

Dropouts in Psychotherapien

Teil I: Prädiktoren, Theorien
und Modelle zur Erklärung
und Handlungsempfehlungen
zur Vermeidung von
Therapieabbrüchen

Teil II: „Overview of Reviews“
zu Therapieabbrüchen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 100

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

Dropouts in Psychotherapien

Teil I: Prädiktoren, Theorien
und Modelle zur Erklärung
und Handlungsempfehlungen
zur Vermeidung von
Therapieabbrüchen

Teil II: „Overview of Reviews“
zu Therapieabbrüchen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, Mai 2018

Projektteam

Projektleitung: Dr. Roman Winkler, MSc

Projektbearbeitung: Dr. Roman Winkler, MSc

Externe Begutachtung: Dr.ⁱⁿ Christina Gollner (Klinische und Gesundheitspsychologin/
Psychotherapeutin/Lehrtherapeutin in der Fachsektion
Integrative Gestalttherapie/ÖAGG);

Dr.ⁱⁿ Ulla Diltsch (Klinische und Gesundheitspsychologin/Psychotherapeutin/
Lehrtherapeutin in der Fachsektion Integrative Gestalttherapie/ÖAGG)

Interne Begutachtung: Dipl.-Ges.oec. Stefan Fischer

Korrespondenz: Roman Winkler, roman.winkler@hta.lbg.ac.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Winkler, R. Dropouts in Psychotherapien. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 100; 2018. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Interessenskonflikt

Der Autor des Berichts erklärt, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Nußdorferstr. 64, 6 Stock, A-1090 Wien
<https://hta.lbg.ac.at/page/imprint>

Für den Inhalt verantwortlich:

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisonsgasse 7/20, A-1090 Wien
<https://hta.lbg.ac.at/>

Die HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die HTA-Projektberichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 100
ISSN-online: 1992-0496

© 2018 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Vorwort	5
Zusammenfassung	7
Summary.....	9
1 Einleitung.....	11
2 Forschungsfragen und -ziele	13
3 Methodologie	15
TEIL I: Definitionen und Theorien zu Therapieabbrüchen	17
4 Kontextfaktoren zur näheren Bestimmung von Therapieabbrüchen	17
4.1 Therapieabbruch als einseitiges Phänomen.....	18
4.2 Zeitpunkte für Therapieabbrüche.....	18
4.3 Sitzungsanzahl als Indikator für Therapieabbrüche.....	18
4.4 Therapeutisches Setting als Indikator für Therapieabbrüche	21
4.5 Kategorisierung von Therapieabbrüchen.....	23
5 Prädiktoren für Therapieabbrüche	25
5.1 Prädiktoren bei PatientInnen.....	25
5.2 Prädiktoren bei PsychotherapeutInnen.....	27
5.3 Prozessbezogene Prädiktoren	29
5.4 Externale Prädiktoren.....	30
5.5 Implikationen von Therapieabbrüchen.....	31
5.5.1 ... aus der PatientInnenperspektive	31
5.5.2 ... aus der Perspektive von zentralen Bezugspersonen	32
5.5.3 ... aus der TherapeutInnenperspektive	33
6 Theorien und Modelle zur Beschreibung von Therapieabbrüchen.....	35
6.1 Unerwünschte Entwicklungen in Psychotherapien.....	35
6.2 Meta-Modell zu Verlaufsprozessen in Psychotherapien	36
6.2.1 Das generische Modell der Psychotherapie	37
6.2.2 Das Psychotherapie-Modell nach Grawe.....	39
6.2.3 Das transtheoretische Modell	40
6.3 Selbstbestimmungstheorie: Intrinsische und extrinsische Motivation.....	41
6.3.1 Intrinsische Motivation.....	41
6.3.2 Extrinsische Motivation.....	41
6.4 Gestalttherapeutisches Psychotherapiemodell	42
6.4.1 Gestalttherapeutisches Kontaktmodell.....	43
6.4.2 Kontaktstörungen in der Gestalttherapie.....	44
6.5 Beendigung einer Psychotherapie.....	46
7 Vermeidung von Therapieabbrüchen – Gegenstrategien und Präventionsvorschläge.....	49
7.1 Rollenklärung und Informationen zum Ablauf einer Psychotherapie bereitstellen.....	49
7.2 Einbeziehung der PatientInnen-Wünsche in therapeutische Entscheidungsprozesse.....	50
7.3 Gemeinsame Planung des Therapieendes	50
7.4 Aufklärung über Veränderungsprozesse während der Psychotherapie.....	51
7.5 Hoffnung und Zuversicht als therapeutische Unterstützung	51
7.6 Motivation für therapeutischen Prozess steigern.....	52
7.7 Förderung der therapeutischen Allianz.....	52
7.8 Bewertung und Diskussion von Therapiefortschritten durch PatientIn und Therapeutin	53
8 Zwischenresümee Teil I.....	55

TEIL II: „Overview of Reviews“ zu Abbrüchen von Psychotherapien.....	57
9 Empirische Erfahrungen zu Therapieabbrüchen.....	57
9.1 Frühe(re) Forschungsbefunde.....	57
9.2 Methode.....	58
9.2.1 Literatursuche.....	58
9.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	58
9.2.3 Literatúrauswahl	59
9.2.4 Qualitätsbewertung der systematischen Übersichtsarbeiten	60
9.2.5 Auswertungsdesign für Datenextraktion.....	60
9.3 Ergebnisdarstellung „Overview of Reviews“	60
9.3.1 Charakteristika der systematischen Übersichtsarbeiten	60
9.3.2 Evidenzsynthese aus den systematischen Übersichtsarbeiten.....	63
10 Diskussion und Limitationen	67
11 Fazit.....	71
11.1 Handlungsempfehlungen für die Praxis zur Vermeidung von Therapieabbrüchen.....	71
11.2 Handlungsempfehlungen für die Forschung zur Erhebung von Abbrüchen in Psychotherapien	73
12 Literaturverzeichnis	75
13 Anhang.....	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5.1-1: Subgruppen Analyse nach psychischen Störungsbildern	26
Tabelle 5.1-2: Meta-Analyse für PatientInnen-seitige Prädiktoren	27
Tabelle 6.2-1: Prozessfacetten im generischen Modell der Psychotherapie	37
Tabelle 9.2-1: Einschlusskriterien	58
Tabelle 9.3-1: Übersicht zu den eingeschlossenen Publikationen	61
Tabelle 11.2-1: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen (Teil 1)	81
Tabelle 11.2-2: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen (Teil 2)	82
Tabelle 11.2-3: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen (Teil 3)	84
Tabelle 11.2-4: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen (Teil 4)	86
Tabelle 11.2-5: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen (Teil 5)	87
Tabelle 11.2-6: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (Teil 1).....	88
Tabelle 11.2-7: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (Teil 2).....	92
Tabelle 11.2-8: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (Teil 3).....	96
Tabelle 11.2-9: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (Teil 4).....	100
Tabelle 11.2-10: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (Teil 5).....	103
Tabelle 11.2-11: Qualitätsbewertung der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 9.2-1: PRISMA Flussdiagramm zur Darstellung des Literatúrauswahlprozesses	59
---	----

Vorwort

Der vorliegende LBI-HTA Bericht basiert im Wesentlichen auf einer Abschlussarbeit, die der Verfasser Ende 2017 im Zuge seiner psychotherapeutischen Ausbildung an der Donau-Universität Krems bzw. im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (Wien) eingereicht hat. Aufgrund der fachspezifischen Psychotherapie- bzw. Ausbildungsrichtung (*Integrative Gestalttherapie*) wurde im Theorieteil der Abschlussarbeit ein Fokus auf die Gestalttherapie/Gestalttheorie gelegt.

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung

Psychotherapie stellt eine anerkannte Behandlungsform für Personen mit psychischen Störungen dar. Neben ausreichenden Belegen für die Wirksamkeit von Psychotherapien gilt es im Sinne einer balancierten Sicht auch auf unerwünschte Ereignisse, die im Zuge von Psychotherapien auftreten können, zu fokussieren. In diesem Kontext wird im vorliegenden Bericht der Schwerpunkt auf Dropouts in Psychotherapien bzw. auf Therapieabbrüche gerichtet sein. Der Bericht umfasst zwei Teile.

Teil I beschäftigte sich mit Begriffsbestimmungen, begrifflichen Abgrenzungen, Theorien und Modellen zu Therapieabbrüchen und beabsichtigte eine thematische Analyse auf einer konzeptionellen Ebene. Teil II lieferte eine Evidenzsynthese zu Therapieabbrüchen die u. a. zentrale Prädiktoren für Dropouts in Psychotherapien erfasste. Darüber hinaus wurden potentielle Strategien zur Vermeidung von Psychotherapieabbrüchen identifiziert und Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Dropouts für die psychotherapeutische Praxis entworfen.

Methode

Beide Berichtsteile basieren auf systematischen Literatursuchen in mehreren Datenbanken, die sowohl zentrale Psychotherapie-Theorien und -Modelle (für Teil I) als auch systematische Übersichtsarbeiten für einen Overview of Reviews (Teil II) lieferten. Zudem wurden für beide Berichtsteile Handsuchen durchgeführt.

Ergebnisse

Teil I ergab ein breites Spektrum an möglichen Definitionen von Dropouts bzw. Parametern anhand derer sich Therapieabbrüche charakterisieren ließen. Eine allgemein gültige Beschreibung zu Dropouts in Psychotherapien wird in der berücksichtigten Fachliteratur nicht ausgewiesen. Für den vorliegenden Bericht wurde eine gängige, begriffliche Beschreibung als Arbeitsdefinition als gewählt. Darin wird ein Therapieabbruch grundsätzlich als ein Ereignis definiert, bei dem eine Therapie vor Erreichen festgelegter Therapieziele „einseitig“ (vom Patienten/von der Patientin) beendet (abgebrochen) wird. In der narrativen Literaturanalyse für Teil I konnte anhand von drei Psychotherapiemodellen gezeigt werden, welche Faktoren einen gelungenen Psychotherapieprozess konstituieren und mit welchen Parametern (z. B. Anzahl an absolvierten Therapiesitzungen, Zeitpunkt/-raum etc.) Dropouts beschrieben werden können. Abschließend wurden im ersten Berichtsteil noch acht Gegenstrategien bzw. Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Dropouts (wie z. B. Auftragsklärung in der Psychotherapie, gegenseitige Abstimmung von Therapiezielen, Etablierung beziehungsförderlicher Therapie-faktoren etc.) dargestellt.

Fokus auf Dropouts in Psychotherapien (PT)

**Teil I: Begriffe, Theorien und Modelle zu PT-Dropouts;
Teil II: Evidenz zu Dropouts bzgl. Prädiktoren**

Handlungsempfehlungen

Teil I und Teil II: systematische Literatursuchen und Handsuchen

Teil I: keine allumfassende Definition verfügbar; Dropout markiert ein *ungünstiges* Ende eines Therapieprozesses

PT-Theorien und -Modelle, die das Gelingen von Therapie beschreiben

8 Gegenstrategien zur Vermeidung von PT-Dropouts

14 SRs für Overview of Reviews identifiziert, Schwerpunkt auf Erwachsene, breites Spektrum an Störungsbildern; Abbruch bei jüngeren PatientInnen und häufiger bei Personen mit Ess- und Persönlichkeitsstörungen unterschiedliche Dichte an Befunden je nach Therapierichtung

Teil II umfasste einen Overview von 14 systematischen Übersichtsarbeiten (SRs). Der Fokus lag hierbei ausschließlich auf erwachsenen Psychotherapie-PatientInnen mit Depressionen, somatoformen Störungen, Panik- und Angststörungen bzw. Persönlichkeitsstörungen, auf ambulanten und stationären Behandlungssettings und auf Einzel- und Gruppentherapien. Das Ergebnis der größten eingeschlossenen Meta-Analyse spiegelte eine überwiegend vorkommende Größenordnung von Psychotherapieabbrüchen wieder: 1 von 5 PatientInnen in Psychotherapie bricht eine Therapie ab. Hierbei sind es v. a. PatientInnen mit jungem (Erwachsenen)Alter bzw. PatientInnen mit Ess- bzw. Persönlichkeitsstörungen, die eine Therapie häufiger abbrechen als andere PatientInnen. Zur Rolle von PsychotherapeutInnen in Dropout-Prozessen liegen insgesamt (bislang) noch wenige Befunde vor. Die Behandlungserfahrung von TherapeutInnen stellte sich jedoch in (einer kleinen Anzahl an) Übersichtsarbeiten als ein Dropout-Prädiktor dar. Assoziationen zwischen Psychotherapierichtungen und Therapieabbrüchen ließen sich aus dem vorliegenden Overview of Reviews nicht ableiten, allerdings zeigte sich, dass etwa die verhaltenstherapeutischen Therapierichtungen insgesamt über eine bessere (umfangreichere) Befundlage verfügen als andere Psychotherapieorientierungen.

Schlussfolgerungen

**Ergebnisse vor Hintergrund von Limitationen – hohe Aggregationsebene
Maßnahmenkatalog zur Vermeidung von Dropouts
Dropouts in Forschungsvorhaben berücksichtigen**

Dropouts in Psychotherapien wurden auf einer theoretischen und empirischen Meta-Ebene dargestellt und die Kernergebnisse sind von entsprechenden Limitationen begleitet (wie z. B. hohe Aggregationsebene durch Methodenwahl, heterogene Ausgangslage der zugrundeliegenden Primärstudien, keine Berücksichtigung von wiederaufgenommenen psychotherapeutischen Prozessen etc.). Insgesamt lassen sich aus dem Theorie- und Empirieteil Handlungsempfehlungen sowohl für die psychotherapeutische Praxis (wie z. B. strukturierte Therapieplanung, Maßnahmen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit, Förderung der therapeutischen Allianz etc.) als auch für die (weiterführende) Psychotherapieforschung (wie z. B. genaue Festlegung von Abbruchskriterien, sofern organisatorisch möglich die Erhebung von Abbruchgründen etc.) ableiten.

Summary

Background and aims

Psychotherapy is a recognised form of treatment for persons with mental disorders. In addition to sufficient evidence for the effectiveness of psychotherapy, it is important to focus on the adverse events that may occur in the course of psychotherapies in terms of a balanced view. In this context, the focus of this report will be on dropouts in psychotherapy respectively on treatment discontinuation. The report consists of two parts:

Part I dealt with definitions, theories and models of treatment discontinuation and intended a thematic analysis on a conceptual level. Part II provided an evidence synthesis on treatment discontinuation and on central dropout predictors in psychotherapies. In addition, potential strategies for avoiding psychotherapeutic interruptions were identified and recommendations for avoiding dropouts for psychotherapeutic practice were drafted.

Methods

Both sections of the report are based on systematic literature searches in several databases, providing both central psychotherapy theories and models (for Part I) and systematic reviews for an Overview of Reviews (Part II). In addition, manual searches were carried out for both parts of the report.

Results

Part I revealed a wide range of possible definitions of dropouts or parameters by means of which treatment discontinuations could be characterised. Generally, a general description of dropouts in psychotherapies is not included in the literature considered. For the present report, a common conceptual description has been chosen as the working definition. Therein, a termination of therapy is basically defined as an event in which a therapy is terminated unilaterally (by the patient) before reaching defined therapeutic goals. In the narrative literature analysis for Part I, three psychotherapy models were used to show which factors constituted a successful psychotherapy process and which parameters (such as the number of completed therapy sessions, time/space etc.) could be used to describe dropouts. Finally, in the first part of the report, eight counter-strategies or prevention measures were shown to avoid dropouts (such as contract clarification, mutual agreement of therapy goals, establishment of relationship-supporting therapy factors, etc.).

Focus on dropouts in psychotherapy

part I: definitions, theories and models dealing with dropouts in psychotherapy, part II: evidence synthesis on dropouts predictors

part I and II: systematic literature search and handsearch

part I: focus on theoretical dropout descriptions, no common used dropout definition available;

dropout represents an unwanted outcome of a psychotherapy process

8 counter-strategies to avoid dropouts

part II: 14 SRs in overview included, focus on adult patients, broad spectrum of mental disorders

dropouts occur in young(er)patients, and patients with eating and/or personality disorders more often

different bodies of evidence across psychotherapy orientations

consideration of limitations, such as high aggregation level

catalogue of measures to avoid dropouts

Part II included an overview of 14 systematic reviews (SRs). The focus here was exclusively on adult psychotherapy patients with depression, somatoform disorders, panic and anxiety disorders or personality disorders, on outpatient and inpatient treatment settings and on individual and group therapies. The result of the largest included meta-analysis reflected a predominantly occurring magnitude of psychotherapy terminations: 1 out of 5 patients in psychotherapy discontinued therapy. In general, young(er) (adult) patients or patients with eating or personality disorders stop treatment more frequently than other patients. The role of psychotherapists in dropout processes is limited. The treatment experience of therapists turned out to be a dropout predictor in (a small number of) the included reviews. Associations between psychotherapy orientations and treatment discontinuation could not be deduced from the present overview of reviews. However, the cognitive-behavioral therapeutic orientations provided a more comprehensive evidence body than other psychotherapy school of thoughts.

Conclusions

Dropouts in psychotherapies were presented on a theoretical and empirical meta-level and the core results are accompanied by corresponding limitations (such as the high aggregation level, heterogeneous body of underlying primary studies, etc.). Overall, the theoretical and empirical sections can be used both for psychotherapeutic practice (such as structured therapy planning, measures to strengthen self-efficacy, promotion of the therapeutic alliance, etc.) and for (further) psychotherapy research (such as precise definition of termination criteria; the collection of dropout reasons, etc.).

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 [1]. Trotzdem ist Psychotherapie nicht bei allen PatientInnen gleichsam wirkungsvoll. Umfangreiche Untersuchungen belegen, dass etwa in 5 bis 10 % der Psychotherapien Verschlechterungen bei PatientInnen eintreten [2]. Es ist daher eine „unverzichtbare“ Aufgabe (für PsychotherapeutInnen, ForscherInnen) sich mit solchen unerwünschten Nebenwirkungen im Sinne einer „theoriegeleiteten und forschungs begründeten Psychotherapie“ auseinanderzusetzen [3].

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 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 [2]. Ohne die Berücksichtigung der TherapieabbrecherInnen in der therapeutischen Arbeit und in den Forschungen bestünde die Gefahr, dass wir die Effekte von Psychotherapie mitunter überschätzen [4]. 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 [5].

PT basiert auf einem Übereinkommen zwischen PatientIn und TherapeutIn, in dem sowohl Therapiebeginn als auch -ende klar festgelegt sind

PT ist ein hochwirksames Verfahren – allerdings auch mit potentiellen, unerwünschten Effekten – Bedarf an weiterführender (Er)Forschung

Psychotherapieabbrüche (PT-Abbrüche) sind für die Wirksamkeitsforschung bedeutsam

Feststellung von Risiko- und Schutzfaktoren

Beschäftigung mit PT-Abbrüchen erhöht die Effektivität von PT und beugt der „Überschätzung“ von PT-Effekten vor

Beschäftigung mit PT-Abbrüchen sowohl für PatientInnen, TherapeutInnen als auch für KostenträgerInnen relevant

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“ [3].

unterschiedliche Einflussfaktoren, wie Schweregrad einer psychischen Störung/ Belastung ... aber auch PsychotherapeutInnen können Therapieabbrüche mitbedingen – prinzipiell ist ein PT-Abbruch zumeist multifaktoriell bedingt

Schließlich können unterschiedliche Faktoren das Ende einer Psychotherapie beschleunigen bzw. frühzeitig herbeiführen, sodass es zu einem 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 entgegen gewirkt werden [6].

2 Forschungsfragen und -ziele

Das Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit besteht in der Identifikation unterschiedlicher Faktoren, die zum 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 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 eine Psychotherapie (ambulant/stationär/teilstationär) stattfindet?
 - 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.

Identifikation von Faktoren, die sich ungünstig bzw. förderlich auf PT-Prozesse auswirken

Forschungsfragen umfassen ...

Definitionen von PT-Abbrüchen, Prädiktoren ...

... theoretische Grundlagen und Modelle zur Erklärungen von PT-Abbrüchen ...

... empirische Befunde zu PT-Abbrüchen ...

... Unterschiede hinsichtlich PT-Zielgruppen und den zugrundeliegenden psychischen Störungsbildern, dem PT-Setting, dem Einsatz von Psychopharmaka

Gliederung in Teil I zu Theorie zu PT-Abbrüchen und in Teil II Empirie zu PT-Abbrüchen

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 [7]. Es erfolgte keine Einschränkung im Hinblick auf das Therapiesetting (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 geliefert werden, die gleichzeitig den Ausgangspunkt für Teil II, den „Overview of Reviews“, ergibt. Das methodische Vorgehen für Teil II wird separat und ausführlich in Abschnitt 9.2 dargelegt.

**systematische
Literatursuche in
8 Datenbanken zu
PT-Abbrüchen – Fokus:
systematische
Übersichtsarbeiten/
Meta-Analysen**

**PT-Abbrüche
ausschließlich zu
erwachsenen
PatientInnen,
d. h. keine Kinder
und Jugendlichen;
Berücksichtigung aller
Setting-Optionen
(stationär, ambulant
etc.) und aller
psychischen
Störungsbilder und aller
PT-Orientierungen**

**narrative
Zusammenfassung
aus Teil I als Basis für
„Overview of Reviews“
in Teil II**

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 ([8], [9], [10]). 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 [7].

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 [11]. 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 [12]. 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 (ungeplantes) 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 [13].

In jedem Fall handelt es sich bei einem Psychotherapieabbruch um „ein initial nicht geplantes Ereignis im Therapieprozess, das die therapeutische Interaktion beendet“ ([14], S. 538) – und zwar bevor ein psychotherapeutischer Behandlungsprozess vollständig ist und beendet wird [15].

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 mit auslösen [16]. 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“ ([17], S. 394).

keine allgemein gültige Definition zu PT-Abbruch vorhanden – erschwert Vergleichbarkeit von Studien

Kriterien zur Beschreibung und Bewertung von PT-Abbrüchen variieren teils beträchtlich

zahlreiche Begriffe und Umschreibungen v. a. in der englischsprachigen Literatur

PT-Abbruch ist ein ungeplantes Ereignis – Beendigung vor Erreichen der PT-Ziele

unterschiedliche Begriffsverwendung und Operationalisierung beeinflusst und bestimmt auch die Dropout-Ergebnisse

4.1 Therapieabbruch als einseitiges Phänomen

Therapieabbruch definiert sich zum Beispiel durch die Beendigung des PT-Prozesses durch eine/n AkteurIn (PatientIn oder TherapeutIn)

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.)“ ([18], 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

PT-Abbrüche treten v. a. während der Anfangsphase von PT auf – d. h. in einer Phase, die (v. a. seitens der PatientInnen) noch von Unsicherheiten und Unklarheiten begleitet sein kann

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 [19]. Der Beginn einer Psychotherapie geht mit unterschiedlichen Gefühlen, Erwartungen und Vorstellungen einher. 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“ ([18], S. 65). Überwiegt die Unsicherheit der PatientInnen bzw. gelingt keine ausreichende Aufklärung (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 [17].

4.3 Sitzungsanzahl als Indikator für Therapieabbrüche

Sitzungsanzahl als Dropout-Indikator

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, Symptom-milderung) bewirkt [20].

Dieser Ansatz wird etwa von Altman et al. ([21], 2014) und auch von Swift und Greenberg ([22], 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. ([23], 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 [24], 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 et al. [19] 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 Kasernenleistung) 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 therapierrelevante 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 [25]. Auf Basis dieser (länderspezifischen) Auslegung empfehlen Cinkaya et al. [26], 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 [27].

**analog zum
medizinischen
dose-response Modell
wird Anzahl an
(erforderlichen)
PT-Sitzungen vereinbart**

**Annahme von
reduzierter PT-Wirkung
bei Dropout**

**Empfehlung von
bestimmter Anzahl an
PT-Sitzungen wird als
bedeutsam erachtet**

**2 mögliche
Unterteilungen**

**cave: nicht jedes
frühzeitige PT-Ende
kommt einem
PT-Abbruch gleich**

**in Deutschland
gelten die ersten
5 PT-Sitzungen als
„Probessitzungen“ und
in etwa jede/r
5. Pt-PatientIn beendet
eine ambulante PT
bereits in der Probatorik
– ebenso hohe Anzahl an
PatientInnen (ca. 20 %) be-
endet PT vor der
genehmigten Anzahl
an PT**

**zudem weitere
frequenzgebundene
Definitionen von
Dropouts**

Wesentlich strengere bzw. engere Definitionen finden sich in diesem Zusammenhang etwa in Henzen et al. [28]. Darin wird auf unterschiedliche frequenzgebundenen Definitionen von Psychotherapieabbrüchen verwiesen, wie z. B. das zweimalige ungeplante (und anhaltende) Fehlen von PatientInnen, das Versäumen der letzten/abschließenden Psychotherapiesitzung, das Nicht-Erscheinen nach dem psychotherapeutischen Erstgespräch oder auch das Fernbleiben von PatientInnen ohne vorheriger Absprache.

**der Indikator
PT-Sitzungsanzahl
wird auch kritisch
eingeschätzt – rigide
Sichtweise, keine
verlässlichen cut-off
Werte verfügbar**

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 starre 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 [9].

**frühzeitiges bzw.
vorzeitiges PT-Ende
kann sich auch durch
verbesserten
(und rascheren)
Krankheitsverlauf
ergeben**

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 ([29], [8]). 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 [20]. 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 [21].

4.4 Therapeutisches Setting als Indikator für Therapieabbrüche

Grundsätzlich werden organisatorische bzw. Setting-Faktoren bei der Beschreibung von Psychotherapieabbrüchen marginal berücksichtigt [30]. 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 [26].

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 [31]. Gleichzeitig wird aber auch von in etwa gleich hohen Abbruchquoten im Gruppen- und Einzelsetting berichtet (wie z. B. bei Egloff, 2013 [7]). 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 [32]. 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 [7]).

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 [19] verweist auf eine Abbruchrate von rund 40 % bis zur 15. Therapiesitzung. Ähnliche (hohe) Werte finden sich auch anderorts (siehe z. B. Gunderson et al., 1989; Cinkaya, 2011 etc. zitiert nach Cinkaya [19]), wobei sich der Abbruchrange bis zur 20. Sitzung zumeist zwischen 30 % und ca. 57 % bewegt.

PT-Setting als eine entscheidende Variable für Therapieverlauf

unterschiedliche Therapiestrukturen in stationärem bzw. ambulantem Setting

unterschiedliche Settings machen sich auch in Einzel- und Gruppentherapien bemerkbar –

unterschiedliche Behandlungszugänge werden erfüllt bzw. ermöglicht

geringe Datenlage für Paartherapien vorhanden

widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich niedrigeren Dropouts bei Kurzzeittherapien

Forschungsfeld per se bestimmt den Begriff eines PT-Abbruchs	In der angewandten Forschung (z. B. in naturalistischen Studien) wird die Definition des Therapieabbruchs oftmals vom vorhandenen Forschungsfeld mitbestimmt. Zwerenz et al. [33] 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 Beispiele aus einer tagesklinischen Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> ✦ „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“ ([34], S. 145).
Bedeutung der Therapieintervalle	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 [7].
kontextabhängige Begriffe in Dropout-Analysen	In diesen beiden Beispielen wird ausdrücklich auf eine Begriffsbestimmung vor dem Hintergrund des vorherrschenden Settings hingewiesen und es wird deutlich, dass es keine eindeutige 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).
Unterteilung nach PatientInnen-, TherapeutInnen- und Umfeldfaktoren – Berücksichtigung verschiedener Perspektiven	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 [35].

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 [21].

Cinkaya [19] 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.

Dropouts können nach qualitätsrelevanten und -neutralen Gründen unterschieden werden

Dreiteilung von PT-Abbrüchen

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 ([18]; [36]). Dies ist u. a. auf die Inkonsistenz bei der Verwendung bzw. Operationalisierung des Begriffs Psychotherapieabbruch zurückzuführen, wodurch eine Systematisierung von Ergebnissen erschwert wird [29]. 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 [18]. Nachstehend werden einige Kernprädiktoren vorgestellt, über die weitgehender Konsens hinsichtlich ihres möglichen Einflusses auf einen Therapieabbruch besteht und die u. a. als theoretisches Konstrukt für den Teil II in diesem Bericht („Overview of Reviews³“) dienen sollen.

**heterogene Studienlage
bzgl. möglicher
Dropout-Prädiktoren**

**Identifikation
von Prädiktoren
mit dem Ziel einer
Früherkennung von
Risikofaktoren**

5.1 Prädiktoren bei PatientInnen

Simon et al. (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 [37]. 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 %) [18]. PatientInnen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden (insbesondere jene mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung) zeigen in Studien insgesamt ein deutlich erhöhtes Risiko für einen Thera-

**Beispiele für Prädiktoren
bei PatientInnen
berücksichtigen u. a.
spezifische psychische
Störungsbilder –**

**höhere PT-Abbrüche
etwa bei PatientInnen
mit Borderline-
Persönlichkeitsstörung**

³ Zum Begriff und der Beschreibung eines „Overview of Reviews“, siehe Abschnitt 9.2.

pieabbruch, sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting. Clarkin et al. (2013) konnten für zuletzt genannte PatientInnengruppe noch höhere Abbruchraten feststellen, die sich zwischen 42 % und 67 % bewegen [38]. Die nachfolgende Tabelle 5.1-1 beruht auf der zuvor genannten Meta-Analyse von Swift und Greenberg (2015) und fasst die Ergebnisse der Dropout-Raten je nach Störungsbild zusammen [18]:

Tabelle 5.1-1: 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: [18]

PT-Abbruch kann für manche PatientInnen einzig momentan „verfügbaren“ Verarbeitungsmodus darstellen

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 einem Psychotherapieabbruch endet. Zu diesen Dynamiken werden etwa eine erhöhte interpersonelle Sensitivität, emotionale Instabilität oder Verlust der Impulskontrolle gezählt [39]. 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 [32]. Die vorherrschenden (und oft einzig verfügbaren) Verarbeitungsmodi können zu einem Kontaktabbruch führen, der PatientInnen (und TherapeutInnen) mit einem unbefriedigenden Psychotherapieprozess zurücklässt [40].

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 [18]. Die nachfolgende Tabelle 5.1-2 zeigt hierzu die Ergebnisse zu Alter, biologisches Geschlecht (bei Geburt), ethnischer Hintergrund, Personenstand, Beschäftigungsstatus und Bildungsgrad/Ausbildung.

Tabelle 5.1-2: Meta-Analyse für PatientInnen-seitige Prädiktoren

Prädiktor (n=Anzahl eingeschlossener Studien)	d	95 % CI	Z Wert	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: [18]; Anmerkung: *= $p < 008$;

Statistisch signifikante Ergebnisse konnten bei diesen Prädiktoren für das PatientInnenalter ($d=0,16$; jüngere PatientInnen wiesen im Durchschnitt höhere 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 [18]. 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 vermeiden 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.

Alter der PatientInnen und formaler Bildungsgrad als statistisch signifikante Prädiktoren

PT-Abbruch ist immer als multifaktorielles Zusammenspiel zu verstehen

5.2 Prädiktoren bei PsychotherapeutInnen

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 [41]. 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 ...“ ([30], S. 24).

Rolle von TherapeutInnen bei Dropouts noch weitgehend wenig berücksichtigt

<p>unzureichende Beachtung und Beforschung ...</p> <p>... führt zu einseitigem Verständnis von Dropouts in PT</p>	<p>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.) [19]. 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 [17]. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie eng verwoben Therapieabbrüche mit dem persönlichen Scheitern der TherapeutInnen bzw. mit Misserfolgen assoziiert sind.</p>
<p>Bedarf an Klärung hinsichtlich Erfolg und Misserfolg in PT und Berücksichtigung aller AkteurInnen bei der Dropout-Analyse</p>	<p>Umso mehr braucht es ein einheitliches (Forschungs)Verständnis darüber,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ 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 [19].
<p>Ausbildungsstand der TherapeutInnen gilt als wesentlicher Prädiktor für einen Therapieabbruch</p>	<p>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 [2] festhalten nur peripher in der Psychotherapieforschung zu finden. Wiewohl sich Ergebnisse finden, dass mehr (Psychotherapie-)Training mit einer geringeren Dropout-Rate in Beziehung stehen [2]. 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.</p>
<p>Prädiktoren bei TherapeutInnen, wie z. B. mangelnde Empathie, unpassende Interventionen, falsche diagnostische Einschätzung etc.</p>	<p>Zusammenfassend werden folgende TherapeutInnen-seitige 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 Gegenübertragung⁴; schlechte Technik; starke Betonung von Übertragungsdeutungen und Nichtübereinstimmung mit dem Patienten bezüglich des Therapieprozesses“ ([32], S. 9).</p>

⁴ 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) [42].

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“ ([17], 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 [2]. Es gibt jedoch sehr unterschiedliche Auffassungen, wie dieses Konstrukt konzeptionell zu fassen ist. Eine zentrale Arbeit lieferte hierzu Gaston (1990 zitiert in [2]), 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 [19] 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 [12].

Die therapeutische Beziehung wird jedoch in nur etwa jeder fünften Studie zu Therapieabbrüchen in der Psychotherapie untersucht, wie die rezente Meta-Analyse von Cinkaya [19] 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 [19].

**Qualität von
therapeutischer
Kommunikation und
Beziehung als Prozess-
Prädiktor – wird auch
als ...**

**... Therapieallianz bzw.
zentraler Wirkfaktor in
der PT beschrieben**

**4 Kernkomponenten
therapeutischer Allianz
bzw. ...**

**... weitere
therapieförderliche
Faktoren**

**bei fehlendem
Allianzgefühl droht
PT-Abbruch**

**nur etwa jede 5.Studie
zu Therapieabbrüchen
berücksichtigt die
therapeutische
Beziehung**

5.4 Externale Prädiktoren

Fortsetzung von PT bzw. Kontinuität von therapeutischen Prozessen ist auch von externen Faktoren beeinflusst

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 [43].

Wirtschaftskrise Ende der 2000er Jahre als ein Beispiel für den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen auf die individuelle (psychische) Gesundheit von Menschen

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 [44]. 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.

(Selbst)Stigmatisierung als weiteres Beispiel für einen Prädiktor, der gesellschaftlich (auf der strukturellen Ebene) geformt wird

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 Behandlungsadhärenz gelten kann. Es handelt es sich dabei um Selbststigmatisierung. Hierbei dreht es sich um einen psychodynamischen Prozess bei dem Menschen mit psychischen Erkrankungen negative Stereotype, 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 [45]. Die Vermutung liegt nahe, dass durch Selbststigmatisierung ein erhöhtes Abbruchrisiko gegeben ist – zumal negative Auswirkungen bereits für die Behandlungsadhärenz 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 „PatientInnen-seitigen Prädiktoren“ genannt, wie nachfolgend ausgeführt wird.

Machtverhältnisse bestimmen die Entstehung von Stigma, die bei Personen mit psychischen Störungen auftreten können

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.]“ ([46], 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 bipo-

laren 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 [46].

Vor dem Hintergrund verschiedener Zugänge zu Abbrüchen in Psychotherapien und unter 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. Hierzu wird ausgeführt, dass Dropouts bzw. „premature termination“ in Psychotherapie festgestellt werden kann, wenn „... patients unilaterally (without approval or agreement from their therapists) decide to discontinue treatment before meeting their therapeutic goals“ ([18], 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 [...]“ ([7], S. 300).

Verwendung einer Arbeitsdefinition zu PT-Dropout ... betont die Einseitigkeit (ohne gegenseitige Absprache) und das Nicht-Erreichen der PT-Ziele als wesentliche Charakteristika

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.

zu den Folgen bzw. Auswirkungen von Therapieabbrüchen

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 [47]. 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 Therapieabbruch bzw. eine reguläre Therapiefortsetzung zu etablieren.

Therapiezufriedenheit zu Beginn einer PT ist für Therapiefortsetzung oder -abbruch mitverantwortlich

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 hervor, in der Interviews mit 12 ehemaligen Psychotherapie-PatientInnen zum Thema Therapieende

Zusammenhang zwischen Therapie(un)-zufriedenheit und Dropout feststellbar

durchgeführt wurden [48]. 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.

Studienergebnisse zu Therapiezufriedenheit und Dropout-Raten bei PatientInnen mit Essstörungen

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 [49].

Dropout-Unterschiede entlang von unterschiedlichen PatientInnen-Populationen

Abseits dieser Ergebnisse stellen Swift und Greenberg (2015) die Frage zur Diskussion, ob sich vor dem Hintergrund eines frühzeitigen Therapieendes auch Populationsunterschiede in den Therapieoutcomes zeigen [18]. 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 [50]. 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 PatientInnen-relevante 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 abgebrochen und schätzten in einer Befragung ihre Lebensqualität signifikant schlechter ein als PatientInnen, die die Therapie fortsetzten [51].

5.5.2 ... aus der Perspektive von zentralen Bezugspersonen

Dropouts von PatientInnen betreffen auch deren nahestehenden Personen

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 [52].

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” ([18], 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 abhängigem Verhalten (an vierter Stelle), paranoidem/Wahlverhalten und psychopathischem Verhalten (an fünfter bzw. sechster Stelle) [53]. 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 [54]. 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 [18].

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 [21].

Dropouts wirken auch auf TherapeutInnen zurück

Auswirkungen etwa in Form von Versagens- und Kränkungsgefühlen ... aber auch Berichte und Einschätzungen zu ...

Traurigkeit, Enttäuschung und Frustration auf Seiten der PsychotherapeutInnen

ökonomische Auswirkungen von Therapieabbrüchen

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 [19]. 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 (nochmals) auf den integralen Stellenwert von interpersoneller Interaktion in der Psychotherapie fokussiert werden. Leitner et al. [55] 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.

keine einheitlich
umfassende Theorie
zu Theorieabbrüchen

hingegen
unterschiedliche
Erklärungsansätze
in unterschiedlichen
Wissenschaftsdisziplinen
verfügbar

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 [19]. 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 [19], (S. 23) beschreibt dies folgendermaßen:

PT ist ein
risikoreicher Prozess
– Nebenwirkungen
beachten, wie z. B. das
Nicht-Ansprechen bei PT

Psychoanalyse
beschreibt
unerwünschte Effekte
am Beispiel der *Negativ
therapeutischen
Reaktion*

„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.“

Zitat von Sigmund
Freuds ad *Negativ
therapeutischen
Reaktion*

Verlaufsmodelle zur Darstellung und Erklärung von Therapieabbrüchen

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 [19].

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

PT-Ende ist integraler Teil des therapeutischen Prozesses

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 [56]. Solche Beobachtungen sind insofern entscheidend, als dass im Falle von negativen Erfahrungen rechtzeitig Gegenmaßnahmen ergriffen werden sollen, die zu einer Veränderung im Therapiegeschehen führen.

Sudden gains/ Sudden loss Modell

PT-Modelle mit prototypischen Verlaufsdarstellungen

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 [2], S. 300).

3 zentrale PT-Modelle – Beschreibung von therapeutischen Kernelementen

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“ Modelle beschrieben, die einen integrativen Erklärungsansatz verfolgen und die in den folgenden Kapiteln in ihren Kernansätzen skizziert werden sollen [57]. 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 [58].

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“ ([7], 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 6.2-1 dargestellt sind [59].

PT-Modell orientiert sich an keiner spezifischen PT-Schule – Darlegung von unterschiedlichen, allgemein gültigen Faktoren

Tabelle 6.2-1: Prozessfacetten im generischen Modell der Psychotherapie

Prozessfacette	Inhalt
Therapeutischer Vertrag (organisatorischer Aspekt der Therapie)	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, Absageregelungen etc.
Therapeutische Interventionen (technischer Aspekt der Therapie)	Hier kommt es zu einem wechselseitigen Austausch zwischen den AkteurInnen gemäß der rollenspezifischen Verhaltensweisen, wie z. B.: <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 und Mitarbeit</i> für jene Interventionen.
Therapeutische Beziehung/Allianz (interpersonaler Aspekt der Therapie)	Die Qualität der therapeutischen Beziehung/Allianz zeigt sich im <i>persönlichen Rapport</i> (kommunikative Abstimmung und affektive Einstellung der AkteurInnen) und im <i>aufgabenbezogenen Teamwork</i> (Rollenaufgaben der AkteurInnen mit entsprechendem Zugeständnis und Einsatz).
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: [59]

<p>Identifikation unterschiedlicher Strategien zur Vermeidung von Therapieabbrüchen</p>	<p>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 Therapieprozessrahmen 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 ([7]; [59]).</p>
<p>die therapeutische Allianz als eine zentrale und tragende Säule im PT-Prozess</p>	<p>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.</p>
<p>Selbstbezogenheit umschließt das psychische Geschehen der PT-AkteurInnen</p>	<p>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.</p>
<p>Fähigkeit zur Introspektion bestimmt auch Grad an möglicher Selbstbezogenheit</p>	<p>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 Einflussfaktor. Negative Erfahrungen haben ein großes Potential für einen Therapieabbruch. Sie zeigen sich etwa, wenn sich PatientInnen von ihren TherapeutInnen beschämt oder kritisiert</p>
<p>vertrauensvoller PT-Rahmen ist notwendig, um neue, korrigierende Erfahrungen machen zu können – negative Erfahrungen im Rahmen einer PT erhöhen Dropout-Risiko</p>	

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 ([7]; [59]).

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 [26]. 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.

Behandlungsverlauf besteht aus einer Vielzahl an Entwicklungsschritten in den einzelnen PT-Sitzungen

Modell hat strukturierenden, ordnenden Charakter

ausgewählte Modelle dienen allgemein der Identifikation von Dropout-Parametern

6.2.2 Das Psychotherapie-Modell nach Grawe

Grawe (1995, 1997, 2004, zitiert in [57]) 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;

5 Faktoren nach Grawe: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, motivationale Klärung und therapeutische Beziehung

- ❖ *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 [57].

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

im Modell stehen die motivationalen Phasen im Fokus von PT-Prozessen – Identifikation von 4 Phasen: Precontemplation, Contemplation, Action Phase, Maintenance Phase

Das transtheoretische Modell (Prochaska und DiClemente 1982; Prochaska und Norcross, 2010, zitiert in [57]) 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 [57].

Modell bezieht sich auf die Nutzung der PatientInnen-Motivation

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.

Bedeutung der inneren Motivation zu einer PT

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“ ([60], 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 ([61]; [62]). 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.

Verhaltensweisen werden wesentlich vom Grad der eigenen (intrinsischen) Motivation und von äußeren (extrinsischen) Faktoren beeinflusst ...

... lässt sich auch für die PT erkennen

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) [62]. 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.

innewohnende, persönliche Motivation eines Menschen für eine bestimmte Verhaltensausübung

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 Hinderungs-

Steuerung von Verhalten durch „Dritte“

**Therapieabbrüche
werden in der
Fachliteratur zur
Gestalttherapie
kaum/nicht erfasst**

grund für eine Therapie darstellen, bedarf es einer guten Balance bzw. einer ausreichenden Übereinstimmung zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation dieser Dynamiken ([63]; [62]).

Neben der bisherigen Darstellung von (allgemeinen bzw. generischen) theoretischen Ansätzen und Modellen sollen in Folge Therapieabbrüche aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie beleuchtet werden (siehe Vorwort zum vorliegenden Bericht). 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

**Gestalttherapie
beschreibt PT als
zeitintensiven
Wachstumsprozess –
in Abhängigkeit der
psychosozialen
Möglichkeiten,
Ressourcen etc.**

Fritz Perls (gemeinsam mit Lore Perls und Paul Goodman 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 [64], S. 144). Wachstum und Entfaltung als integrale Bestandteile dieses Prozesses lassen sich nach Kurt Lewin⁵ (dem Begründer der Feldtheorie) anhand von psychischen aber auch sozialen Dynamiken in einem Feld, d. h. im Lebensraum eines Menschen, beschreiben.

**Kontaktmodell der
Gestalttherapie zur
Beschreibung
interpersonellen
Kontakts**

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 eignet sich sowohl um befriedigenden, zwischenmenschlichen (auch therapeutischen) Kontakt als auch potentielle Kontaktstörungen zu beschreiben [65].

**Kontakt beschreibt
einen Austauschprozess
– Menschen sind auf
der Suche nach
sinnvollen Kontakten**

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 in [66], 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“ [67].

⁵ 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) [65].

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 [65], S. 359) oder eine Operationalisierung im Sinne von „jede Art von lebendiger Beziehung, die sich an der Grenze zwischen Organismus und Umweltfeld ereignet“ (Perls et al., 1951 zitiert nach [65], S. 360). Gremmler-Fuhr (2001) schlägt eine Definition vor, die versucht ein umfassendes Bild von Kontakt einzufangen, 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“ ([65], 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 [65]. Prinzipiell handelt es sich (wie bei den Modellen zuvor) um eine idealtypische Konzeption einer Abfolge von Kontakt-episoden, die in Form eines Phasenmodells beschrieben werden, dem auch Kontaktstörungen zugeordnet werden.

im Laufe der Entwicklung der Gestalttherapie hat das Kontaktmodell Erweiterungen und Veränderungen erfahren – unterschiedliche Schwerpunkte haben sich formiert

6.4.1 Gestalttherapeutisches Kontaktmodell

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.⁶ Ein Kontakt findet demnach immer (im zuvor erwähnten) Feld statt, in das eine Person eingebunden ist. Dieses Feld umfasst die unmittelbar (erfahrbar) 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 [68].

Kontaktmodell ist ein heuristisches Modell – beschreibt verschiedene psychodynamische Prozesse

Dialog ist eine Kontaktform, in der PT etwa zw. PatientIn und TherapeutIn

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 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 Bedürfnisbefriedigungen zu erlangen – Situationen werden (neu) gestaltet/umgestaltet und die Phase

Unterscheidung in 4 Phasen

⁶ 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 [65].

<p>Kontakt kann unterbrochen werden, Störungen können das Kontakt(er)leben behindern</p>	<p>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) [66].</p>
<p>6 Formen von Kontaktstörungen in der Gestalttherapie</p>	<p>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 [69], S. 159) nennt im Wesentlichen vier Kontaktstörungen: Konfluenz, Introjektion, Projektion und Retroflexion. Weitere Kontaktstörungen zeigen sich etwa durch Deflexion, Egotismus und Reaktivität.⁷ 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 [69]. Die Folge können Kontakt- bzw. 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“ ([70], S. 11).</p>
<p>Therapieabbrüche als Folge von Kontaktstörungen</p>	

6.4.2 Kontaktstörungen in der Gestalttherapie

<p>Verschränkung von Kontaktphasen und -störungen</p>	<p>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.</p>
--	--

Konfluenz

<p>Konfluenz: aufkommende Bedürfnisse können nicht durchdringen</p>	<p>Diese Störung beschreibt eine „Unterbrechung vor der eigentlichen Erregung“ ([69], 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 [71]. 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.</p>
--	--

⁷ *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.

Introjektion

Introjekte beschreiben in der Gestalttherapie etwa unangepasste Glaubenssätze, die PatientInnen daran hindern, eine Kontaktaufnahme (mit ihren aufkommenden Bedürfnissen) zu vollziehen [71]. Es kommt zu einer entsprechenden Störung während der Kontaktaufnahme und Introjekte bewirken etwa eine „gewohnheitsmäßige Hemmung des Verlangens“ ([69], S. 159). Bleibt eine Kontaktaufnahme auf Dauer aus, so kann sich dies ungünstig auf den Therapieverlauf auswirken.

Introjektion:
Vorgang bei dem
dysfunktionale
Haltungen (dauerhaft)
verinnerlicht werden

Projektion

Hier kommt es zu einer Unterbrechung während der Phase des Kontaktvollzugs – „während voller Erregung und Entstehung von Gefühlen“ ([69], S. 159). Die Projektion basiert auf Introjekten – also jenen unverdauten Anteilen, die ein eigenes Fühlen verunmöglichen [71]. 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 unbefriedigenden Verlauf nehmen.

Projektion:
Externalisierung
von Gefühlen zur
Konfliktlösung

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“ ([65], S. 370). Grundsätzlich können diese Impulse sich selbst gegenüber freundlich als auch feindlich sein [71]. 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.

Retrofektion:
Zurückhaltung von
Impulsen, die sich auch
gegen Individuum selbst
richten 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.) [71]. Deflektion wird vor allem in den Phasen Kontaktnehmens, des Kontaktvollzugs oder des Nachkontakts beobachtet [65].

Deflektion:
Abwenden von
ursprünglichen Inhalten,
Kontaktwünschen

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 [65]. Wachstumsprozesse in der Psychotherapie können letztlich verhindert werden bzw. ein frühzeitiges Therapieende initiieren. Diese Kontaktstörung ist keiner bestimmten Kontaktphase zugeeignet.

Egotismus:
Vermeidungsverhalten
– kann zu Distanzierung
zur Außenwelt führen

Reaktivität/Reaktionsbildung

Kontaktunterbrechungen sind oftmals von Angst begleitet – Erregung wird vermieden bzw. abgewehrt

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.] ([65], 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.

Kontaktstörungen sind Verhaltensmodi, die bei der Bewältigung von (neuen) Situationen und Herausforderungen (unbewusst) zur Anwendung kommen

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. Der Kontextbeachtung von Kontaktstörungen kommt damit eine enorme Bedeutung zu: „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“ ([66], S. 119). 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 Beendigung einer Psychotherapie

PT-Abbruch markiert auch das Ende der professionellen Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn

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 [72]. 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“ ([73], 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“ [74]. 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. Hierin wird explizit darauf hingewiesen, dass das Therapieende nicht (immer) einfach ist bzw. der vorausgehende Prozess sich schwierig erweisen kann [75]: „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 Ent-Idealisierung der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten einhergeht“ ([75], 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 [76].

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 [73]. Umso bedeutender ist es die Anzeichen, die den Fortgang einer Psychotherapie bedrohen können, zu erkennen – es bedarf daher eines besonderen Gewahrseins – 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.

PT-Ende ist ein integraler und wesentlicher Teil des gesamten Therapieprozesses

PT-Ende wird auch in Policy-Dokumenten zur rechtlichen Verfasstheit von PT behandelt

4 Phasen, die ein (geplantes) PT-Ende begleiten und die ...

... bei einem Therapieabbruch fehlen

Therapieabbrüche können vor dem Hintergrund der Gestalttherapie als unvollendete Prozesse bezeichnet werden

rechtzeitiges Erkennen von Anzeichen notwendig/wünschenswert

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“ ([77], 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“ (situationsbedingter Wechsel zwischen teilnehmender Empathie und Konfrontation) etc. [32]. 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“ ([18], S. 172).

7.1 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 [18]. 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 [78].

integrale Faktoren in der PT, die Abbrüche vermeiden helfen und die Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn stärken sollen

8 Gegenstrategien

Darlegung bzw. Offenlegung des PT-Settings, der Rahmenbedingungen und der Rollenaufteilung und Zuständigkeiten (zw. PatientIn und TherapeutIn) als psychoedukative Maßnahmen, die die therapeutische Beziehung stärken sollen

7.2 Einbeziehung der PatientInnen-Wünsche in therapeutische Entscheidungsprozesse

Berücksichtigung und aktive Einbindung der Wünsche der PatientInnen in den Therapieprozess

Nicht- bzw. Missachtung kann ungünstigen PT-Verlauf in Gang setzen

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) ([18], 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 [78]. In jedem Fall sollen TherapeutInnen immer auch die Umsetzbarkeit der PatientInnenwünsche prüfen und Alternativen anbieten falls Präferenzen nicht berücksichtigt werden können.

7.3 Gemeinsame Planung des Therapieendes

PT-Ende bzw. auch Anzahl der voraussichtlich notwendigen Anzahl an PT-Sitzungen mit PatientInnen besprechen – Zwischenresümee nach einer bestimmten Zeit einplanen/anbieten

zusammenfassende Forschungsbefunde, die für ca. 50 % der PatientInnen nach etwa 20 Sitzungen substantielle Verbesserungen feststellen und für ca. 75 % nach rd. 50 Sitzungen

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[18]. Es besteht daher das Risiko, dass PatientInnen frühe Fortschritte mit einer vollständigen Genesung verwechseln und auch Therapien frühzeitig beenden [78]. 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) [2] 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 substantiellen Therapiegewinn [2].

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 [78].

Therapieziele im Blick behalten, mögliche Marker definieren, die Zielerreichung und PT-Ende anzeigen

7.4 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 einer genauen Differenzierung zwischen Therapiefortschritt und Genesung sowie Aufklärung darüber, 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 [18]. Veränderungsprozesse werden etwa im „Phase Model of Psychotherapy Outcome“ beschrieben [23]. 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. erwarteter Veränderungsprozesse 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.

Aufklärung über zu erwartete Veränderungen, aber auch über mögliche unerwünschte Nebenwirkungen

Veränderung findet phasenweise statt – PatientInnen sollen diesbezüglich aufgeklärt werden

7.5 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 [18].

Therapieeffekte ein- und abschätzen sowie Faktoren, die helfen, das PT-Ziel zu erreichen

**Selbstwirksamkeit
der PatientInnen
für nachhaltige
Zielerreichung stärken**

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“ [78].

7.6 Motivation für therapeutischen Prozess steigern

**Arbeit an der
Motivation der
PatientInnen hilft
einem frühzeitigen
Therapieende bzw.
einem Therapieabbruch
entgegen zu wirken**

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 [78]. 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 [18].

7.7 Förderung der therapeutischen Allianz

**Therapieallianz ist ein
wesentlicher Prädiktor
für die Qualität des
therapeutischen
Prozesses**

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 Übertragung⁸ 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 Therapieschulen-übergreifend genutzt [19].

⁸ 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“ ([42], S. 550).

Im Kapitel 5.3 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. 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 [79]. 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 [78].

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“ ([80], 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.

Verweis auf ungünstigen Therapieverlauf bei brüchiger Allianz zw. PatientIn und TherapeutIn

Reflexion der Therapiebeziehung in den PT-Prozess wiederholt einfließen lassen

7.8 Bewertung und Diskussion von Therapiefortschritten durch PatientIn und TherapeutIn

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 Questionnaire⁹) 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 [18]. 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 [81].

Thematisierung von Therapiefortschritten und –veränderungen

u. U. auch mit Hilfe von Manualen, kreativen Elementen etc.

Kritik an Manualen: mitunter zu geringe Passung mit PatientInnen-Bedürfnissen, -Möglichkeiten etc.

⁹ <https://www.telepsy.de/eb45>, Zugriff zuletzt am 02.08.2017

**6 Maßnahmen in
der therapeutischen
Aus- und Fortbildung,
die PT-Abbrüchen
vermeiden helfen sollen**

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)¹⁰;
- ✿ Bereitstellung von Behandlungsrichtlinien;
- ✿ Kontinuierliche Supervision und Weiterbildung der Behandler sowie
- ✿ Sorgfältige Aufklärung des Patienten über Chancen, Probleme und mögliche Nebenwirkungen der geplanten Psychotherapie“ (Schneider, 2006; zitiert nach [32], S. 14).

¹⁰ 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 [82].

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“ ([18], 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 Gräwe* 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 (Therapieschulenspezifische) 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.

**Theorieteil mit
multiperspektivischem
Ansatz**

**keine allgemein
gültige Definition zu
PT-Abbruch verfügbar ..**

**... PT-Abbruch als
einseitiges Phänomen
definiert ...**

**... verschiedene
Prädiktoren auf der
PatientInnen- und
TherapeutInnenseite ...**

**... PT-Meta-Modelle
zur Erklärung von
PT-Prozessen und deren
integralen Faktoren ...**

**... besonderer Fokus
auf das Modell der
Integrativen
Gestalttherapie ...**

**... Qualität der
therapeutischen
Beziehung wurde auch
von PatientInnen als
relevant beschrieben ...**

**... Darstellung von
Gegenstrategien zur
Vermeidung von
PT-Abbrüchen ...**

TEIL II: „Overview of Reviews“ zu Abbrüchen von Psychotherapien

9 Empirische Erfahrungen zu Therapieabbrüchen

9.1 Frühe(re) Forschungsbefunde

Eine der ersten narrativen Übersichtsarbeiten (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 z. B. Garfield, 1994; Reis und Brown, 1999 oder auch von Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbon und Thompson 2008 allesamt zitiert in [83]) 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 [83]). Zumeist werden in den (frühen) Übersichtsarbeiten zusammenfassende Therapieabbruchraten von rund 50 % berichtet. Eine der ersten großen Meta-Analysen ist jene von Wierzbicka und Pekarik (1993) [84]. 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 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“ ([18], 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.

narrative Übersichten zu PT-Abbrüchen bereits Mitte der 1970er Jahre

damals Abbruchrate von 20 % - 60 %

weitere Forschungen mit ähnlich hohen Abbruchraten um die 50 %

erste umfangreiche Meta-Analyse Anfang der 1990er Jahre: beinahe jede/r 2. PatientIn in den eingeschlossenen Studien brach eine PT ab

Erklärungen für PT-Abbrüche früher oftmals im Kontext von ethnischem Hintergrund, formalen Bildungsabschlüssen und sozioökonomischem Status – allerdings auch widersprüchliche Ergebnisse

generell: oftmals methodische Mängel in den Analysen feststellbar

**Teil II des Berichts
widmet sich einer
Zusammenschau von
Ergebnissen aus SRs**

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 [30].

9.2 Methode

**„Overview of Reviews“
ist eine Methode zur
Aggregation von
Ergebnissen aus SRs**

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 [85]. Die Erhebung von Therapieabbrüchen in Form eines „Overview of Reviews“ soll Aufschluss über unterschiedliche Einflussfaktoren auf Therapieabbrüche geben.

9.2.1 Literatursuche

**systematische
Literatursuche in
mehreren Datenbanken
und Handsuche**

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, Psynex 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

**Ein- und Ausschluss
entlang der PICO-Frage**

Die nachstehende Tabelle 9.2-1 legt die Einschlusskriterien für die Literatursuche und -auswahl dar.

Tabelle 9.2-1: 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	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 (PatienInnen < 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 [86].

Festlegung von Ausschlusskriterien

9.2.3 Literatursauswahl

Durch die nachstehende Abbildung 9.2-1 wird ersichtlich, dass vor dem Hintergrund der Einschlusskriterien für die Literatursauswahl 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.

>1.000 Abstracts, 124 Volltexte gescreent, 14 SRs für qualitative Analyse in den „Overview of Reviews“ eingeschlossen

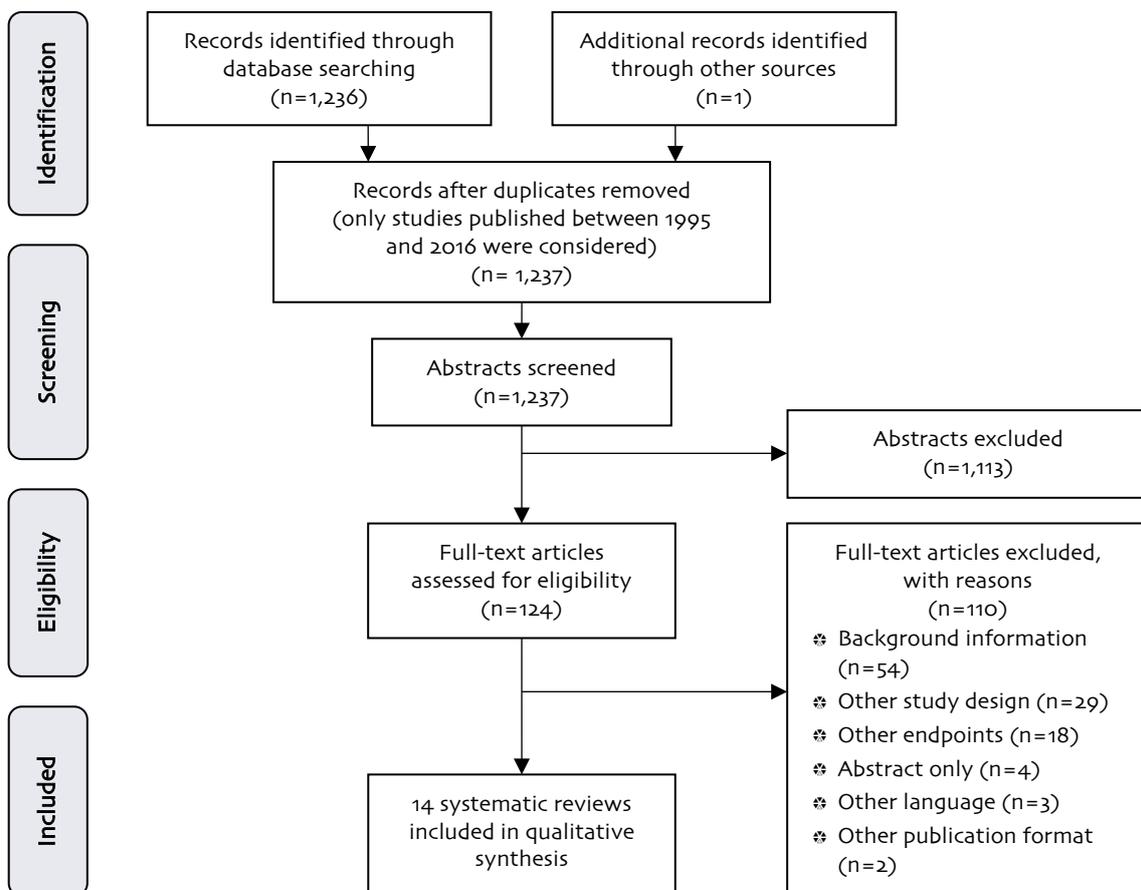


Abbildung 9.2-1: PRISMA Flussdiagramm zur Darstellung des Literatursauswahlprozesses

9.2.4 Qualitätsbewertung der systematischen Übersichtsarbeiten

qualitative Bewertung der 14 SRs anhand des Bewertungstools von „Oxman und Guyatt“

Die eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten wurden einer Qualitätsbewertung unterzogen, die auf einem internationalen Bewertungstool von „Oxman und Guyatt“ basierte (siehe Anhang). Dabei kam 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 wurde eine allgemeine methodische Bewertung der jeweiligen systematischen Übersichtsarbeit bzw. der Meta-Analyse vorgenommen, die eine Score-Zuteilung von 1 bis 7 ermöglichte. Je höher der vergebene Score desto höher wurde auch die 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

Auswertung der SRs anhand von Charakteristika (Population, Störungsbilder etc.) und spezifischen Dropout-Ergebnissen

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

Charakteristika der SRs informieren über wesentliche Faktoren, die jeweils das Thema „PT-Abbruch“ umrahmen

Insgesamt konnten 14 systematische Übersichtsarbeiten (inkl. Meta-Analysen) identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllten (siehe Tabelle 9.3-1). 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 9.3-1: Übersicht zu den eingeschlossenen Publikationen

ErstautorInnen	Publikationsjahr	Fortlaufende Nummern im Kapitel 9.3 „Ergebnisdarstellung“
Swift	2017	[87]
Cinkaya	2016	[19]
Pompoli	2016	[88]
Cooper	2015	[89]
Karyotaki	2015	[90]
Flückiger	2014	[91]
Reuter	2014	[27]
Swift	2014	[92]
Egloff	2013	[7]
Roos	2013	[17]
Swift	2012	[18]
Barnicot	2011	[12]
Cuijpers	2009	[93]
Churchill	2001	[94]

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 AutorInnen-Merkmale

Die Mehrheit der 14 systematischen Übersichtsarbeiten ist in Englisch verfasst (n=11) und drei Arbeiten wurden auf Deutsch publiziert [7, 19, 27]. Insgesamt 11 von 14 Publikationen sind als Meta-Analysen ausgewiesen [7, 12, 18, 19, 87-93]. Die Publikationszeiträume erstrecken sich von 2001 bis 2017. Hinsichtlich der Länderzugehörigkeiten der (Erst)AutorInnen zeigt sich folgende Verteilung: Vier aus den USA [18, 87, 89, 92], je zwei aus Deutschland [19, 27], den Niederlanden [90, 93], der Schweiz [7, 91], Großbritannien [12, 94] und je eine aus Italien [88] und aus Schweden [17]. Drei Meta-Analysen wurden von einer Autorengruppe aus den USA (Joshua Swift und Roger Greenberg) [18, 87, 92] 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 [12, 17, 26, 87-91, 93, 94].

Overlap der Primärstudien bei rd. 32 % – d. h. beinahe jede 3. Studie wurde mehr als einmal zitiert – Grad an Overlap ist als gering zu bewerten

mehrheitlich englisch verfasste SRs bzw. Meta-Analysen; überwiegend aus den USA

3 von 14 SRs von gleicher Autorengruppe erstellt

systematische Literatursuche bei allen SRs; Einschlusskriterien durchgehend dargelegt; 10 von 14 SRs weisen explizit auf Einschluss von RCTs hin

**eingeschlossene
Primärstudien mit
Range zw. 10 und
669 Studien;
PatientInnenanzahl in
11 von 14 SRs bekannt**

Zugrundeliegende Primärstudien

In den 14 systematischen Übersichtsarbeiten wurden zwischen 10 [90] und 669 [18] 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 [91] bis 83.834 [18] PatientInnen. Drei Übersichtsarbeiten machen keine (exakten) Angaben zur Anzahl der eingeschlossenen PatientInnenpopulation [12, 92, 94].

**in 9 von 14 SRs
wurden Primärstudien
methodisch bewertet**

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“¹¹ orientiert [90] und [93]. Sechs weitere Übersichtsarbeiten haben mit unterschiedlichen Qualitätsbewertungstools gearbeitet, die allesamt aber auf methodische Aspekte fokussierten (wie z. B. interne und externe Validität) [7, 12, 19, 27, 89, 94]. In einer Übersichtsarbeit erfolgte die Qualitätsbewertung auf Basis von GRADE [88]. In den übrigen fünf Übersichtsarbeiten fehlen hingegen Informationen zur Qualitätsüberprüfung von Studien.

**erwachsene
PatientInnen sind
Zielpopulation in
allen SRs**

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 offen bleiben. Hinsichtlich störungsspezifischer Schwerpunkte zeigt sich, dass in den zugrundeliegenden Primärstudien vor allem Therapieabbrüche bei PatientInnen mit Depressionen (n=5; [89-91, 93, 94], mit unterschiedlichen Störungsbildern bzw. Mischformen¹² (n=2; [7, 92]), somatoforme Störungen [27], Panik- und Angststörungen [88] und Borderline-Persönlichkeitsstörungen [12] analysiert wurden. Vier von 14 systematischen Übersichtsarbeiten machen im Zusammenhang mit Therapieabbrüchen keine Angaben zu bestimmten psychischen Störungen [17-19, 87]].

**Schwerpunkt auf
depressiven
PatientInnen
(in 5 von 14 SRs)**

**kein einheitliches
Therapie-Setting in SRs;
Mischformen aus
ambulanten und
stationären Settings;
Überschneidung auch
zw. Einzel- und
Gruppensetting**

Bezüglich des Therapie-Settings 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 großteils Überschneidungen festzustellen sind und die Ergebnisse zu Therapieabbrüchen sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien umfassen (siehe etwa [12, 19, 87-89, 91, 92]).

¹¹ Für nähere Informationen siehe die Homepage der „Cochrane Collaboration“: <http://handbook-5-1.cochrane.org/>, Zugriff am 01.04.2018.

¹² 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.

9.3.2 Evidenzsynthese aus den systematischen Übersichtsarbeiten

Spektrum an Definitionen

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 [12, 18, 27, 87, 92].

Die Sitzungsanzahl wird in vier systematischen Übersichtsarbeiten als ein mögliches Definitionskriterium für einen Therapieabbruch herangezogen [7, 19, 89, 90]. 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 [7, 27, 87, 89]. In vier weiteren systematischen Übersichtsarbeiten finden sich keine detaillierten Definitionen zum Begriff Dropout oder Therapieabbruch [88, 91, 93, 94].

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) [18] 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 [19, 27, 89, 91, 94].

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 [22] stellen in ihrer Meta-Analyse von 2012 [18] 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.

PT-Abbruch als Beendigung der Therapie vor Erreichen der PT-Ziele in 5 von 14 SRs

Anzahl an PT-Sitzungen wird in 4 von 14 SRs zur Definition eines PT-Abbruchs herangezogen

heterogene Dropout-Ergebnisse vor dem Hintergrund diverser Fragestellungen, Definitionen und Populationen bzw. Störungsbildern

größte eingeschlossene Meta-Analyse (mit 669 Studien) berichtet PT-Abbruch bei ca. jedem/r 5. PatientIn

Abbruchraten im „Overview of Reviews“ durchwegs geringer als in früheren Arbeiten

Gründe werden hierzu auch in einer veränderten Reporting-Kultur zu PT-Dropouts

Dropouts entlang von Psychotherapierichtungen

Verhaltenstherapie in 10 von 14 SRs ist die am häufigsten untersuchte PT-Schule

keine Untersuchungen zu humanistischen Therapieschulen in den eingeschlossenen SRs

keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich PT-Abbrüche über Therapieschulen hinweg

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 [7, 12, 17, 18, 88, 90, 92-95]. Darüber hinaus fokussieren die Studien aber auch auf weitere Therapierichtungen (z. B. psychodynamische Richtungen etwa in [17, 18, 88, 92]; humanistische Schulen etwa in [8]; *supportive psychotherapies* etwa in [7, 18, 88, 89] etc.) bzw. auf spezifische Therapieschulen-übergreifende Ansätze und Interventionen (z. B. Psychoedukation etwa in [7, 18, 88]). 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 bedeutsamen Unterschiede zwischen Psychotherapierichtungen und Psychotherapieabbrüchen gibt.

Dropouts entlang von PatientInnen-Charakteristika

bedingte Aussagekraft in SRs bzgl. Einfluss von soziodemographischen Charakteristika auf PT-Abbrüche

junges (Erwachsenen)-Alter der PatientInnen wird in 5 von 14 SRs als Risikofaktor für Dropout bewertet

PatientInnen mit Essstörungen bzw. Persönlichkeitsstörungen brechen PT häufiger ab

3 von 14 SRs berichten zu Dropouts in pharmakologischen Therapien mit bzw. ohne PT

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 [7, 12, 17, 19, 27, 88-90, 92-94]. Während manche Arbeiten zwar signifikant erhöhte Abbruchraten etwa bei (männlichen!) Patienten mit einem formal niedrigen Bildungsabschluss in den Primärstudien ausweisen [7, 19, 90], berichten andere systematische Übersichtsarbeiten gegenteilige bzw. keine eindeutigen (richtungsweisenden) Ergebnisse (wie z. B. [12, 18, 27]). 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 [89].

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) [87] und Swift und Greenberg [18], 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 [27], 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 ([7, 87, 93]). Zwei Arbeiten ([87]; [93]) berichten, dass PatientInnen, denen ausschließlich eine psychopharmakologische Therapie angeboten wurde signifikant höhere Abbruchraten aufwiesen als PatientInnen mit kombi-

nierter Psychotherapie. Eine systematische Übersichtsarbeit [7] 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) [7, 12, 17-19, 88, 94, 95]. In den übrigen sechs Arbeiten finden sich hierzu keine Informationen [27, 87, 90-93]. 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 [7, 17]. 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 [89], 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) [18], 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 [18]. Höhere Dropout-Raten wurden für nicht-manualisierte Therapien auch von Cinkaya [19] berichtet (80 % vs. 10 % in Therapien mit Manual). Während Swift und Greenberg (2012) [18] in ihrer Meta-Analyse zu dem Schluss kommen, dass Einzel- und Gruppentherapien in etwa ähnlich große Dropout-Raten ergeben, zeigen sich bei Cinkaya [19] höhere Abbruchraten vor allem für Einzeltherapien (65 % vs. 18 % in Gruppentherapien). Nur in Therapie-regimen in denen PatientInnen sowohl Einzel- als auch Gruppensettings angeboten wurden, gab es höhere Dropouts. Dies führen die Autoren (Swift und Greenberg, [18] und [22]) jedoch auch auf einen höheren (zeitlichen) Ressourcenaufwand zurück, der bei einer Ergebnisinterpretation berücksichtigt werden sollte.

8 von 14 SRs berichten zu Charakteristika von PsychotherapeutInnen und zur Qualität der therapeutischen Beziehungen

Alter und biologisches Geschlecht der PsychotherapeutInnen ohne Einfluss auf Dropout-Raten in 2 von 14 SRs

weniger PT-Abbrüche in manualisierten als in nicht-manualisierten PT

2 von 14 SRs beschreiben Dropout-Unterschiede zw. Einzel- und Gruppentherapien

höhere Dropout-Raten, wenn beide Formen in Anspruch genommen werden → hoher Ressourcenaufwand für PatientInnen

3 von 14 SRs beschreiben Einfluss von therapeutischen Erfahrungen auf PT-Dropouts → 2 Arbeiten assoziieren geringe PT-Abbrüche je länger die TherapeutInnen tätig sind

Verweise auf Bedeutung der therapeutischen Allianz für den PT-Prozess

Das Ausmaß an therapeutischer Erfahrungen bzw. die Ausbildungshintergründe wurden in drei systematischen Übersichtsarbeiten näher im Kontext von Dropout-Raten untersucht [7, 17, 89]. 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 [7, 17]. 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 [12, 17, 18, 26]. So wurde etwa in der systematischen Übersichtsarbeit von Cinkaya [19] 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) [17] als wesentlicher Faktor für kontinuierliche Therapieprozesse genannt. Compliance und Therapiemotivation seitens der PatientInnen wurden in der Arbeit von Cinkaya [19] als weitere zentrale Prozessvariablen ausgewiesen, die in den eingeschlossenen Primärstudien mit erfolgreichen (abgeschlossenen) Psychotherapien in Zusammenhang gebracht werden.

10 Diskussion und Limitationen

Im Folgenden 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 in diesem Bericht als zentrale Leitdefinition ausgewählt wurde [22]. 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 ein Therapieabbruch prinzipiell den Endpunkt eines nicht wünschenswerten Prozesses bedeutet.

Bei der Frage nach möglichen Vorhersagevariablen (Prädiktoren) für Therapieabbrüche zeigte sich, dass etwa ein junges Alter der PatientInnen 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

Bezug auf einleitende Forschungsfragen – Verknüpfung der Teile I und II – Beachtung von Limitationen

keine generell gültige und umfassende Definition zu PT-Abbruch – Berücksichtigung unterschiedlicher Parameter

PT-Abbruch zumeist einseitig initiiert → ohne Übereinkunft zw. PatientIn und TherapeutIn

Auswahl einer Leitdefinition für vorliegende Arbeit

junge Erwachsene brechen häufiger ab sowie PatientInnen mit Ess- bzw. Persönlichkeitsstörungen

„Beitrag“ von PsychotherapeutInnen zu Dropouts bisher noch wenig erforscht – (geringer) Erfahrungsgrad gilt als Dropout-Prädiktor sowie mangelnde Empathie

3 Modelle zur Darstellung von PT-Verläufen – Beschreibung des therapeutischen Wirkungsrahmens

	<p>Modellen soll auch ein Verständnis darüber vermittelt werden, dass beim Fehlen wesentlicher/integraler Prozessaspekte, das Risiko für Therapieabbrüche steigt.</p>
<p>gesonderte Darstellung des gestalttheoretischen Modells – Fokus auf Kontaktmodell und potentiellen Kontaktstörungen → dysfunktionale PT-Entwicklungen, die in PT-Abbruch münden können</p>	<p>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.</p>
<p>8 Strategien zur Vermeidung von PT-Dropouts</p> <p>besondere Bedeutung der therapeutischen Allianz</p>	<p>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.</p>
<p>„Overview of Reviews“ als Synthese von Evidenz zu PT-Dropouts; Einschluss von 14 SRs, Overlap der Primärstudien bei ca. 32 %</p>	<p>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, [83]), dass beinahe jede/r fünfte PatientIn eine Psychotherapie abbrach. Bezüglich der berücksichtigten Therapieschulen zeigte sich ein eindeutiger Überhang für die Verhaltenstherapie(n). Insgesamt können keine (wesentlichen) Unterschiede mit Bezug auf Therapieabbrüchen und Therapieschulen berichtet werden.</p>
<p>Ergebnisse im „Overview of Reviews“ decken sich in zentralen Aspekten mit Ergebnissen in Teil I (z. B. Zusammenhang Dropout und psychisches Störungsbild der PatientInnen)</p>	<p>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 begleitende Psychotherapie wurde im Hinblick auf Therapieabbrüche in drei systematischen Übersichtsarbeiten untersucht. Zusammenfassend zeigte sich in zwei Arbeiten, dass die Dropout-Raten in kombinierten Therapie-regimen signifikant geringer ausfielen. Ein Review berichtete hingegen nur moderate Unterschiede.</p>

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 (detailreichere) 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.

Forschungsbedarf hinsichtlich der Rolle von PsychotherapeutInnen bei PT-Abbrüchen

strukturierte/ manualisierte Therapien mit günstigeren PT-Verläufen

Berücksichtigung von Limitationen

keine Aussagen zu wiederaufgenommenen Therapien

keine Detailinformationen aufgrund der Methodenwahl

aggregierte Ergebnisse, heterogenes Studienpool

**keine Vergleiche zw. PT-AbbrecherInnen und -FortsetzerInnen
keine detaillierten/ qualitativ erhobenen Abbruchgründe**

11 Fazit

11.1 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 [22]. 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 Veränderungsprozess 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 [7, 12, 17-19, 88, 94, 95]. 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 [78]).

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 [96]. 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*.

Strategien zur Vermeidung von PT-Abbrüchen für die Praxis

Empfehlungen in 8 von 14 SRs

erhöhte Aufmerksamkeit bei bestimmten Risikoprofilen

Rahmenbedingungen klarlegen, benennen

therapeutische Allianz für einen tragfähigen und nachhaltigen PT-Prozess

Gestalttherapie-Literatur mit Empfehlungen zur Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen in der PT

**schulenspezifische
Zugänge bzw.
Besonderheiten bergen
auch das Risiko
gegenteilige,
unerwünschte
Effekte zu bewirken**

**Bedarf an Reflexion
hinsichtlich von
PT-Interventionen
(über Therapieschulen
hinweg)**

**qualitätssichernde
Maßnahmen in der
Aus- und Fortbildung
beachten ... zur
Minimierung von
unerwünschten
Nebenwirkungen als
auch von PT-Abbrüchen**

Ganz allgemein gilt es Schwerpunkte 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 Integrative Gestalttherapie (*heute*) der Fokus auf „stillere Vorgehensweisen“ gelegt sowie auf die Berücksichtigung von strukturbezogenen Aspekten (in der Entwicklung von PatientInnen) im gestalttherapeutischen Vorgehen [96]. 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 [97].

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) [96]. Damit sollen unerwünschte Nebenwirkungen, Risiken und Schäden (zu denen Therapieabbrüche zählen) weitgehend die Ausnahme psychotherapeutischer Arbeit bleiben.

11.2 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 [7].

- ✿ 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.
- ✿ Forschungsprojekte 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 (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.

Empfehlungen zu weiterer Forschung bzgl. PT-Abbrüche

Dropouts bereits in der Forschungskonzeption als primäre Endpunkte festhalten

exakte Unterscheidungen bzgl. PT-Setting, -Zielgruppen

Parameter zur Definition von Dropout genau bestimmen

Detailgründe für PT-Abbruch (etwa in Form von Interviews) zu erheben versuchen

Prozessforschung zu einzelnen PT-Sitzungen wünschenswert

12 Literaturverzeichnis

- [1] Lambert MJ, Bergin AE, Garfield SS, Richard M, Vogel H. Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation. 1 ed. Tübingen: dgvt-Verlag; 2013. 1336 p.
- [2] Lambert MJ, Ogles BM. Die Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie. In: Lambert MJ, Bergin AE, Garfield SS, Richard M, Vogel H, editors. Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation. Tübingen: dgvt-Verlag; 2013. p. 243-328.
- [3] Schigl B, Märtens M, Leitner A. Einführung ins Themengebiet. In: Leitner A, Schigl B, Märtens M, editors. Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen. Wien: Facultas; 2014. p. 11-6.
- [4] Rieß G, Braakmann D, Hochgerner M, Korunka C, Laireiter A-R, Löffler-Stastka H, et al. Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung. Tagungsband zum Workshop 2012. Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; 2013 [cited 06.11.2017]; Available from: <https://repository.publiso.de/resource/fri:6399363/data>.
- [5] Kraus B. Feedback in der Psychotherapie – aktuelle Forschungsergebnisse und Diskussion. In: Sammet I, Dammann G, Schiepek G, editors. Der psychotherapeutische Prozess: Forschung für die Praxis. 1. ed. Kohlhammer: Stuttgart; 2015. p. 116-24.
- [6] Koran LM, Costell RM. Early termination from group psychotherapy. *Int J Group Psychother.* 1973;23(3):346-59.
- [7] Egloff U. Ambulante Psychotherapieabbrueche., Eine explorative Meta-Analyse., Outpatient psychotherapy dropouts: Explorative meta-analysis 2013.
- [8] Hamilton S, Moore AM, Crane DR, Payne SH. Psychotherapy dropouts: differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *J Marital Fam Ther.* 2011;37(3):333-43.
- [9] Jensen HH, Mortensen EL, Lotz M. Drop-out from a psychodynamic group psychotherapy outpatient unit. *Nord J Psychiatry.* 2014;68(8):594-604.
- [10] Jung SI, Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL. Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013;35(3):181-90.
- [11] Jung SI, Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL. Different moments in the dropout of psychoanalytic psychotherapy. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2014;63(2):133-41.
- [12] Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;123(5):327-38.
- [13] Reich CM. Are psychotherapies with more dropout also less effective? *Dissertation Abstracts International.* 2016;77(2-B(E)):No-Specified.
- [14] Friedrich J. Interviews nach Abbruch ambulanter Dialektisch-Behavioraler Therapie., Interviews after premature termination of outpatient dialectical behavior therapy. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis.* 2012;44(3):537-53.
- [15] Connor DR, Callahan JL. Impact of psychotherapist expectations on client outcomes. *Psychotherapy.* 2015;52(3):351-62.
- [16] Vasquez MJT, Bingham RP, Barnett JE. Psychotherapy termination: clinical and ethical responsibilities. *J Clin Psychol.* 2008;64(5):653-65.
- [17] Roos J, Werbart A. Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: a literature review. *Psychother.* 2013;23(4):394-418.
- [18] Swift JK, Greenberg RP. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80(4):547-59.

- [19] Cinkaya F. Die Vielfalt von Abbruechen in der Psychotherapie., Eine Metaanalyse., The multiplicity of dropouts in psychotherapy: A meta-analysis: Kovac; 2016 2016//.
- [20] Brown HJ, Andreason H, Melling AK, Imel ZE, Simon GE. Problems With Using Patient Retention in the Evaluation of Mental Health Providers: Differences in Type of Dropout. *Psychiatr Serv.* 2015;66(8):879-82.
- [21] Altmann U, Wittmann WW, Steffanowski A, von Heymann F, Bruckmayer E, Pfaffinger I, et al. [Non-completion of insurance-funded outpatient psychotherapy: frequency, risk factors, outcome]. *Psychiatr Prax.* 2014;41(6):305-12. Abbruche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Haufigkeit, Risikofaktoren, Outcome.
- [22] Swift JK, Greenberg RP. *Premature termination in psychotherapy strategies for engaging clients and improving outcomes.* Washington, D.C.: American Psychological Association; 2015. 212 p.
- [23] Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich Z. A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1993;61(4):678-85.
- [24] Pilkonis PA, Frank E. Personality pathology in recurrent depression: nature, prevalence, and relationship to treatment response. *The American Journal of Psychiatry.* 1988;145(4):435-41.
- [25] Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsames Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. Berlin: G-BA; 2016 [cited 06.11.2017]; Available from: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3842/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_TrG.pdf.
- [26] Cinkaya F, Schindler A, Hiller W. Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren von Abbruechen in der ambulanten Psychotherapie., When patients drop out of therapy. Characteristics and risk factors of dropout from outpatient psychotherapy. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie und Psychotherapie.* 2011;40(4):224-34. Epub 4.
- [27] Reuter L, Scheidt CE. Vorzeitige Beendigung der Therapie in der stationaeren psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation., Premature termination of therapy in inpatient psychosomatic hospital treatment and rehabilitation. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2014;64(8):297-308.
- [28] Henzen A, Moeglin C, Giannakopoulos P, Sentissi O. Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC Psychiatry.* 2016;16(111).
- [29] Deakin E, Gastaud M, Nunes MLT. Child psychotherapy dropout: An empirical research review. *Journal of Child Psychotherapy.* 2012;38(2):199-209.
- [30] Werbart A, Andersson H, Sandell R. Dropout revisited: patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychother.* 2014;24(6):724-37.
- [31] Mattke D. Nebenwirkungen psychodynamischer Gruppentherapie., Negative effects of psychodynamic group psychotherapy. *Psychodynamische Psychotherapie.* 2008;7(1):31-42.
- [32] Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B. Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut.* 2008;53(1):4-16.
- [33] Zwerenz R, Knickenberg RJ, Beutel ME. Behandlungsabbrueche in der stationaeren psychosomatischen Rehabilitation. Auf welche Art und wann beenden Patienten vorzeitig eine stationaere Psychotherapie?., Treatment dropout in inpatient psychosomatic rehabilitation. *Z Psychosom Med Psychother.* 2008;54(3):241-62.
- [34] Garlipp P. Aspekte des vorzeitigen Behandlungsendes in der Allgemeinpsychiatrie., Treatment dropouts in general psychiatry. *Psychotherapie im Dialog.* 2007;8(2):144-7.
- [35] Roe D, Dekel R, Harel G, Fennig S. Clients' reasons for terminating psychotherapy: a quantitative and qualitative inquiry. *Psychol Psychother.* 2006;79(Pt 4):529-38.
- [36] Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Schmitz M. [Utilization of psychiatric treatment. Who drops out, who comes back and who stays?]. *Psychiatr Prax.* 2000;27(8):372-7. Inanspruchnahme psychischer Behandlung.

- [37] Simon GE, Imel ZE, Ludman EJ, Steinfeld BJ. Is dropout after a first psychotherapy visit always a bad outcome? *Psychiatr Serv.* 2012;63(7):705-7.
- [38] Clarkin JF, Levy KN. Der Einfluss von Klientenvariablen auf die Psychotherapie. In: Lambert M, Bergin AE, Garfield SS, Richard M, editors. *Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation.* Tübingen: dgvt-Verlag; 2013. p. 329-81.
- [39] Wnuk S, McMain S, Links PS, Habinski L, Murray J, Guimond T. Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. *J Personal Disord.* 2013;27(6):716-26.
- [40] Salem E. Frühe Störungen als Anwendungsgebiet von Gestalttherapie. In: Hochgerner M, Hoffmann-Widhalm H, Nausner L, Wildberger E, editors. *Gestalttherapie.* Wien: Facultas; 2004. p. 289-307.
- [41] Zimmermann D. Therapist effects on attrition in psychotherapy outpatients., *Therapeuteneffekte auf frühzeitigen Therapieabbruch bei ambulanter Psychotherapie.* Germany: Springer; 2015 2015//.
- [42] Laplanche J, Pontalis JB. *Das Vokabular der Psychoanalyse (in 2 Bänden)* Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1973. 652 p.
- [43] Deakin EK, Nunes MLT. Child psychotherapy dropout. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.* 2009;31(3):145-51.
- [44] Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ [Internet].* 2016; 354:[i4588 p.] [cited 04.07.2017]; Available from: <http://www.bmj.com/content/bmj/354/bmj.i4588.full.pdf>.
- [45] Amering M, Schmolke M. *Recovery – das Ende der Unheilbarkeit.* 2. ed. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2007. 301 p.
- [46] Buchter RB, Messer M. Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. *GMS German Medical Science – an Interdisciplinary Journal.* 2017;15:Doc07. Epub 2017/05/13.
- [47] Kokotovic AM, Tracey TJ. Premature termination at a university counseling center. *J Couns Psychol.* 1987;34(1):80-2.
- [48] Knox S, Adrians N, Everson E, Hess S, Hill C, Crook-Lyon R. Clients' perspectives on therapy termination. *Psychother.* 2011;21(2):154-67.
- [49] Bjork T, Bjorck C, Clinton D, Sohlberg S, Norring C. What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association.* 2009;17(2):109-19.
- [50] Pekarik G. Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *J Clin Psychol.* 1992;48(3):379-87.
- [51] Lampropoulos GK. Type of counseling termination and trainee therapist–client agreement about change. *Counselling Psychology Quarterly.* 2010;23(1):111-20.
- [52] Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1994;20(3):557-66.
- [53] Farber BA. Psychotherapists' perceptions of stressful patient behavior. *Professional Psychology: Research and Practice.* 1983;14(5):697-705.
- [54] Piselli A, Halgin RP, MacEwan GH. What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research.* 2011;21(4):400-15.
- [55] Leitner A, Märten M, Koschier A, Gerlich K, Liegl G, Hinterwallner H, et al. Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2013;43(2):95-105.
- [56] Lutz W, Hofmann SG, Rubel J, Boswell JF, Shear MK, Gorman JM, et al. Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2014;82(2):287-97.

- [57] Mander J. Typische Phasen des therapeutischen Prozesses unter der Perspektive von Prochaskas Transtheoretischem Modell und Grawes Allgemeiner Psychotherapie In: Sammet I, Dammann G, Schiepek G, editors. Der psychotherapeutische Prozess: Forschung für die Praxis. 1. ed. Kohlhammer: Stuttgart; 2015. p. 224-9.
- [58] Ehrlich T, Lutz W. Neue Ansätze zur Modellierung diskontinuierlicher Verläufe in der Psychotherapie. „Sudden gains“ und „sudden losses“. New approaches to modeling of discontinuous courses in psychotherapy. Sudden gains and sudden losses. *Psychotherapeut.* 2015;60(3):205-9.
- [59] Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U. 50 Jahre Prozess-Outcome-Forschung: Kontinuität und Wandel. In: Lambert MJ, Bergin AE, Garfield SS, Richard M, Vogel H, editors. *Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation.* Tübingen: dgvt-Verlag; 2013. p. 501-627.
- [60] Alfnsson S, Olsson E, Hursti T. Motivation and Treatment Credibility Predicts Dropout, Treatment Adherence, and Clinical Outcomes in an Internet-Based Cognitive Behavioral Relaxation Program: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2016;18(3):e52.
- [61] Friedel H, Trautvetter D. Gesundheitsbezogene Verhaltensmodifikationen durch Bonusprogramme. *Prävention und Gesundheitsförderung.* 2011;6(4):292-8.
- [62] Winkler R, Reinsperger I, Piso B. Effekte von (im)materiellen Anreizen auf das Gesundheitsverhalten – Teil I: Definitionen, Theorien und Modelle; Teil II: Overview of Reviews zu vier Gesundheitsthemen. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA); 2015 [cited 09.11.2017]; Available from: <http://eprints.hta.lbg.ac.at/1078/>.
- [63] Hegnauer Spahni K. Anreizsysteme in Prävention und Gesundheitsförderung: Möglichkeiten und Grenzen von Verhaltenssteuerung durch Belohnungen [Master-Arbeit]. Luzern: Hochschule Luzern; 2013.
- [64] Zabransky D, Wagner-Lukesch E. Grundlagen der Gestalttheoretischen Psychotherapie. In: Hochgerner M, Hoffmann-Widhalm H, Nausner L, Wildberger E, editors. *Gestalttherapie.* Wien: Facultas; 2004. p. 125-46.
- [65] Gremmler-Fuhr M. Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In: Fuhr R, Sreckovic M, Gremmler-Fuhr M, editors. *Handbuch der Gestalttherapie.* 2 ed. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. f. Psychologie; 2001. p. 345-93.
- [66] Amendt-Lyon N, Bolen I, Höll K. Konzepte der Gestalttherapie. In: Hochgerner M, Hoffmann-Widhalm H, Nausner L, Wildberger E, editors. *Gestalttherapie.* Wien: Facultas; 2004. p. 101-24.
- [67] Blankertz S, Doubrava E. Lexikon der Gestalttherapie. Stichwort: Kontakt. Wuppertal: Peter Hammer Verlag; 2005 [cited 03.11.2017]; Available from: <http://www.gestalttherapie-lexikon.de/kontakt.htm>.
- [68] Votsmeier A. Die Gestalttherapie als ganzheitlich – feldtheoretischer Ansatz: Ihre Methodologie in Verbindung mit den Wirkprinzipien von GRAWE. Saarbrücken: Saarbrücker Gestalt-Institut; 1994 [cited 09.11.2017]; Available from: <http://www.gestaltpsychotherapie.de/GTGRAWEdf>.
- [69] Hutterer-Krisch R, Amendt-Lyon N. Gestaltdiagnostik. In: Hochgerner M, Hoffmann-Widhalm H, Nausner L, Wildberger E, editors. *Gestalttherapie.* Wien: Facultas; 2004. p. 153-76.
- [70] Deutscher Dachverband GESTALT THERAPIE für approbierte Psychotherapeuten, Deutsche Vereinigung Gestalttherapie. Antrag der GESTALT THERAPIE auf den Status eines „wissenschaftlich anerkannten Verfahrens“ für die Behandlung aller Altersgruppen und Störungskategorien. Kassel, Berlin: DDGAP e.V., DVG; 2010 [cited 06.11.2017]; Available from: http://ddgap.de/AntragWBP_10.pdf.
- [71] Stegk M. Gestalttherapie – Kontaktstörungen. Lübeck Moon Stegk; 2014 [cited 08.11.2017]; Available from: <https://gestalttherapieluebeck.wordpress.com/2014/06/19/gestalttherapie-kontaktstorungen/>.
- [72] Rieber-Hunscha I. Wann ist zu Ende therapiert?., The termination of psychotherapy. *Psychotherapie im Dialog.* 2007;8(2):108-16.
- [73] Chu V. Abschiednehmen in der Therapie. Gedanken zur therapeutischen Beziehung. *Gestalttherapie – Forum für Gestaltperspektiven.* 1989;3(2):59-69.
- [74] Bundeskanzleramt der Republik Österreich. Gesamte Rechtsvorschrift für Psychotherapiegesetz, Fassung vom 03.11.2017. Wien: Bundeskanzleramt Österreich; 2017 [cited 03.11.2017]; Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620>.

- [75] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen – Abteilung II/A/3. Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Wien: BMGF; 2017 [cited 03.11.2017]; Available from: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/berufskodex_psychotherapie.pdf.
- [76] Kreiner B. Praxisrelevante Überlegungen zur Beendigung von Psychotherapien – Abschlussphase und Strategien. Resonanzen; E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung [Internet]. 2015; 3(1):[65-79 pp.] [cited 04.07.2017]; Available from: <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/369>.
- [77] Rumpler P. Soziokulturelle und biographische Voraussetzungen bei der Theoriebildung von Gestalttherapie durch Fritz und Lore Perls. In: Hochgerner M, Hoffmann-Widhalm H, Nausner L, Wildberger E, editors. Gestalttherapie. Wien: Facultas; 2004. p. 77-101.
- [78] Swift JK, übersetzt von: Holzer C, Flückiger C, Keller V. Therapieabbrüche verhindern. PiD – Psychotherapie im Dialog. 2015;16(04):46-50.
- [79] Swift JK, Callahan JL. Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. Psychother. 2011;21(2):193-200.
- [80] Perls L, Sreckovic M, Fuhr R. Leben an der Grenze: Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie; 1989. 194 p.
- [81] Leitner A, Märtens M, Höfner C, Koschier A, Gerlich K, Hinterwallner H, et al. Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht. Krems an der Donau: Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit. Donau-Universität Krems, Fakultät Gesundheit und Medizin; 2012 [cited 07.11.2017]; Available from: https://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_11.09.2013.pdf.
- [82] Margraf J, Schneider S. Risiko Psychotherapie? Verhaltenstherapie. 2002;12(2):88-9.
- [83] Swift JK, Greenberg RP. Predictors of premature termination in psychotherapy. [Psychotherapy & Psychotherapeutic Counseling 3310] Washington, DC, US: American Psychological Association US; 2015; [33-61] [cited 04.07.2017]; Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc12&NEWS=N&AN=2014-16767-003>.
- [84] Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. Professional Psychology: Research and Practice. 1993;24(2):190-5.
- [85] Piso B, Semlitsch T, Reinsperger I, Breuer J, Kaminski-Hartenthaler A, Kien C, et al. Practical experience with overviews of reviews – valuable decision aid or academic exercise? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2015;109(4):300-8.
- [86] Oxman AD, Guyatt GH. Validation of an index of the quality of review articles. Journal of clinical epidemiology. 1991;44(11):1271-8.
- [87] Swift JK, Greenberg RP, Tompkins KA, Parkin SR. Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. Psychotherapy (Chic). 2017;54(1):47-57.
- [88] Pompoli A, Furukawa Toshi A, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [cited be er2016.11.11. JA]; (4). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011004.pub2/abstract>.
- [89] Cooper AA, Conklin LR. Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. Clin Psychol Rev. 2015;40:57-65.
- [90] Karyotaki E, Kleiboer A, Smit F, Turner DT, Pastor AM, Andersson G, et al. Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an 'individual patient data' meta-analysis. Psychol Med. 2015;45(13):2717-26.

- [91] Flueckiger C, Del Re AC, Munder T, Heer S, Wampold BE. Enduring effects of evidence-based psychotherapies in acute depression and anxiety disorders versus treatment as usual at follow-up – A longitudinal meta-analysis., Anhaltende Effekte evidenzbasierter Psychotherapien bei akuter Depression und Angststoerungen im Vergleich zu ueblichen Behandlungsmethoden in der Katamnese – Eine laengsschnittliche Metaanalyse. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(5):367-75.
- [92] Swift JK, Greenberg RP. A Treatment by disorder meta-analysis of dropout from Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration.* 2014;24(3):193-207.
- [93] Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(9):1219-29.
- [94] Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment.* 2001;5(35):1-173.
- [95] Cooper AA, Strunk DR, Ryan ET, DeRubeis RJ, Hollon SD, Gallop R. The therapeutic alliance and therapist adherence as predictors of dropout from cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2016;50:113-9.
- [96] Nausner L, Diltsch U. Wer handelt, macht Fehler. Risiken, Nebenwirkungen und Schäden aus Sicht der Existenzanalyse. In: Leitner A, Schigl B, Märtens M, editors. *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen.* Wien: Facultas; 2014. p. 112-6.
- [97] Gumz A. Kritische Momente im Therapieprozess. Chance oder Sackgasse?., Critical moments in the psychotherapeutic process. Opportunity or dead end? *Psychotherapeut.* 2012;57(3):256-62.

13 Anhang

Tabelle 11.2-1: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen¹³ (Teil 1)

(First) Author (year)	Swift (2017) [87]	Cinkaya (2016) [19]	Pompoli (2016) [88]
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.)
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) <ul style="list-style-type: none"> ✦ Third-wave CBT (3W) ✦ Psychodynamic therapies (PD)

¹³ Da die Mehrheit der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten auf Englisch verfasst wurden, sind auch diese Extraktionstabellen in Englisch. Die deutschen Publikationen wurden entsprechend übersetzt. Die Tabelleninhalte sind im Wesentlichen (teils wörtlich) den systematischen Übersichtsarbeiten entnommen und repräsentieren die jeweiligen Kernergebnisse, die in Form einer Synthese im „Overview of Reviews“ zusammengefasst sind.

(First) Author (year)	Swift (2017) [87]	Cinkaya (2016) [19]	Pompoli (2016) [88]
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 11.2-2: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen (Teil 2)

(First) Author (year)	Cooper (2015) [89]	Karyotaki (2015) [90]	Flückiger (2014) [91]
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.)

(First) Author (year)	Cooper (2015) [89]	Karyotaki (2015) [90]	Flückiger (2014) [91]
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).
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 11.2-3: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen (Teil 3)

(First) Author (year)	Reuter (2014) [27]	Swift (2014) [92]	Egloff (2013) [7]
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 their 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
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

(First) Author (year)	Reuter (2014) [27]	Swift (2014) [92]	Egloff (2013) [7]
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 11.2-4: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen (Teil 4)

(First) Author (year)	Roos (2013) [17]	Swift (2012) [18]	Barnicot (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 included studies/ participants/ publication period	44 studies	669 studies	44 studies
	35,381 patients (number specified in 40 studies)	83,834 patients	n.r.
	01/2000-06/2011	1990-2010	1991-2009

Tabelle 11.2-5: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen (Teil 5)

(First) Author (year)	Cuijpers (2009) [93]	Churchill (2001) [94]
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 11.2-6: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (Teil 1)

(First) Author (year)	Swift (2017) [87]	Cinkaya (2016) [19]	Pompoli (2016) [88]
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 psychotherapy plus pill placebo (n=6).	n.r.	<ul style="list-style-type: none"> ✿ No treatment; ✿ Waiting list and ✿ attention/psychological placebo

(First) Author (year)	Swift (2017) [87]	Cinkaya (2016) [19]	Pompoli (2016) [88]
Patient variables/ sociodemographic variables, e.g. <ul style="list-style-type: none"> ✳ Gender ✳ Martial status ✳ Employment ✳ Education 	n.r.	Dropout of female patients ca. 70 %; average age 26.7 years (SD=12.3); patients with lower educational 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 (2017) [87]	Cinkaya (2016) [19]	Pompoli (2016) [88]
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 	<p>n.r.</p>	<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 <i>prematurely terminated</i> their treatment. ✳ 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. 	<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 „Richtlinienverfahren¹⁴“ (therapy orientations that are recognised in Germany) (50 % vs. 34 % cognitive behavioural therapy/7 % psychodynamic orientations/7 % mixed forms and 2 % psychoanalysis); ✳ 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 %). 	<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 CBT, suggesting that people tolerate these therapies better than other therapies.

¹⁴ 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 (2017) [87]	Cinkaya (2016) [19]	Pompoli (2016) [88]
Main conclusions <i>(Fortsetzung)</i>		<ul style="list-style-type: none"> ✳ 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. 	
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. 	n.r.
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; ✳ Studies frequently did not report the clients' reasons for treatment refusal or premature termination; 	<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 patients' feedback). ✳ In total, partly profound methodological flaws in the studies. 	<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.

Tabelle 11.2-7: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (Teil 2)

(First) Author (year)	Cooper (2015) [89]	Karyotaki (2015) [90]	Flückiger (2014) [91]
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: ✦ 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 counselling, 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 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

(First) Author (year)	Cooper (2015) [89]	Karyotaki (2015) [90]	Flückiger (2014) [91]
Patient variables/ sociodemographic variables, e.g. <ul style="list-style-type: none"> ✳ Gender ✳ Martial status ✳ Employment ✳ Education 	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>n.r.</p>
Clinical variables <ul style="list-style-type: none"> ✳ Disorders/diagnoses 	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>n.r.</p>
Dropout results	<p>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 (12 values of 71.5 % and 82.3 %, respectively).</p>	<p>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.</p>	<p>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, 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)

(First) Author (year)	Cooper (2015) [89]	Karyotaki (2015) [90]	Flückiger (2014) [91]
Dropout results <i>(Fortsetzung)</i>			<ul style="list-style-type: none"> ✿ 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).
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"> ✿ 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. 	n.r.	n.r.
Main conclusions	<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 more patients of minority racial status or with comorbid personality disorders. ✿ 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. 	<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 dropping out before the completion of 75 % of treatment modules and thus were related to high treatment's dropout. ✿ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Findings indicate small and no extended superiority of EBP for acute depression and anxiety disorders in comparison to TAU at follow-up assessment. ✿ 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.

(First) Author (year)	Cooper (2015) [89]	Karyotaki (2015) [90]	Flückiger (2014) [91]
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>	n.r.
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 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 (Spielmans 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 11.2-8: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (Teil 3)

(First) Author (year)	Reuter (2014) [27]	Swift (2014) [92]	Egloff (2013) [7]
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.
Secondarily outcomes	n.r.	n.r.	n.r.
Psychotherapy conditions/ intervention group (IG) Investigated (analytical) framework	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 %)
Control group (CG)/control intervention	n.r.	n.r.	n.r.
Patient variables/ Sociodemographic variables, e.g. • 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. <ul style="list-style-type: none"> ✦ 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 holds true for nationality or employment status – these variables are not suitable dropout predictors. 	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 (2014) [27]	Swift (2014) [92]	Egloff (2013) [7]
Clinical Variables <ul style="list-style-type: none"> Disorders/diagnoses 	<p>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.</p>	<p>12 different diagnostic categories were identified in the included studies.</p>	<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. 	<p>The average dropout rate accounts to 34,8 % [99 % CI; 32.0-38.8].</p>
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 	<p>n.r.</p>	<p>n.r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> There is no correlation between the gender of the therapists and the dropout rates. 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.

(First) Author (year)	Reuter (2014) [27]	Swift (2014) [92]	Egloff (2013) [7]
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. <ul style="list-style-type: none"> ✳ 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. <ul style="list-style-type: none"> ✳ 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 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. 	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.

(First) Author (year)	Reuter (2014) [27]	Swift (2014) [92]	Egloff (2013) [7]
Effective factors to reduce dropout <i>(Fortsetzung)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✳ 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. 		<ul style="list-style-type: none"> ✳ 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 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 11.2-9: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (Teil 4)

(First) Author (year)	Roos (2013) [17]	Swift (2012) [18]	Barnicot (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 treatment dropout have included high impulsivity and less pre-treatment suicidal behaviour.

(First) Author (year)	Roos (2013) [17]	Swift (2012) [18]	Barnicot (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 %.	<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: <ul style="list-style-type: none"> ✳ 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 limit, 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 counselling 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.

(First) Author (year)	Roos (2013) [17]	Swift (2012) [18]	Barnicot (2011) [12]
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 addressed questions of dropout rates in relation to therapist, relationship or process factors. ✳ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Study dropout rates were higher when the study when premature discontinuation was determined through therapist judgment, and in studies that were judged to examine effectiveness compared to efficacy. ✳ Dropouts were also higher for younger clients, <ul style="list-style-type: none"> ✳ 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 not 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. 	<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 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. ✳ 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	To reduce dropout rates, therapists need enhanced skills in building and repairing the therapeutic relationship.	<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; <ul style="list-style-type: none"> ✳ to address client preferences; ✳ to repair alliance ruptures as soon as possible and <ul style="list-style-type: none"> ✳ to provide time-limited interventions. 	n.r.
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; <ul style="list-style-type: none"> ✳ 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. 	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.

Tabelle 11.2-10: Ergebnisse zu Abbruchgründen in Psychotherapien (Teil 5)

(First) Author (year)	Cuijpers (2009) [93]	Churchill (2001) [94]
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 • Marital 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 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.

(First) Author (year)	Cuijpers (2009) [93]	Churchill (2001) [94]
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. <ul style="list-style-type: none"> ✳ 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; <ul style="list-style-type: none"> ✳ 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 certain of the extent to which their experience and qualifications might generalise to those of therapists in the UK primary care setting. ✳ Generally, reporting of adverse effects resulting from psychological treatments was poor.

Tabelle 11.2-11: Qualitätsbewertung der eingeschlossenen systematischen Reviews/Meta-Analysen

(First) Author, year	Swift (2017)	Cinkaya (2016)	Pompoli (2016)	Cooper (2015)	Karyotaki (2015)	Flückiger (2014)	Reuter (2014)	Swift (2014)	Egloff (2013)	Roos (2013)	Swift (2012)	Barnicot (2011)	Cuijpers (2009)	Churchill (2001)
Were the search methods used to find evidence (primary studies) on the primary question(s) stated?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Was the search for evidence reasonably comprehensive?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	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	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Was bias in the selection of articles avoided?	Unclear	Yes	Yes	Unclear	Yes	Yes	Unclear	Unclear	Unclear	No	Unclear	Yes	Yes	Yes
Were the criteria used for assessing the validity of the studies that were reviewed reported?	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Unclear	Yes	No	Yes	No	No	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)?	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	No	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes
Were the methods used to combine the findings of the relevant studies (to reach a conclusion) reported?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	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	Yes	Yes	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	Yes	Yes	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	6	5	6	4	5	6	7	7



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment