Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Angewandte
Psychologie

www.psychologie.zhaw.ch

Masterarbeit

Abbrüche in der Psychotherapie

Christina Ruppert

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Prof. Dr. phil. Agnes von Wyl

St. Gallen, Mai 2014

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Abstract

In der psychotherapeutischen Praxis ist der Abbruch seitens der Patientinnen und Patienten keine seltene Erscheinung und verdient einige wissenschaftliche Aufmerksamkeit: Im Hinblick auf einen gelungenen therapeutischen Prozess, die erfolgreiche Behandlung eines Hilfesuchenden, finanzielle Überlegungen oder etwa die Arbeitszufriedenheit der Therapeutin resp. des Therapeuten ist es unabdingbar, die Hintergründe eines Therapieabbruchs zu erforschen und präventive Massnahmen einzuleiten. In Literatur und Forschung zeigt sich allerdings, dass die Beschreibung dieses Phänomens mit einem hohen Mass an Komplexität verbunden ist und dadurch sehr heterogene Ergebnisse und Darstellungen in Bezug auf Abbruchraten, Risikofaktoren oder etwa Definitionen und Operationalisierungen vorliegen. Dennoch wurde im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit der Versuch unternommen, die Thematik erneut aufzugreifen und prädiktive Faktoren, die im Zusammenhang mit dem Therapieabbruch stehen, zu evaluieren. Als Datengrundlage dienten die Ergebnisse der PAP-S, die insgesamt eine verwertbare Stichprobe von 362 Patientinnen und Patienten umfasste, und es wurde untersucht, ob der Abbruch mit der Psychotherapiemotivation, der therapeutischen Beziehung und dem Störungsbild zusammenhängt. Aus den Analysen ergab sich eine Abbruchrate von 19.3 %, wobei dann von einem Abbruch gesprochen wurde, wenn die Therapie gegen den Rat der Therapeutin resp. des Therapeuten beendet wurde. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang ergab sich nur für die Variable „Krankheitserleben“ als Teilfaktor der Motivation und es zeigte sich, dass das Risiko des Abbruchs um 1.29 anstieg, wenn die Variable um eine Einheit erhöht wurde. Für die anderen überprüften Faktoren ergab sich aus der logistischen Regressionsanalyse zwar kein signifikantes Risiko, wohl liessen sich aber in der deskriptiven Beschreibung, dem Test auf Mittelwertunterschiede und in der Darstellung der Kreuztabelle Hinweise darauf erkennen, dass weitere Zusammenhänge vorstellbar sind. Zudem wird die Vermutung, dass Motivation, therapeutische Beziehung und Störungsbild einen Einfluss auf die Weiterführung resp. den Abbruch der Therapie haben, durch vereinzelte bestehende Forschungsergebnisse untermauert und es liegt überdies allein schon aus theoretischen Überlegungen nahe zu postulieren, dass in einer geringen Motivation, einer ungünstigen therapeutischen Beziehung und in der Dynamik einzelner Störungsbilder Risiken für einen Therapieabbruch zu finden sind. Offen bleibt allerdings, wie sich die Variablen gegenseitig beeinflussen, welche weiteren hier nicht berücksichtigten Faktoren von Relevanz wären und welche Operationalisierungen für die Erfassung der Komplexität zu bevorzugen sind. Für zukünftige Forschung ist es diesbezüglich wünschenswert, auf komplexere Konstrukte zu fokussieren und Implikationen für die Praxis zu formulieren, die eine bestmögliche Behandlung von Patientinnen und Patienten ermöglichen.

Inhalt

Einleitung **1**

Definitionen **2**
Therapieerfolg 2
Therapiemisserfolg 5
Therapieabbruch 5

Bisheriger Forschungsstand **7**
Prävalenz vorzeitiger Therapieabbrüche 7
Relevanz der Thematik 8
Prädiktive Faktoren für den vorzeitigen Therapieabbruch 9

Forschungsgegenstand und Methodik **19**
Fragstellung und Hypothesen 20
Studiendesign 20

Darstellung der Ergebnisse **25**
Deskriptive Darstellung der Stichprobe 25
Motivation und Therapieabbruch 28
Beziehungszufriedenheit und Therapieabbruch 30
Störungsbild und Therapieabbruch 31
Logistische Regression 34

Diskussion **35**
Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse 35
Beantwortung der Fragstellung 40
Kritische Stellungnahme 42
Weiterführende Gedanken 43

Literatur **46**

Anhang **55**

Abbildungen

Abbildung 1: Häufigkeiten Achse I 32

Abbildung 2: Häufigkeiten Achse II 33

Tabellen

Tabelle 1: Häufigkeiten (Art des Abschlusses) 25

Tabelle 2: Anzahl und Dauer der Therapiesitzungen 26

Tabelle 3: Frequenz der Therapiesitzungen 26

Tabelle 4: Partnerschaft 27

Tabelle 5: Arbeitssituation 27

Tabelle 6: Wohnsituation 28

Tabelle 7: FMP Zeitpunkt 1 (Deskriptiv) 28

Tabelle 8: FMP Zeitpunkt 2 (Deskriptiv) 29

Tabelle 9: HAQ (Deskriptiv) 30

Tabelle 10: Häufigkeiten Achse I 31

Tabelle 11: Chi-Quadrat-Test Achse I 32

Tabelle 12: Häufigkeiten Achse II 33

Tabelle 13: Chi-Quadrat-Test Achse II 34

Tabelle 14: Logistische Regression Modellzusammenfassung 34

Tabelle 15: Bivariate Analyse 56

Tabelle 16: Logistische Regression 58

Tabelle 17: Codierung kategorialer Variablen 59

Einleitung

Die Psychotherapieforschung ist ein wissenschaftliches Gebiet, das in den letzten Jahren und Jahrzehnten zunehmend an Popularität gewonnen und zahlreiche Studien zu Erfolgs- und Wirksamkeitsfaktoren hervorgebracht hat, wobei es vor allem gesundheitspolitische Diskurse, die Zugehörigkeit der Psychotherapie zur Medizin und damit der Anspruch der Evidenzbasierung an verschiedene therapeutische Verfahren sind, die die strukturierte und wissenschaftlich fundierte Überprüfung und den Nachweis der Wirksamkeit unabdingbar machen. Ein Teilgebiet dieser Forschung, dem vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, beschäftigt sich dabei mit unerwünschten Prozessverläufen und Abbrüchen in der Therapie - Phänomene, die möglicherweise aufgrund ihrer komplexen und heterogenen Definition oder auch ihres negativ konnotierten Charakters nur wenig Anklang in der Fachwelt finden. Wird jedoch die Tatsache berücksichtigt, dass die Dauer der Behandlung neben anderen Faktoren massgeblich für den Erfolg der Psychotherapie verantwortlich ist und dass Abbrüche unter anderem den Heilungsprozess der Patientinnen und Patienten beeinträchtigen, bei den Therapeutinnen und Therapeuten zu Selbstzweifeln führen und finanzielle Einbussen im Gesundheitssystem zur Folge haben können, resultiert aus Überlegungen zu therapeutischem Erfolg auch die Relevanz von Therapieabbrüchen. Aus diesem Grund befasst sich die vorliegende Studie mit der Identifikation von prädiktiven Faktoren, die im Zusammenhang mit dem vorzeitigen Abbruch einer Psychotherapie durch die Patientin resp. den Patienten stehen und hat zum Ziel, ein umfassenderes Verständnis für diese Problematik zu schaffen, einen Beitrag an die frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren zu leisten und mögliche Massnahmen zu diskutieren, die einem Therapieabbruch entgegenwirken.

Um sich dieser Thematik anzunähern, werden in einem ersten Schritt die Definitionen der Begriffe des Therapieerfolgs resp. -misserfolgs und des Therapieabbruchs geklärt. Anschliessend wird ein Überblick über bisherige Forschungsergebnisse zur Thematik des Therapieabbruchs gegeben, wobei auf die Relevanz und die Prävalenz vorzeitiger Abbrüche eingegangen wird und kritische Überlegungen zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse angestellt werden. Weiter werden mögliche prädiktive Faktoren für den Abbruch einer Psychotherapie diskutiert, wie beispielsweise demografische Faktoren, die therapeutische Beziehung und die Psychotherapiemotivation. Im darauf folgenden zweiten und empirischen Teil wird der folgenden Fragestellung nachgegangen:

Welche Faktoren stehen in einem Zusammenhang mit dem vorzeitigen Abbruch der Psychotherapie seitens der Patientinnen und Patienten?

Die Hypothesen lauten dabei, dass der vorzeitige Abbruch der Psychotherapie mit der Qualität der therapeutischen Beziehung, der Psychotherapiemotivation und dem Störungs-

bild der Patientin resp. des Patienten zusammenhängt. Diese Annahmen werden statistisch überprüft, wobei die Ergebnisse der „Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz“ als Datengrundlage dienen. Die Resultate der vorliegenden Untersuchung werden in der Diskussion kritisch beleuchtet und es werden Überlegungen zu möglichen Praxisimplikationen angestellt, die vorzeitigen Therapieabbrüchen entgegenwirken können.

Zu beachten ist, dass die vorliegende Untersuchung nur den durch die Patientin resp. den Patienten initiierten Therapieabbruch behandelt, Abbrüche oder Weiterverweisungen seitens der Therapeutinnen und Therapeuten aufgrund von mangelnder Kooperation, zu geringer Responsivität auf die Behandlung usw. werden nicht untersucht. Es wird weiter auf das Setting der Einzelpsychotherapie mit Erwachsenen fokussiert, grundlegende Erkenntnisse aus anderen Bereichen wie etwa der Gruppen- oder Familientherapie können jedoch einfliessen. Die Untersuchungen beziehen sich auf die ambulante Psychotherapie, wobei jedoch auch hier theoretische Überlegungen aus dem stationären Setting übernommen werden, sofern eine generelle Relevanz vorliegt. Der Datensatz beinhaltet weiter Ergebnisse diverser psychotherapeutischer Schulen. Es wird allerdings davon abgesehen, schulen-spezifische Unterschiede zu evaluieren. Zuletzt ist noch zu bemerken, dass sich einige Studien zu Therapieabbrüchen gleichzeitig der Frage nach der Wirksamkeit der Therapie widmen. Dieser Forschungsaspekt wird im Sinne von Überlegungen zu therapeutischem Misserfolg und Therapieabbrüchen gestreift, bildet aber nicht Teil der empirischen Untersuchungen.

Definitionen

Zur definitorischen Unterlegung der theoretischen Grundlagen und der empirischen Untersuchungen werden im Folgenden die eng miteinander zusammenhängenden Termini des Therapieerfolgs resp. -misserfolgs und des Therapieabbruchs umschrieben. Die inhaltlichen Bedeutungen dieser Begriffe werden in der bestehenden Literatur und in der Forschung meist uneinheitlich ausgeführt und somit auch verschiedenartig operationalisiert, was nicht zuletzt zu Schwierigkeiten in der Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen führt (Reis & Brown, 1999). Die folgenden Definitionen sind somit als übersichtsartige Annäherungen zu verstehen und können nicht abschliessend formuliert werden.

Therapieerfolg

Die Unmöglichkeit einer klaren und einheitlichen Definition von therapeutischem Erfolg lässt sich bereits aus dem naheliegenden Zusammenhang zu Begrifflichkeiten wie Heilung, Besserung oder Linderung erschliessen, wobei gerade der Begriff der Heilung als sehr vage zu beurteilen ist. Es stellt sich dabei beispielsweise die Frage, ob sich die Heilung etwa an einem Optimum orientiert oder ob eine Patientin oder ein Patient mit einem Symptom-

wert im Normbereich (z.B. Ängstlichkeit) bereits als „geheilt“ bezeichnet werden kann (Zarbock, 2004). Ein häufig verwendeter Ansatz zur Bestimmung von therapeutischem Erfolg in der klinischen Forschung stützt sich diesbezüglich auf die Messung von klinisch signifikanten Veränderungen. Demnach muss eine reliable Verbesserung der Symtomatik stattgefunden haben, wobei die Intervention ermöglichen musste, die Syptombelastung der Patientinnen und Patienten „mit grösserer Wahrscheinlichkeit einer Normal- als einer Patientenpopulation zuzurechnen“. (Breil, Joormann, Kosfelder & Schulte, 2004, S. 70). Eine weitere Perspektive erhält der Diskurs durch die Assoziation zu psychischer Gesundheit, die vom jeweiligen Blickwinkel abhängig ist: Während die Gesellschaft psychische Gesundheit als Verhaltensstabilität, Vorhersagbarkeit und Konformität zu sozialen Konventionen versteht, interpretiert die Patientin oder der Patient psychische Gesundheit vor allem als ein hohes Mass an Wohlbefinden. Psychologische Fachleute wiederum bedienen sich meist eines theoretischen Modells einer gesunden Persönlichkeitsstruktur, die eine Integration von sozialer Anpassung und subjektivem Wohlbefinden zulässt (Strupp & Hadley, 1977). Es liegt also auf der Hand, dass die Psychotherapie längst nicht mehr nur die „Heilung“ im engeren Sinne zum Gegenstand hat (Grawe, Donati & Bernauer, 2012). Häufig suchen auch Menschen, denen keine klinisch abgrenzbare Psychopathologie zugeschrieben werden kann, eine Psychotherapie auf und so wird unter einer erfolgreichen Therapie weit mehr als nur reine Symptomreduktion verstanden. Meist bewirkt die Behandlung zusätzlich eine Steigerung des Selbstwertgefühls und des allgemeinen Wohlbefindens, eine Verbesserung der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, eine Verringerung des Leidensdrucks und die Erhöhung der Lebensqualität (Grawe et al., 2012). So liegt das grundlegende Bestreben der Psychotherapie nach Ogles (2013) in der Ermöglichung einer Veränderung der Patientinnen und Patienten. Diese erwarten, durch die Therapie einen persönlichen Wandel zu erfahren und die Therapeutinnen und Therapeuten haben zum Ziel, diesen Wandel durch ihre Arbeit unterstützen zu können. Unter Wandel und Veränderung versteht Luborsky (1984) ein besseres Verständnis der Patientinnen und Patienten für die Symptomatik und das Wesen des bestehenden Grundkonflikts, was zu einer Veränderung in der Symptomatik und zu einer besseren Bewältigung von Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung führt. Ergänzend dazu führen Kanfer und Goldstein (1991) aus, dass die Ziele einer Therapie unter anderem die Veränderung von emotionalen Störungen, dem Selbstbild und problematischen Verhaltensweisen, wie beispielsweise interpersonellen Beeinträchtigungen, und die Einsicht in eigene problembesetzte Themen zum Gegenstand haben.

Ein weiterer Zugang findet sich bei Häcker und Stapf (2009), die den Therapieerfolg schlicht als das „Erreichen eines Zielzustandes mit therapeutischer Unterstützung“ (S. 1011) definieren. Auch Zarbock (2004) greift das Element der Zielerreichung auf und lässt den Therapieerfolg daran erkennen, dass die Patientin resp. der Patient und die therapeutische Fachperson den Eindruck haben, „dass bei guter Beziehung und viel Engagement von bei-

den Seiten auf der Grundlage klar formulierter Ziele ein Behandlungsplan erfolgreich umgesetzt werden konnte“ (S. 185), was verdeutlicht, dass der Erfolg stets in Relation zu individuell vereinbarten Erfolgskriterien gesetzt werden muss. Diese Erfolgskriterien variieren jedoch bereits entlang der Wirkungsbereiche verschiedener therapeutischer Schulen: Während in humanistischen Therapien beispielweise das Hauptaugenmerk auf den Zugang zum inneren Erleben und den Ausdruck und die Befriedigung eigener Bedürfnisse gelegt wird, beschäftigt sich die Psychoanalyse etwa mit der Aufdeckung und Deutung unbewusster Konflikte. Kognitiv-behaviorale Therapien konzentrieren sich hauptsächlich auf die Veränderung beobachtbaren Verhaltens und die Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen, wohingegen interpersonale Therapien das zwischenmenschliche Geschehen in den Vordergrund rücken und auf die Veränderung von Beziehungen fokussieren. So ist es nicht nur einleuchtend, dass sich die Therapiemethoden in ihren Wirkungsbereichen unterscheiden, sondern auch, dass sie ihre Wirkung auf unterschiedliche Weise erzielen (Grawe et al., 2012). Es liegt ausserdem auf der Hand, dass Therapieerfolg nicht als eindimensional zu betrachten ist, zumal in der Forschung und in der Praxis nicht nur unterschiedliche inhaltliche Konstrukte, sondern auch verschiedene Datenquellen und Datenebenen herangezogen werden (Lutz & Grawe, 2004).

Die Problematik der Erfolgsmessung. Aus den vorangehenden Umschreibungen wird ersichtlich, dass die Vorstellungen von erwünschten Therapieergebnissen breit variieren und es ist naheliegend, dass auch die Methoden und die Indikatoren für die Messung eben dieser Ergebnisse in Forschung und Praxis differieren (Ogles, 2013) und die Beurteilung des Erfolgs wiederum unter anderem massgeblich von der jeweiligen Operationalisierung abhängig ist. Es stellt sich beispielsweise die Frage, ob neben der Symptomverbesserung nicht auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten als Erfolgskriterium herangezogen werden sollte, wobei es ein Fehlschluss wäre, anzunehmen, dass beide Grössen stets miteinander korrelieren. Eine weitere Frage bezieht sich auf den Zeitpunkt der Messung: Einerseits ist es denkbar, die Veränderung im Sinne einer Prä-Post-Messung zu erfassen, andererseits kann der Erfolg auch am Ende der Therapie retrospektiv eingeschätzt werden (Breil et al., 2004), beispielsweise über das oftmals verwendete Goal Attainment Scaling (Kiresuk & Sherman, 1968). Die Vielfalt der Vorgehensweisen erschwert die Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen und es wäre wünschenswert, valide und homogene Methoden zu entwickeln. Während sich die Forschung nun aber eingehend mit der Wirksamkeit und der Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten auseinandersetzt, wird dem Diskurs über die Messung von Veränderungen im therapeutischen Prozess nur wenig Aufmerksamkeit zuteil. Bis anhin verwendete jeder Untersuchende eigene resp. selbst ausgesuchte Masse und Versuche zur Etablierung einer standardisierten Messbatterie schlugen fehl (Grawe et al., 2012), auch wenn einige Instrumente bereits häufig und übergreifend eingesetzt werden (Lutz & Grawe, 2004). Selbstverständlich liegt die Problematik der Vereinheitlichung unter anderem in der Tatsache, dass nicht die eine, ubiquitäre Definition des erwünschten Therapieergebnisses existiert

(Ogles, 2013) und dass ein gewünschtes Ergebnis unter anderem von der theoretischen Fundierung und den therapeutischen Zielvorstellungen abhängig ist (Bergin, 1980). Dennoch wäre eine einheitliche Ergebnismessung wünschenswert, um neben der Vergleichbarkeit auch die Transparenz verschiedener Psychotherapien zu gewährleisten und die Wirksamkeit anhand objektiv nachgewiesener Kriterien zu überprüfen (Grawe et al., 2012).

Therapiemisserfolg

Der Misserfolg in der Therapie bezeichnet allgemein einen Therapieverlauf, „bei dem die gewünschten Effekte aus Sicht des Patienten und/oder Therapeuten ausbleiben" (Fischer-Klepsch, Münchau & Hand, 2000, S. 193). Dabei sind in der Literatur verschiedene Ansätze zu finden: Häcker und Stapf (2009) definieren grundsätzlich als Misserfolg, wenn ein selbstgesetztes Ziel nicht erreicht wurde. Mays und Franks (1985) sprechen dann von einem Misserfolg, wenn eine Verschlechterung zu beobachten ist resp. wenn sich die Symptomatik verstärkt oder ausweitet. Fischer-Klepsch et al. (2000) benennen als therapeutischen Misserfolg die Ablehnung einer angebotenen Therapie, den Abbruch, den partiellen Erfolg, das Nicht-Einsetzen einer Verbesserung, die Verschlechterung und den Rückfall nach Behandlungsabschluss. Grawe et al. (2012) differenzieren die Definition von Misserfolg wiederum unter anderem anhand des therapeutischen Paradigmas: Während etwa die kognitiv-behaviorale Therapie vor allem die nicht erreichte Symptomreduktion als Misserfolg geltend macht, kann in der Langzeitpsychoanalyse bereits von einem Misserfolg gesprochen werden, wenn deutlich positive Veränderungen ausbleiben, bedenkt man den enormen Aufwand, der von beiden Seiten für diese Therapieform zu erbringen ist. Wendet man überdies den Blick von der symptombezogenen Betrachtungsweise ab, ergibt sich eine weitere Komplexität der Begrifflichkeit durch die Frage, wie ein Verlauf zu bewerten ist, bei dem sich zwar eine unveränderte Hauptsymptomatik zeigt, sich gleichzeitig aber jedoch erhebliche Verbesserungen in der Lebensqualität und in den sozialen Beziehungen einstellen. So bleibt grundsätzlich offen, über welche Kriterien Misserfolg exakt definiert und auch identifiziert werden kann und es handelt sich auch hierbei um ein Thema, das von der Forschung weitgehend vernachlässigt wird (Lutz, Kosfelder & Joormann, 2004).

