nach psychischen Störungsbildern	27
Tabelle 2: Meta-Analyse für PatientInnen-seitige Prädiktoren	29
Tabelle 3: Prozessfacetten im generischen Modell der Psychotherapie	42
Tabelle 4: Einschlusskriterien.....	71
Tabelle 5: Übersicht zu den eingeschlossenen Publikationen.....	75
Tabelle 6: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen	105
Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung I).....	107
Tabelle 8: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung II).....	109
Tabelle 9: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung III).....	111
Tabelle 10: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung IV)	113
Tabelle 11: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien	114
Tabelle 12: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (I).....	119
Tabelle 13: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (II).....	124
Tabelle 14: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (II).....	128
Tabelle 15: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (IV)	131
Tabelle 16: Qualitätsbewertung der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen.....	134

Tabelle 17: Qualitätsbewertung der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung I)	135
Tabelle 18: Qualitätsbewertung der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung II)	136
Abbildung 1: PRISMA Flussdiagramm zur Darstellung des Literatursuchprozesses	73

13 Anhang

Tabelle 6: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen¹⁹

(First) Author (year)	Swift et al. (2017) [1]	Cinkaya (2016) [2]	Pompoli et al. (2016) [3]
Title	Treatment Refusal and Premature Termination in Psychotherapy, Pharmacotherapy, and Their Combination: A Meta-Analysis of Head-to-Head Comparisons	The diversity of dropouts in psychotherapy (original title: Die Vielfalt von Abbrüchen in der Psychotherapie).	Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis (Review)
Primary research aim/ question(s)	To compare rates of treatment refusal and premature termination between psychotherapy, pharmacotherapy, their combination, and therapy plus pill placebo treatments for a broad number of psychological disorders;	What is the actual dropout rate in various studies and what is the average overall dropout rate across all studies?	To assess the comparative efficacy and acceptability of different psychological therapies and different control conditions for panic disorder, with or without agoraphobia, in adults;
Publication language	English	German	English
Country of first author's affiliation	USA	Germany	Italy
Methodological design	Meta-analysis	Meta-analysis	Meta-analysis
Mental disorder foci	No specific focus	No specific focus	Panic disorder with or without agoraphobia
Treatment setting	Inpatient and outpatient settings; Individual and group	Inpatient and outpatient settings; Individual and group	Outpatient settings; Individual and group settings
Population	Adult population (≥ 18 yrs.)	Adult population (≥ 18 yrs.)	Adult population (≥ 18 yrs.)

¹⁹ Da die Mehrheit der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten (bzw. Meta-Analysen) auf Englisch verfasst wurden, sind auch die Extraktionstabellen (Tabelle 6 bis Tabelle 15) in Englisch gehalten. Relevante Informationen in den deutschen Publikationen wurden vom Autor der vorliegenden Forschungsarbeit entsprechend ins Englische übersetzt. Die Tabelleninhalte sind überwiegend den Originaltexten (d.h. den eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten) entnommen und repräsentieren die jeweiligen Kernergebnisse, die in Form einer Synthese im *Overview of Reviews* zusammengefasst sind. Die hier dargestellten (teils wörtlich zitierten) Tabelleninhalte (Tabelle 6 bis Tabelle 15) dienen der inhaltlichen Nachvollziehbarkeit.

(First) Author (year)	Swift et al. (2017) [1]	Cinkaya (2016) [2]	Pompoli et al. (2016) [3]
Included psychotherapy conditions	No specific focus	No specific focus	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoeducation (PE) • Supportive psychotherapy (SP) • Physiological therapies (PT) • Behaviour therapy (BT) • Cognitive therapy (CT) • Cognitive behaviour therapy (CBT) • Third-wave CBT (3W) • Psychodynamic therapies (PD)
Additional inclusion criteria	RCTs; naturalistic studies	Efficacy studies (e.g. RCTs); effectiveness studies; indication of dropout rate; at least one session prior to dropout; publication language German or English; effect sizes; group sizes >10	RCTs; cluster-randomised trials; cross-over randomised trials
Literature search	Systematic search (only 1 database); several additional search strategies; handsearch	Systematic search in several databases	Systematic search in several databases
Quality assessment	n.r.	Assessment criteria set by the German scientific consulting committee for psychotherapy (accord. to the German psychotherapy law §11 PsychThG) including criteria relating to the internal and external validity of studies and general methodological study quality	GRADE Working Group grades of evidence
Total number of included studies/ participants/ publication period	186 studies (comparative trials)	101 studies	60 studies (54 for the final qualitative analysis)
	17,891 patients (in 182 studies dealing with premature termination)	23,596 patients	3,021 patients
	1990-2016	1975-2013	1982-21013

Tabelle 7: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung I)

(First) Author (year)	Cooper und Conklin (2015) [4]	Karyotaki et al. (2015) [5]	Flückiger et al. (2014) [6]
Title	Dropout from Individual Psychotherapy for Major Depression: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trial	Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an 'individual patient data' meta-analysis	Enduring effects of evidence-based psychotherapies in acute depression and anxiety disorders versus treatment as usual at follow-up – A longitudinal meta-analysis
Primary research aim/ question(s)	To conduct a targeted meta-analytic review of dropout in studies, including an investigation of potential predictors of dropout;	To identify predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression;	To examine the enduring efficacy of evidence-based psychotherapies (EBP) in comparison to treatment as usual (TAU) by examining effects from termination to follow-up for acute anxiety and depression in an adult outpatient population;
Publication language	English	English	English
Country of first author's affiliation	USA	The Netherlands	Switzerland
Design	Meta-analysis	Meta-analysis	Meta-analysis
Mental disorder foci	Major depression	Depression	Acute anxiety and depression
Treatment setting	Individual outpatient therapy setting	Interventions delivered through the web	Outpatient settings; individual and group
Population	Adult population (≥ 18 yrs.)	Adult population (≥ 18 yrs.)	Adult population (≥ 18 yrs.)
Included psychotherapy conditions	No specific focus	No specific focus apart from web-based interventions	Evidence-based psychotherapies fulfilling the following quality criteria: <ul style="list-style-type: none"> • Use a manual or use of guidelines based on an already developed manual, • be established as an EBP for the disorder being treated (e.g. IPT for depression, CBT for Social Phobia e.g. http://www.psychologicaltreatments.org) • inclusion of six and more sessions of face-to-face therapy (no telephone counseling, internet therapy), • be delivered by a mental professional with at least a master's degree (no depression care manager paraprofessionals), • treatment individually tailored by the patient (i.e. no self help books, or psycho-educative information). • To ensure condition studies were excluded if EBPs were provided by mixed professionals (e.g. mixed groups of primary care physician and psychologist).

(First) Author (year)	Cooper und Conklin (2015) [4]	Karyotaki et al. (2015) [5]	Flückiger et al. (2014) [6]
Additional inclusion criteria	RCTs; face-to-face, individual, psychotherapy in an outpatient setting for patients diagnosed with major depression or post-partum depression with a reliable and validated assessment measure (i.e., no analogue sample, other mood disorders, or self-diagnosis); papers in English;	RCTs; adults with depression (based on a clinical interview or on elevated depressive symptoms ratings on self-report measures);	RCTs directly compared an evidence-based psychotherapy (EBP) with treatment-as-usual (TAU), patients had a current primary diagnosis of either an acute depressive or anxiety disorder (not already remitted participants e.g. by a prior treatment), reducing suicidal behavior was not the primary study outcome, patients were in either individual or group treatment;
literature search	Comprehensive literature review in the Psychotherapy RCTs database (http://www.psychotherapyRCTs.org)	Systematic search in several databases	Systematic search in several databases
Quality assessment	Assessment of study quality involving the following 5 variables: Use of intent-to-treat analyses; independent or algorithm-based randomisation to treatment; outcome assessors blinded to treatment condition; and some form of fidelity or provider adherence check (based on ratings from psychotherapy conditions);	Quality assessment according to 4 criteria of the Cochrane Risk of Bias assessment tool	n.r.
Total number of included studies/ participants/ publication period	54 studies	10 studies	13 studies (15 contrasts)
	5,852 patients	2,705 patients	1,327 patients
	1976-2012	2006-01/2013	2000-2012

Tabelle 8: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung II)

(First) Author (year)	Reuter und Scheidt (2014) [7]	Swift und Greenberg (2014) [8]	Egloff (2013) [9]
Title	Premature therapy termination in an outpatient psychosomatic and rehabilitation setting (Original title: Vorzeitige Beendigung der Therapie in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation)	A Treatment by Disorder Meta-Analysis of Dropout From Psychotherapy	Therapy dropouts in outpatient settings (Original title: Ambulante Therapieabbrüche)
Primary research aim/ question(s)	<ul style="list-style-type: none"> • How to operationalise premature termination in an inpatient setting? • How often does premature termination occur in inpatient psychosomatic rehabilitation settings? • Which socio-demographic and clinical variables can be used to explain and differentiate between patients who terminate prematurely and those who terminate their treatments as scheduled? 	Examining whether treatments resulted in different dropout rates when separated by client disorders	How do different therapy variables (e.g. therapy orientations), therapist variables (e.g. educational status), patient variables as well as dropout criteria relate to dropout rates and which psychological differences (e.g. regarding therapeutic alliance) exist between those who drop out and those who complete therapies?
Publication language	German	English	German
Country of first author's affiliation	Germany	USA	Switzerland
Methodological design	Systematic review	Meta-analysis	Meta-analysis
Mental disorder foci	No specific focus; psychosomatic burden (across mental disorders)	Bereavement; borderline personality disorder; depression; eating disorders; generalised anxiety disorder; obsessive-compulsive disorder; other personality disorders; panic disorder; psychotic disorder; posttraumatic stress disorder; social phobia; somatoform disorders	Agoraphobia, social anxiety, compulsive disorders, post-traumatic stress disorder, anxiety, panic disorders, depression, bulimia nervosa, personality disorders, somatic disorders
Treatment setting	Inpatient or semi-residential psychosomatic rehabilitation settings	Inpatient and outpatient settings; Individual and group	Outpatient settings
Population	Adult population (≥ 18 yrs.)	Adult population (≥ 18 yrs.)	Adult population (≥ 18 yrs.)
Included psychotherapy conditions	Psychosomatic/ therapeutic interventions	Cognitive-behavioral therapies; psychodynamic psychotherapies; solution-focused therapy; humanistic/ existential/ supportive psychotherapies, and integrative approaches (see also Swift and Greenberg meta-analysis from 2012 below in this table)	No specific focus

(First) Author (year)	Reuter und Scheidt (2014) [7]	Swift und Greenberg (2014) [8]	Egloff (2013) [9]
Additional inclusion criteria	Cochrane Collaboration Guidelines for meta-analyses	Only studies in which a primary diagnosis for participating clients and a specific treatment modality could be coded. Pool of studies that were already used in the Swift and Greenberg meta-analysis from 2012 (see below in this table)	Specific (empirical) focus on dropout; focus on outpatient psychotherapy settings
Literature search	Systematic search in several databases	Systematic search in several databases; handsearch (see also Swift and Greenberg meta-analysis from 2012 below in this table)	Systematic search in 2 databases (PsycINFO and PSYINDEX)
Quality assessment	Quality checklist based on 16 items (e.g. sample size, validity and reliability of measurement instruments, appropriateness of statistical analysis etc.)	No quality assessment; coding of study type only (efficacy vs. effectiveness)	Studies were assessed according to the number of measurement instruments used. Studies with a higher number of measurement instruments (more than 6) turned out to have lower dropout rates than those with only 2 instruments.
Total number of included studies/ participants/ publication period	15 studies	587 studies	146 studies
	18,147 adult patients	n.r.	19,554 adult patients
	1994-2008	1990-2010	1984-2004

Tabelle 9: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung III)

(First) Author (year)	Roos and Werbart (2013) [10]	Swift and Greenberg (2012) [11]	Barnicot et al. (2011) [12]
Title	Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: a literature review	Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis	Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis
Primary research aim/ question(s)	This qualitative literature review aims to examine the current state of knowledge about therapist, relationship and process factors influencing adult outpatient dropout from individual psychotherapy;	Examining whether dropout rates differed between the various treatment orientations;	To systematically review and conduct a meta-analysis of completion rates in psychotherapy models identified as effective for borderline personality (BPD) and to identify factors associated with treatment completion vs. dropout when these models are used to treat BPD;
Publication language	English	English	English
Country of first author's affiliation	Sweden	USA	United Kingdom
Methodological design	Qualitative literature review	Meta-analysis	Systematic review and meta-analysis
Mental disorder foci	No specific focus	No specific focus	Borderline personality disorder (BPD)
Treatment setting	Individual outpatient psychotherapy	Inpatient and outpatient settings; Individual and group	Outpatient, inpatient and forensic settings
Population	Adult population (≥ 18 yrs.)	Adult population (≥ 18 yrs.)	Adolescent and adult population (≥ 18 yrs.)
Included psychotherapy conditions	No specific focus	Cognitive-behavioral therapies; psychodynamic psychotherapies; solution-focused therapy; humanistic/ existential/ supportive psychotherapies, and integrative approaches	Cognitive behaviour therapy (CBT); dialectical behaviour therapy (DBT); dynamic deconstructive psychotherapy (DDP); emotion regulation group therapy (ERGT); mentalisation based therapy (MBT); schema-focused therapy; systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS); and transference focused therapy (TFP)
Additional inclusion criteria	Studies in English (meta-analysis, review, RCT, naturalistic, client survey, qualitative, case studies); reporting at least some information on dropout; relation to therapist and process variables;	Studies published in English between 07/1990 and 06/2010 reporting on a psychotherapy dropout rate	Studies describing the application of one of the previously named psychotherapy models; to ensure that only evidence-based interventions were considered, studies were only included if the intervention sufficiently closely followed a format that has been demonstrated to be effective (e.g. RCTs);
Literature search	Systematic search in several databases;	Systematic search in several databases; handsearch	Systematic search in 2 databases (PsycInfo and Medline)
Quality assessment	n.r.	No quality assessment; coding of study type only (efficacy vs. effectiveness)	Studies were assigned a quality score from 0 to 3. The quality criteria were as follows: i) Sample allocated to treatment; clear information on treatment completion and clear information on the definition of a treatment dropout;
Total number of	44 studies	669 studies	44 studies

(First) Author (year)	Roos and Werbart (2013) [10]	Swift and Greenberg (2012) [11]	Barnicot et al. (2011) [12]
included studies/ participants/ publication period	35,381 patients (number specified in 40 studies)	83,834 patients	n.r.
	01/2000-06/2011	1990-2010	1991-2009

Tabelle 10: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung IV)

(First) Author (year)	Cuijpers et al. (2009) [13]	Churchill et al. (2001) [14]
Title	Adding Psychotherapy to Pharmacotherapy in the Treatment of Depressive Disorders in Adults: A Meta-Analysis	A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression
Primary research aim/ question(s)	To examine whether adding psychotherapy to pharmacotherapy results in stronger effects than pharmacotherapy alone;	To conduct a systematic review and, where possible, a meta-analysis of all controlled clinical trials in which brief psychological treatments were compared with one another or treatments as usual in the treatment of depression;
Publication language	English	English
Country of first author's affiliation	The Netherlands	United Kingdom
Methodological design	Meta-Analysis	Systematic review
Mental disorder foci	Depressive disorders (major depression, dysthymia)	Depression
Treatment setting	Outpatient settings	Outpatient settings (university psychology departments, outpatient clinics and primary care settings)
Population	Adult population (≥ 18 yrs.)	Adolescents and adult population (16-65 yrs.)
Included psychotherapy conditions	Cognitive-behavioral therapy; interpersonal psychotherapy; other psychological treatments (such as psychodynamic therapy or problem-solving treatment)	Psychotherapy (any variant)/ brief psychological treatments
Additional inclusion criteria	RCTs	RCTs; controlled clinical trials; comparing different forms of brief psychological treatments (described within an explicit psychological orientation completed within a time-limited framework of ≤ 20 sessions);
Literature search	Systematic search in several databases;	Systematic search in several databases;
Quality assessment	Criteria suggested in the Cochrane Handbook	Quality scoring according to important elements of study design and conduct. Study quality was examined using 23 criteria, and each item was scored between 0 and 2 with a maximum total score of 46 ('Quality Rating Scale' - QRS);
Total number of included studies/ participants/ publication period	25 studies	63 studies
	2,036 patients	n.r.
	1979-2007	1973-1988

Tabelle 11: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien

(First) Author (year)	Swift et al. (2017) [1]	Cinkaya (2016) [2]	Pompoli et al. (2016) [3]
Definition of Dropout	Premature termination (in psychotherapy or pharmacotherapy) occurs whenever a client begins an intervention, but then unilaterally terminates it against provider recommendations and prior to recovering from the problems that led him or her to seek treatment in the first place.	Summary of three dropout categories: <ul style="list-style-type: none"> • Dropout defined by number of therapy sessions; • Dropout from therapy due to a missed session; • Dropout initiated by therapist 	No specific definition; dropouts for any reason in the short term (as a proxy for treatment acceptability)
Dropout as Primary Outcome	Yes	Yes	Yes
Other Primary Outcomes	Treatment refusal	n.r.	<ul style="list-style-type: none"> • Short-term remission of panic disorder with or without agoraphobia; • Short-term response of panic disorder with or without agoraphobia;
Secondary Outcomes	n.r.	n.r.	<ul style="list-style-type: none"> • Short-term improvement of panic disorder with or without agoraphobia as measured on a continuous scaled • Long-term remission or response of panic disorder with or without agoraphobia
Psychotherapy Conditions/ intervention Group (IG) Investigated (analytical) framework	Majority of psychotherapy conditions were traditional cognitive– behavioral approaches (n=116 studies). Other therapy conditions included cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (n=3), dialectical behavior therapy (n=3), eye movement desensitization and reprocessing (n=2), integrative (n=5), interpersonal psychotherapy (n=18), mindfulness-based cognitive therapy (n=5), psychodynamic psychotherapy (n=11), problem-solving therapy (n=4), multiple defined psychotherapies within a single study (n=12), and other (n=7).	Cognitive-behavioural therapy; psychodynamic psychotherapy; psychoanalysis; combined forms; other forms (not specified)	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoeducation (PE) • Supportive psychotherapy (SP) • Physiological therapies (PT) • Behaviour therapy (BT) • Cognitive therapy (CT) • Cognitive behaviour therapy (CBT) • Third-wave CBT (3W) • Psychodynamic therapies (PD)
Control group (CG)/ Control intervention	Comparisons between psychotherapy and pharmacotherapy alone (n=61); psychotherapy and combination (n=6); psychotherapy and psychotherapy plus pill placebo (n=2); pharmacotherapy and combination (n=52); combination and psychotherapy plus pill placebo (n=23); psychotherapy, pharmacotherapy, and combination (n=20); psychotherapy, COMBO, and psychotherapy plus pill placebo (n=1); pharmacotherapy, combination and psychotherapy plus pill placebo (n=15); and psychotherapy, pharmacotherapy, combination, and	n.r.	<ul style="list-style-type: none"> • No treatment; • Wait list and • attention/ psychological placebo

(First) Author (year)	Swift et al. (2017) [1]	Cinkaya (2016) [2]	Pompoli et al. (2016) [3]
	psychotherapy plus pill placebo (n=6).		
Patient variables/ sociodemographic variables, e.g. <ul style="list-style-type: none"> • Gender • Martial status • Employment • Education 	n.r.	Dropout of femal patients ca. 70 %; average age 26.7 years (SD=12.3); patients with lower educaional status prevailed (ca. 65 %), higher proportion of unemployed persons in this cohort compared to the completers;	Age usually ranged between 30 and 40 years.
Clinical variables <ul style="list-style-type: none"> • Disorders/ diagnoses 	The 186 studies were trials of treatments for agoraphobia (n=3), anorexia or bulimia (n=4), binge eating disorder (n=6), bipolar disorder (n=2), borderline personality disorder (BPD; n=2), depressive disorders (n=96), generalized anxiety disorder (GAD; n=4), mixed anxiety disorders (n=5), obsessive-compulsive disorder (OCD; n=11), panic disorder (n=23), posttraumatic stress disorder (PTSD; n=7), schizophrenia (n=7), social anxiety disorder (n=14), and trichotillomania (n=2).	Distribution of diagnoses shows a relatively small number of patients with eating disorders and personality disorders;	The percentage of agoraphobic patients, when specified, ranged from 18 % to 100 %, being above 65 % in the majority of the cases.
Dropout results	<ul style="list-style-type: none"> • Across studies and intervention types, the weighted average premature termination rate was 21.9%, 95% CI [20.6%, 23.3%]. • In summary, clients with anorexia/bulimia were 2.46 times more likely to prematurely terminate and • clients with depression were 1.26 times more likely to prematurely terminate if they were assigned to pharmacotherapy compared with psychotherapy. • Clients with obsessive-compulsive disorders were about half as likely to drop out of treatment (OR=0.47) if they were assigned to psychotherapy compared with a combination intervention. • Last, clients with PTSD were 10.8 times more likely to prematurely terminate from pharmacotherapy compared with psychotherapy plus pill placebo condition; however, this finding was based on data from a single study only. • No other significant differences in premature termination rates between the conditions were observed for any of the disorders. 	Average dropout of patients: 26.4 % (Range 22.9 % to 30.1 % ;	We found that there were fewer dropouts in psychodynamic therapy and third-wave CBT, suggesting that people tolerate these therapies better than other therapies.

(First) Author (year)	Swift et al. (2017) [1]	Cinkaya (2016) [2]	Pompoli et al. (2016) [3]
Provider/ therapy variables, e.g. <ul style="list-style-type: none"> • Therapist's gender and experience • Therapy type • Therapy duration • Medication (as combined with psychotherapy) • Quality of therapeutic alliance 	n.r.	<ul style="list-style-type: none"> • No gender information available; • Information on therapists' experience level: Ca. 88 % have a clinical background (psychology/ medicine); • Ca. 80 % of dropouts occurred in an outpatient setting and mostly in individual therapy settings (ca. 65 %); majority of dropouts were non-manualized treatments (ca. 80 %); most dropouts (ca. 50 %) occurred in orientations that are not reimbursed by the German health care system ("Nicht-Richtlinienverfahren", e.g. systemic family therapy); • Therapy duration: in about 40 % of the cases dropouts occurred right up to 15 sessions; • Therapeutic alliance: Dropouts are reported in the context of process variables (in about 52 % of the studies); the therapeutic alliance is a very common variable (mentioned in about 20 % of the studies); • Potential predictors for dropouts refer to patient variables (ca. 47 %) (e.g. age); instruments to predict dropouts (ca. 36 %) (e.g. „working alliance index“); process variables (ca. 13 %) (e.g. therapy motivation); 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapist training (therapist with or without formally recognised specific training in the type of psychological therapy administered); • Therapists were specifically trained in the administered intervention in most of the studies (n = 37). No specific training was required in six studies. No detail about therapist training was reported in the remaining 11 studies; • We performed a subgroup analysis for comparisons reported by enough studies (WL versus CBT and CBT versus BT); •
Main conclusions	<ul style="list-style-type: none"> • An average treatment refusal rate of 8.2% was found across studies. • Clients who were assigned to pharmacotherapy were 1.76 times more likely to refuse treatment compared with clients who were assigned psychotherapy. • Differences in refusal rates for pharmacotherapy and psychotherapy were particularly evident for depressive disorders, panic disorder, and social anxiety disorder. • On average, 21.9% of clients <u>prematurely</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dropouts rather occur in outpatient settings (79 % vs. 21 % for hospital-based treatments) and in individual settings (65 % vs. 18 % for group therapies respectively 17 % for mixed forms. • Dropouts occur more frequently in non-manualised therapies (80 % vs. 10 % for therapies with manuals). • Dropouts rather occur for therapies that do not belong to the „Richtlinienverfahren“²⁰ (therapy orientations that are recognised in Germany) (50 % vs. 34 % cognitive behavioural therapy/ 7 % psychodynamic orientations/ 7 % mixed forms and 	<ul style="list-style-type: none"> • No strong evidence available to support one talking therapy over the others for the treatment of panic disorder with or without agoraphobia in adults. • However, there was some low-quality evidence in favour of cognitive behaviour therapy (CBT), psychodynamic therapy and supportive psychotherapy over other talking therapies for short-term remission and short-term reduction in symptoms. • In total, there were fewer dropouts in psychodynamic therapy and third-wave

²⁰ Hierbei handelt es sich in Deutschland um Therapieschulen bzw. –methoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich geprüft ist und die eine solide theoretische Basis aufweisen können (Cinkaya, 2016).

(First) Author (year)	Swift et al. (2017) [1]	Cinkaya (2016) [2]	Pompoli et al. (2016) [3]
	<p>terminated their treatment.</p> <ul style="list-style-type: none"> Across studies, clients who were assigned to pharmacotherapy were 1.20 times more likely to drop out compared with clients who were assigned to psychotherapy. Pharmacotherapy clients with anorexia/bulimia and depressive disorders dropped out at higher rates compared with psychotherapy clients with these disorders. 	<p>2 % psychoanalysis);</p> <ul style="list-style-type: none"> Dropouts occur very frequently during the initial phase (ca. 40 % dropout up to the 15th session). Dropouts were mainly initiated by the patients (nearly 64 %). Low motivation, compliance or dissatisfaction with the therapy process were the most frequent reasons why patients dropped out (37 %). About 9 % of the patients discontinue due to improvements of symptoms prior to the envisaged end of therapy. 6 % indicate a deterioration and 15 % indicate organisational reasons (e.g. moving). Studies hardly mention any therapist variables. 	<p>CBT, suggesting that people tolerate these therapies better than other therapies.</p>
Effective Factors to reduce Dropout	<p>Providers should be aware of situations when premature termination may be more likely, such as with</p> <ul style="list-style-type: none"> younger clients, with time-unlimited interventions, and in university-based settings. <p>In situations when the risk factors are present, providers can more openly discuss the possibility of premature termination with their clients. Other evidence-based strategies for reducing premature termination include providing role induction, providing education about patterns of change, strengthening client hope, enhancing client motivation, and fostering the therapeutic alliance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Since dropouts frequently occur during the initial sessions, therapists should particularly focus on the beginning phase and on the establishment of a solid alliance. To set a therapy/ treatment plan (based on mutual understanding). Comprehensive identification of patient's needs and goals to foster and increase patient's motivation. Particularly for those patients with personality disorders: Support of self-reflection and establishment of social competencies. Depending on the context: Combination of individual and group therapies since dropouts mainly occur in individual settings and group therapies may increase patients' compliance. Group settings to benefit from psycho-educational interventions and social competencies and individual settings to deal with more personal issues in a more 'protected' therapy environment. 	<p>n.r.</p>
Limitations	<ul style="list-style-type: none"> Only 1 database considered; Some results are based on a small number of studies; e.g., clients with PTSD were over 10 times more likely to prematurely terminate from pharmacotherapy than from psychotherapy plus pill placebo; however, this result was based on a single study with 54 participants; 	<ul style="list-style-type: none"> Considerable number of studies (44 %) which report on dropout rates without any definition (inadequate use of the notion 'dropout'). Lack of dropout reasons in the studies; about 63 % of the included studies mention patients as the primary initiators of dropout from therapy. However, it remains unclear how this conclusions was made (due to therapists' impressions or to 	<ul style="list-style-type: none"> In general, the quality of the evidence was found to be low for all outcomes. The majority of the included studies were at unclear risk of bias with regard to the randomisation process.

(First) Author (year)	Swift et al. (2017) [1]	Cinkaya (2016) [2]	Pompoli et al. (2016) [3]
	<ul style="list-style-type: none"> Studies frequently did not report the clients' reasons for treatment refusal or premature termination; 	<p>patients' feedback).</p> <ul style="list-style-type: none"> In total, partly profound methodological flaws in the studies. 	

Tabelle 12: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (I)

(First) Author (year)	Cooper and Conklin (2015) [4]	Karyotaki et al. (2015) [5]	Flückiger et al. (2014) [6]
Definition of dropout	Unexpected patient attrition among individuals who were randomized to a treatment but failed to complete it. This definition included any patient who would be included in intent-to-treat (ITT) analyses, such as those who refused their randomization, never attended a session, stopped attending sessions, or withdrew consent before completing the designated treatment. (Patients who were lost prior to randomization were not considered dropouts.)	Dropout was defined as a completion rate of <75 % of the intervention modules, as we considered that in most interventions the core treatment elements are administered in this part of the treatment.	No specific definition
Dropout as primary outcome	Yes; percentage of dropout (separate estimates for the treatment- and study-level)	Yes	Yes
Other primary outcomes	n.r.	n.r.	Targeted (disorder-specific) outcomes
Secondary outcomes	n.r.	n.r.	n.r.
Psychotherapy conditions/ intervention group (IG) Investigated (analytical) framework	(a) cognitive-behavioral; (b) problem-solving; (c) interpersonal; (d) non-directive/supportive therapy; (e) behavioral activation; (f) psychodynamic, and (g) other, which included integrative cognitive therapy, cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, emotion-focused therapy, and life review therapy.	All included self-guided web-based interventions were based on 3 different theoretical models of psychotherapy: CBT (cognitive behaviour therapy); problem solving therapy and interpersonal psychotherapy	Evidence-based psychotherapies (EBP): Psychotherapeutic treatments that are well established as efficacious for a specific disorder in anxiety and depression – quality criteria: <ul style="list-style-type: none"> • Use a manual or use of guidelines based on an already developed manual; • Be established as an EBP for the disorder being treated (e.g. Interpersonal therapy/ IPT for depression); • Inclusion of six and more sessions of face-to-face therapy (no telephone counseling, internet therapy); • Be delivered by a mental professional with at least a master's degree (no depression care manager, paraprofessionals); • Treatment individually tailored by the patient (e.g. no self-help

(First) Author (year)	Cooper and Conklin (2015) [4]	Karyotaki et al. (2015) [5]	Flückiger et al. (2014) [6]
			books).
Control group (CG)/ control intervention		n.r.; Data were extracted only for intervention groups and not for control comparison conditions as we only looked at predictors of treatment adherence.	Treatment as usual (TAU)/ usual care/ standard care
Patient variables/ sociodemographic variables, e.g. <ul style="list-style-type: none"> • Gender • Marital status • Employment • Education 	Most of our patient variables were not significantly related to dropout estimates, including sex, age, cohabitation status and concurrent anti-depressant treatment. The percentage of patients of minority racial status (M=19.8%, SD=20.4%; k=43) was predictive of dropout estimate, such that more diverse samples had higher dropout rates.	The results of the bivariate analyses indicated that male gender (RR 1.05, 95% CI 1.01–1.11), participants with a low educational background primary education: RR 1.23, 95% CI 1.13–1.33), and CBT-based interventions (RR 1.19, 95% CI 1.03–1.39) were related to a higher risk of dropping out. Finally, the chance of dropping out significantly decreased for every 4 years of age increase (RR 0.98, 95% CI 0.97–99). The remaining variables/potential predictors (baseline severity of depression, relationship status, number of intervention modules and employment status) failed to achieve a statistically significant level of $p < 0.05$ in the bivariate analysis.	n.r.
Clinical variables <ul style="list-style-type: none"> • Disorders/ diagnoses 	Although information on percentage of patients with a comorbid personality disorder diagnosis was only provided for about one quarter of all treatment conditions (M = 33.6%, SD = 20.5%; k = 21), this variable was strongly predictive of higher dropout rates.	The results of the bivariate analyses indicated that the presence of co-morbid anxiety symptoms (RR 1.18, 95% CI 1.01–1.38) was related to a higher risk of dropping out. The severity of depression does not significantly predict dropout from treatment.	n.r.
Dropout results	At the treatment level, the mean dropout rate was 17.5% (95% CI [16.2%, 18.8%]), with rates ranging from 0 to 50%. At the study level, the mean dropout rate was 19.9% (95% CI [18.9%, 20.9%]), with dropout rates ranging from 0 to 42%. As noted above, both estimates were highly heterogeneous (I^2 values of 71.5% and 82.3%, respectively).	Across the 10 included RCTs, 1,090 participants (40%) dropped out before the completion of 25% treatment modules, 1604 (59%) dropped out before completing half of the treatment modules. Further, levels of dropout increased to 70% (1,880/2,705) when we looked at the number of participants that completed 75% of treatment modules. Finally, only a small percentage (17%, 452/2,705) completed all treatment modules.	Overall all assessments, EBP indicated a dropout rate of 29.2% (SD =1.9) and TAU a dropout rate of 32.7% (SD= 3.4), revealing ES between $g=-0.26$ and -0.19 in favor of EBP. A total of 15 comparisons (including 30 repeated effect sizes [ES]) were included in this meta-analysis (average of 8.9 month follow-up). Small to moderate ES differences were found to be in favor of EBPs at 0–4 month assessments (Hedges' $g= 0.40$) and up to 12–18 month assessments ($g= 0.20$), indicating no extended efficacy at follow-up. However, the TAU-conditions were heterogeneous, ranging from absence of minimal mental health treatment to legitimate psychotherapeutic interventions provided by trained professionals,

(First) Author (year)	Cooper and Conklin (2015) [4]	Karyotaki et al. (2015) [5]	Flückiger et al. (2014) [6]
			<p>the latter of which resulted in smaller ES differences. Furthermore, samples where substance use comorbidities were not actively excluded indicated smaller ES differences. TAU-conditions produced slightly higher dropout rates than EBP-conditions.</p> <p>k = 15 contrasts EBT vs. TAU (2 studies with 2 contrasts)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-4 months follow-up: k = 14 (with 12 reported dropout rates) • 5-11 months follow-up: k = 10 (with 9 reported dropout rates) • 12-18 months follow-up: k = 6 (with 6 reported dropout rates) • Repeated assessments: k = 12 (with 9 reported dropout rates) • Total effect sizes: 30 (with 27 reported dropout rates).
<p>Provider/ therapy variables, e.g.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapist's gender and experience • Therapy type • Therapy duration • Medication (as combined with psychotherapy) • Quality of therapeutic alliance 	<ul style="list-style-type: none"> • Gender information: n.r. • Experience information: Therapist credentials, expressed either in terms of training status or mean years of experience, did not predict dropout rates; • Therapy type: Therapy types did not differ in their weighted mean dropout rates (range: 10.2 % for "problem-solving" and 21.9 % for "behavioral"); • Therapy duration: Treatment duration predicted dropout estimates at the level of a non-significant trend (p=.06), such that longer therapy duration therapies had higher dropout rates. However, the number of intended sessions did not significantly predict dropout; • Medication: Dropout rate did not differ between conditions in which psychotherapy was delivered as a monotherapy or combined with antidepressants medication; • Therap. alliance: n.r. 	<p>n.r.</p>	<p>n.r.</p>
<p>Main conclusions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Therapy orientation did not significantly account for variance in dropout estimates, but estimates were significantly higher in psychotherapy conditions with 	<ul style="list-style-type: none"> • Being male, having attained a lower educational level (primary education), a younger age and having co-morbid anxiety symptoms significantly increased the risk of 	<ul style="list-style-type: none"> • Findings indicate small and no extended superiority of EBP for acute depression and anxiety

(First) Author (year)	Cooper and Conklin (2015) [4]	Karyotaki et al. (2015) [5]	Flückiger et al. (2014) [6]
	<p>more patients of minority racial status or with comorbid personality disorders.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treatment duration was also positively associated with dropout rates at trend level. • Limitations include the inability to test certain potential predictors (e.g., socioeconomic status) due to infrequent reporting. • Overall, our findings suggest the need to consider how specific patient and study characteristics may influence dropout rates in clinical research on individual therapy for depression. • Dropout is a critically important phenomenon to clinicians and researchers, and there is considerable need for focused meta-analytic reviews addressing specific populations. 	<p>dropping out before the completion of 75% of treatment modules and thus were related to high treatment's dropout.</p> <ul style="list-style-type: none"> • The findings from the present study suggest that the severity of depression does not significantly predict dropout from treatment. • Dropout can be predicted by several variables and is not randomly distributed. This knowledge may inform tailoring of online self-help interventions to prevent dropout in identified groups at risk. 	<p>disorders in comparison to TAU at follow-up assessment.</p> <ul style="list-style-type: none"> • There are a limited number of studies investigating the transportability and lasting efficacy of EBP compared to TAU, especially to TAU with equivalent conditions between treatment groups.
Effective factors to reduce dropout	<ul style="list-style-type: none"> • Educating and guiding clients' expectations, attending to their preferences, and fostering therapeutic alliance; • Development of an 'early warning' system (based on indicators of sub-optimal treatment response); • Consideration of significant access barriers (e.g., cost of transportation, provision of free transport services); 	<p>Other psychological predictors such as personality styles, motivation and preferences should be included in future trials to inform tailoring. This might prevent dropout in future versions of self-guided web based interventions.</p>	<p>n.r.</p>
Limitations	<p>Limitations are endemic to the RCT literature and meta-analytic research -> over-representation of certain treatment modalities (namely, CBT), the inability to draw conclusions about patients' specific reasons for dropout, and underreporting of potentially valuable information about patient and study characteristics (e.g., ethnicity);</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No clinical sample (participants were recruited through the community and were proactively seeking help for their symptoms.); • No full access to all available studies (10 out of 13 eligible studies); 	<p>There were several limitations of this meta-analysis: First, the present studies are focused on transportation of EBPs to more naturalistic settings. However, the EBPs themselves were not systematically adapted to the naturalistic conditions, i.e. the EBP were restricted to controlled treatment conditions. These controlled conditions (such as the prescriptive treatment plans for acute depression and anxiety) does not have to be identical with that what well-trained therapists (including those that are well-trained in EBP-approaches) and their supervisors would suggest in less controlled conditions (e.g. explicit</p>

(First) Author (year)	Cooper and Conklin (2015) [4]	Karyotaki et al. (2015) [5]	Flückiger et al. (2014) [6]
			<p>adaptation the treatment plans to comorbidities, coordination with other health professionals, individualizing of case formulations and treatment plans). Controlled conditions might positively as well as negatively impact the relative efficacy of therapists (Castonguay, Goldfried, Raue, and Hayes, 1996; Stiles, Barkham, Connell, Mellor-Clark, 2008, Webb, DeRubeis, and Barber, 2010). Second, there were limited studies that compared EBPs with TAU that already included psychotherapy services at follow-up assessments. No studies were available where EBP was compared to a bonafide psychotherapy TAU that also included equivalent training, supervision, dose, and other factors, despite demonstration that such factors are relevant (Spielmanns et al., 2010; Weisz et al., 2006). Third, there was a lack of description in the primary studies about whether participants (1) had their first psychiatric diagnosis or if they had relapsed from a previous course of treatment for either depressive or anxiety disorders or (2) had any additional treatment after study treatment termination (see Knekt et al., 2011). Future research should monitor any additional services that were used after acute therapy.</p>

Tabelle 13: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (II)

(First) Author (year)	Reuter and Scheidt (2014) [7]	Swift and Greenberg (2014) [8]	Egloff (2013) [9]
Definition of dropout	Premature termination including a wide range of attrition reasons. It describes the termination of therapy prior to the achievement of the therapy goals or prior to the initially agreed therapy end. The term dropout is exclusively used when patients initiated the discontinuation of the therapy/ interventions.	Therapy dropout has been defined as occurring when a client unilaterally discontinues an intervention prematurely, before recovering from the problems that led him or her to seek out treatment and/or before completing the intervention's specified protocol.	The specific dropout reasons of the studies were summarised for the meta-analysis into overall categories (involving 7 dropout criteria).
Dropout as primary Outcome	Yes	Yes	Yes
Other primary outcomes	n.r.	n.r.	n.r.
Secondary outcomes	n.r.	n.r.	n.r.
Psychotherapy conditions/ intervention group (IG)	No specific focus	Cognitive-behavioral therapies; psychodynamic psychotherapies; solution-focused therapy; humanistic/ existential/ supportive psychotherapies, and integrative approaches (see also Swift and Greenberg meta-analysis from 2012 below in this table)	In total: 141 therapy orientations: Cognitive therapy (29,1 %); psychodynamic therapy (18,4 %); integrative therapy (5,7 %); supportive therapy (5,0 %); therapies belonging to the humanities (3,5 %); family therapy (3,5 %); interpersonal therapy (0,7 %); different therapy orientations (12,8 %); lack of information (21,3 %)
Investigated (analytical) framework			
Control group (CG)/ control intervention	n.r.	n.r.	n.r.
Patient variables/ Sociodemographic variables, e.g. <ul style="list-style-type: none"> • Gender • Martial status • Employment • Education 	<ul style="list-style-type: none"> • In 7 out of 9 studies, patients who dropped out were younger than the therapy completers. • The average age difference between the two groups accounts for 2 to 5 years (depending on the study) (premature: 39–43 years, regular: 42–48 years). • There is good evidence for the importance of the employment status: Patients who work full or part-time from the beginning of the therapy are more likely to stay until the end of the therapy. • Patients who dropout are more often unemployed or students. • The family status, graduation status and gender do not correlate (apart from some individual results) with dropout from therapy. The same 	n.r.	<ul style="list-style-type: none"> • In general, patients who dropout are younger, have a lower general education level, are less often married and have to face more socially instable circumstances than those who complete a therapy regularly. • Moreover, the family status ‚not married‘ significantly more often occurs for those who drop out - all other demographic variables are not significant (p<.001).

(First) Author (year)	Reuter and Scheidt (2014) [7]	Swift and Greenberg (2014) [8]	Egloff (2013) [9]
	holds true for nationality or employment status – these variables are not suitable dropout predictors.		
Clinical Variables • Disorders/ diagnoses	Patients who terminate treatment prematurely are more likely to suffer from personality disorders, eating disorders and somatoform disorders. Comorbid substance dependence is associated with premature termination. Patients with affective disorders, on the other hand, terminate therapy on a regular basis. For anxiety and obsessive-compulsive disorder, adaptation disorders and somatic additional diagnoses, the results are inconsistent, that is, both positive and negative relationships are put forward.	12 different diagnostic categories were identified in the included studies.	<ul style="list-style-type: none"> • Disorder-specific studies of anxiety disorders show the lowest dropout rates (24.2%). • Studies of eating disorders and studies of personality disorders show significantly higher dropout rates (37.4 % and 38.9 %, respectively). • Studies of affective disorders show equally high but no significant dropouts (34.9%).
Dropout results	<ul style="list-style-type: none"> • Between 7.1% and 27.3% of patients are prematurely discharged. • In 5 studies, the proportion of premature treatment termination is below 10%, in 4 studies between 10 and 20% and in another 4 studies over 20%. A total of 12.5% of the treatments are terminated prematurely. • Patients are released from the hospital treatment at 16.4% earlier than from the rehabilitation treatment (12.3%). • It can be assumed that approximately one third (11.5-48.0%) of the premature termination of the therapy is already taking place in the first two weeks. • Most premature terminations are done by the therapist and patient on both sides. 	<ul style="list-style-type: none"> • Although, significant differences between treatment approaches were found for depression [Q(9) _ 22.69, p _ .01], eating disorders [Q(7) _ 14.63, p _ .05], and posttraumatic stress disorder(PTSD) [Q(7) _ 20.20, p _ .01], treatments did not differ in their dropout rates for the remaining 9 diagnostic categories. • Although integrative treatments resulted in the lowest dropout rates for depression and PTSD, dialectical-behavior therapy resulted in the lowest average dropout rate for eating disorders. • The similarity in dropout rates for the majority of the disorder categories suggests that clients' decisions to drop out may depend more on other therapy variables (e.g., common factors, client characteristics, and therapist characteristics) rather than the specific type of treatment that is used. • Additionally, our findings highlight the particular usefulness of an integrationist approach to therapy—it showed to be the most robust model for retaining clients in that its dropout rate was equal to or better than all of the other therapy approaches for 11 out of the 12 disorders examined. 	The average dropout rate accounts to 34,8 % [99 % CI; 32.0-38.8].
Provider/ therapy	n.r.	n.r.	• There is no correlation between the gender of

(First) Author (year)	Reuter and Scheidt (2014) [7]	Swift and Greenberg (2014) [8]	Egloff (2013) [9]
variables, e.g. <ul style="list-style-type: none"> • Therapist's gender and experience • Therapy type • Therapy duration • Medication (as combined with psychotherapy) • Quality of therapeutic alliance 			<p>the therapists and the dropout rates.</p> <ul style="list-style-type: none"> • There are no other demographic variables, especially since these are also distal variables for the therapy discontinuation. • Therapists with completed therapy courses have moderately to moderately lower dropout rates. • Therapeutic conditions involving non-psychologists and non-psychiatrists as therapists have moderately higher dropout rates than those with exclusively psychologists and psychiatrists.
Main conclusions	<ul style="list-style-type: none"> • The weighted average drop-out-rate of the 15 included studies was 12.5 %. • Young age, unemployment, inability to work, the diagnosis of an eating disorder, a somatoform disorder or a personality disorder and a low impairment at intake show a relation to a higher risk for a premature termination of the treatment. • Beside these sociodemographic and clinical variables, the motivation for treatment as well as treatment expectations seem to play a role in the prediction of attrition. • Die meisten Patienten verlassen die psychosomatische Rehabilitationsbehandlung zwischen der dritten und vierten Therapiewoche, die stationäre Krankenhausbehandlung ca. zwei Wochen später. 	Siehe dropout results	<ul style="list-style-type: none"> • A wide range of dropout rates shows that studies are very heterogeneous due to almost exclusively naturalistic study designs (for example, various disorders and various therapies). • Time-limited (d=1.13), manualized (d=0.57), and cognitive behavioral therapies (d> 0.50) have lower dropout rates (with moderate to large effect intensities) compared to psychodynamic or different other therapies. • No link between the gender of the therapist and the discontinuation of therapy. • Less discontinuation of treatment with therapists that have already completed formal therapy training. • Poorly educated, younger and unmarried patients are somewhat more broken off. • Therapy alliance is overall mediocre and significantly worse in the case of dropouts (there is consistency with other research on psychotherapy discontinuation). • Patients and therapists have a less stable therapy alliance. Patients who drop out show more interpersonal abnormalities (impulsiveness, anger, personality accentuation, etc.) – this impacts negatively on the therapy alliance. • No significant, only moderate (d=0.38) differences in dropout rates between the

(First) Author (year)	Reuter and Scheidt (2014) [7]	Swift and Greenberg (2014) [8]	Egloff (2013) [9]
			categories "with psychopharmacological medication" and "without psychopharmaceuticals". In about three-quarters of the studies, however, there is no clear indication of the existence of an accompanying psychopharmaceutical therapy.
Effective factors to reduce dropout	<ul style="list-style-type: none"> • In order to prevent premature treatment terminations or to recognize them at an early stage, the therapist can already look at possible risk characteristics (eg age, diagnosis, status of employment) at the start of treatment. • Detailed information about the treatment offer before the initiation of therapy and the precise coordination of therapy goals between patients and therapists. • In addition to these unchanging characteristics, further variables that can be formulated in the therapy (eg transparency with regard to the therapeutic goals and the therapeutic procedure) have an effect on early termination of the treatment. • Premature treatment termination should be carefully documented, as it is possible to derive findings that can help improve the quality of therapy. 	n.r.	<ul style="list-style-type: none"> • Clearly limited duration of therapy could meet patients' wishes for transparency and orientation, as well as control over intimacy, dependency and separation anxiety. • Completion of a therapy contract, which establishes the formal relationship between the patient and the therapist. The mutual understanding between the patient and the therapist is defined in terms of their roles and cooperation in order to achieve the patient's therapeutic goals. The contract includes, e.g. Therapy goals, methods, setting, place, plan, duration and costs of a psychotherapy.
Limitations	<ul style="list-style-type: none"> • Most of the included studies are case-control studies comparing naturally occurring subgroups to potential risk factors. These comparisons are usually retrospective, that is, data is obtained which already existed at the examination time. • Influence of variables concerning the treating therapist and the therapeutic relationship has been investigated far too little (in the studies). • It has not been investigated whether and in which cases a change of therapy may favor or prevent premature termination of therapy. 	<ul style="list-style-type: none"> • No attempt to identify the reasons for the dropout differences; • Dropout definitions may vary across studies and research – different definitions may lead to different conclusions regarding dropout from psychotherapy; • There was a small number of studies reporting on some treatment conditions; authors set a minimum number of studies (n=3) required to calculate cross treatment comparisons; • The basic question in this research („What works for whom?“) was exclusively approached by examining treatment by disorder dropout effects. Others relevant interactions, such as between disorders, treatments, therapist characteristics etc, were not taken into account. 	<ul style="list-style-type: none"> • Selection decisions regarding study selection; Inclusion of very different studies • No investigation of treatment discontinuation • Distorted results due to lack of data (effect strengths, comparisons between those who dropped out and those who continued). terminated regularly).

Tabelle 14: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (II)

(First) Author (year)	Roos and Werbart (2013) [10]	Swift and Greenberg (2012) [11]	Barnicot et al. (2011) [12]
Definition of dropout	Four operational definitions of premature termination: Therapist judgment; termination by failure to attend the last scheduled appointment; not attending predetermined number of sessions, and failure to return after the intake appointment.	Premature discontinuation in therapy can be defined as occurring when a client starts an intervention but discontinues prior to recovering from the problems (symptoms, functional impairment, distress, etc.) that led him or her to seek treatment.	Dropout defined in contrast to treatment completion – which was defined as the proportion of patients initiating psychotherapy who completed the full course of treatment.
Dropout as primary Outcome	Yes	Yes	No
Other primary outcomes	n.r.	n.r.	Treatment completion and/ or factors associated with treatment completion
Secondary outcomes	n.r.	n.r.	n.r.
Psychotherapy conditions/ intervention group (IG) Investigated (analytical) framework	Psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy dominated (but other types were represented as well).	Treatment orientations (n studies): <ul style="list-style-type: none"> • Cognitive-behavioral (n=439); • Psychodynamic (n=69); • Solution-focused (n=12); • Supportive (n=55); • Integrative (n=47); • Other (n=32) 	Some papers provided information on more than one of the psychotherapies under review. 2 papers provided information on treatment completion or factors associated with completion in CBT, 28 did so for DBT, 1 for dynamic deconstructive therapy, 1 for ERGT, 1 for MBT, 4 for schema therapy, 4 for STEPPS and 6 for TFP.
Control group (CG)/ control intervention	Comparison with therapy continuers		n.r.
Patient variables/ Sociodemographic variables, e.g. <ul style="list-style-type: none"> • Gender • Marital status • Employment • Education 	Women's predominance is marked, especially since forensic care settings and substance abuse clinics were excluded.	<ul style="list-style-type: none"> • Dropout rates did not differ by client race, or by client employment status. • Mixed results were found for client gender, marital status, and level of education, depending on the analytical strategy that was used (meta-analysis versus meta-regression). 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 studies evaluated the association of sociodemographic variables with dropout from psychotherapy from BPD and no significant association was found. • Sociodemographic variables found not to predict dropout have included age, gender, marital status, living alone, education level, employment status, race and religion.
Clinical Variables <ul style="list-style-type: none"> • Disorders/ diagnoses 	Mood disorders; anxiety disorders, and personality disorders dominate.	The majority of studies were of anxiety (n=201) and mood disorder (n=148) treatments, followed by trauma (n=71), eating disorders (n=52), personality disorders (n=50), psychotic disorders (n=26) and other disorders (not specified) (n=119).	<ul style="list-style-type: none"> • With the exception of the findings that dropouts were more likely to have schizoid personality disorder, treatment completers and dropouts did not differ. • Lengths of illness and hospitalisation history were also not found to be associated with dropout. • Factors found to be positively associated with

(First) Author (year)	Roos and Werbart (2013) [10]	Swift and Greenberg (2012) [11]	Barnicot et al. (2011) [12]
Dropout results	Across the 30 studies (comprising 10,452 patients) the weighted dropout rate was 35.0 % [95 % vCI; 29.2 %-41.3%].	Across all studies, the weighted mean dropout rate was 19.7 %, 95 % CI [18.7 % - 20.7 %]. The studies were found to be highly heterogeneous in their dropout estimates (...), with dropout rates ranging from 0 % to 74.23 %.	treatment dropout have included high impulsivity and less pre-treatment suicidal behaviour. <ul style="list-style-type: none"> Overall completion rate of 71% for interventions of 12 months or greater duration (95% confidence interval: 65–76%). A separate analysis yielded a completion rate of 75% for interventions of a shorter duration (<12 months) (95 % confidence interval: 68-82 %). At the P = 0.05 level, there was no significant effect of psychotherapy model, psychotherapy orientation (behavioural vs. non-behavioural), sample size (N < 30 vs. N ≥ 30), intervention length (under 6 months vs. 6 months or longer), patient age range (adult vs. adolescent), etc.
Provider/ therapy variables, e.g. <ul style="list-style-type: none"> Therapist's gender and experience Therapy type Therapy duration Medication (as combined with psychotherapy) Quality of therapeutic alliance 	<ul style="list-style-type: none"> Therapist's experience, training and skills, together with providing concrete support and being emotionally supportive, had an impact on dropout rates. Relationship and process variables contributing to dropout were specified in 37 studies and were categorized in 8 factors: The quality of the therapeutic (in 13 studies); strong alliance early in the process predicted continuation while low early alliance predicted dropout; 5 studies examined alliance related to the level of personality development (basic stability of personality, such as stable inner object relations and secure attachment patterns, was associated with strong alliance and continuation); Client dissatisfaction and pre-therapy preparation influenced dropout. 	<ul style="list-style-type: none"> Dropout rates did not differ by provider age, by provider race, by provider gender. 5 treatment moderators: Treatment orientation (see psychotherapy conditions above); treatment format (individual, group, combination); time-limited (no time limite, low time limit, high time limit); manualized (yes, no); setting (inpatient, outpatient/hospital, outpatient public, university-based clinic, research/speciality clinic); Dropout rates did not differ significantly between treatment orientation groups or by treatment format. However, significant differences in dropouts were found for whether or not the intervention was time-limited (significantly higher dropout rates were found in treatments that had no predetermined time limit), whether or not the intervention was manualized (higher dropout rates were found for non-manualized treatments), and the treatment setting (university-based clinics, incl. psychology department training clinics and university counseling centers, experienced the highest average rates of premature discontinuation). 	Only a few studies examined the therapeutic processes occurring during treatment, and these have shown that less affective communication during treatment, and a poor patient or therapist-rated therapeutic alliance early in treatment can predict dropout.
Main conclusions	<ul style="list-style-type: none"> Dropout rates varied widely with a weighted rate of 35%. Fewer than half of the studies directly 	<ul style="list-style-type: none"> Study dropout rates were higher when the study when premature discontinuation was determined through therapist judgment, and in 	<ul style="list-style-type: none"> 41 studies were included, with completion rates ranging from 36 % to 100 % – a substantial between-study heterogeneity. Random effects

(First) Author (year)	Roos and Werbart (2013) [10]	Swift and Greenberg (2012) [11]	Barnicot et al. (2011) [12]
	<p>addressed questions of dropout rates in relation to therapist, relationship or process factors.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapists' experience, training and skills, together with providing concrete support and being emotionally supportive, had an impact on dropout rates. • Furthermore, the quality of therapeutic alliance, client dissatisfaction and pre-therapy preparation influenced dropout. 	<p>studies that were judged to examine effectiveness compared to efficacy.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dropouts were also higher for younger clients, • those seen in a university-based clinic, • those with a personality or an eating disorder diagnosis, • those who received a treatment that was not time-limited or manualized, and • those who were seen by a provider in training. • Dropout rates did <u>not</u> differ by treatment orientation, between individual and group treatments, by year of publication, by provider age, by provider race, by provider gender, by client race, or by client employment status. 	<p>meta-analyses yielded an overall completion rate of 75 % (95 % CI: 68–82 %) for interventions of <12 months duration, and 71% (95 % CI: 65–76 %) for longer interventions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In individual studies, factors predicting dropout status included commitment to change, the therapeutic relationship and impulsivity, whilst sociodemographics were consistently non-predictive. • Borderline personality disorder should no longer be associated with high rates of dropout from treatment. However, the substantial variation in completion rates between studies remains unexplained. Research on the psychological processes involved in dropping out of treatment could further improve dropout rates.
Effective factors to reduce dropout	<p>To reduce dropout rates, therapists need enhanced skills in building and repairing the therapeutic relationship.</p>	<p>It is recommended (selection of recommendations)</p> <ul style="list-style-type: none"> • to discuss and expectations regarding therapy roles and behaviors; • provide information about adequate therapy duration; • to address client preferences; • to repair alliance ruptures as soon as possible and <p>to provide time-limited interventions.</p>	<p>n.r.</p>
Limitations	<ul style="list-style-type: none"> • Definitions of dropout, as well as other variables in focus, differed widely across studies. • Included studies were highly heterogeneous in their dropout estimates, with dropout rates ranging from 13 % to 69 %. • Only few studies included matched control group or random assignment to different conditions. 	<ul style="list-style-type: none"> • Studies reporting about dropouts may have been missed by search of literature; • Only 1 reviewer undertook the coding procedures, the evaluation of the abstracts etc. – however, a subset (10 %) of the total sample was coded by a second set of judges; • The analysis could not consider all the relevant variables (such as therapeutic alliance, client expectations and preferences etc.); • Significant differences in dropout rates depending on the operationalization that studies used. 	<p>The main limitation is that it included 8 different interventions, which moreover were applied in a variety of treatment settings, patient groups and treatment lengths. This may limit the comparability of completion rates and factors predicting dropout across studies.</p>

Tabelle 15: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (IV)

(First) Author (year)	Cuijpers et al. (2009) [13]	Churchill et al. (2001) [14]
Definition of dropout	n.r./ no specific indications provided	Treatment failures (no further specification)
Dropout as primary outcome	Yes	No
Other primary outcomes	Effects of pharmacologic treatments and psychological/ psychotherapy treatments	Symptom levels; categorical (recovery/ improvement/ no change) or dichotomous outcomes (recovery/ improvement); quality of life (social and cognitive behavioural functioning including self-esteem and assertiveness scales); economic outcomes; cost-effectiveness data
Secondary Outcomes	n.r.	Dropouts from psychotherapy
Psychotherapy conditions/ intervention group (IG) Investigated (analytical) framework	<ul style="list-style-type: none"> • 8 studies examined cognitive-behavioral therapy, another 8 examined interpersonal psychotherapy, and 9 examined other psychological treatments, such as psychodynamic therapy or problem-solving treatment. • Individual psychotherapies were examined in 21 studies, while 4 studies used group therapies (1 used a combined individual and group format). 	<ul style="list-style-type: none"> • 32 distinct psychological models or psychotherapeutic techniques identified (for the treatment of depression); • 4 categories of models: 'Cognitive behavioural therapy (CBT)'; 'Interpersonal therapy (IPT)'; 'Brief Psychodynamic Therapy (PDT)' and 'Supportive Therapy (ST)'; • In total 12 main comparisons were examined.
Control group (CG)/ control intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) were examined in 9 studies, and • tricyclic antidepressants (TCAs) were also examined in 9 studies (other medications or a protocol was used in 7 studies). 	Treatment as usual or waiting lists
Patient variables/ sociodemographic variables, e.g. <ul style="list-style-type: none"> • Gender • Martial status • Employment • Education 	Adults in general (16 studies) and more specific target groups (9 studies), such as older adults who lost their spouse, adult women;	<ul style="list-style-type: none"> • Many sample groups in USA-based trials consisted of well-educated subjects of higher socio-economic levels. • 15 studies included female patients only; • 16 trials used volunteers on university campuses, with younger than average participants of higher educational and socio-economic status. • Three trials selected sample groups from a low-income population only.
Clinical variables <ul style="list-style-type: none"> • Disorders/ diagnoses 	Patients with depressive disorders; however, also patients with comorbid borderline personality disorder, patients with coronary heart disease, and women with postpartum depression;	<ul style="list-style-type: none"> • Patients in the included trials showed considerable variation in symptoms of depression, with diagnostic inclusion criteria ranging from negative mood state to major depressive disorder. • Clinical heterogeneity was indicated.
Dropout results	The dropout rate was significantly lower in the combined treatment group compared to the pharmacotherapy only group (OR = 0.65; 95% CI, 0.50 ~ 0.83).	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapy (all variants) versus treatment as usual: Although the number of dropouts appeared to be slightly greater in the psychotherapy group, there were no significant differences in dropouts between those

(First) Author (year)	Cuijpers et al. (2009) [13]	Churchill et al. (2001) [14]
		receiving psychotherapy and those on waiting lists or receiving treatment as usual. Summarising the available dropout data suggested a dropout rate of 20 % from the psychotherapy group and 15 % from the treatment as usual group.
Provider/ therapy variables, e.g. <ul style="list-style-type: none"> • Therapist's gender and experience • Therapy type • Therapy duration • Medication (as combined with psychotherapy) • Quality of therapeutic alliance 	n.r.	<ul style="list-style-type: none"> • In the (USA) trials (the largest trials group), the largest group of therapists were 'advanced' (often PhD) clinical psychology or counselling psychology students. • Long-term outcomes were not measured in two-thirds of trials, and those trials that did provide long-term follow-up assessments of more than 6 months tended to suffer high attrition rates between post-treatment interviews and final follow-up.
Main conclusions	<ul style="list-style-type: none"> • A mean effect size of $d = 0.31$ (95% CI, 0.20 ~ 0.43) was found for the 25 included studies, indicating a small effect in favor of the combined treatment over pharmacotherapy alone. Studies aimed at patients with dysthymia resulted in significantly lower effect sizes compared to studies aimed at patients with major depression, a finding that suggests that the added value of psychotherapy is less in patients with dysthymia. • Dropout rate was significantly lower in combined treatment compared to pharmacotherapy alone (n=19 studies). • Dropout rate was lower in studies examining adults in general compared to studies in which more specific target groups were examined. • No indication was found regarding an association between the severity of depression and the dropout rates. • Psychotherapy seems to have an additional value compared to pharmacotherapy alone for depression. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients receiving any variant of psychotherapy were significantly more likely to improve to a degree where they were no longer considered clinically depressed, exhibited significantly fewer symptoms post-treatment and experienced greater symptom reduction from baseline than those receiving treatment as usual. • Patients receiving CBT were significantly more likely than those receiving PDT, IPT or ST to improve to a degree where they were no longer regarded as being clinically depressed. • No group differences in post-treatment symptoms, symptom reduction from baseline or dropouts during treatment were suggested.
Effective factors to reduce dropout	n.r.	n.r.
Limitations	<ul style="list-style-type: none"> • Number of studies was relatively small and quality of studies was not optimal; • Blinding of patients was not possible; • No examination of the long-term effects of both treatments; 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerable proportion of the trials in the review (50 of 63) were conducted in the USA (7 of 63 were carried out in the UK). • The generalisability of the included trials to patients presenting in primary care settings and to settings within the UK [and elsewhere], therefore, remains questionable. • Group of professionals (therapists on an advanced level) in the USA-trials may be representative of therapists in the USA, but it is difficult to be

(First) Author (year)	Cuijpers et al. (2009) [13]	Churchill et al. (2001) [14]
		certain of the extent to which their experience and qualifications might generalise to those of therapists in the UK primary care setting. <ul style="list-style-type: none"> • Generally, reporting of adverse effects resulting from psychological treatments was poor.

Tabelle 16: Qualitätsbewertung der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen

Author, year	Swift et al. (2017)	Cinkaya (2016)	Pompoli et al. (2016)	Cooper and Conklin (2015)	Karyotaki et al. (2015)	Flückiger et al. (2014)
Were the search methods used to find evidence (primary studies) on the primary question(s) stated?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Was the search for evidence reasonably comprehensive?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Were the criteria used for deciding which studies to include in the review reported?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Was bias in the selection of articles avoided?	Unclear	Yes	Yes	Unclear	Yes	Yes
Were the criteria used for assessing the validity of the studies that were reviewed reported?	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Unclear
Was the validity of all of the studies referred to in the text assessed using appropriate criteria (either in selecting studies for inclusion or in analyzing the studies that are cited)?	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Were the methods used to combine the findings of the relevant studies (to reach a conclusion) reported?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Were the findings of the relevant studies combined appropriately relative to the primary question the review addresses?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Were the conclusions made by the author(s) supported by the data and/or analysis reported in the review?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Overall, how would you rate the scientific quality of this review? (1-7: 1 extensive flaws; 3 major flaws; 5 minor flaws; 7 minimal flaws)	5	7	7	6	7	6

Tabelle 17: Qualitätsbewertung der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung I)

Author, year	Reuter and Scheidt (2014)	Swift and Greenberg (2014)	Egloff (2013)	Roos and Werbart (2013)	Swift and Greenberg (2012)
Were the search methods used to find evidence (primary studies) on the primary question(s) stated?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Was the search for evidence reasonably comprehensive?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Were the criteria used for deciding which studies to include in the review reported?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Was bias in the selection of articles avoided?	Unclear	Unclear	Unclear	No	Unclear
Were the criteria used for assessing the validity of the studies that were reviewed reported?	Yes	No	Yes	No	No
Was the validity of all of the studies referred to in the text assessed using appropriate criteria (either in selecting studies for inclusion or in analyzing the studies that are cited)?	Yes	No	Yes	No	No
Were the methods used to combine the findings of the relevant studies (to reach a conclusion) reported?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Were the findings of the relevant studies combined appropriately relative to the primary question the review addresses?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Were the conclusions made by the author(s) supported by the data and/or analysis reported in the review?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Overall, how would you rate the scientific quality of this review? (1-7: 1 extensive flaws; 3 major flaws; 5 minor flaws; 7 minimal flaws)	6	5	6	4	5

Tabelle 18: Qualitätsbewertung der eingeschlossenen systematischen Reviews/ Meta-Analysen (Fortsetzung II)

Author, year	Barnicot et al. (2011)	Cuijpers et al. (2009)	Churchill et al. (2001)
Were the search methods used to find evidence (primary studies) on the primary question(s) stated?	Yes	Yes	Yes
Was the search for evidence reasonably comprehensive?	Yes	Yes	Yes
Were the criteria used for deciding which studies to include in the review reported?	Yes	Yes	Yes
Was bias in the selection of articles avoided?	Yes	Yes	Yes
Were the criteria used for assessing the validity of the studies that were reviewed reported?	No	Yes	Yes
Was the validity of all of the studies referred to in the text assessed using appropriate criteria (either in selecting studies for inclusion or in analyzing the studies that are cited)?	Yes	Yes	Yes
Were the methods used to combine the findings of the relevant studies (to reach a conclusion) reported?	Yes	Yes	Yes
Were the findings of the relevant studies combined appropriately relative to the primary question the review addresses?	Yes	Yes	Yes
Were the conclusions made by the author(s) supported by the data and/or analysis reported in the review?	Yes	Yes	Yes
Overall, how would you rate the scientific quality of this review? (1-7: 1 extensive flaws; 3 major flaws; 5 minor flaws; 7 minimal flaws)	6	7	7

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BT	Behaviour Therapy
CBT	Cognitive Behaviour Therapy
CT	Cognitive Therapy
CI	Confidence intervall; Konfidenzintervall (statistischer Kennwert)
<i>d</i>	Effektstärke nach Cohens <i>d</i> (statistischer Kennwert)
M	Mean; Mittelwert (statistischer Kennwert)
n.r.	not reported (keine Angaben verfügbar)
PD	Psychodynamic therapies
PE	Psychoeducation
PT	Physiological therapies
RCTs	Randomized-controlled trials (randomisiert-kontrollierte Studien)
SD	Standard deviation; Standardabweichung
SP	Supportive therapy
u.U.	unter Umständen
Z	Statistischer Kennwert für die Differenz des Rohwertes vom Mittelwert
3W	Third-wave CBT