Therapieabbruch

Wie auch für die Begriffe des Therapieerfolgs und -misserfolgs, findet sich in der bestehenden Literatur keine einheitliche Definition für den Therapieabbruch (Cinkaya, Schindler & Hiller, 2011). Swift, Callahan und Levine (2009) schlagen beispielsweise vor, den Abbruch dann festzulegen, wenn die Therapie vor Erreichung einer klinisch relevanten Verbesserung durch die Patientin resp. den Patienten beendet wird. Persons, Burns & Perloff (1988) behandelten in ihren Untersuchungen die Beendigung der Therapie gegen den Rat der bzw. ohne die Besprechung mit den jeweiligen Therapeutinnen und Therapeuten als Abbruch.

Nach Bergin und Garfield (1994; zit. nach Junkert-Tress, Tress, Hildenbrand, Hildenbrand, Windgassen, Schmitz, Hartkamp & Franz, 2000) wird dann von einem Therapieabbruch gesprochen, „wenn nach den diagnostischen Interviews mindestens eine reguläre Therapiesitzung stattgefunden hat und der Patient trotz weiterer vereinbarter Sitzungen nicht mehr erscheint“ (S. 351). Beckham (1992) definierte in seiner Studie diejenigen Patientinnen und Patienten als Abbrechende, die nach einem oder mehreren nicht wahrgenommenen Terminen eine weitere Sitzung ablehnten oder bei Kontaktaufnahme durch die Therapeutin resp. den Therapeuten unerreichbar waren oder nach dem Erstgespräch an weniger als sechs Sitzungen teilnahmen. In einer Analyse von 897 Studien legten Grawe et al. (2012) wiederum fest, dass eine Therapie dann als abgebrochen gilt, wenn die Patientin resp. der Patient bereits an drei Sitzungen teilgenommen hat und die Therapie vor dem durch die Therapeutin resp. den Therapeuten definierten Ende abgebrochen hat. Campbell, Waller und Pistrang (2009) ihrerseits definierten in ihren Untersuchungen die Beendigung der Therapie während der ersten zehn Sitzungen als frühzeitigen Abbruch, Robbins, Liddle, Turner, Dakof, Alexander und Kogan (2006) wiederum die Teilnahme an weniger als acht. Bados, Balaguer und Saldaña (2007) gaben in ihren Untersuchungen jeweils die Abbruchraten nach jeder Sitzung während der ersten dreizehn an und Jacobi, Uhmann und Hoyer (2011) stellten die Therapieabbrüche anhand verschiedener Phasen dar und kategorisierten in reine Anfragen ohne Behandlungsaufnahme, Abbruch nach dem diagnostischen Erstinterview, Abbruch nach dem Rückmeldegespräch, Abbruch während Wartezeit und Probatorik und Abbruch nach Aufnahme der eigentlichen Behandlung.

Wie ersichtlich wird, werden die Kriterien häufig anhand einer definierten Behandlungsdauer oder einer bestimmten Anzahl Therapiesitzungen festgelegt (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Als ebenfalls gängige Operationalisierungen gelten der Abbruch vor Abschluss eines definierten Programms, das Nichterscheinen zu einem oder mehreren vereinbarten Terminen oder die Beendigung der Therapie vor dem Erreichen signifikanter Verbesserungen. Ausserdem findet sich in der Literatur auch die Operationalisierung via Urteil resp. Ratschlag der Therapeutinnen und Therapeuten (Swift & Greenberg, 2012) und der Ausschluss der Patientin resp. des Patienten aufgrund mangelnder Kooperation (Jülch, Süss, Langer & Hippen, 2003). So bedient sich die Forschung verschiedener Abgrenzungskriterien (Pekarik, 1985b) mit der Konsequenz, dass dieselben Patientinnen und Patienten in der einen Studie als Fortsetzende und in der anderen als Abbrechende betrachtet werden (Garfield, 1994). Die Heterogenität der Operationalisierungen von Therapieabbrüchen führt so unter anderem dazu, dass sich in der Forschung eine Inkonsistenz in der Evaluation von Risikovariablen ergibt, die Vergleichbarkeit von Ergebnissen nur begrenzt möglich ist und letztendlich kaum abschliessende Aussagen zur Thematik gemacht werden können (Reis & Brown, 1999).

Kritik an der Operationalisierung. Für jede Form der Operationalisierung kann kritisch argumentiert werden: Methoden, die eine bestimmte Anzahl Sitzungen oder die reguläre Beendigung eines festgelegten Programms beinhalten, werfen die Frage nach der adäquaten Dauer auf und berücksichtigen weder mögliche Verbesserungen in einer kürzeren Zeit noch das Ausbleiben von therapeutischen Fortschritten in der als angemessen definierten Zeit (Swift & Greenberg, 2012). Das Nichterscheinen zu einem vereinbarten Termin als Kriterium für den vorzeitigen Therapieabbruch wiederum beinhaltet den Nachteil, dass diejenigen Patientinnen und Patienten, die zwar nicht mehr erscheinen, nach einer Sitzung allerdings auch keinen neuen Termin vereinbart haben, als „Abschliessende" und nicht als „Abbrechende" klassifiziert werden (Pekarik, 1985b). Zudem bleibt damit unklar, wie die Rückkehr in die Therapie nach mehrmaligem Nichterscheinen gewertet werden soll (Reis & Brown, 2006). Als weitere Methode hat sich die Beurteilung durch die Therapeutin resp. den Therapeuten etabliert, was einerseits zwar einen gewissen Grad an Flexibilität in den soeben angeführten Kriterien zulässt, andererseits aber die Frage nach der Reliabilität offen lässt (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Auch die Operationalisierung anhand klinisch signifikanter Verbesserungen beinhaltet einen Anteil an Subjektivität durch die therapeutische Fachperson, dennoch kann hier von einer grösseren Objektivität gesprochen werden. Nachteilig ist jedoch wiederum, dass feinere Nuancen im therapeutischen Prozess nicht erfasst werden (Swift & Greenberg, 2012).

Bisheriger Forschungsstand

Aus der Literatur zu der geringen Forschung über Therapieabbrüche ergibt sich kein einheitliches Bild zur Höhe von Abbruchraten (Cinkaya et al., 2011). Dennoch wird im Folgenden versucht, eine Übersicht über Prävalenzen zu geben und weiter auch die Relevanz der Thematik auszuführen.

Prävalenz vorzeitiger Therapieabbrüche

Nach Grawe et al. (2012) sind Therapieabbrüche kein seltenes Phänomen. Eine Analyse aus den 80er Jahren von 897 Studien mit insgesamt 2‘016 Behandlungsgruppen ergab, dass in 322 Untersuchungen von Abbrüchen berichtet wurde. In den übrigen Untersuchungen wurden entweder keine Angaben zu Abbrüchen gemacht (n = 323) oder es kamen nach Angaben der Untersuchenden keine Abbrüche vor (n = 252). In 162 Behandlungsgruppen zeigte sich eine Abbruchquote von 20 %, wobei der Abbruch dadurch präzisiert wurde, dass die Behandlung bereits aufgenommen wurde, die Patientin oder der Patient also an mindestens drei Sitzungen teilgenommen hat, die Therapie aber entgegen der therapeutischen Meinung abgebrochen wurde. Aus einer Übersichtsarbeit von Baekeland und Lundwall (1975) resultierten insgesamt Abbruchraten in einer Höhe von 31 % bis 79 %, wobei der Abbruch anhand der Anzahl besuchter Sitzungen operationalisiert wurde. 20 % bis 57 % der Patientin-

nen und Patienten brachen die Therapie bereits nach dem ersten Gespräch ab und weitere 31 % bis 56 % erschienen zu nicht mehr als vier Sitzungen. Die verschiedenen Angaben zur durchschnittlichen Anzahl besuchter Therapiesitzungen lagen in einer Spannweite von 3 bis 13. Eine weitere umfassende und systematische Übersicht über die bestehende Literatur zu Abbruchraten geben Wierzbicki & Pekarik (1993) in ihrer Metaanalyse von 125 Studien, aus der eine durchschnittliche Abbruchrate von rund 47 % resultierte. Dabei wurde festgestellt, dass die Abbruchraten entlang der jeweiligen Operationalisierungen variieren: Untersuchungen, in denen der Therapieabbruch als Nichterscheinen zu einer vereinbarten Sitzung definiert wurde, berichteten von tieferen Abbruchraten als Studien, in denen entweder das therapeutische Urteil oder eine bestimmte Anzahl besuchter Sitzungen als Kriterien herangezogen wurden. Aber nicht nur die Operationalisierung scheint Einfluss auf die Resultate zu haben: Je nach Setting und Behandlungsmodalitäten eruierten Salmoiraghi und Sambhi (2010) in einer Zusammenfassung von 14 Artikeln zu diesem Thema Abbruchquoten zwischen 20 % und 30 %.

In neueren Untersuchungen aus der ambulanten Therapie liegen die Abbruchraten etwa zwischen 20 und 60 %: Westbrook und Kirk (2005) errechneten bei 1‘646 Patientinnen und Patienten eines Behandlungszentrums einen Anteil von 23 %, Bados et al. (2007) gaben eine Abbruchrate von 44 % an und in einer Untersuchung von Reneses, Muñoz und López-Ibor (2009) lag die Quote bei 33 %. Eine Studie mit 41 Probandinnen und Probanden zur Evaluation des Zusammenhangs zwischen narzisstischer Persönlichkeitsstruktur und Abbruchrisiko ergab eine Abbruchrate von 24 % (Campbell et al., 2009) und Jacobi et al. (2011), die 1‘776 Psychotherapien einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz untersuchten, resümierten, dass es bei 40 % der Anfragen schlicht bei der Anfrage blieb, knapp 3 % nach dem diagnostischen Erstinterview abbrachen, weitere 8 % während der Wartezeit, 20 % während der Probatorik und schlussendlich noch rund 19 % (N = 1‘021) nach der Aufnahme der eigentlichen Therapie. Eine umfassende Metaanalyse von Swift und Greenberg (2012) zeigt ein ähnliches Bild: Aus über 669 analysierten Studien mit insgesamt 83‘834 erwachsenen Patientinnen und Patienten aus den Jahren 1990 bis 2010 ergab sich eine durchschnittliche Abbruchrate von rund 20 %, wobei sich ein sehr heterogenes Bild präsentierte mit Abbruchraten zwischen 0 % und ca. 75 %. Auch hier zeigt sich, dass die methodischen Unterschiede wahrscheinlich zu einer grossen Heterogenität in den Forschungsergebnissen führen.

Relevanz der Thematik

Abbrüche oder unerwünschte Resultate in der Therapie wurden in der Psychotherapieforschung bislang vergleichsweise geringfügig behandelt und bis in die achtziger Jahre existierten kaum Studien zu diesem Themenbereich, wohingegen der Überprüfung von Effekti-

vität und positiven Wirkungen reichlich Aufmerksamkeit geschenkt wurde (Cinkaya et al., 2011). Möglicherweise liegt dieser Umstand einerseits in der Schwierigkeit begründet, Begrifflichkeiten wie Misserfolg und Therapieabbruch einheitlich zu definieren (Jacobi, 2001) und andererseits aber auch in der Tatsache, dass Erfolgsberichte grösseren Anklang in Fachzeitschriften finden als negative Ergebnisse (Cinkaya et al., 2011). Zudem führt Schulz (1985) als Begründung an, dass die sich in einer Konkurrenzsituation befindenden Therapieschulen eine Schwächung ihrer Position befürchten könnten, wenn therapeutische Misserfolge offengelegt werden. Dennoch hat sich die Haltung etabliert, dass die Erforschung von Misserfolgen und Abbrüchen nicht nur ein umfassenderes Verständnis von psychotherapeutischen Interventionen und die Weiterentwicklung von Behandlungsmethoden begünstigt (Lutz et al., 2004): Bedenkt man, dass die Dauer der Behandlung über zahlreiche Studien hinweg als beständiger Prädiktor für den Therapieerfolg herausgearbeitet wurde, haben hohe Abbruchraten alarmierenden Charakter (Daughters, Lejuez, Bornovalova, Kahler, Strong & Brown, 2005). Bei Patientinnen und Patienten, die vor allem in frühen Phasen abbrechen, sind meist nur schwache therapeutische Erfolge zu verzeichnen (Archer, Forbes, Metcalfe & Winter, 2000) und überdies scheinen diejenigen, die vorzeitig abbrechen, zu den typisch chronischen Patientinnen und Patienten zu zählen (Baekland & Lundwall, 1975) und häufiger unzufrieden mit der Behandlung zu sein (Björk, Björck, Clinton, Sohlberg & Norring, 2009). Weiter entstehen durch hohe Abbruchraten finanzielle Einbussen: Erscheinen Patientinnen und Patienten nicht zu einem vereinbarten Termin, wird dieser für gewöhnlich nicht in Rechnung gestellt oder die Rechnung wird nicht bezahlt. Zudem bedeutet eine vereinbarte aber versäumte Sitzung einen Zeitverlust für die Therapeutin resp. den Therapeuten. Durch die Tatsache, dass abbrechende Patientinnen und Patienten häufig unzufrieden mit dem Angebot waren, können überdies Zweifel an der Glaubwürdigkeit der therapeutischen Fachperson entstehen, was möglicherweise zu einer negativen Reputation führt. In Kliniken oder auch Ambulatorien besteht weiter die Gefahr von Unzufriedenheit seitens der Mitarbeitenden, einer geringeren Leistungsbereitschaft und höheren Fluktuationsraten. Nicht zuletzt führen hohe Abbruchraten auch zu emotionalen Herausforderungen bei Therapeutinnen und Therapeuten in Bezug auf Gefühle des Versagens und der Ablehnung durch die Patientin resp. den Patienten (Pekarik, 1985a). Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons und Thompson (2008) dehnen die Argumentation sogar insofern aus, als dass hohe Abbruchraten weitgreifende und belastende Auswirkungen auf die Gesellschaft haben, da viele psychische Störungen unbehandelt bleiben. Werden also die negativen Konsequenzen hoher Abbruchraten genauer betrachtet, ist die Wichtigkeit eines besseren Verständnisses dieser Thematik evident (Swift & Reis, 2012).

Prädiktive Faktoren für den vorzeitigen Therapieabbruch

Da, wie bereits erwähnt, nur wenige Übersichtsarbeiten und Einzelstudien zu Therapieabbrüchen existieren, ergibt sich aus der Literatur auch zu Abbruchgründen, Risikofakto-

ren und Prädiktoren ein sehr heterogenes Bild (Cinkaya et al., 2011). Häufig werden demografische, psychologische und therapeutbezogene Variablen untersucht (Wierzbicki & Pekarik, 1993), oftmals aber auch die Therapiemotivation, die Therapieerwartungen und die therapeutische Beziehung (Junkert-Tress et al., 2000). Jacobi et al. (2011) schlagen vor, die Abbrüche in unproblematische und problematische zu kategorisieren, wobei erstere aufgrund neutraler Umstände zustandekommen, wie etwa deutlicher Besserung der Symptomatik, Wohnortwechsel oder Weiterverweisung. Problematische Abbrüche hingegen können unter anderem auf organisatorische Komplikationen oder behandlungsbedingte Schwierigkeiten zurückgeführt werden und gehören zu denjenigen Therapiebeendigungen, „die bei der Beurteilung[en] der Qualität der Behandlungen und bei Überlegungen zu Verbesserungen berücksichtigt werden sollten" (S. 249). Im folgenden Abschnitt werden ausschliesslich problematische Abbrüche behandelt, wobei einige geläufige Risikofaktoren zusammengefasst werden, dem Anspruch an Vollständigkeit allerdings nicht Rechnung getragen werden kann.

Demografische Faktoren. Demografische Variablen beinhalten vor allem das Alter, den Zivilstand, das Geschlecht, die Ausbildung, den sozioökonomischen Status (SES) und die ethnische Zugehörigkeit der Patientin resp. des Patienten und bilden die am häufigsten untersuchten Faktoren in Studien zu Therapieabbrüchen (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Die Resultate divergieren allerdings stark: Baekeland & Lundwall (1975) beispielsweise fanden in 31.4 % (N = 51) der konsultierten Untersuchungen einen Zusammenhang zwischen Alter und Therapieabbruch und stellten fest, dass das Risiko eines Abbruchs bei jüngeren Patientinnen und Patienten höher war als bei älteren, wobei jedoch kaum Versuche zur Erklärung des Zusammenhangs angestellt wurden - einzig die ausgeprägtere Mobilität bei gleichzeitig geringerer sozialer und familiärer Verpflichtung wurde angeführt - und überdies in 68.6 % der Studien keine Korrelation gefunden werden konnte. Bei der Betrachtung weiterer Untersuchungen ergibt sich ebenfalls ein inkonsistentes Bild zur Altersvariablen: Simon und Ludman (2010) und Smith, Koenigsberg, Yeomans, Clarkin und Selzer (1995) beispielsweise ermittelten einen signifikanten Zusammenhang, wobei das Abbruchrisiko bei jüngeren Patientinnen und Patienten ebenfalls höher war als bei älteren. Lang, Koch und Schulz (2006), Salmoiraghi und Sambhi (2010) und Swift und Greenberg (2012) etwa gelangten in ihren Metaanalysen zu derselben Erkenntnis. Andere Autoren wiederum konnten keine Korrelation feststellen (z.B. Affleck & Garfield, 1961; Bados et al., 2007; Brandt, 1965; Cinkaya et al., 2011; Junkert-Tress et al., 2000; Persons et al., 1988). Der Zivil- resp. Beziehungsstand der Patientinnen und Patienten ist ebenfalls Gegenstand einiger Untersuchungen. In allen der 19 von Baekeland und Lundwall (1975) analysierten Studien, die diesen Faktor auf seinen prognostischen Gehalt überprüften, wurde ein Zusammenhang zwischen Ungebundenheit und Abbruchrisiko festgestellt. Begründet wurde die starke Aussagekraft durch die eingeschränkte Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, stabile Beziehungen - so unter anderem zur therapeutischen Fachperson - zu unterhalten, was sich darin zeigte, dass die meisten entweder

alleinstehend, getrennt oder geschieden waren. Auch Simpson und Joe (1993) konnten feststellen, dass verwitwete, getrennte oder geschiedene Patientinnen und Patienten ein höheres Risiko für einen Therapieabbruch tragen. Das Vorliegen eines Zusammenhangs wird von verschiedenen Forschungsergebnissen untermauert (z.B. Allison & Hubbard, 1985; Cinkaya et al., 2011; Davis, Hooke & Page, 2006), andere Untersuchungen wiederum konnten keine Korrelation ermitteln (z.B. Bados et al., 2007; Brandt, 1965). In Bezug auf das Geschlecht der Patientinnen und Patienten stellten Baekeland und Lundwall (1975) fest, dass 13 der 29 untersuchten Forschungsartikel von einem signifikanten Zusammenhang berichteten, wobei die Wahrscheinlichkeit des Abbruchs bei Frauen höher war als bei Männern. Möglicherweise könnte diese Gegebenheit auf die durch Whitehorn und Betz (1960) angestellten Überlegungen zum Modell der A-B Variable zurückgeführt werden. Demnach lassen sich Therapeutinnen und Therapeuten in einen Typ A und einen Typ B unterscheiden. Während der Typ A durch Toleranz und Introversion gekennzeichnet ist, treten beim Typ B eher autoritäre und extravertierte Verhaltensweisen hervor. Baekeland und Lundwall (1975) führten die Beobachtung, dass 11 von 13 Frauen, die die Therapie beendeten, bei einer Therapeutin resp. einem Therapeuten des Typs A in Behandlung waren, auf dieses Modell zurück. Auch die Ergebnisse der Untersuchung von Simon und Ludman (2010) verweisen auf einen Zusammenhang zwischen weiblichem Geschlecht und Therapieabbruch. Die meisten Studien konnten jedoch herausarbeiten, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich des Abbruchrisikos nicht signifikant voneinander unterscheiden (z.B. Bados et al., 2007; Brandt, 1965; Cinkaya et al., 2011; Junkert-Tress et al., 2000; Lang et al., 2006; Persons et al., 1988). Neben Alter und Geschlecht wurde in der Übersichtsarbeit von Baekeland und Lundwall (1975) nach einem Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und der vorzeitigen Therapiebeendigung gesucht. In 35 von 57 Untersuchungen konnte die Hypothese bestätigt werden, wobei es nicht von Bedeutung war, ob der SES via Bildungsniveau, Einkommen oder Arbeitssituation operationalisiert wurde. Die Autoren mutmassen, dass sich der Zusammenhang aus der Tatsache ergibt, dass grundsätzlich viele Therapeutinnen und Therapeuten aus der Mittelschicht stammen und ihren Patientinnen und Patienten aus den unteren sozialen Schichten kein umfassendes Verständnis für die verschiedenartigen Facetten ihres alltäglichen Lebens entgegenbringen können. So besteht die Gefahr, dass implizite Erwartungen und die Vorstellungen von Werten nicht kongruent sind und die therapeutische Fachperson eine abweichende Idee von den Lebenszielen der Patientin resp. des Patienten hat. Möglicherweise erleben Therapeutinnen und Therapeuten ein Gefühl von Desinteresse und Frustration, wodurch Behandlungsentscheidungen getroffen werden, die nicht kompatibel mit den Erwartungen der Patientinnen und Patienten sind (Acosta, 1979). Auch in weiteren Untersuchungen konnte die Annahme über einen möglichen Zusammenhang bestätigt werden. So zählen unter anderem die Zugehörigkeit zur sozialen Schicht (z.B. Arnow, Blasey, Manber, Constantino, Markowitz, Klein, Thase, Kocsis & Rush, 2007; Davis et al., 2006; Persons et al., 1988), das Bildungsniveau (z.B. Arnow et al., 2007; Chiesa, Drahorad & Longo, 2000; Davis et al.,

2006; Persons et al., 1988; Wierzbicki & Pekarik, 1993), die Berufstätigkeit (z.B. Allison & Hubbard, 1985; McLellan, 1983; Joe & Simpson, 1975; Schulz, Lang, Lotz-Rambaldi, Bürger & Koch, 1999) und das Einkommen (z.B. Beckham, 1992) zu den mutmasslichen Prädiktoren, wobei allerdings auch diesbezüglich gegenteilige Ergebnisse von anderen Forschungsgruppen vorliegen (z.B. Bados et al., 2007; Cinkaya et al., 2011; Junkert-Tress et al., 2000). Eine weitere Beobachtung in Bezug auf demografische Faktoren wurde von Maramba und Nagayama Hall (2002) gemacht: Offensichtlich brachen Patientinnen und Patienten, die gleicher ethnischer Herkunft wie ihre Therapeutinnen und Therapeuten waren, die Therapie seltener ab - dies vor allem dann, wenn es sich um die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit handelte. Begründet wurde diese Feststellung durch die Präsenz wichtiger kultureller Elemente in der therapeutischen Beziehung, wie etwa die gemeinsame Sprache und das Verständnis für den kulturellen Hintergrund der Patientinnen und Patienten (Sue, Fujino, Hu, Takeuchi & Zane, 1991). Bei der Untersuchung demografischer Faktoren ist kritisch einzuwenden, dass die Einfachheit der Erfassung die weit verbreitete Verwendung zwar rechtfertigt, komplexere Konstrukte, wie etwa die Erwartungen und Intentionen der Patientinnen und Patienten oder die therapeutische Interaktion, diesbezüglich jedoch bedeutend mehr Aussagekraft enthalten (Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Psychological Mindedness. Psychological Mindedness wird als die Fähigkeit bezeichnet, psychologische Zusammenhänge zu erfassen, wobei darunter Verschiedenes verstanden wird (Akhtar, 2013): Applebaum (1973) etwa interpretiert das Konstrukt als „die Fähigkeit einer Person, einen Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Handeln herzustellen mit dem Ziel, Ursachen und Bedeutung persönlicher Erfahrung und Verhaltens zu erkennen“ (S. 36). Lower, Escoll und Huxter (1972) wiederum definieren den Begriff unter anderem als Introspektionsfähigkeit, Einsichtsfähigkeit, Intuition und Ausdrucksvermögen. Weitere Aspekte der Psychological Mindedness liegen nach Akhtar (2013) beispielsweise im spontanen „Vorbringen einer psychogenetischen Erklärung für das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer“ (S. 32), in der Fähigkeit zur reflektierten Selbstbeobachtung, dem Interesse am eigenen Seelenleben, der Überzeugung von der Existenz psychischer Zusammenhänge und der „Bereitschaft, symbolische Bedeutungen zu erkennen“ (S. 33). Psychological Mindedness ist nach Baekeland und Lundwall (1975) ein komplexes und multifaktorielles Konstrukt, dem in Untersuchungen zu Therapieabbrüchen oftmals schematisch die Verantwortung für Abbrüche zugeschrieben wird. In 24 von 26 analysierten Studien wurde die Wichtigkeit dieses Faktors betont und auch weitere Forschungsberichte verweisen auf einen Zusammenhang zwischen dem Konstrukt und dem Abbruch der Therapie: In den Studien von Cartwright, Lloyd und Wicklund (1980) und Heilbrun (1982) beispielsweise stellte sich das Vorliegen von Psychological Mindedness als ein Prädiktor für die Weiterführung der Therapie heraus, während McCallum, Piper und Joyce (1992) etwa feststellten, dass Nonpsychological Mindedness mit dem Risiko eines Therapieabbruchs zusammenhing. Oftmals wird

das Konstrukt mit dem Bildungsniveau (Beckham, 1992) resp. dem sozioökonomischen Status (Baekeland & Lundwall, 1975) konnotiert, wobei SES-bezogene Nachteile (z.B. Bildungsniveau) mit einer eingeschränkten Psychological Mindedness und limitierten verbalen Fähigkeiten in Verbindung gesetzt werden (z.B. Baum & Felzer, 1964; Brill & Storrow, 1960).

Erwartungen. Diskrepante Erwartungen zwischen den therapeutischen Fachpersonen und den Patientinnen und Patienten über die Dauer der Therapie, den Inhalt und die Ziele bilden Risikofaktoren, die zum Abbruch der Therapie führen können (Pekarik, 1985a) und oftmals wird eben diese abweichende Perspektive auf die verschiedenen Dimensionen der Therapie durch die Therapeutin resp. den Therapeuten nur ungenügend wahrgenommen (Hawley & Weisz, 2003). In allen 6 Studien, die von Baekeland und Lundwall (1975) zu diesem Thema untersucht wurden, war der Zusammenhang zwischen divergierenden Erwartungen und dem frühzeitigen Abbruch der Therapie von bedeutender Aussagekraft. Gerade der Konsens über die Dauer der Therapie scheint dabei elementar: Während Therapeutinnen und Therapeuten grundsätzlich länger andauernde Behandlungen favorisieren, erwarten die Patientinnen und Patienten eine Verbesserung und einen Abschluss innerhalb kurzer Zeit (Pekarik & Finney-Owen, 1987). Eine Untersuchung von Garfield und Wolpin (1963) etwa ergab, dass 70 % der befragten Patientinnen und Patienten eine Therapiedauer von maximal 10 Sitzungen erwarteten, während die Psychotherapie nach Butcher & Koss (1978) und Strupp (1978) jedoch grundsätzlich von 40 und mehr Terminen ausgeht und eine Anzahl von 10 bis 25 Sitzungen viel eher als Kurztherapie bezeichnet. So ermittelten Crits-Christoph (1992) und Pekarik (1994) tiefere Abbruchraten, wenn sich die Dauer der Therapie über einen kurzen Zeitraum erstreckte oder wenn sie zeitlich begrenzt wurde. Um Abbrüchen aufgrund von Uneinigkeiten bezüglich der Therapiedauer entgegenzuwirken, schlagen Reis und Brown (2006) vor, dieses Thema zu Beginn der Therapie mit den Patientinnen und Patienten aufzugreifen. Neben der Dauer der Behandlung besteht nach Pekarik (1985a) ein weiteres Risiko in verschiedenen Erwartungen zu Inhalt und Zielen: Untersuchungen von Hornstra, Lubin, Lewis und Willis (1972) und Overall und Aronson (1962) ergaben etwa, dass viele Patientinnen und Patienten unter anderem direkte Anweisungen von der therapeutischen Fachperson erwarten, wobei genau dieses Bedürfnis in der Therapie typischerweise nicht erfüllt wird. Weiter liegt es nach Pekarik (1985a) im Interesse der Patientin resp. des Patienten, direkte, rasche und problembezogene Interventionen zu erfahren und den Lösungsfokus auf vorherrschende emotionale Schwierigkeiten und nicht auf Persönlichkeits- oder Verhaltensmuster zu legen, während zudem der eigene Anspruch an Verbesserung moderater zu sein scheint als derjenige der Therapeutin resp. des Therapeuten. Meist laufen diese Erwartungen der therapeutischen Grundhaltung zuwider und Epperson, Bushway und Warman (1983) konstatieren, dass hohe Abbruchraten vor allem dann zu verzeichnen sind, wenn die Therapeutin resp. der Therapeut die Wahrnehmung des Patienten resp. der Patientin von der

bestehenden Problemstellung nicht adäquat erkennt. Tracey (1986) konnte zudem bestätigen, dass ein Dissens über die zu behandelnden Themen mit einem hohen Abbruchrisiko einhergeht und Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer und Gagnon (1998) berichteten von der Bedeutsamkeit der Übereinstimmung über die Therapieziele für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf. So empfehlen Reis und Brown (1999) die Implementierung einer Vorbereitungsphase, in der ein intensiver Austausch über die verschiedenen Therapieelemente stattfinden kann, um frühzeitigen Abbrüchen entgegenzuwirken und Wierzbicki und Pekarik (1993) fordern, dass sich die zukünftige Forschung eindeutiger auf die Erwartungen der Patientinnen und Patienten konzentrieren sollte.

Psychotherapiemotivation. Motivationale Faktoren gehören zu den häufigsten Gründen für Therapieabbrüche (Cinkaya et al., 2011), wobei das Konstrukt der Motivation allerdings weitgehend uneinheitlich verstanden wird (Dohrenbusch & Scholz, 2002). Baekeland und Lundwall (1975) stellten beispielsweise fest, dass in 34 von 41 Studien, in denen motivationsbezogene Variablen berücksichtigt wurden, zwar ein Zusammenhang bestätigt werden konnte, die Operationalisierungen allerdings divergierten. Einige Forschungsgruppen definierten die Motivation beispielsweise entlang eigener Kriterien, andere wiederum anhand der Zuweisungsquelle oder der Einstellung der Patientinnen und Patienten zur Therapieform resp. zur therapeutischen Fachperson selbst. Simpson und Joe (1993) verwendeten in ihrer Studie für die Operationalisierung der Motivation unter anderem die Skala „Desire for Help“, die 7 Items zur Evaluation des generellen Bedürfnisses nach Hilfe enthielt, wobei jede höhere Einheit auf der Skala mit einer 58 %-Reduktion des Abbruchrisikos zusammenhing. Auch in der Untersuchung von Junkert-Tress et al. (2000) erwies sich eine geringe Motivation als prädiktiv für den Therapieabbruch, wobei diese wiederum in der diagnostischen Phase durch den Untersuchenden eingeschätzt wurde. Das Vorliegen eines Zusammenhangs konnte überdies von Mussgay, Terporten, Mans, Juergensen, Bast, Grothgar und Rueddel (2001) bestätigt werden, wobei die Zuschreibung von Beschwerden auf seelische Ursachen und die Erwartung, dass die Therapie hilfreich sein wird, als prädiktive Faktoren für die Weiterführung der Therapie identifiziert wurden. Cinkaya et al. (2011), die die intrinsische Motivation der Patientinnen und Patienten über eine 5-stufige Skala erfasst haben, kamen ebenfalls zum Schluss, dass die Therapiemotivation für den Abbruch eine wesentliche Rolle spielt und Klauer, Maibaum und Schneider (2007), in deren Untersuchung die Motivation über den Fragebogen zur Psychotherapiemotivation erfasst wurde, kamen zum Resultat, dass hohe Werte auf der Skala „Leidensdruck“ bedeutsam zur Vorhersage von Therapieabbrüchen beitragen können. Zu einer gegensätzlichen Erkenntnis gelangten Lang et al. (2006), die ihrerseits zwischen den Skalen des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation und dem Risiko eines Abbruchs der stationären Therapie keinen Zusammenhang ermitteln konnten. Allerdings lässt sich der Befund möglicherweise auf das Zeitintervall zwischen der Erfassung der Motivation zu Beginn der Behandlung und der Beendigung der Therapie zurückführen, in

dem die Ausgangsmotivation eventuell von Wartezeit und Therapieprozessen überlagert wurde. So schlagen die Autoren vor, Veränderungen in der Motivation mit Hilfe von Verlaufsmessungen zuverlässiger zu erfassen, was jedoch bei grösseren Stichproben zu einem erheblich umfassenderen Aufwand führt. Auch wenn das Konzept der Motivation schon oftmals aufgrund seiner uneinheitlichen Definition kritisiert wurde (Holt, 1967; Pittman & Sterne, 1965), liegt es auf der Hand, dass die Beweggründe für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie ausschlaggebend sind für die Weiterführung der Behandlung (Baekeland & Lundwall, 1975) und dass „zur Vorhersage vorzeitiger Therapiebeendigungen spezifisch konzeptualisierte Variablen, die motivationale Voraussetzungen auf der Patientenseite berücksichtigen, geeigneter sind als allgemeinere Merkmale“ (Klauer et al., 2007, S. 66).

Persönlichkeitsfaktoren. Eine weitere Möglichkeit, einen Zugang zu prädiktiven Merkmalen für den Therapieabbruch zu erhalten, bietet der Einsatz psychologischer Testverfahren (Pritz, 1990): Kotkov und Meadow (1953) beispielsweise konnten mit Hilfe des Rorschach-Tests ermitteln, dass abbrechende Patientinnen und Patienten über eine eher eingeschränkte Fähigkeit verfügten, Stress auszuhalten und emotionale Beziehungen herzustellen. Eine Untersuchung zu Abbrüchen in der Gruppenpsychotherapie von Pritz (1990) unter Konsultation des Freiburger Persönlichkeitsinventars, des Giessen-Tests, des Giessener Beschwerdebogens, des State-Trait-Angstinventars und des Polaritätenprofils ergab weiter, dass der Therapieabbruch mit spontaner Aggressivität, emotionaler Unreife, Missgestimmtheit, Selbstunsicherheit und emotionaler Labilität zusammenhing und dass Patientinnen und Patienten, die die Therapie vorzeitig abbrachen, häufiger in Auseinandersetzungen verstrickt waren und als eigensinniger und ungeduldiger bezeichnet werden konnten. Weitere Testergebnisse wiesen darauf hin, dass eine gedrückte Stimmung, ein erhöhtes Angstniveau und eine erhöhte Anspannung, Besorgtheit, Nervosität und innere Unruhe als Risikofaktoren für einen Abbruch bewertet werden konnten. Zudem bezeichneten sich die abbrechenden Patientinnen und Patienten als trauriger, zerfahrener, missmutiger und müder als jene Personen, die die Therapie regulär beendeten. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar und der Giessen-Test wurden ebenfalls von Franz (1994) zur Untersuchung von Abbruchquoten in der Gruppentherapie eingesetzt mit dem Resultat, dass eine stärkere Ausrichtung an sozialen Normen und eine relativ rigide, zwanghafte Impulskontrolle mit dem Therapieabbruch in Verbindung gesetzt werden konnten. Kolb, Beutler, Davis, Crago und Shanfield (1985) wiederum stellten durch den Einsatz der Internal-External (I-E) Locus of Control Scale fest, dass ein hohes Level an internaler Kontrollüberzeugung in zwischenmenschlichen Beziehungen mit dem Risiko des Therapieabbruchs zusammenhing. Weitere Studien ermittelten unter anderem einen Zusammenhang mit der Unfähigkeit, Gefühle zu erleben und zuzulassen (Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohen & Bachrach, 1971), dem Vorherrschen von Misstrauen und Feindseligkeit (Roback & Smith, 1987), einer geringeren Frustrationstoleranz und Introspektionsfähigkeit (Frayn, 1992), einem tiefen Selbstwertgefühl (Davis et al., 2006;

Westra, Dozois & Boardman, 2002) und einer ausgeprägten Suche nach Neuem und einer erhöhten Impulsivität (Wingerson, Sullivan, Dager, Flick, Dunner & Roy-Byrne, 1993). Ausserdem schien das Abbruchrisiko in diversen Studien umso höher, je defensiver sich die Patientin resp. der Patient zeigte (z.B. Taulbee, 1958; Zolik & Hollon, 1960). Brandt (1965) ist bezüglich der Aussagekraft von Persönlichkeitsmerkmalen sogar der Überzeugung, dass diese als einzige konsistente Kriterien für die Unterscheidung der beiden Gruppen herangezogen werden können, wobei für die Interpretation von Forschungsergebnissen allerdings kritisch bedacht werden muss, dass gerade Persönlichkeitsvariablen über die verschiedenen Studien hinweg unterschiedlich operationalisiert und gemessen werden (Pritz, 1990).

Klinische Faktoren. Die Diagnose stellt eine weitere Variable dar, die bereits in diversen Untersuchungen auf ihre prognostische Aussagekraft für Therapieabbrüche überprüft wurde. Bislang konnte jedoch kein ubiquitärer Zusammenhang zwischen einem spezifischen Störungsbild und dem Abbruchrisiko eruiert werden (Bados et al., 2007). In 22 der 35 von Baekeland und Lundwall (1975) untersuchten Studien zu diesem Thema lagen jeweils verschiedene Korrelationen vor, wobei die Beziehung zwischen den Variablen allerdings nicht als linear betrachtet werden konnte. In einigen Forschungsberichten wurde festgestellt, dass weniger ängstliche und weniger depressive Patientinnen und Patienten die Therapie häufiger abbrachen (z.B. Taulbee, 1958) und es scheint, dass eine erhöhte Ausprägung der Angst und das Bedürfnis, sie zu bewältigen, nicht nur als Antrieb zur Aufnahme einer Behandlung sondern auch zu deren Weiterführung wirken (Baekland, Lundwall & Shanahan, 1973). Auch in der Untersuchung von Simon und Ludman (2010) wurde bestätigt, dass die Abbruchraten bei Patientinnen und Patienten mit schwerwiegender Depressionssymptomatik tiefer waren als bei denjenigen, die eine geringere Symptombelastung aufwiesen. Klauer et al. (2007) wiederum konnten lediglich festhalten, dass eine depressive Symptomatik zwar frühere von späteren Therapieabbrüchen differenzieren konnte, aber nicht zur Unterscheidung von Abbruch und Vollendung der Therapie beitrug. Gänzlich gegenteilige Ergebnisse ergab die Studie von Persons et al. (1988), in der ein hoher BDI-Score zu Beginn der Behandlung als Risikovariable für einen vorzeitigen Abbruch herausgearbeitet wurde. Wissenschaftliche Einigkeit scheint dahingegen eher beim Vorliegen von Subtanzmissbrauch zu bestehen: Nach Baekland et al. (1973) imponiert eine hohe Symptombelastung bei Alkoholismus als risikobehaftet, da die betroffenen Patientinnen und Patienten oftmals über eine geringer ausgeprägte Frustrationstoleranz verfügen und sich gegenüber Autoritätspersonen eher misstrauisch verhalten. Auch Reis und Brown (1999) unterstreichen den Zusammenhang zwischen Alkohol- und Drogenmissbrauch und der vorzeitigen Beendigung der Therapie. Weiter sind auch Essstörungen oftmals Gegenstand in Untersuchungen über den Zusammenhang von klinischen Störungsbildern und Therapieabbrüchen: Swift und Greenberg (2012) stellten in ihrer Metaanalyse beispielsweise fest, dass 23.9 % der Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung die Behandlung abbrachen, wobei der Zusammenhang als signifikant zu interpretieren war und

Cinkaya et al. (2011) berichteten von einer Abbruchquote von 34.1 %, wobei 20.7 % jedoch aus qualitätsneutralen Gründen abbrachen. Einige Studien schildern sogar doppelt erhöhte Abbruchquoten für Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer Essstörung (z.B. Schulz et al., 1999; Zielke, Dehmlow, Wülbeck, & Limbacher, 1997). Waller (1997) stellte ausserdem fest, dass das Vorliegen einer Bulimie bei gleichzeitig erhöhter Borderline- oder dissoziativer Symptomatik mit dem Risiko des Behandlungsabbruchs zusammenhing und Steel, Jones, Adcock, Clancy, Bridgford-West und Austin (2000) wiederum kamen zum Resultat, dass das Störungsbild der Bulimia nervosa dann mit dem Abbruch korrelierte, wenn gleichzeitig hohe Gewichtsschwankungen, ein höherer Wert auf der Subskala „Ineffektivität" des Eating Disorder Inventory-2, ausgeprägte depressive Symptome, Hoffnungslosigkeit und eine externale Kontrollüberzeugung festgestellt werden konnten. Auch Persönlichkeitsstörungen stehen oftmals im Zentrum klinischer Untersuchungen zu Behandlungsabbrüchen und wurden bereits häufig als Risikofaktor ermittelt (z.B. Bados et al., 2007; Cinkaya et al., 2011; Lang et al., 2006; Reneses et al., 2009). Persönlichkeitsstörungen gelten allgemein als anspruchsvoller zu behandeln (Cinkaya et al., 2011) und die betroffenen Patientinnen und Patienten erfahren nach Persons und Burns (1985) weniger emotionale Verbesserungen als diejenigen ohne Persönlichkeitsstörung. Ausserdem liegt in der herausfordernden Übertragung und Gegenübertragung möglicherweise ein Risiko für den vorzeitigen Abbruch (Kernberg, 1975). So erwarten etwa Patientinnen und Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung auch in der Therapie Bewunderung und die Unterstützung pathologischer Interaktionsmuster, während ausserdem der Wunsch besteht, die Therapie zu kontrollieren. Erfüllt die Therapeutin resp. der Therapeut diese Bedürfnisse nicht, entstehen Gefühle von Wut und eine erhöhte Bereitschaft, die Therapie abzubrechen. Zudem wird jede Konfrontation in der Therapie als vernichtende Entwertung erlebt, worauf die Patientinnen und Patienten oftmals mit ärgerlichem Rückzug reagieren (Benjamin, 1993). Die Untersuchung von Junkert-Tress et al. (2000), in der ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen Therapieabbruch und Persönlichkeitsstörung des narzisstischen Typs festgestellt wurde, bestätigt das erhöhte Risiko des Abbruchs bei Vorliegen einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur. Campbell et al. (2009) wiederum kamen zum Resultat, dass diejenigen Patientinnen und Patienten, die die Therapie vorzeitig beendeten, vor allem ein hohe Ausprägung des „narcissistically abused defensive personality style" im O'Brien Multiphasic Narcissism Inventory zeigten, was bedeutet, dass sich die betroffenen Personen selbst als aufopfernd und andere als feindselig und zu fordernd erleben. Auch bei der Borderline-Psychopathologie zeigt sich eine Störung interaktioneller Beziehungsmuster, die sich auch in der therapeutischen Beziehung bemerkbar macht, was die Konsequenz eines erhöhten Abbruchrisikos plausibilisiert (Cinkaya et al., 2011). Skodol, Buckley und Charles (1983), die die Abbruchrate bei Vorliegen einer Borderline-Struktur mit der bei der Diagnose anderer Persönlichkeitsstörungen und neurotischer und schizophrener Krankheitsbilder verglichen, kamen zum Ergebnis, dass für die Patientinnen und Patienten mit dem klinischen Bild der Borderline-

Persönlichkeitsstörung mit einem Anteil von 67 % die höchste Abbruchquote resultierte. Waldinger und Gunderson (1984) ermittelten eine Abbruchrate von 46 %, Gunderson, Frank, Ronningstam, Wachter, Lynch und Wolf (1989) wiederum einen Anteil von 43 %. Der hohe Abbruchanteil bei Borderline-Persönlichkeitsstrukturen überrascht nicht, bedenkt man, dass Patientinnen und Patienten mit diesem Störungsbild oftmals zwar eine intensive Beziehung zum signifikant Anderen eingehen, andererseits aber auch affektgeladene Anstrengungen unternehmen, Bindungen zu vermeiden (Horner & Diamond, 1996). In der ambivalenten Haltung zwischen „losing and fusing" liegt nach Lewin und Schulz (1992) eine konstante Herausforderung in der Etablierung einer stabilen therapeutischen Beziehung mit Borderline-Patientinnen und -Patienten.

Die therapeutische Beziehung. Das Konzept der therapeutischen Beziehung wird in der Forschung verschiedenartig interpretiert, was unter anderem zu uneinheitlichen Operationalisierungen führt (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Dennoch besteht eine grundsätzliche Einigkeit über die Bedeutsamkeit einer gelungenen Patient-Therapeut-Interaktion für die Weiterführung der Therapie: Eine Metaanalyse von Sharf, Primavera und Diener (2010) zum Zusammenhang von Therapieabbruch und therapeutischer Beziehung ergab, dass Patientinnen und Patienten mit einer schwächer ausgeprägten therapeutischen Beziehung eher dazu neigten, die Therapie abzubrechen. McNeill, May und Lee (1987) kamen weiter zum Ergebnis, dass diejenigen Patientinnen und Patienten, die die Therapie abbrachen, ihre Therapeutinnen und Therapeuten als weniger attraktiv und vertrauenswürdig einschätzten und weniger zufrieden mit der Behandlung waren. Ausserdem scheint ein Abbruchrisiko dann zu bestehen, wenn sich die Patientinnen und Patienten weniger gemocht und respektiert fühlen (Mohl, Martinez, Ticknor, Huang & Cordell, 1991), weniger direktive Unterstützung erhalten (Kolb et al., 1985) und die Therapeutin resp. der Therapeut als nur gering interessiert an der Problemstellung erlebt wird (McNair et al., 1963) oder die Etablierung einer Beziehung sogar zu vermeiden sucht (Winder, Ahmad, Bandura & Rau, 1962). Salzmann, Shader, Scott und Binstock (1970) berichteten überdies von ärgerlichen Gefühlen der Untersuchenden gegenüber späteren Abbrechenden im Sinne eines Gegenübertragungsärgers und Strupp und Binder (1984) erkannten vor allem dann ein Abbruchrisiko, wenn bis zur dritten Sitzung keine tragfähige Beziehung etabliert werden konnte. Beckham (1992) identifizierte seinerseits die Distanz der therapeutischen Fachperson zur Patientin resp. zum Patienten, einen Mangel an Unterstützung und einen zeitweilig unreflektierten Ausdruck von Gegenübertragungsgefühlen als Risikofaktoren für den vorzeitigen Therapieabbruch. Rosenzweig und Folman (1974) untersuchten am Ende der zweiten Sitzung einer Gruppentherapie Variablen, die in einem Zusammenhang mit der Fortsetzung der Therapie standen, und unterstrichen daraus folgernd die Bedeutsamkeit der Selbsteinschätzung der Therapeutin resp. des Therapeuten, mit den Patientinnen und Patienten zusammen arbeiten zu können, die positiven Gefühle der therapeutischen Fachperson gegenüber der Patientin resp. dem Patien-

ten und die Beurteilung der Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, eine therapeutische Beziehung herzustellen. Die von Bados et al. (2007) herausgearbeitete Tatsache, dass die meisten Abbrüche in der initialen Phase der Behandlung zu vermerken waren, wurde als Hinweis darauf interpretiert, dass die abbrechenden Patientinnen und Patienten nicht die gesuchte Art von Unterstützung erhalten haben oder kein Gefühl einer tragfähigen therapeutischen Beziehung entwickeln konnten. Nach Lutz et al. (2004) wird die therapeutische Beziehung in ihren Grundzügen bereits in den ersten Minuten einer Sitzung geprägt und es empfiehlt sich, dass sich Therapeutinnen und Therapeuten eine reflektierte und professionelle Haltung aneignen, die durch freundliche Wärme und klare Grenzen charakterisiert ist. Die Patientin resp. der Patient muss sich angenommen und in ihrer resp. seiner Problematik verstanden fühlen und genau darum muss sich die therapeutische Fachperson in der Beziehungsarbeit bemühen (Zarbock, 2004). Möglicherweise gelingt es den Therapeutinnen und Therapeuten folglich besser, ihre Patientinnen und Patienten zur Weiterführung der Therapie zu motivieren, wenn von Beginn der Behandlung an mehr Gewicht auf die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung gelegt wird (Kolb et al., 1985). Dennoch kann es in jeder Therapie zu Fehlentwicklungen kommen und so schlagen Jacobi et al. (2011) vor, kontinuierlich an diesen Fehlentwicklungen zu arbeiten und eine systematische Auseinandersetzung mit therapeutischem Misserfolg zu etablieren. In Bezug auf die wissenschaftliche Bearbeitung von Therapieabbrüchen ist es überdies wünschenswert, zukünftig weniger auf simple demografische Faktoren, sondern vielmehr auf eben diese komplexen Patient-Therapeut-Interaktionen zu fokussieren (Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Forschungsgegenstand und Methodik

Bei den vorliegenden Untersuchungen handelte es sich um eine partielle Auswertung der Daten der Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S), die im Jahr 2004 durch die Charta für Psychotherapie - der schweizerische Dachverband für psychotherapeutische Ausbildungsinstitutionen, Fachverbände und Berufsverbände - initiiert wurde. Das Ziel der Studie war die strukturierte Erfassung verschiedener psychotherapeutischer Methoden und die Überprüfung der Wirksamkeit im Sinne einer Prozess-Ergebnis-Messung, wobei dem Bestreben nach einer möglichst hohen externen Validität durch ein naturalistisches quasi-experimentelles Design Rechnung getragen wurde (für detailliertere Angaben zur PAP-S siehe von Wyl, Crameri, Koemeda, Tschuschke & Schulthess, 2013). Im Rahmen der Frage nach den Erfolgs- und Wirksamkeitsfaktoren von Psychotherapie stellte sich ebenfalls die Frage nach den Gründen für Therapieabbrüche, wozu in der bestehenden Literatur nur wenige resp. uneinheitliche Ergebnisse vorliegen. So lag der Fokus der folgenden Untersuchungen auf der Identifikation von prädiktiven Faktoren, die im Zusammenhang mit dem vorzeitigen Abbruch einer Psychotherapie durch die Patientin resp. den Patienten stehen. Es sollte damit ein umfassenderes Verständnis für diese Problematik geschaffen werden, das dazu

beiträgt, mögliche konstitutive Faktoren frühzeitig zu erkennen und das Risiko des Abbruchs zu reduzieren.

Fragstellung und Hypothesen

In den folgenden Untersuchungen wurde überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der Psychotherapiemotivation, der Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und dem Störungsbild als unabhängige Variablen und dem Abbruch der Psychotherapie als abhängige Variable besteht. Die abhängige Variable war somit dichotom und hatte die Ausprägungen „Abbruch“ und „Kein Abbruch“. Die sich daraus ergebende Fragestellung lautete:

Welche Faktoren stehen in einem Zusammenhang mit dem vorzeitigen Abbruch der Psychotherapie seitens der Patientinnen und Patienten?

Die Hypothesen, die dazu formuliert wurden, basierten auf den Überlegungen und Ergebnissen bestehender Forschung und präsentieren sich wie folgt:

- Die Psychotherapiemotivation der Patientinnen und Patienten steht in einem Zusammenhang mit dem vorzeitigen Abbruch der Psychotherapie

- Die Qualität der therapeutischen Beziehung steht in einem Zusammenhang mit dem vorzeitigen Abbruch der Psychotherapie

- Das Störungsbild der Patientinnen und Patienten steht in einem Zusammenhang mit dem vorzeitigen Abbruch der Psychotherapie

Durch die frühzeitige Erkennung und die bewusste Bearbeitung möglicher Risikofaktoren kann der Verbleib der Patientinnen und Patienten in der Therapie unterstützt werden, was nicht nur eine Verbesserung der Symptomatik und eine Steigerung des subjektiven Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten fördert, sondern auch möglichen finanziellen Einbussen, die beispielsweise im Rahmen eines Nichterscheinens zur Sitzung entstehen, entgegenwirkt. Ausserdem ist es denkbar, dass bei der therapeutischen Fachperson negative Emotionen in Form von Selbstzweifeln entstehen, wenn Therapien nicht einfach nur aus ersichtlichen qualitätsneutralen Gründen abgebrochen werden. Auch aus diesen Gründen ist es empfehlenswert, Risikofaktoren für den Therapieabbruch frühzeitig zu identifizieren.

Studiendesign

Bei der Untersuchung handelte es sich um die Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs zwischen der therapeutischen Beziehung, dem klinischen Störungsbild resp. der Psychotherapiemotivation und dem frühzeitigen Abbruch der Therapie. Es wurden dazu die Daten aus der PAP-S verwendet, die einem naturalistischen quasi-experimentellen Forschungsansatz folgt. In der Studie wurden die Patientinnen- und Patientendaten an drei Assessment-Terminen sowie auch in jeder fünften Sitzung erhoben, was eine Prozess-Ergebnis-

Untersuchung ermöglichte. Die Auswertung erfolgte quantitativ mit Hilfe des Verfahrens der logistischen Regression, des t-Tests und des Chi-Quadrats.

Rekrutierung und Stichprobe. An der Studie beteiligten sich 9 Charta-Institute - die Schweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse (SGTA/ASAT), das Institut für Prozessarbeit (IPA), das Institut für Integrative Körperpsychotherapie (IBP), die Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie (IGEAP), das Schweizer Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE), die Europäische Gesellschaft für interdisziplinäre Studien (EGIS), die Schweizer Gesellschaft für Analytische Psychologie (SGAP), die Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT) und der Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie (SVG) - und 86 Therapeutinnen und Therapeuten. Darunter befanden sich auch einige, deren Schule nicht an der Studie teilnahm. Die therapeutischen Fachpersonen luden während zwei Jahren alle neu eintretenden Patientinnen und Patienten ein, an der Untersuchung mitzuwirken. Es galten dafür folgende Ein- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien

- Psychotherapieauftrag im ambulanten Setting

Ausschlusskriterien

- Ablehnung der Teilnahme an der Studie
- Mangelnde Kenntnisse der deutschen bzw. französischen Sprache
- Schwerwiegende kognitive Störungen: Demenz, Delir, geistige Behinderung
- Akute Suizidalität
- Jünger als 18 Jahre

Insgesamt wurden 1‘659 Patientinnen und Patienten für die Teilnahme an der Studie angefragt, wobei 1‘262 zu Beginn bereits ausgeschlossen wurden und 18 weitere nicht zum Prä-Assessment erschienen sind, wodurch sich ein Gesamtsample von 362 Patientinnen und Patienten ergab. Die Stichprobe setzte sich aus 238 Frauen und 124 Männern zusammen und das Durchschnittsalter lag bei 39.7 Jahren (SD = 11.80). Die jüngste Patientin resp. der jüngste Patient war 17.2 Jahre alt, die resp. der älteste 72.7 (n = 353). Insgesamt lebten 189 Patientinnen und Patienten in einer festen Partnerschaft, 91 waren verheiratet (n = 341), wobei 137 zwischen 1 und 4 Kindern hatten (n = 353). 73 % (n = 263) waren in einem Voll- oder Teilzeitpensum angestellt, 31 waren noch in Ausbildung und knapp 12 % der Patientinnen und Patienten waren arbeitslos, krankgeschrieben oder berentet. 39 brachen die Therapie ab und nahmen nicht am Post-Assessment teil, 31 entschieden sich für den Abbruch der Teilnahme an der Studie, 2 waren nicht mehr erreichbar und bei weiteren 2 nahm die Therapeutin resp. der Therapeut nicht mehr an der Studie teil. Für das Post-Assessment bestand

das Sample somit noch aus 288 Patientinnen und Patienten. Eine Katamnese-Erhebung war schliesslich noch für 193 Patientinnen und Patienten durchführbar, die Differenz begründete sich wie folgt: 64 Patientinnen und Patienten führten die Therapie weiter, 21 brachen die Teilnahme an der Studie ab, 10 waren unerreichbar und weitere 15 kamen erneut dazu, nachdem zwar kein Post-Assessment, dafür aber eine Katamnese erhoben werden konnte.

Erhebungsinstrumente. Für die Datenerhebung wurden in der PAP-S diverse Instrumente für die Prozess- und Ergebnismessung verwendet, die das Selbsturteil der Patientinnen und Patienten, das Fremdurteil durch die Assessorinnen und Assessoren und das Fremdurteil der Therapeutin resp. des Therapeuten umfassten. Für die Evaluation prädiktiver Faktoren beim Therapieabbruch sind dabei die folgenden relevant:

- **HAQ-S** (Helping Alliance Questionnaire; dt. Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995): Der Fragebogen erfasst in 12 Items die Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und die Zufriedenheit mit dem therapeutischen Ergebnis auf einer Skala von 1 bis 6. Er gibt ausserdem Auskunft über Aspekte zur Perspektivenerweiterung, zur Intensität der Problembearbeitung und zu positiven und negativen Emotionen während der Sitzung. Der Fragebogen kann sowohl durch die Patientin resp. den Patienten als auch durch die Therapeutinnen und Therapeuten beantwortet werden und ermöglicht eine Prozessmessung.

- **HAQ-F** (Gross & Riedel, 1995): Version des HAQ-S für die Therapeutinnen und Therapeuten.

- **FMP** (Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation; Schneider, Basler & Beisenherz, 1989): Der Fragebogen geht davon aus, dass die Psychotherapiemotivation aus dem Prozess des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung entsteht und gliedert sich in die Bereiche Krankheitserleben (Leidensdruck und Krankheitsgewinn), Behandlungserwartungen, Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie und Laienätiologie. Der Leidensdruck und der Krankheitsgewinn operationalisieren dabei das Krankheitserleben, das die affektive Komponente der Psychotherapiemotivation darstellt. Die Krankheitsverarbeitung hingegen - operationalisiert über Laientätiologie und Erwartungen, Erfahrungen und Einstellungen bezüglich der Therapie - repräsentiert das kognitive Element der Motivation. Der Fragebogen umfasst 47 Items, die durch die Patientinnen und Patienten auf einer 5-stufigen Likertskala eingeschätzt werden, und erlaubt eine Ergebnismessung.

- **CMOTS** (Client Motivation for Therapy Scale; Pelletier, Tuson & Haddad, 1997): Der Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation für die französischsprachigen Patientinnen und Patienten umfasst Skalen zur intrinsischen Motivation (Intrinsic Motivation), zur extrinsischen Motivation (Integrated Regulation, Identified Regulation, Introjected Regulation, External Regulation) und zur Demotivation (Amotivation) mit Werten von 1 bis 7. Die

Ergebnisse des Fragebogens finden in der statistischen Auswertung aufgrund der geringen Anzahl Datensätze allerdings keine Berücksichtigung.

- **SKID-I** und **SKID-II** (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; dt. Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997): Das Instrument dient der Abklärung der Diagnosekriterien für die verschiedenen psychischen Störungen der Achse I (SKID-I) und Achse II (SKID-II) nach DSM-IV. Achse I umfasst affektive Störungen, psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen, Achse II erfasst die 12 verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. Das Interview beinhaltet offene Fragen, die dem Interviewenden ermöglichen, schnelle und valide Diagnosen zu stellen, wobei Fragen zu Symptomen, die irrelevant sind, übersprungen werden. In der PAP-S wurde das Interview durch die Assessorinnen und Assessoren durchgeführt.

Durchführung der Untersuchung. Der Entschluss für die Durchführung der PAP-S wurde im Jahr 2004 durch die Charta für Psychotherapie getroffen. Der eigentliche Studienbeginn erfolgte nach 3-jähriger Designplanung im Jahr 2007 unter wissenschaftlicher Leitung des Departements für Angewandte Psychologie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und der Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität zu Köln. Die mitwirkenden Therapeutinnen und Therapeuten verpflichteten sich, während 2 Jahren alle mit einer Therapie beginnenden Patientinnen und Patienten für die Teilnahme anzufragen. In der jeweils ersten Therapiesitzung wurde für jede Patientin resp. jeden Patienten eine ID-Nummer generiert und der Entscheid über die Teilnahme an der Studie resp. die Begründung des Ausschlusses festgehalten. Für die Zusammenfassung der Daten wurde eine Liste geführt, die Auskunft über die Repräsentativität der Stichprobe gab. Bis zur 3. Therapiesitzung musste über die Teilnahme entschieden und eine Einverständniserklärung unterschrieben werden, vor der 5. wurde ein Prä-Assessment durchgeführt. Das Prä-Assessment fand in regionalen Assessment-Centern statt, wobei insgesamt 23 ausgebildete Assessorinnen und Assessoren das SKID I und SKID II Interview führten. Weiter erhielten die Patientinnen und Patienten unter anderem den FMP resp. den CMOTS und es wurden der HAQ-S und der HAQ-F ausgefüllt, die grundsätzlich nach jeder 5. Sitzung bearbeitet und an die Projektkoordinationsstelle weitergeleitet wurden. Für die vorliegende Studie wurde nur der jeweils erste Erhebungszeitpunkt, zu dem Daten beider Parteien vorliegen, berücksichtigt. Die Post-Messung erfolgte nach Abschluss, Abbruch oder Unterbrechung der Therapie. Ein Abbruch oder eine Unterbrechung musste der Projektkoordinationsstelle gemeldet werden, woraufhin entweder das Procedere eines regulären Therapieabschlusses angewendet wurde, wobei sich die Patientin resp. der Patient beim Assessment-Center meldete und einen Termin für das 2. Assessment vereinbarte, oder die Patientinnen und Patienten von der Projektkoordinationsstelle kontaktiert und zur Post-Messung eingeladen wurden. Ein Jahr nach

Therapieabschluss wurde durch die Assessorinnen und Assessoren ein 3. Assessment im Sinne einer Katamnese durchgeführt.

Statistische Verfahren. Bei der logistischen Regression wird im Gegensatz zur linearen Regression nicht von einem linearen Zusammenhang zwischen abhängigen und unabhängigen Variablen ausgegangen. Es wird vielmehr die Wahrscheinlichkeit ausgedrückt, mit der ein Ereignis eintritt oder nicht. Negative Koeffizienten führen bei steigenden x-Werten zu einer kleineren relativen Wahrscheinlichkeit, positive Koeffizienten wiederum zu einer grösseren. Es kann also keine direkte Aussage über die Beziehung der Variablen zueinander gemacht werden und es werden folglich nicht die Koeffizienten sondern die so genannten „Odds" zur Interpretation herangezogen. Das bedeutet, dass die relative Eintrittswahrscheinlichkeit steigt, wenn die unabhängige Variable um eine Einheit erhöht wird (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006). Vorgängig an die Analyse mit Hilfe der logistischen Regression wurden die Daten zusätzlich mit dem t-Test und dem Chi-Quadrat beschrieben. Das Signifikanzniveau lag bei $p = 0.05$.

Darstellung der Ergebnisse

Das folgende Kapitel bezieht sich auf die Beantwortung der Fragestellung. Einerseits werden Angaben zur Häufigkeit des Therapieabbruchs gemacht und die Stichprobe der abbrechenden Patientinnen und Patienten mit der jener Patientinnen und Patienten deskriptiv verglichen, die die Therapie nicht abgebrochen haben, andererseits werden Faktoren evaluiert, die in einem Zusammenhang mit dem vorzeitigen Therapieabbruch stehen.

Deskriptive Darstellung der Stichprobe

Aus der folgenden Tabelle 1 wird ersichtlich, dass 70 der insgesamt 362 Patientinnen und Patienten die Therapie gegen den Rat der therapeutischen Fachperson abgebrochen haben, woraus ein prozentualer Abbruchanteil von 19.3 % resultierte.

Tabelle 1
Häufigkeiten (Art des Abschlusses)

Variable	Häufigkeit	Gültige Prozente
im gegenseitigen Einvernehmen	210	58.0
auf Initiative der Patientin, gegen Rat der Therapeutin	70	19.3
auf Initiative der Therapeutin	11	3.0
keine Kostengutsprache der KK	3	0.8
Studienabschluss	68	18.8
Gesamt	362	100.0

Tabelle 2 zeigt eine Übersicht über die Anzahl und die Dauer der Therapiesitzungen in Minuten. Bei den Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben, lag die durchschnittliche Anzahl der Therapiesitzungen bei 47.35, das Minimum bei 3 und das Maximum bei 267 (n = 292). Bei den Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, lag die durchschnittliche Anzahl bei 21.14 Sitzungen, das Minimum bei 1 und das Maximum bei 139 (n = 70). Die durchschnittliche Dauer der Sitzungen lag bei der ersten Gruppe bei 59.07 Minuten, wobei die kürzeste Sitzung 50 und die längste 150 Minuten dauerte (n = 291). Bei der zweiten Gruppe lag die durchschnittliche Dauer mit 58.98 Minuten etwas tiefer und die kürzeste Sitzung dauerte 50 Minuten, die längste wiederum 90 Minuten (n = 64).

Tabelle 2

Anzahl und Dauer der Therapiesitzungen

	Nicht abgebrochen				Abgebrochen			
Variable	*n*	*M*	*Min*	*Max*	*n*	*M*	*Min*	*Max*
Anzahl Therapiesitzungen	292	47.35	3	267	70	21.14	1	139
Dauer der Sitzungen in Min.	291	59.07	50	150	64	58.98	50	90

Die Frequenz der Therapiesitzungen (Tabelle 3) ist bei beiden Gruppen unter der Tatsache zu beurteilen, dass es bei einigen Patientinnen und Patienten Mehrfachnennungen gab. Knapp 47 % der 292 erfassten Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben, kamen durchschnittlich einmal pro Woche zur Therapie, etwa 1 % kam mehrmals pro Woche, weitere rund 40 % kamen ein- bis zweimal pro Monat und etwa 18 % kamen unregelmässig. Bei den abbrechenden Patientinnen und Patienten (n = 70) waren es rund 54 %, die die Therapie einmal pro Woche besuchten, niemand kam mehrmals pro Woche, 20 % kamen ein- bis zweimal pro Monat und weitere 20 % kamen unregelmässig. Festhalten lässt sich hierbei, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die die Therapie unregelmässig besuchten, bei den Abbrechenden etwas höher war als bei der der anderen Gruppe.

Tabelle 3

Frequenz der Therapiesitzungen

	Nicht abgebrochen (n = 292)		Abgebrochen (n = 70)	
Variable	Häufigkeit	Gültige Prozente	Häufigkeit	Gültige Prozente
Durchschnittliche Frequenz: 1 x pro Woche	138	47.3	38	54.3
Durchschnittliche Frequenz: mehrmals pro Woche	3	1.0	0	0.00
Durchschnittliche Frequenz: 1 bis 2 x pro Monat	118	40.4	14	20.0
Durchschnittliche Frequenz: unregelmässig	51	17.5	14	20.0

In Bezug auf demografische Faktoren zeigt die folgende Tabelle 4, dass 61.9 % (n = 286) der Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben, zum Zeitpunkt der Erhebung in einer festen Partnerschaft lebten. Bei den Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, waren es 48.4 % (n = 64).

Tabelle 4
Partnerschaft

	Nicht abgebrochen (*n* = 292)		Abgebrochen (*n* = 70)	
Variable	Häufigkeit	Gültige Prozente	Häufigkeit	Gültige Prozente
Partnerschaft ja	177	61.9	31	48.4
Partnerschaft nein	109	38.1	33	51.6
Fehlend	6		6	

Gemäss Tabelle 5 waren 46.9 % der Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben, in einem Vollzeit- und 35.3 % in einem Teilzeitarbeitsverhältnis angestellt, 20.2 % gaben an, im privaten Haushalt zu arbeiten, 3.8 % waren krankgeschrieben, 9.2 % befanden sich in einer Ausbildung, 5.1 % waren arbeitslos und weitere 7.2 % waren berentet (*n* = 292). Von den 70 Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, waren 28.6 % in einem Vollzeit- und 32.9 % in einem Teilzeitarbeitsverhältnis angestellt, 20.0 % arbeiteten im eigenen Haushalt, weitere 11.4 % waren krankgeschrieben, 10.0 % befanden sich in einer Ausbildungssituation, 12.9 % waren arbeitslos und 7.1 % berentet. Auch hier gilt zu beachten, dass es Mehrfachnennungen gab.

Tabelle 5
Arbeitssituation

	Nicht abgebrochen (*n* = 292)		Abgebrochen (*n* = 70)	
Variable	Häufigkeit	Gültige Prozente	Häufigkeit	Gültige Prozente
Vollzeit	137	46.9	20	28.6
Teilzeit	103	35.3	12	32.9
Hausarbeit in eigenem Haushalt	59	20.2	14	20.0
Krankgeschrieben	11	3.8	8	11.4
In Ausbildung	27	9.2	7	10.0
Arbeitslos	15	5.1	9	12.9
Rente	21	7.2	5	7.1

In Bezug auf die Wohnsituation gab es ebenfalls Mehrfachnennungen. Tabelle 6 zeigt dabei folgendes Bild: Von den 292 Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben, lebten 37.3 % vorwiegend allein, 43.8 % zusammen mit ihrer Partnerin resp. ihrem Partner, 22.9 % mit den eigenen Kindern, 4.8 % mit der Herkunftsfamilie und weitere 7.2 % mit anderen. Von den 70 Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, lebten 34.3 % vorwiegend allein, 32.9 % mit der Partnerin resp. dem Partner, 24.3 % mit den eigenen Kindern, 5.7 % mit der Herkunftsfamilie und 8.6 % mit anderen zusammen.

Tabelle 6
Wohnsituation

	Nicht abgebrochen (*n* = 292)		Abgebrochen (*n* = 70)	
Variable	Häufigkeit	Gültige Prozente	Häufigkeit	Gültige Prozente
Vorwiegend allein	109	37.3	24	34.3
Mit Partner/in	128	43.8	23	32.9
Mit eigenen Kindern	67	22.9	17	24.3
Mit der Herkunftsfamilie	14	4.8	4	5.7
Mit anderen	21	7.2	6	8.6

Motivation und Therapieabbruch

Deskriptiv betrachtet liessen sich zum ersten Zeitpunkt der Messung der Psychotherapiemotivation gemäss Tabelle 7 folgende Unterschiede in den beiden Stichproben feststellen: Das Krankheitserleben der Stichprobe der Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben (*n* = 237), lag mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 2.53 (*SD* = 0.62) etwas tiefer als bei der anderen Gruppe (*n* = 53; *M* = 2.78; *SD* = 0.69). Bei den weiteren Skalenwerten verhielt es sich umgekehrt: Der durchschnittliche Wert für die Behandlungserwartungen lag bei der ersten Gruppe bei 4.40 (*SD* = 0.50) und bei der zweiten bei 4.16 (*SD* = 0.65). Für die Skala „Einstellung" wurde bei der ersten Gruppe ein Wert von 4.06 (*SD* = 0.45) berechnet, bei der zweiten Gruppe einer von 3.92 (*SD* = 0.41). Weiter wiesen die Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben, für die Skala „Initiative" einen Durchschnittswert von 4.19 (*SD* = 0.70) auf und diejenigen, die die Therapie abgebrochen haben, einen von 4.06 (*SD* = 0.75).

Tabelle 7
FMP Zeitpunkt 1 (Deskriptiv)

	Nicht abgebrochen (*n* = 237)		Abgebrochen (*n* = 53)	
Variable (Skala)	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Krankheitserleben	2.53	0.62	2.78	0.69
Behandlungserwartungen	4.40	0.50	4.16	0.65
Einstellung	4.06	0.45	3.92	0.41
Initiative	4.19	0.70	4.06	0.75

Für den zweiten Messzeitpunkt präsentierten sich die durchschnittlichen Skalenwerte gemäss Tabelle 8 wie folgt: Auch hier lag der Wert des Krankheitserlebens bei der Stichprobe der Patientinnen und Patienten, die nicht abgebrochen haben (*n* = 202), mit 2.12 (*SD* = 0.64) etwas tiefer als bei der anderen Gruppe (*n* = 18; *M* = 2.44; *SD* = 0.68). Der Durchschnitts-

wert der Skalen „Behandlungserwartungen“ kam bei der ersten Gruppe mit 4.33 (*SD* = 0.60) höher zu liegen als bei der zweiten (*M* = 4.03; *SD* = 0.50), ebenso der Wert der Skala „Einstellung“ (*M* = 4.08; *SD* = 0.47 resp. *M* = 3.82; *SD* = 0.43). Für die Skala „Initiative“ berechneten sich annähernd die gleichen Durchschnittswerte (*M* = 4.24; *SD* = 0.74 resp. *M* = 4.25; *SD* = 0.49).

Tabelle 8 *FMP*
Zeitpunkt 2 (Deskriptiv)

	Nicht abgebrochen (*n* = 202)		Abgebrochen (*n* = 18)	
Variable (Skala)	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Krankheitserleben	2.12	0.64	2.44	0.68
Behandlungserwartungen	4.33	0.60	4.03	0.50
Einstellung	4.08	0.47	3.82	0.43
Initiative	4.24	0.74	4.25	0.49

Auskunft über die Signifikanz der Mittelwertunterschiede gab eine bivariate Analyse, die mit Hilfe des t-Test durchgeführt wurde (Tabelle 15, Anhang A): In Bezug auf das Krankheitserleben zum Zeitpunkt der ersten Messung bestand ein signifikanter Mittelwertunterschied zwischen den Gruppen der abbrechenden und der nicht abbrechenden Patientinnen und Patienten, wobei die Variable bei der zweiten Gruppe eine höhere Ausprägung zeigte [$t(288) = -2.57, p = 0.01$]. Die Effektstärke d betrug -0.39 und ist als klein bis mittel einzustufen. Zum Zeitpunkt der zweiten Messung des Krankheitserlebens lagen die Werte der zweiten Gruppe ebenfalls signifikant höher als bei der ersten [$t(218) = -2.00, p = 0.05$] und es resultierte eine mittlere Effektstärke von $d = -0.49$. Die Behandlungserwartungen nahmen bei den Patientinnen und Patienten, die die Therapie weiterführten, einen signifikant höheren Wert zum Zeitpunkt der ersten Messung an [$t(66.8) = 2.53, p = 0.01$], die Effektstärke lag mit $d = 0.45$ im mittleren Bereich. Auch zum zweiten Zeitpunkt der Messung waren die Werte dieser Gruppe signifikant höher [$t(218) = 2.06, p = 0.04$] und auch hier ist die Effektstärke mit $d = 0.51$ als mittel zu interpretieren. Für die Variable „Einstellung“ ergaben sich für die Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben, zu beiden Messzeitpunkten signifikant höhere Werte [$t(288) = 2.01, p = 0.05$ resp. $t(218) = 2.25$, $p = 0.03$]. Zum ersten Zeitpunkt der Messung lag die Effektstärke *d* bei 0.31, zum zweiten Zeitpunkt bei 0.55. Die Werte sind als klein bis mittel resp. mittel einzustufen. Keine signifikanten Mittelwertunterschiede ergaben sich bei der Skala „Initiative“, weder zum ersten noch zum zweiten Messzeitpunkt [$t(288) = 1.26, p = 0.21$ resp. $t(218) = 0.46, p = 0.96$].

Beziehungszufriedenheit und Therapieabbruch

Eine deskriptive Analyse der Unterschiede der Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und dem therapeutischen Erfolg in den beiden Gruppen ergab gemäss Tabelle 9 folgendes Bild: Die Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben (n = 287), waren mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 5.40 (SD = 0.55) etwas zufriedener mit der therapeutischen Beziehung als die Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben (n = 59; M = 5.31; SD = 0.57). Auch die durchschnittliche Zufriedenheit mit dem therapeutischen Erfolg war bei der ersten Gruppe etwas höher (M = 4.42; SD = 0.77 resp. M = 4.40; SD = 0.82), wenn auch nur sehr gering. Die durchschnittliche Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten kam mit einem Wert von 4.68 (SD = 0.55) bei der Stichprobe der Patientinnen und Patienten, die nicht abgebrochen haben, ebenfalls höher zu liegen als bei der anderen Gruppe (M = 4.46; SD = 0.68) und auch der Erfolg aus therapeutischer Sicht wurde in der ersten Stichprobe besser eingeschätzt (M = 4.13; SD = 0.64 resp. M = 3.89; SD = 0.67). Auffallend ist, dass die Patientinnen und Patienten beide Dimensionen der Zufriedenheit höher bewertet haben als die Therapeutinnen und Therapeuten.

Tabelle 9
HAQ (Deskriptiv)

	Nicht abgebrochen (n = 287)		Abgebrochen (n = 59)	
Variable (Skala)	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Beziehung (Patient)	5.40	0.55	5.31	0.57
Erfolg (Patient)	4.42	0.77	4.40	0.82
Beziehung (Therapeut)	4.68	0.55	4.46	0.68
Erfolg (Therapeut)	4.13	0.64	3.89	0.67

Auch für die Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung wurde gemäss Tabelle 15 (Anhang A) eine bivariate Analyse durchgeführt: Die Einschätzungen der therapeutischen Beziehung [$t(344) = 1.12, p = 0.27$] und des Therapieerfolgs [$t(344) = 0.19, p = 0.85$] seitens der Patientinnen und Patienten wiesen keine signifikanten Mittelwertunterschiede auf, die Einschätzungen der Therapeutinnen und Therapeutinnen hingegen schon: In der Gruppe der nicht abbrechenden Patientinnen und Patienten schätzten die Therapeutinnen und Therapeuten die therapeutische Beziehung signifikant besser ein als in der anderen Gruppe [$t(344) = 2.66, p = 0.01$], dies mit einer kleinen bis mittleren Effektstärke von $d = 0.38$. Auch der therapeutische Erfolg wurde von den Therapeutinnen und Therapeuten bei der Gruppe der nicht abbrechenden Patientinnen und Patienten signifikant höher eingestuft [$t(344) = 2.60, p = 0.01$). Die Effektstärke lag mit einem Wert von $d = 0.37$ ebenfalls im tiefen bis mittleren Bereich.

Störungsbild und Therapieabbruch

Für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Störungsbild und Therapieabbruch wurden die Diagnosekriterien für die verschiedenen psychischen Störungen der Achse I und Achse II nach DSM-IV herangezogen. Die Häufigkeiten werden aus den Tabellen 10 und 12 ersichtlich. Tabelle 10 zeigt, dass unter den Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben (n = 284), bei 16.9 % eine Anpassungs-, bei 36.6 % eine affektive und bei 24.6 % eine Angststörung diagnostiziert wurde. Bei 13.7 % konnte keine Störung der Achse I festgestellt werden und bei weiteren 8.1 % lag ein anderes klinisches Bild vor. Von denjenigen Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben (n = 43), wurden bei 9.3 % Symptome einer Anpassungsstörung festgestellt, bei 41.9 % wurde eine affektive Störung diagnostiziert und bei 16.3 % eine Angststörung. Kein Störungsbild wurde 11.6 % zugeschrieben und bei weiteren 20.9 % der Patientinnen und Patienten wurde eine andere Diagnose der Achse I gestellt.

Tabelle 10
Häufigkeiten Achse I

		Abbruch		
		nein	ja	Gesamt
Anpassungsstörung	**Anzahl**	**48**	**4**	**52**
	% innerhalb von Abbruch	16.9 %	9.3 %	15.9 %
Affektive Störung	**Anzahl**	**104**	**18**	**122**
	% innerhalb von Abbruch	36.6 %	41.9 %	37.3 %
Angststörung	**Anzahl**	**70**	**7**	**77**
	% innerhalb von Abbruch	24.6 %	16.3 %	23.5 %
Keine	**Anzahl**	**39**	**5**	**44**
	% innerhalb von Abbruch	13.7 %	11.6 %	13.5 %
Andere	**Anzahl**	**23**	**9**	**32**
	% innerhalb von Abbruch	8.1 %	20.9 %	9.8 %
Gesamt	**Anzahl**	**284**	**43**	**327**
	% innerhalb von Abbruch	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Die Verteilung der prozentualen Häufigkeiten wird im folgenden Diagramm visualisiert und es kann folgendes dazu festgehalten werden: Den höchsten prozentualen Anteil innerhalb beider Stichproben bildeten Patientinnen und Patienten mit einer affektiven Störung, wobei der Anteil innerhalb der Gruppe der Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, grösser war als innerhalb der anderen. Den nächst grösseren Anteil bildeten Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung. Hierbei verhielt es sich jedoch umgekehrt - der Anteil der Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose war innerhalb der Gruppe der abbrechenden Patientinnen und Patienten kleiner als innerhalb der anderen. Es fällt weiter auf, dass sich innerhalb der Stichprobe derjenigen, die die Therapie weitergeführt haben, prozentual mehr Patientinnen und Patienten mit einer Anpassungsstörung befanden

als innerhalb der anderen Gruppe. Ein etwa ähnliches Verhältnis ergab sich, wenn keine Störung der Achse I festgestellt wurde. Für die Kategorie „Andere“ wiederum war der prozentuale Anteil dieser Patientinnen und Patienten innerhalb der Gruppe „Abbruch ja“ grösser als in der Gruppe „Abbruch nein“.

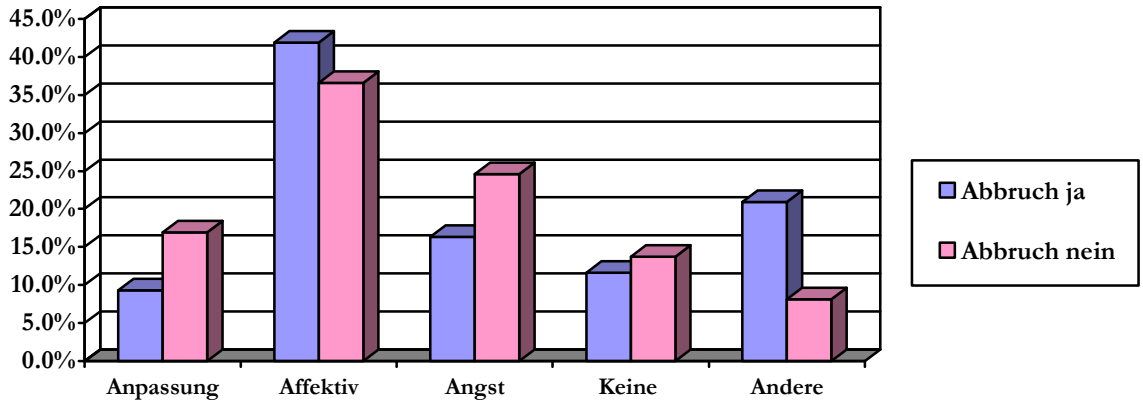

Abbildung 1. Häufigkeiten Achse I

Zur Überprüfung der Signifikanz der kategorialen Variablen wurde der Chi-Quadrat-Test herangezogen. Die folgende Tabelle 11 zeigt, dass der Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der Achse I und dem Abbruch resp. der Weiterführung der Therapie marginal signifikant war ($\chi^2 = 9.15$, $df = 4$, $p = 0.057$). Der Kontingenzkoeffizient zur Beschreibung der Effektstärke lag mit $C = 0.16$ im schwachen bis mittleren Bereich.

Tabelle 11
Chi-Quadrat-Test Achse I

	Wert	*df*	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9.15	4	0.057

Tabelle 12 zeigt die Verteilung der Diagnosen auf Achse II. 2.1 % der Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben ($n = 242$), wurden dem Cluster A zugeordnet, 11.2 % dem Cluster B und 29.8 % dem Cluster C. 57.0 % zeigten keine Auffälligkeit auf der Achse II. Unter den Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben ($n = 38$), zeigten 5.3 % eine Symptomatik des Clusters A, 26.3 % des Clusters B und 13.2 % eine des Clusters C. Bei 55.3 % lag keine Diagnose der Achse II vor.

Tabelle 12

Häufigkeiten Achse II

		Abbruch		
		nein	ja	Gesamt
Cluster A	**Anzahl**	**5**	**2**	**7**
	% innerhalb von Abbruch	2.1 %	5.3 %	2.5 %
Cluster B	**Anzahl**	**27**	**10**	**37**
	% innerhalb von Abbruch	11.2 %	26.3 %	13.2 %
Cluster C	**Anzahl**	**72**	**5**	**77**
	% innerhalb von Abbruch	29.8 %	13.2 %	27.5 %
Keine	**Anzahl**	**138**	**21**	**159**
	% innerhalb von Abbruch	57.0 %	55.3 %	56.8 %
Gesamt	**Anzahl**	**242**	**38**	**280**
	% innerhalb von Abbruch	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung anhand eines Diagramms: Innerhalb der beiden Gruppen „Abbruch ja“ und „Abbruch nein“ lag der prozentuale Anteil der Patientinnen und Patienten ohne Auffälligkeiten auf der Achse II in einem ähnlichen Bereich und bildete mit mehr als 50 % jeweils den grössten Prozentsatz. Die nächst grössere Gruppe bildeten Patientinnen und Patienten mit einer Cluster C - Störung. Hierbei war der Anteil dieser Patientinnen und Patienten innerhalb der Gruppe, die die Therapie nicht abgebrochen hat, grösser als innerhalb der anderen Gruppe. Beim Cluster B verhielt es sich umgekehrt: Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit diesem Störungsbild war innerhalb der Gruppe derjenigen, die abgebrochen haben, grösser als innerhalb der anderen Gruppe. Ausserdem bildeten Patientinnen und Patienten mit einer Cluster B - Störung innerhalb der Stichprobe der Abbrechenden verglichen mit den anderen Clustern den grössten Anteil. Der prozentuale Anteil der Patientinnen und Patienten, die dem Cluster A zugeordnet wurden, war innerhalb beider Gruppen der kleinste, wobei der Prozentwert innerhalb der Gruppe, die die Therapie abgebrochen hat, etwas höher zu liegen kam.

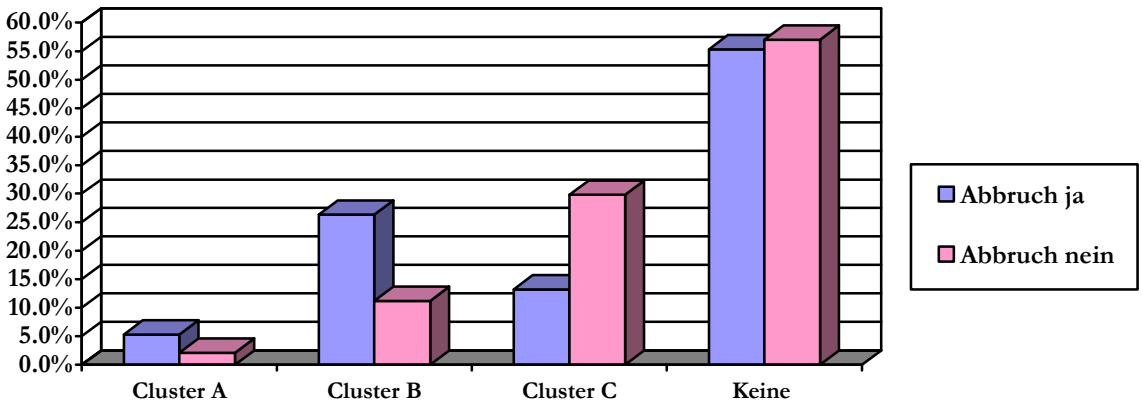

Abbildung 2. Häufigkeiten Achse II

Der Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der Achse II und dem Abbruch war gemäss folgender Tabelle 13 hoch signifikant ($\chi^2 = 10.36$, $df = 3$, $p = 0.016$). Die Effektstärke lag bei $C = 0.19$ und ist ebenfalls als schwach bis mittel einzustufen.

Tabelle 13
Chi-Quadrat-Test Achse II

	Wert	*df*	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	10.36	3	0.016

Logistische Regression

In der folgenden Regression wurde zur Datenanalyse eine logistische Verteilung verwendet. Dadurch kann die Richtung des Effekts bestimmt werden, resp. ob die unabhängige Variable einen positiven oder negativen Effekt auf die abhängige Variable hat. Es wurden alle Variablen in das Modell einbezogen (Tabelle 16, Anhang A). Das Pseudo R-Quadrat lag gemäss der folgenden Tabelle 14 bei 0.366 und zeigte somit, dass das verwendete Modell rund 37 % der Varianz erklären konnte. Dieser Wert bewegt sich in einem akzeptablen Bereich.

Tabelle 14
Logistische Regression Modellzusammenfassung

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	81.535a	.160	.366

Von den getesteten Variablen ergab sich nur für das Krankheitserleben zum ersten Messzeitpunkt ein signifikanter Wert ($p = 0.04$). Würde diese Variable um eine Einheit erhöht, stiege die Chance [Exp(B)], dass die Therapie abgebrochen wird, um 1.29. Die anderen getesteten Variablen wiesen entweder keine signifikanten Werte auf, oder das Konfidenzintervall schloss den Wert „1“ ein

Diskussion

Die vorliegenden Untersuchungen hatten zum Ziel, einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Risiko des Abbruchs der Psychotherapie und der Psychotherapiemotivation, dem Störungsbild und der Qualität der therapeutischen Beziehung zu evaluieren. Das folgende Kapitel beinhaltet eine Zusammenfassung und die Interpretation der Ergebnisse, die Beantwortung der Fragestellung, die Kritik am methodischen Vorgehen und die Formulierung weiterführender Gedanken.

Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die Schwierigkeit, Abbrüche in der Psychotherapie empirisch zu erfassen und zu erklären, liegt bereits in den vielfältigen Interpretationen der damit zusammenhängenden Begrifflichkeiten - wie etwa Therapieerfolg, Therapiemisserfolg oder Therapieabbruch - begründet und es liegt nahe, dass sich aus der Problematik der Definition gleichzeitig auch eine Problematik in der Messung ergibt, die weitgehend von der Operationalisierung abhängig ist (Breil et al., 2004). In Bezug auf den Abbruch legen einige Forschende für die Abgrenzung eine definierte Behandlungsdauer oder eine bestimmte Anzahl Therapiesitzungen fest (Wierzbicki & Pekarik, 1993), andere wiederum interpretieren den Abbruch der Therapie als Nichterscheinen zu einer oder mehreren vereinbarten Sitzungen. Oftmals wird die Beendigung der Therapie auch dann als Abbruch gewertet, wenn sie gegen den Rat der Therapeutin resp. des Therapeuten geschieht (Persons et al., 1988) oder wenn keine klinisch signifikanten Verbesserungen eingetreten sind (Swift et al., 2009). Dadurch wird nicht nur die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen erschwert, sondern es stellt sich überdies die Frage nach der Transparenz verschiedener Methoden und deren Wirksamkeitsüberprüfung anhand objektiv nachgewiesener Kriterien (Grawe et al., 2012). Es liegt zudem auf der Hand, dass die Abbruchraten entlang verschiedener Operationalisierungen variieren und sich nur ein ungenaues Bild zur Prävalenz vorzeitiger Therapiebeendigungen ergibt (Wierzbicki & Pekarik, 1993) - in neueren Studien liegen die Quoten breit gestreut zwischen 20 und 60 %. Dennoch ist es in der Psychotherapieforschung von evidenter Wichtigkeit, die relevanten Faktoren, die mit einem Abbruch der Therapie zusammenhängen, zu identifizieren (Lutz et al., 2004): Aus zahlreichen Studien geht hervor, dass die Dauer der Behandlung als konstanter Faktor für den Therapieerfolg gewertet werden kann (Daughters et al., 2005). Überdies entstehen durch hohe Abbruchraten finanzielle Einbussen, Zeitverluste, eine möglicherweise negative Reputation oder etwa Unzufriedenheit oder Unzulänglichkeitsgefühle bei der Therapeutin resp. dem Therapeuten (Pekarik, 1985a).

Die Prädiktoren, die mit einem Therapieabbruch zusammenhängen, präsentieren sich wie auch die Definitionen, Operationalisierungen und Häufigkeitsangaben sehr heterogen (Cinkaya et al., 2011), wobei demografische Faktoren sicherlich zu den am häufigsten unter-

suchten Variablen zählen (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Aus ökonomischer Perspektive erscheint dieser Ansatz zwar sinnvoll, der Komplexität des Therapieabbruchs wird damit allerdings nur kaum Rechnung getragen (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Eines dieser komplexeren Konstrukte ist die Psychological Mindedness, unter der ganz allgemein die Fähigkeit verstanden wird, zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten einen Sinnzusammenhang herzustellen und auf dem Hintergrund eigener Erfahrungen zu interpretieren (Lower et al., 1972). Weiter sind die Erwartungen über die Dauer, den Inhalt und die Ziele der Therapie häufig Gegenstand der Forschung (z.B. Pekarik, 1985a). In diesem Zusammenhang wurde unter anderem ermittelt, dass die Abbruchraten beispielsweise dann tiefer sind, wenn sich die Therapie über einen kurzen oder begrenzten Zeitraum erstreckt (z.B. Crits-Christoph, 1992), die Patientin resp. der Patient in seiner Perspektive der vorliegenden Problematik adäquat wahrgenommen wird (Epperson et al., 1983) und ein Konsens über die zu bearbeitenden Themen geschaffen werden kann (Tracey, 1986). Ein ebenfalls häufig vorzufindender Prädiktor in Verbindung mit Therapieabbrüchen ist die Motivation (Cinkaya et al., 2011), wobei Baekeland und Lundwall (1975) davon überzeugt sind, dass die Beweggründe für die Inanspruchnahme einer Therapie für deren Weiterführung hochrelevant sind. Auch Persönlichkeitseigenschaften werden häufig untersucht: Kotkov und Meadow (1953) beispielsweise eruierten einen Zusammenhang zwischen dem Therapieabbruch und einer eingeschränkten Fähigkeit, Stress auszuhalten und emotionale Beziehungen herzustellen, Pritz (1990) führt unter anderem spontane Aggressivität, emotionale Unreife und Selbstunsicherheit als Variablen an und Franz (1994) verbindet den Abbruch wiederum mit einer rigiden, zwanghaften Impulskontrolle. Eine weitere oftmals analysierte Variable ist das klinische Störungsbild. Auch wenn sich kein beständiger Zusammenhang zwischen einem spezifischen Störungsbild und dem Abbruchrisiko bestimmen lässt (Bados et al., 2007), lassen sich doch einige Beobachtungen festhalten: Gemäss diversen Forschungsergebnissen scheint eine erhöhte Angst- und Depressionssymtomatik mit der Weiterführung der Therapie zusammenzuhängen (z.B. Taulbee, 1958; Baekeland et al., 1973; Simon & Ludman, 2010), aus anderen Untersuchungen resultieren vor allem Substanzmissbrauch (z.B. Reis & Brown) und Essstörungen (z.B. Swift & Greenberg, 2012) als risikobehaftet und in wiederum anderen Studien imponieren Persönlichkeitsstörungen, die allgemein als anspruchsvoller zu behandeln gelten, als kritische Diagnosen (Cinkaya et al., 2011). Zuletzt lässt sich noch die therapeutische Beziehung als Prädiktorvariable für den erfolgreichen Verlauf einer Therapie heranziehen. Sharf et al. (2010) beispielsweise konnten erhöhte Abbruchquoten ermitteln, wenn die Beziehung als schwächer ausgeprägt zu beurteilen war. Andere Studien verzeichneten unter anderem einen Zusammenhang, wenn die Therapeutin resp. der Therapeut als weniger attraktiv und vertrauenswürdig eingeschätzt wurde (McNeill et al., 1987), sich die Patientinnen und Patienten weniger gemocht und respektiert fühlten (Mohl et al., 1991), sie weniger direktive Unterstützung erhielten (Kolb et al., 1985), unangenehme Gegenübertragungsgefühle wahrgenommen wurden (Beckham, 1992; Salzmann et al., 1970) oder etwa in den ersten Sitzungen keine tragfähige

Beziehung hergestellt werden konnte (Strupp & Binder, 1984; Bados et al., 2007). Wird davon ausgegangen, dass die therapeutische Beziehung in den Grundzügen bereits in den ersten Minuten geprägt wird, ist es für die Weiterführung der Therapie somit von Bedeutung, dass sich Therapeutinnen und Therapeuten eine reflektierte Grundhaltung aneignen (Lutz et al., 2004), die Patientinnen und Patienten in ihrer Problematik verstehen und sich um die Beziehungsarbeit bemühen (Zarbock, 2004). Auf der wissenschaftlichen Ebene schlagen Wierzbicki und Pekarik (1993) überdies vor, sich künftig vermehrt auf komplexe Interaktionsvariablen zu konzentrieren, um sich der Problematik der Therapieabbrüche anzunähern.

In den vorliegenden Untersuchungen, die auf den Daten der PAP-S basieren, wurden zur Erklärung des Abbruchrisikos die Psychotherapiemotivation, das klinische Störungsbild und die therapeutische Beziehung als Variablen herangezogen. Die Motivation wurde dabei über den Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP) operationalisiert, die therapeutische Beziehung über den Helping Alliance Questionnaire (HAQ) und das klinische Störungsbild wurde mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID-I und SKID-II) erfasst. Ein Abbruch lag dann vor, wenn die Beendigung der Therapie auf Initiative der Patientin resp. des Patientin und gegen den Rat der Therapeutin resp. des Therapeuten erfolgte.

Insgesamt ergab sich ein Gesamtsample von 362 Patientinnen und Patienten, wobei 19.3 % die Therapie abbrachen. Im Vergleich mit anderen Studienergebnissen lag dieses Resultat im unteren Bereich der berichteten Spannweiten. Deskriptiv lässt sich festhalten, dass die Dauer und die Anzahl der Therapiesitzungen bei den Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, etwas tiefer waren als bei der anderen Gruppe. Bei der Verteilung der Frequenz fällt auf, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die die Therapie einmal pro Woche besuchten, innerhalb der Gruppe der Abbrechenden etwas höher war als innerhalb der anderen Gruppe und der Anteil der Patientinnen und Patienten, die nur 1 bis 2 mal pro Monat einen Termin wahrnahmen, wiederum tiefer. Möglicherweise besteht hier ein Zusammenhang mit dem zeitlichen Aufwand. Überdies gab es innerhalb der Gruppe der abbrechenden Patientinnen und Patienten prozentual mehr Fälle, in denen eine unregelmässige Frequenz festgehalten wurde. Es ist denkbar, dass diese Patientinnen und Patienten keine konstante und tragfähige Beziehung etablieren oder vielleicht auch keine Verbesserungen erleben konnten. Da es Mehrfachnennungen gab, sind diese Feststellungen allerding nur von geringer Aussagekraft. In Bezug auf demografische Variablen fällt weiter auf, dass der Anteil der in einer festen Partnerschaft lebenden Patientinnen und Patienten innerhalb der Gruppe „nicht abgebrochen“ prozentual grösser war als der Anteil der alleinstehenden. Innerhalb der anderen Gruppe verhielt es sich umgekehrt. Mit dieser Tatsache könnte an die Beobachtungen von Baekeland und Lundwall (1975) angeknüpft werden, die in 19 untersuchten Studien einen Zusammenhang zwischen Ungebundenheit und dem Therapieabbruch feststellen konnten und in Bezug darauf eine eingeschränkte Fähigkeit, stabile Beziehungen aufrecht zu

erhalten, als Risikofaktor interpretieren. Weiter war die Arbeitssituation Teil der deskriptiven Beschreibung der Stichproben. Festzuhalten ist hierbei, dass der Anteil der Vollzeit- resp. Teilzeiterwerbstätigen innerhalb der Gruppe der Patientinnen und Patienten, die die Therapie regulär beendet haben, grösser war als in der anderen Gruppe. Ausserdem waren zum Zeitpunkt der Erhebung innerhalb der Stichprobe der Abbrechenden im Vergleich mit der anderen Gruppe prozentual mehr Patientinnen und Patienten krankgeschrieben oder arbeitslos. Eine mögliche Hypothese zur Erklärung dieses Resultats könnte lauten, dass die Aufrechterhaltung einer konstanten Tagesstruktur dazu beiträgt, regelmässige Termine zu vereinbaren und auch wahrzunehmen. Ausserdem ist es denkbar, dass bei längerer Arbeitslosigkeit oder Krankheit der Antrieb reduziert ist, was die Weiterführung der Therapie und das Aufbringen der damit verbundenen Anstrengungen erschwert. Bei der Betrachtung der Wohnsituation zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Frage nach einer festen Partnerschaft: Diejenigen Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Erhebungen zusammen mit der Partnerin resp. dem Partner lebten, bildeten innerhalb der Gruppe der Abbrechenden einen tieferen prozentualen Anteil als innerhalb der anderen Gruppe. Auch hier lässt sich möglicherweise ein Bezug zur Fähigkeit, stabile Beziehungen zu unterhalten, herstellen. Bei der Interpretation der demografischen Faktoren ist zu beachten, dass es oftmals Mehrfachnennungen gab, kein Test auf Signifikanz durchgeführt wurde und lineare Erklärungen als sehr spekulativen Charakters zu bewerten sind.

Bei der Evaluation der Psychotherapiemotivation als möglicher Prädiktor für den Abbruch der Therapie fällt unter anderem auf, dass das Krankheitserleben zum Zeitpunkt der ersten Erhebung einen signifikant höheren Durchschnittswert in der Gruppe der Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, aufwies. Überdies resultierte aus der logistischen Regressionsanalyse, dass das Risiko eines Abbruchs um 1.29 anstieg, wenn die Skala des Krankheitserlebens um eine Einheit erhöht wurde. Das Krankheitserleben bildet die affektive Komponente der Motivation und operationalisiert sich über den Leidensdruck und den sekundären Krankheitsgewinn. Die Motivation wird dabei reduziert, wenn der Krankheitsgewinn gross ist und gesteigert, wenn ein hoher Leidensdruck vorliegt (Platz & Senft, 2009). Erfährt also die Patientin resp. der Patient nur wenig Verständnis und Unterstützung aus dem sozialen Umfeld und werden die Beschwerden als belastend und gefährdend erlebt, ist die Motivation für die Psychotherapie grösser und die Behandlung wird eher weitergeführt. Umgekehrt neigen eher diejenigen Patientinnen und Patienten dazu, die Therapie abzubrechen, die bereits in ein empathisches soziales Netzwerk eingebunden sind und die vorliegende Symptomatik als weniger belastend bewerten. Auch zum zweiten Zeitpunkt der Erhebung war der Durchschnittswert für die Gruppe der Abbrechenden signifikant höher, allerdings zeigte die Analyse mit Hilfe der logistischen Regression keinen Einfluss der Motivation auf das Risiko des Therapieabbruchs. Was weiter zu beobachten war, war eine Reduktion der durchschnittlichen Skalenwerte für beide Gruppen im Vergleich der beiden

Messzeitpunkte. Möglicherweise hat die Therapie dazu beigetragen, das Krankheitserleben über die Verringerung des Leidensdrucks oder aber über ein gesteigertes Erleben von psychosozialer Unterstützung zu reduzieren. Die anderen Skalen der Psychotherapiemotivation übten gemäss der Resultate der logistischen Regressionsanalyse zwar keinen Einfluss auf das Risiko des Abbruchs aus, dennoch lassen sich einige Bemerkungen formulieren: Die Behandlungserwartungen lagen bei der Gruppe, die nicht abgebrochen hat, zu beiden Zeitpunkten durchschnittlich signifikant höher. Zwar konnte die Richtung des Effekts nicht bestimmt werden, dennoch liegt die Vermutung nahe, dass die Psychotherapie eher dann weitergeführt wird, wenn die Patientinnen und Patienten die optimistische Erwartung haben, dass die Therapie helfen wird und die Krankheit bewältigt werden kann. Diese Erwartungen wiederum sind eng gekoppelt an bisherige Erfahrungen und das vorherrschende Krankheitskonzept und gesellschaftliche Erklärungsansätze (Platz & Senft, 2009). Die Skala „Einstellung" erfasst unter anderem, inwieweit sich die Patientinnen und Patienten grundsätzlich mit dem Konzept der Psychotherapie auseinandersetzen, als wie sinnvoll Psychotherapie bewertet wird, ob der Besuch der Therapie vom sozialen Umfeld „akzeptiert" wird und ob die Therapie als zeitaufwändig und anstrengend wahrgenommen wird. Bei den Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, ergab sich für diese Skala zu beiden Messzeitpunkten ein signifikanter tieferer Wert. Auch hier konnte keine Effektrichtung festgestellt werden, es lässt sich aber dennoch in Betracht ziehen, dass die allgemeine Einstellung zur Psychotherapie mit dem Risiko des Therapieabbruchs zusammenhängt. Die letzte untersuchte Skala, die Teil des FMP bildet, ist die „Initiative". Dieses Konstrukt erfasst allgemein, wie gross die Eigeninitiative für Aufnahme und Weiterführung der Therapie ist. Auch wenn der Durchschnittswert der Gruppe, die die Therapie nicht abgebrochen hat, zumindest zum ersten Messzeitpunkt höher zu liegen kam als der der anderen Gruppe, lassen sich aufgrund mangelnder Signifikanz keine Schlussfolgerungen ziehen. Aussichtsvoll ist jedoch, dass sich die Werte für beide Gruppen im Verlauf der Therapie - ohne Signifikanzüberprüfung sondern rein aus deskriptiver Perspektive - erhöht haben.

Die Qualität der therapeutischen Beziehung wurde mit Hilfe des HAQ erfasst. Der Fragebogen evaluiert unter anderem, ob die Therapie als hilfreich angesehen wird, bei der Problembewältigung unterstützen kann und sich die Patientinnen und Patienten verstanden fühlen. Die Mittelwerte der Einschätzungen der Patientinnen und Patienten wiesen im Gruppenvergleich zwar keine signifikanten Mittelwertunterschiede auf, dennoch lässt sich deskriptiv festhalten, dass die Werte in der Gruppe der Patientinnen und Patienten, die die Therapie nicht abgebrochen haben, etwas höher waren als in der anderen Gruppe. Dies könnte als - wenn auch schwacher - Hinweis darauf verstanden werden, dass möglicherweise ein Zusammenhang besteht. Die Mittelwerte der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Erfolgs aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten lagen hingegen bei der ersten Gruppe signifikant höher als bei der zweiten. Auch wenn die logistische Regressions-

analyse keine siginifikanten Effekte ergeben hat und der Test auf Mittelwertunterschiede keine Interpretation der Richtung des Zusammenhangs zulässt, kann dennoch gemutmasst werden, dass der Abbruch der Therapie mit der Bewertung der therapeutischen Beziehung zusammenhängt - zumindest aus Therapeutensicht. Offenbar hatten die Therapeutinnen und Therapeuten bei den Patientinnen und Patienten, die die Therapie fortgesetzt haben, eher den Eindruck, helfen zu können und ein Gefühl von Verlässlichkeit zu vermitteln.

Aus der Überprüfung des Effekts des Störungsbildes nach DSM-IV auf den Therapieabbruch resultierten signifikante resp. knapp signifikante Zusammenhänge. Die Richtung des Zusammenhangs konnte jedoch weder für die Störungen der Achse I noch für diejenigen der Achse II bestimmt werden. Aus den Resultaten der logistischen Regression lassen sich ebenfalls keine Schlussfolgerungen über einen Einfluss der Diagnose auf den Therapieabbruch ziehen, dennoch können einige Auffälligkeiten deskriptiv festgehalten werden: Ein Vergleich innerhalb des spezifischen Störungsbildes erscheint wenig sinnvoll, da die Gruppen an sich schon unterschiedlich gross sind. Interessant könnte aber die Verteilung innerhalb der Gruppen sein, die in den Abbildungen 1 und 2 visualisiert wurde. Möglicherweise neigen Patientinnen und Patienten mit einer affektiven Störung eher dazu, die Therapie abzubrechen. Weiter ergaben sich Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patientin mit einer Anpassungs- und einer Angststörung die Therapie eher weiterführen. Für die Kategorie „Andere“ (Achse I) konnte überdies ermittelt werden, dass der Anteil der abbrechenden Patientinnen und Patienten höher war als der der fortführenden. Da keine weiteren Informationen zur jeweiligen Symptomatik vorlagen, kann über diese Kategorie jedoch keine Aussage getroffen werden. Für die Störungsbilder der Achse II ergab sich ein hochsignifikanter Zusammenhang, wobei über die Richtung des Effekts jedoch nur Mutmassungen angestellt werden können: Möglicherweise haben eine oder mehrere Cluster C-Störungen einen Einfluss auf die Weiterführung der Therapie resp. stehen nicht im Zusammenhang mit dem Risiko eines Abbruchs. Zu vermuten ist allerdings, dass Cluster B - Störungen einen Risikofaktor für den Abbruch der Therapie darstellen, ebenso wie Störungen des Clusters A.

Beantwortung der Fragstellung

Zur Beantwortung der Fragestellung muss bemerkt werden, dass die Auswertung der Daten sicherlich keine eindeutige Annahme der Hypothesen zulässt. Auf dem Hintergrund der Feststellung jedoch, dass der Abbruch der Psychotherapie ein sehr komplexes Phänomen ist, ist eine differenziertere Auseinandersetzung angezeigt. In einer ersten Hypothese wurde formuliert, dass der Abbruch der Therapie mit der Psychotherapiemotivation zusammenhängt. Die statistische Analyse der vorliegenden Daten konnte diese Annahme zumindest für das Krankheitserleben zum ersten Zeitpunkt der Messung bestätigen. Für die anderen Skalen - ausser für die Initiative - ergaben sich zwar keine signifikanten Effekte aus der Regressionsanalyse, immerhin war jedoch ein signifikanter Gruppenunterschied im Mittelwert zu bemer-

ken, der auf einen Zusammenhang hindeuten könnte. Wird zu den vorliegenden Ergebnissen die bestehende Forschung hinzugezogen, lässt sich nicht von der Hand weisen, dass der Motivation eine gewisse Relevanz für die Weiterführung der Therapie zugeschrieben werden muss. Vermutlich stehen statistische Ergebnisse allerdings in Abhängigkeit zu verschiedensten Faktoren wie etwa Operationalisierung, Datenstruktur und Messmethoden, was die Verifizierung eines linearen Zusammenhangs erschwert. Bei der therapeutischen Beziehung als Prädiktor für den Therapieabbruch ergibt sich ein ähnliches Bild: Die Einschätzung aus Sicht der Patientinnen und Patienten unterscheidet sich zwar im Gruppenvergleich, dies allerdings ohne signifikante Differenz. Die Einschätzung aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten wiederum unterliegt zwar einem signifikanten Mittelwertunterschied im Vergleich der beiden Gruppen, die logistische Regressionsanalyse konnte jedoch keinen Effekt auf den Therapieabbruch bestätigen. Dennoch sind sich Forschende weitgehend einig über die Bedeutsamkeit einer gelungenen therapeutischen Beziehung für die Weiterführung der Therapie. Möglicherweise stellt sich allerdings eine besondere Herausforderung in der Erfassung des komplexen Konstrukts und so ist es denkbar, dass statistische Resultate entlang verschiedener Operationalisierungen und Studiendesigns variieren. Der Einfluss eines spezifischen Störungsbildes auf den Abbruch der Psychotherapie konnte ebenfalls nicht durch die Regressionsanalyse demonstriert werden. Festhalten lässt sich jedoch aus den deskriptiven Beobachtungen, dass Hinweise darauf bestehen, dass Patientinnen und Patienten mit einer affektiven Störung die Therapie eher abbrechen. Unterstützt wird diese Annahme durch die Studie von Persons et al. (1988), in der ein hoher BDI-Score als Risikovariable interpretiert wurde. Allerdings liegen dazu auch gegenteilige Ergebnisse vor (z.B. Simon & Ludmann, 2010; Taulbee, 1958). Bei den Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten Angststörung kann festgehalten werden, dass diese in der Gruppe der abbrechenden Patientinnen und Patienten einen kleineren prozentualen Anteil bildeten. Die Annahme eines Zusammenhangs kann insofern gefestigt werden, als dass unter anderem Taulbee (1958) resümieren konnte, dass weniger ängstliche Patientinnen und Patienten die Therapie eher abbrachen und auch Baekland et. al (1973) halten fest, dass eine erhöhte Angst als Antrieb zur Aufnahme und Weiterführung der Therapie wirkt. Für Patientinnen und Patienten mit einer Anpassungsstörung ergaben sich zwar aus den Untersuchungen ebenfalls Hinweise darauf, dass das Vorliegen dieser Symptomatik mit der Weiterführung der Therapie zusammenhängt, bestätigt werden konnte diese Annahme aber weder durch die Regressionsanalyse bei der vorliegenden Stichprobe noch durch andere Forschungsergebnisse. Für die Störungen der Achse II kann festgehalten werden, dass der Unterschied in der prozentualen Verteilung vor allem für die Cluster B und C auffällig erscheint. Der Hinweis darauf, dass Patientinnen und Patienten, die dem Cluster C zugeordnet wurden, die Therapie eher weiterführen, hängt möglicherweise mit der Tatsache zusammen, dass diese Kategorie unter anderem selbstunsichere und dependente Persönlichkeitsstörungen einschliesst. Auch wenn sich in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen interaktionelle Schwierigkeiten ergeben können, erfahren gera-

de Patientinnen und Patienten mit einer selbstunsicheren oder dependenten Akzentuierung unter Umständen eine stabile und zuverlässige Beziehung, was die Weiterführung der Therapie begünstigen kann. Das Cluster C schliesst wiederum unter anderem die narzisstische und die Borderline-Persönlichkeitsstörung ein. Die Annahme, dass diese Patientinnen und Patienten eher abbrechen kann nicht nur durch die prozentuale Verteilung unterstützt werden, sondern auch durch die Forschungsergebnisse von Junkert-Tress et. al (2000) oder etwa Skodol et. al. (1983). Auch wenn sich also nur vage Resultate aus den statistischen Analysen ergeben, kann im Hinblick auf bestehende Forschungsergebnisse und theoretische Fachliteratur davon ausgegangen werden, dass es - wenn auch keine linearen - Interaktionen zwischen der Motivation, der therapeutischen Beziehung, dem Störungsbild und dem Abbruch der Therapie gibt, wobei das Erschwernis der differenzierten Erfassung dieser Prozesse unter anderem in der Komplexität der Konstrukte und der Thematik an sich liegt.

Kritische Stellungnahme

Als kritischer Einwand im Hinblick auf das methodische Vorgehen kann unter anderem angeführt werden, dass der Datensatz einige missings aufweist, was eine statistische Auswertung erschwerte. Vor allem die ohnehin schon eher kleinere Stichprobe der Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, wurde durch fehlende Werte minimiert. Überdies führten zwei nicht deckungsgleiche Versionen des Fragebogens zur Messung der Psychotherapiemotivation - eine französische und eine deutschsprachige - dazu, dass sich die Antwortzahl in der deutschsprachigen Version reduzierte und die Antworten der französischen aufgrund der geringen Anzahl gar nicht erst nicht in die Analysen mit einbezogen wurden. Aussagekräftigere Resultate ergeben sich grundsätzlich, wenn Mittelwertimputationen durchgeführt werden, wobei die Mittelwerte durch dieses Vorgehen allerdings verfälscht würden. Zu den eingesetzten statistischen Tests lässt sich bemerken, dass der t-Test und der Chi-Quadrat-Test zwar Hinweise auf Zusammenhänge darstellen können, über die Richtung des Zusammenhangs allerdings keine Aussage getroffen werden kann. Die Datenanalyse mit Hilfe der logistischen Regression bietet dahingegen zwar mehr Potenzial zur Erklärung, bedauerlicherweise konnte im Modell jedoch nur für die Skala „Krankheitserleben“ ein signifikanter Effekt nachgewiesen werden. Hierbei stellt sich die Frage, ob eine Anpassung der Datenstruktur und damit die Möglichkeit, andere statistische Verfahren einzusetzen, nicht eine differenziertere Analyse zulassen würde. Weiter bleibt in Bezug auf das Studiendesign offen, ob andere Messmethoden resp. Messzeitpunkte nicht auch zu anderen Ergebnissen führen würden und im Rahmen dessen nicht noch zusätzliche Instrumente verwendet werden sollten. Selbstverständlich ist dabei nicht von der Hand zu weisen, dass dieses Vorgehen mit einem erheblich grösseren Aufwand einhergehen würde, was dem Anspruch an Ökonomie und Probandenfreundlichkeit entgegenliefe. Ebenfalls zu den Messmethoden ist kritisch einzuwenden, dass der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation und die

SKID-I und SKID-II Interviews zwar durch externe Assessorinnen und Assessoren unter standardisierten Bedingungen durchgeführt wurden, der Helping Alliance Questionnaire jedoch innerhalb des therapeutischen Settings durch die jeweilige Therapeutin resp. den jeweiligen Therapeuten. Dieses Vorgehen trägt zwar dem naturalistischen Design Rechnung, es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass sich möglicherweise Ergebnisverwässerungen durch nicht kontrollierbare Testbedingungen ergeben haben. Weiter ist in diesem Zusammenhang kritisch einzuwenden, dass der Therapieabbruch über das Urteil der Therapeutin resp. des Therapeuten operationalisiert wurde, woraus sich die Frage nach der Reliabilität eröffnet. Um dem entgegenzuwirken wäre es denkbar, objektive Kriterien zu entwickeln entlang derer sich der Behandelnde orientieren kann, oder zusätzliche Variablen zu konsultieren, wie etwa die Anzahl Therapiesitzungen. Zuletzt ist noch anzuführen, dass die diagnostischen Interviews nur zu einem Zeitpunkt zu Beginn der Therapie geführt, für den Fragebogen zur Motivation Daten aus zwei Messzeitpunkten einbezogen und zur Überprüfung des Effekts der Qualität der therapeutischen Beziehung nur die Daten der jeweils ersten Messung verwendet wurden. Vermutlich würde es sich hier anbieten, den Verlauf differenzierter und längerfristiger zu beobachten und in die Analysen mit einzubeziehen.

Weiterführende Gedanken

Dass der Therapieabbruch ein komplexes Phänomen ist, sich nicht eindimensional erfassen lässt und den damit zusammenhängenden Variablen kein allgemeingültiger, linearer Effekt zugeschrieben werden kann, geht bereits aus den breit gestreuten Forschungsresultaten hervor und wurde mehrfach betont. Dennoch ergibt sich eine gewisse - zumindest theoretische - Sinnhaftigkeit aus der Überlegung, dass gerade Motivation und therapeutische Beziehung einen Einfluss darauf haben, ob Patientinnen und Patienten die Therapie weiterführen. Die wissenschaftliche Frage, die sich dabei stellt, ist nur, anhand welcher Kriterien adäquate Konstrukte der Motivation und der Beziehung entworfen werden können, die die zugrunde liegenden Prozesse abzubilden vermögen. Ausserdem bleibt in den vorliegenden Ergebnissen ungeklärt, inwiefern sich die Variablen gegenseitig beeinflussen, wobei es beispielsweise denkbar ist, dass eine gute therapeutische Beziehung gleichzeitig auch einen positiven Effekt auf die Motivation der Patientinnen und Patienten hat. Ähnlich verhält es sich bei der Evaluation klinischer Variablen. Hierbei besteht zwar grundsätzlich Einigkeit über die Operationalisierung aufgrund festgelegter Diagnosekriterien, es lässt sich aber darüber diskutieren, ob und wie sich die Dynamik des Störungsbildes auf das Risiko eines Therapieabbruchs auswirkt. Noch komplexer wird die Beschreibung, wenn Komorbiditäten vorliegen. Die methodische Lösung, die daraus resultiert, ist die Abgrenzung, d. h. die Forschungsergebnisse werden ausschliesslich unter dem Licht der zuvor definierten Rahmenbedingungen interpretiert. Das bedeutet aber, dass von Generalisierungen abgesehen und aus den vorliegenden Ergebnissen gefolgert werden muss, dass kein eindeutiger Zusammenhang zwischen

Motivation, Beziehung, Störungsbild und Therapieabbruch besteht. Dennoch ist nicht von der Hand zu weisen, dass in der Forschung weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, sich der Komplexität des Abbruchs anzunähern um dadurch präventive Überlegungen und Praxisimplikationen formulieren zu können.

Im Folgenden soll somit ebenfalls ein Versuch unternommen werden, die Ergebnisse auf dem Hintergrund der zusammengefassten Literatur und den vorliegenden Analysen in die therapeutische Praxis zu übertragen: Unter anderem scheint es im therapeutischen Setting unablässig, Risikofaktoren wahrzunehmen, um einen möglichen Abbruch zu verhindern. Die Frage, die daraus resultiert, lautet nur, wie sich diese Faktoren erkennen lassen und wie konkret damit umgegangen werden soll, wenn sie identifiziert wurden. Auf einige Risikovariablen - wie etwa demografische oder Persönlichkeitsfaktoren - kann dabei kein oder nur kaum Einfluss genommen werden, bei anderen wiederum könnte es von Bedeutung sein, genauer hinzusehen. Zu Beginn der Therapie ist es in diesem Zusammenhang sicherlich bereits ratsam, die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Therapie zu erfragen, die bisherigen Erfahrungen abzuholen und die Modalitäten des Settings aufzuzeigen. So kann verhindert werden, dass sich Missverständnisse in Bezug auf die Dauer, die Frequenz und andere strukturelle oder inhaltliche Rahmenbedingungen ergeben. Weiter scheint es hilfreich, die motivationalen Hintergründe für die Inanspruchnahme der Therapie festzuhalten und zu diskutieren. Dabei ist es denkbar, psychologische Testverfahren zur grundlegenden Evaluation und als Gesprächsbasis einzusetzen und es empfiehlt sich, den Verlauf im Sinne von wiederholten Standortbestimmungen zu beobachten. Auch der therapeutischen Beziehung sollte in der Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten einige Aufmerksamkeit gewidmet werden. Einerseits besteht auch hier die Möglichkeit, mit Fragebogen zu arbeiten, die - möglicherweise voneinander abweichenden - Einschätzungen zu besprechen und die Erwartungen der Patientin resp. des Patienten an die Beziehung wahrzunehmen. Andererseits ist es selbstverständlich unabdingbar, die eigene Haltung und Gefühle der Übertragung und Gegenübertragung zu reflektieren und bewusst eine professionelle und vertrauensvolle Beziehung zu etablieren. Je nach vorliegendem Störungsbild und aber auch grundsätzlich ist es überdies sinnvoll, die Beziehungsgestaltung der Patientin resp. des Patienten in der Therapie zu thematisieren und gemeinsam zu durchleuchten. Auch zu diesem Teilaspekt des therapeutischen Prozesses dient eine wiederholte Überprüfung dazu, ein stabiles Arbeitsbündnis aufrechtzuerhalten und dem Risiko eines Abbruchs entgegenzuwirken.

Auch wenn nun Risikofaktoren erkannt und Versuche unternommen wurden, diese bewusst zu bearbeiten, kann es dennoch vorkommen, dass die Unterstützung bei der Weiterführung der Therapie nicht gelingt oder Patientinnen und Patienten die Therapie aufgrund komplexerer oder auch weniger augenfälliger Umstände abbrechen. Dann ist es für die Therapeutin resp. den Therapeuten angezeigt, den Prozess zwar zu reflektieren, sich aber auch die innere Haltung anzueignen, dass die Gründe für den Abbruch nicht zwingend auf eige-

nen fehlerhaften Verhaltensweisen beruhen. Es ist überdies von Bedeutung zu berücksichtigen und auch zu respektieren, dass die Patientin resp. der Patient bei einer anderen Therapeutin resp. einem anderen Therapeuten möglicherweise die für sie oder ihn hilfreichere Unterstützung findet oder auch zeitweise aus anderen Gründen ganz auf therapeutische Begleitung verzichten möchte. Abschliessend lässt sich zur Praxisimplikation allerdings empfehlen, dass die vorliegenden Erkenntnisse nicht nur auf dem Hintergrund der Abbruchprävention im therapeutischen Prozess berücksichtigt werden sollten, sondern auch aus Überlegungen zur bestmöglichen Unterstützung in der alltäglichen Arbeit mit hilfesuchenden Patientinnen und Patienten.

Literatur

Acosta, F. X. (1979). Barriers between mental health services and Mexican Americans: An examination of a paradox. *American Journal of Community Psychology, 7,* 503-520. doi:10.1007/BF00894047

Affleck, D. C., & Garfield, S. L. (1961). Predictive judgments of therapists and duration of stay in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 17*(2), 134-137. doi:10.1002/1097-4679(196104)17:2<134::AID-JCLP2270170208>3.0.CO;2-3

Akhtar, S. (2013). *Weichenstellungen in Psychotherapien. Wendepunkte und Krisen im therapeutischen Setting.* Bern: Huber.

Allison, M., & Hubbard, R. L. (1985). Drug abuse treatment process: A review of the literature. *International Journal of the Addictions, 20,* 1321-1345. doi:10.3109/10826088509047770

Applebaum, S. A. (1973). Psychological mindedness: word, concept, and essence. *International Journal of Psychoanalysis, 54,* 35-46.

Archer, R., Forbes, Y., Metcalfe, C., & Winter, D. (2000). An investigation of the effectiveness of a voluntary sector psychodynamic counseling service. *British Journal of Medical Psychology, 73*(3), 401-412. doi: 10.1348/000711200160499

Arnow, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N., Thase, M. E., Kocsis, J. H., & Rush, A. J. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders, 97,* 197-202. doi:10.1016/j.jad.2006.06.017

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethode: Eine anwendungsorientierte Einführung.* Berlin: Springer.

Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive–behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology, 63*(6), 585–592. doi:10.1002/jclp.20368

Baekeland, F., Lundwall, L., & Shanahan, T. J. (1973). Correlates of patients attrition in the outpatient treatment of alcoholism. *Journal of Nervous and Mental Disease, 157,* 99-107. doi:10.1097/00005053-197308000-00002

Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin, 82*(5), 738-783. doi:10.1037/h0077132

Baum, O. E., & Felzer, S. B. (1964). Activity in initial interviews with lower-class patients. *Archives of General Psychiatry, 10,* 345-353. doi:10.1001/archpsyc.1964.01720220023006

Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45,* 247-267. doi:10.1037/0033-3204.45.2.247

Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut, 40,* 23-32.

Beckham, E. E. (1992). Predicting Patient Dropout in Psychotherapy. *Psychotherapy, 29*(2), 177-182. doi:10.1037/0033-3204.29.2.177

Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders.* New York: Guilford press.

Bergin, A. E. (1980). Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*(1), 95-105. doi:10.1037//0022-006X.48.1.95

Björk, T., Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S. & Norring, C. (2009). What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. *European Eating Disorders Review, 17,* 109-119. doi:10.1002/erv.911

Brandt, L. W. (1965). Studies of "dropout" patients in psychotherapy: A review of findings. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 2*(1), 6-12. doi:10.1037/h0088610

Breil, J., Joormann, J., Kosfelder, J., & Schulte, D. (2004). Lassen sich ungünstige von erfolgreichen Therapieverläufen in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen von Angststörungen frühzeitig differenzieren? In W. Lutz, J. Kosfelder & J. Joormann (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie* (S. 65-99). Bern: Huber.

Brill, N. Q., & Storrow, H. A. (1960). Social class and psychiatric treatment. *Archives of General Psychiatry, 3,* 340-344. doi:10.1001/archpsyc.1960.01710040010002

Butcher, J. N., & Koss, M. P. (1978). Research on brief and crisis oriented therapies. In S. L. Garfied & A. E. Bergins (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd ed., pp. 725-768). John Wiley & Sons: New York.

Campbell, M. A., Waller, G., & Pistrang, N. (2009). The impact of narcissism on drop-out from cognitive–behavioral therapy for the eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197,* 278-281. doi:10.1097/NMD.0b013e31819dc150

Cartwright, R., Lloyd, S., & Wicklund, J. (1980). Identifying early dropouts from psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 17,* 263-267. doi:10.1037/h0085920

Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *British Journal of Psychiatry, 177,* 107-111. doi:10.1192/bjp.177.2.107

Cinkaya, F., Schindler, A., & Hiller, W. (2011). Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40*(4), 224-234. doi:10.1026/1616-3443/a000121

Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 149,* 151-158.

Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 729-734. doi:10.1037/0021-843X.114.4.729

Davis, S., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2006). Identifying and targeting predictors of drop-out from group cognitive behaviour therapy. *Australian Journal of Psychology, 58,* 48-56. doi:10.1080/00049530500504096

Dohrenbusch, R., & Scholz, O. B. (2002). Zur faktoriellen und kriterienbezogenen Validität des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM40). *Diagnostica, 48*(3), 150-158. doi:10.1026//0012-1924.48.3.150

Epperson, D. L., Bushway, D. J., & Warman, R. E. (1983). Client self-terminations after one counselling session: Effects of problem recognition, consellor gender, and counselor experience. *Journal of Counseling Psychology, 30,* 307-315. doi:10.1037/0022-0167.30.3.307

Fischer-Klepsch, M., Münchau, N., & Hand, I. (2000). Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In: J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1, S. 191-203). Berlin: Springer.

Franz, M. (1994). Empirische Befunde zum Abbruch einer psychodynamischen Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 30,* 319-336.

Frayn, D. H. (1992). Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *American Journal of Psychotherapy, 46,* 250-261.

Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergins & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 190-228). John Wiley & Sons: New York.

Garfield, S. L. & Wolpin, M. (1963). Expectations regarding psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 137,* 353-362. doi:10.1097/00005053-196310000-00007

Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L. G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research, 8*(2), 190-209. doi:10.1080/10503309812331332307

Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (2012). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession.* Göttingen: Hogrefe.

Gross, A., & Riedel, W. P. (1995). *Therapieergebnis und Komplementaritaet in der Therapeut-Patient-Beziehung. Eine Analyse mit Hilfe von SASB.* Regensburg: Roderer.

Gunderson, J., Frank, A. F., & Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J. & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177,* 38-42. doi:10.1097/00005053-198901000-00006

Häcker, H.O. & Stapf, K.-H. (Hrsg.). (2009). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch.* (15., überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber.

Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 62-70. doi:10.1037/0022-006X.71.1.62

Heilbrun, A. B. (1982). Cognitive factors in early counseling termination: Social insight and level of defensiveness. *Journal of Counseling Psychology, 29,* 29-38. doi:10.1037/0022-0167.29.1.29

Holt, W. E. (1967). The concept of motivation for treatment. *American Journal of Psychiatry, 123,* 1388-1394.

Horner, M. S., & Diamond, D. (1996). Object relations development and psychotherapy dropout in borderline outpatients. *Psychoanalytic Psychology, 13*(2), 205-223. doi:10.1037//0736-9735.13.2.205

Hornstra, R., Lubin, B., Lewis, R., & Willis, B. (1972). Worlds apart: Patients and professionals. *Archives of General Psychiatry, 27,* 553-557. doi:10.1001/archpsyc.1972.01750280109018

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.) *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 25-69). New York: Oxford University Press. doi:10.1037/a0022186

Jacobi, F. (2001). Misserfolgsforschung in der Verhaltenstherapie. In R. Dohrenbusch & F. Kaspers (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin* (S. 323-346). Lengerich: Pabst.

Jacobi, F., Uhmann, S., & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40*(4), 246-256. doi:10.1026/1616-3443/a000122

Joe, G. W., & Simpson, D. D. (1975). Retention in treatment of drug users: 1971-1972 DARP admissions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2,* 63 - 71. doi:10.3109/00952997509002724

Jülch, F., Süss, H.-M., Langer, W., & Hippen, S. (2003). Vorhersage von Therapieabbrüchen alkoholabhängiger Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung. *Sucht, 49*(1), 19-27.

Junkert-Tress, B., Tress, W., Hildenbrand, G., Hildenbrand, B., Windgassen, F., Schmitz, N., Hartkamp, N., & Franz, M. (2000). Der Behandlungsabbruch - ein multifaktorielles Geschehen. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 50,* 351-365. doi:10.1055/s-2000-9098

Kanfer, F. H., & Goldstein, A. P. (1991). *Helping people change.* Pergamon Press: New York.

Kernberg, O. S. (1975). Transference and countertransference in the treatment of borderline patients. *Journal of the National Association Private Psychiatric Hospitals, 7,* 14-24.

Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4,* 443-453. doi:10.1007/BF01530764

Klauer, T., Maibaum, F., & Schneider, W. (2007). Selbst- und Fremdeinschätzung der Therapiemotivation als Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55*(1), 59-66. doi:10.1024/1661-4747.55.1.59

Kolb, D. L., Beutler, L. E., Davis, C. S., Crago, M., & Shanfield, S. B. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy, 22*(4), 702-710. doi:10.1037/h0085556

Kotkov, B., & Meadow, A. (1953). Rorschach criteria for predicting continuation in individual psychotherapy. *Journal of Consulting an Clinical Psychology, 17,* 16-20. doi:10.1037/h0054004

Lang, K., Koch, U., & Schulz, H. (2006). Abbrüche stationärer Psychotherapien. Lassen sich vor Behandlungsbeginn patientenseitige Prädiktoren bestimmen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35*(4), 267-275. doi:10.1026/1616-3443.35.4.267

Lewin, R. A., & Schulz, C. G. (1992). *Losing and fusing: Borderline transitional object and self relations.* Northvale: Aronson.

Lower, R., Escoll, P., & Huxster, H. (1972). Bases for judgements of analyzability. *Journal of the American Psychoanalysis Association, 20,* 610-621. doi:10.1177/000306517202000315

Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment.* Basic Books: New York.

Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A., Cohen, J., & Bachrach, H. M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin, 75,* 145-185. doi:10.1037/h0030480

Lutz, W., & Grawe, K. (2004). Therapieevaluation, ungünstige Behandlungsverläufe und Optionen zur Optimierung von Therapien: Grundlagen und Überblick. In W. Lutz, J. Kosfelder & J. Joormann (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie* (S. 43-63). Bern: Huber.

Lutz, W., Kosfelder, J. & Joormann, J. (Hrsg.). (2004). *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie.* Bern: Huber.

Maramba, G. G., & Nagayama Hall, G. C. (2002). Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 8*(3), 290-297. doi:10.1037/1099-9809.8.3.290

Mays, D. T., & Franks, C. M. (1985). *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it.* New York: Springer.

McCallum, M., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (1992). Dropping out from short-term group therapy. *Psychotherapy, 29,* 206-215. doi:10.1037/0033-3204.29.2.206

McNeill, B. W., May, R. J., & Lee, V. E. (1987). Perceptions of counsellor source characteristics by premature and successful terminators. *Journal of Counseling Psychology, 34*(1), 86-89. doi:10.1037/0022-0167.34.1.86

Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M., & Cordell, L. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal Nervous and Mental Disease, 179,* 478-481. doi:10.1097/00005053-199108000-00005

Mussgay, L., Terporten, G., Mans, E., Juergensen, R., Bast, H., Grothgar, B., & Rueddel, H. (2001). Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Der Einfluss von Persönlichkeit, Diagnose und Lebenssituation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 14,* 42-49.

Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 134-166). John Wiley & Sons: New York.

Overall, B. & Aronson, H. (1962). Expectations of psychotherapy in lower socioeconomic class patients. *American Journal of Orthopsychiatry, 32,* 271-272. doi:10.1111/j.1939-0025.1963.tb00376.x

Pekarik, G. (1985a). Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice, 16*(1), 114-123. doi:10.1037/0735-7028.16.1.114

Pekarik, G. (1985b). The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy, 22,* 87-91. doi:10.1037/h0088531

Pekarik, G. (1994). Effects of brief therapy training on practicing psychotherapies and their clients. *Community Mental Health Journal, 30,* 135-144. doi:10.1007/BF02188625

Pekarik, G., & Finney-Owen, K. (1987). Outpatient clinic therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout. *Community Mental Health Journal, 23,* 120-130. doi:10.1007/BF00757166

Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client Motivation for Therapy Scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment, 68,* 414-435. doi:10.1207/s15327752jpa6802_11

Persons, J. B., & Burns, D. D. (1985). Mechanisms of action of cognitive therapy: The relative contributions of technical and interpersonal interventions. *Cognitive Therapy and Research, 10,* 539-551. doi:10.1007/BF01173007

Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research, 12*(6), 557-575. doi:10.1007/BF01205010

Pittman, D. J., & Sterne, M. (1965). Concept of motivation: Sources of institutional and professional blockage in the treatment of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 26,* 41-57.

Platz, T., & Senft, B. (2009). Kann die Psychotherapiemotivation im Kontext stationärer psychiatrischer Rehabilitation erhoben werden? Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, *10*(2), 78-83.

Pritz, A. (1990). *Kurzgruppenpsychotherapie.* Berlin: Springer.

Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy, 36*(2), 123-136. doi:10.1037/h0087822

Reis, B. F., & Brown, L. G. (2006). Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(3), 311-316. doi:0.1037/0735-7028.37.3.311

Reneses, B., Muñoz, E., & López-Ibor, J. J. (2009). Factors predicting drop-out in community mental health centers. *World Psychiatry, 8,* 173-177.

Roback, H. B., & Smith, M. (1987). Patient attrition in dynamically oriented treatment groups. *American Journal of Psychiatry, 144,* 413-426.

Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., & Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology, 20*(1), 108–116. doi:10.1037/0893-3200.20.1.108

Rosenzweig, S. P., & Folman, R. (1974). Patient and therapist variables affecting premature termination in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 11,* 76-79. doi:10.1037/h0086321

Salmoiraghi, A., & Sambhi, R. (2010). Early termination of cognitive-behavioural interventions: Literature review. *The Psychiatrist, 34,* 529-532. doi:10.1192/pb.bp.110.030775

Salzmann, C., Shader, R. I., Scott, D. A., & Binstock, W. (1970). Interviewer anger and patient dropout in walk-in clinic. *Comprehensive Psychiatry, 11,* 267-273. doi:10.1016/0010-440X(70)90173-2

Schneider, W., Basler, H.-D., & Beisenherz, B. (1989). Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP). Weinheim: Beltz Test GmbH.

Schulz, H., Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Bürger, W., & Koch, U. (1999). Analyse von Behandlungsabbrüchen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand von Basisdokumentationen zweier Klinikträger. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 49,* 326-336.

Schulz, W. (1985). Therapeutische Misserfolge - Einführung in das Schwerpunktthema. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 4,* 349-353.

Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 637-645. doi:10.1037/a0021175

Simon, G. E., & Ludman, E. J. (2010). Predictors of early dropout from psychotherapy for depression in community practice. *Psychiatric Services, 61*(7), 684-689. doi:10.1176/appi.ps.61.7.684

Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy, 30*(2), 357-368. doi:10.1037/0033-3204.30.2.357

Skodol, A., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinical outpatients with borderline personality? *Journal of Nervous and Mental Disease, 171,* 405-410. doi:10.1097/00005053-198307000-00003

Smith, T. E., Koenigsberg, H. W., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Selzer, M. A. (1995). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 4*(3), 205-213.

Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgford-West, L., & Austin, J. (2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behaviour therapy for bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders, 28,* 209-214. doi:10.1002/1098-108X(200009)28:2 %3C209::AID-EAT10 %3E3.0.CO;2-L

Strupp, H. (1978). Psychotherapy research and practice: An overview. In S. L. Garfied & A. E. Bergins (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd ed., pp. 3-22). John Wiley & Sons: New York.

Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books.

Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist, 32,* 187-196. doi:10.1037/0003-066X.32.3.187

Sue, S., Fujino, D. C., Hu, L., Takeuchi, D. T., & Zane, N. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 533-540. doi:10.1037/0022-006X.59.4.533

Swift, J. K., Callahan, J., & Levine, J. C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46,* 328-355. doi:10.1037/a0017003

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *American Psychological Association, 80*(4), 547-559. doi:10.1037/a0028226

Taulbee, E. S. (1958). Relationship between certain personality variables and continuation in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 22,* 83-89. doi:10.1037/h0044354

Tracey, T. J. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 54*(6), 784-788. doi:10.1037/0022-006X.54.6.784

Von Wyl, A., Crameri, A., Koemeda, M., Tschuschke, V., & Schulthess, P. (2013). Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S): Studiendesign und Machbarkeit. *Psychotherapie-Wissenschaft, 3*(1), 6-22.

Waldinger, R., & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy, 38,* 190-202.

Waller, G. (1997). Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behaviour therapy for bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders, 22,* 35-41. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199707)22:1 %3C35::AID-EAT4 %3E3.0.CO;2-3

Westbrook, D., & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 1243-1261. doi:10.1016/j.brat.2004.09.006

Westra, H. A., Dozois, D. J. A., & Boardman, C. (2002). Predictors of treatment change and engagement in cognitive-behavioural group therapy for depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16,* 227-241. doi:10.1891/088983902780906355

Whitehorn, J. C., & Betz, B. J. (1960). Further studies of the doctor as a crucial variable in the outcome of treatment with schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry, 117,* 215-223.

Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190-195. doi:10.1037/0735-7028.24.2.190

Winder, C. L., Ahmad, F. Z., Bandura, A., & Rau, L. C. (1962). Dependency of patients‘ psychotherapists‘ responses and aspects of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 26,* 129-134.

Wingerson, D., Sullivan, M., Dager, S., Flick, S., Dunner, D., & Roy-Byrne, P. (1993). Personality traits and early discontinuation from clinical trials in anxious patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 13,* 194-197. doi:10.1097/00004714-199306000-00007

Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II.* Göttingen: Hogrefe.

Zarbock, G. (2004). Therapieabbruch und Misserfolg aus der Sicht des Therapeuten, Supervisors und Gutachters. In W. Lutz, J. Kosfelder & J. Joormann (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie* (S. 183-208). Bern: Huber.

Zielke, M., Dehmlow, A., Wülbeck, B., & Limbacher, K. (1997). Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer bei psychosomatischen Erkrankungen in der stationären Verhaltenstherapie. *Praxis Klinische Verhaltenstherapie und Rehabilitation, 37,* 22-56.

Zolik, E. S., & Hollon, T. N. (1960). Factors characteristic of patients responsive to brief psychotherapy. *American Psychologist, 15,* 287.

Anhang

Anhang A: Statistische Analysen

Anhang A
Statistische Analysen

Tabelle 15
Bivariate Analyse

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mit. Diff.	Standardfehler der Differenz	95 % Konfidenzintervall der Differenz	
	Varianzen sind...								Untere	Obere
Krankheitserleben ZP 1	gleich	1.023	.313	-2.572	288	**.011**	-.247	.096	-.436	-.058
	nicht gleich			-2.411	72.193	.018	-.247	.102	-.451	-.043
Beh.erwartungen ZP 1	gleich	6.657	.010	2.962	288	.003	.240	.081	.080	.400
	nicht gleich			2.532	66.820	**.014**	.240	.095	.051	.429
Einstellung ZP 1	gleich	.206	.650	2.008	288	**.046**	.136	.068	.003	.269
	nicht gleich			2.134	82.637	.036	.136	.064	.009	.262
Initiative ZP 1	gleich	.978	.323	1.261	288	.208	.136	.108	-.076	.348
	nicht gleich			1.210	73.827	.230	.136	.112	-.088	.360
Krankheitserleben ZP 2	gleich	.140	.708	-2.003	218	**.046**	-.317	.158	-.630	-.005
	nicht gleich			-1.915	19.821	.070	-.317	.166	-.663	.029
Beh.erwartungen ZP 2	gleich	1.582	.210	2.060	218	**.041**	.298	.145	.013	.583
	nicht gleich			2.401	21.617	.025	.298	.124	.040	.556
Einstellung ZP 2	gleich	.031	.860	2.247	218	**.026**	.258	.115	.032	.484
	nicht gleich			2.408	20.740	.025	.258	.107	.035	.480
Initiative ZP 2	gleich	2.398	.123	-.46	218	.963	-.008	.179	-.360	.343
	nicht gleich			-.065	24.629	.948	-.008	.126	-.269	.252

Beziehung (Patient)	gleich	.112	.738	1.116	344	.265	.088	.079	-.067	.242
	nicht gleich			1.084	81.302	.282	.088	.081	-.073	.249
Erfolg (Patient)	gleich	.040	.841	.188	344	.851	.021	.111	-.197	.239
	nicht gleich			.179	79.916	.858	.021	.116	-.211	.252
Beziehung (Therapeut)	gleich	3.345	.068	2.659	344	**.008**	.217	.082	.056	.377
	nicht gleich			2.305	74.173	.024	.217	.094	.029	.404
Erfolg (Therapeut)	gleich	.277	.599	2.602	344	**.010**	.241	.093	.059	.423
	nicht gleich			2.519	81.058	.014	.241	.096	.051	.431

Tabelle 16

Logistische Regression

Nagelkerkes R-Quadrat: 0.366

Variablen in der Gleichung

	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95 % Konfidenzintervall für EXP(B)	
FMP							Unterer Wert	Oberer Wert
Krankheitserleben ZP 1	1.290	.630	4.197	1	**.040**	3.633	1.057	12.482
Beh. Erwartungen ZP 1	.143	.683	.044	1	.834	1.154	.302	4.405
Einstellung ZP 1	-1.808	.985	3.371	1	.066	.164	.024	1.130
Initiative ZP 1	.618	.645	.920	1	.338	1.855	.525	6.562
Krankheitserleben ZP 2	.258	.597	.187	1	.666	1.294	.401	4.175
Beh. Erwartungen ZP 2	-.771	.593	1.690	1	.194	.462	.145	1.479
Einstellung ZP 2	-.530	.827	.411	1	.521	.589	.116	2.975
Initiative ZP 2	.955	.634	2.271	1	.132	2.599	.750	8.999
Achse I			3.391	4	.495			
Anpassungsstörung	-2.331	1.483	2.471	1	.116	.097	.005	1.778
Affektive Störung	-1.386	1.033	1.802	1	.179	.250	.033	1.892
Angststörung	-.788	1.188	.440	1	.507	.455	.044	4.666
Keine	-1.001	1.244	.648	1	.421	.368	.032	4.207
Achse II			.463	4	.977			
Cluster A	-.402	1.824	.049	1	.825	.669	.019	23.885
Cluster B	-.067	.896	.006	1	.941	.935	.161	5.420
Cluster C	-.575	.922	.389	1	.533	.563	.092	3.429

HAQ								
Beziehung (Patient)	.161	.697	.053	1	.817	1.174	.300	4.601
Erfolg (Patient)	.538	.506	1.128	1	.288	1.712	.635	4.617
Beziehung (Therapeut)	-.736	.728	1.021	1	.312	.479	.115	1.997
Erfolg (Therapeut)	-.721	.734	.966	1	.326	.486	.115	2.048
Konstante	3.016	5.147	.343	1	.558	20.400		

Tabelle 17

Codierung kategorialer Variablen

		Häufigkeit	Parametercodierung			
			(1)	(2)	(3)	(4)
Achse I	Anpassungsstörung	31	1	0	0	0
	Affektive Störung	79	0	1	0	0
	Angststörung	53	0	0	1	0
	Keine	27	0	0	0	1
	Andere	14	0	0	0	0
Achse II	Cluster A	5	1	0	0	
	Cluster B	25	0	1	0	
	Cluster C	46	0	0	1	
	Keine	106	0	0	0	

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: