

Beendigungsphase in der personenzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie

Dorothea Hüsson

Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Deutschland

Wie die Beendigungsphase einer Therapie gut gelingen kann, war bislang ein recht vernachlässigter Gegenstand psychotherapeutischer Reflexion. Gerade in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen will die Beendigungsphase gut bedacht und umgesetzt sein, zumal immer mehr Kinder und Jugendliche mit schmerzlichen und bedrohlichen Trennungserfahrungen aus ihren Familien konfrontiert sind. Bindungstheoretische und personenzentrierte Ansätze können ein neues und vertieftes Verständnis für diese letzte Therapiephase eröffnen. Eigenreflexion und Wahrnehmung spezifischer Hinweise erleichtern der Therapeutenperson, das Therapieende personenzentriert einzuleiten und so zu einem Gelingen der Beendigungsphase beizutragen. Kreative Anregungen veranschaulichen die gelungene Realisierung dieser Phase.

Schlüsselwörter: Beendigungsphase, Bindungstheorie, Therapieende, Fully functioning Person

Ending phase in person-centered therapy with children and adolescents. How to realize the ending phase of therapy successfully was up to now a rather disregarded subject of psychotherapeutic reflection. Especially in psychotherapy with children and adolescents the ending phase has to be well considered and well performed, because more and more children and young people are already confronted with their very painful and menacing experiences of separation in their own families. Theories of attachment and the person-centered approach are able to increase the significance and the comprehension for this last phase of psychotherapy. Self-reflection and the perception of concrete indications facilitate for the therapeutic person the introducing of the ending phase with the person-centered approach in order to contribute to a successful finish of therapy. Creative suggestions illustrate the successful realization of the ending phase.

Keywords: ending phase, theories of attachment, finish of therapy, fully functioning person

Jede Therapie findet nach Monaten oder Jahren ein Ende. Jede Therapie ist ein individueller Prozess und so gestaltet sich auch das Ende jeweils unterschiedlich. Doch trotz aller Unterschiedlichkeit ist es notwendig, sich mit der Bedeutung dieser Phase grundsätzlich und differenziert auseinanderzusetzen, sie bewusst zu reflektieren und so zu gestalten, dass sie für die Kinder, Jugendlichen, Bezugspersonen und auch für die Therapeutenperson¹ gelingen kann.

In der personenzentrierten Beratung und Therapie kommt der Beziehungsgestaltung und dem Beziehungsaufbau eine zentrale Bedeutung zu. Zahlreiche Literatur beschäftigt sich mit der Frage, wie ein Kontakt gelingen, wie eine zugewandte und einfühlsame Beziehung entstehen, wie es zur Selbstexploration beim Klienten kommen kann (Rogers, 1972; 2004; 2006).

Dorothea Hüsson, geb. 1959, Dipl. Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GwG), Akademische Mitarbeiterin an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd, Ausbilderin am Stuttgarter Institut für Gesprächspsychotherapie und Beratung; Therapeutische Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis

Korrespondenzadresse: dorothea.huesson@ph-gmuend.de

Demgegenüber beschäftigt sich jedoch nur eine sehr begrenzte Literatur mit der Bedeutung und Gestaltung der therapeutischen Abschlussphase und des therapeutischen Beziehungsendes (Wittorf, 1999; Uhlhorn, 2007). Diese begrenzte Form der Auseinandersetzung ist von daher erstaunlich, da es nicht nur eine sehr zentrale Frage sein sollte, wie gute Beziehungen aufgebaut, sondern wie therapeutische Beziehungen auf eine reflektierte und konstruktive Form auch wieder beendet werden können.

Besonders im Kinder- und Jugendpsychotherapiebereich sollte das Therapieende eingehend beachtet werden. Immer mehr Kinder haben heutzutage Beziehungsabbrüche durch Trennung und Scheidung der Eltern erlebt. Nicht immer verlaufen diese Trennungen reibungslos und ohne Spannungen. Zudem erleben Kinder auch im außerfamiliären Bereich wie in Schule, Krippe, Hort aufgrund des häufigen Personalwechsels immer wieder Beziehungsabbrüche. Soll das Therapieende nicht

1 Zur besseren Lesbarkeit wird auf weibliche bzw. männliche Schreibweise verzichtet und von der Therapeutenperson gesprochen.

ebenso zu einer enttäuschenden Beziehungs- und Trennungserfahrung werden, ist eine Auseinandersetzung und Reflexion über das gute Gelingen dieser Therapiephase unverzichtbar.

Die Therapeutenperson begleitet Kinder, Jugendliche und Familien oft über einen längeren Zeitraum (Stark, 2011) und wird schnell ein fester, regelmäßiger und wichtiger Bestandteil im Leben dieser Kinder, Jugendlichen und Familien. Mit der Aussage „Ich komm solange, bis du stirbst.“ drückt Lisa (5 Jahre) nach einer Therapiestunde sehr eindrücklich ihren Wunsch aus, dass die Therapie ewig dauern möge. Hier wird deutlich, welch hohen Wert die Therapie für das Kind hat. Und dennoch ist es eine wichtige Erfahrung und ein notwendiger Prozess, auch diese Therapie einmal zu beenden. Was geschieht in dieser Beendigungsphase? Wie kann die Ablösung gut gelingen? Worauf muss geachtet werden?

Abschied und Ende

Abschied und Ende als Alltagserfahrung

Suchen wir Synonyme für das Wort „beenden“, so finden wir Begriffe wie „trennen, abrechnen, aufhören, begrenzen, belassen, loslassen, abschließen, Schluss machen“ (Duden, 2004). Alle diese Begriffe beinhalten Aspekte des Verlustes und sind für viele Personen eher mit Trauer verbunden (Ley, 2011; Kast, 2012). Sie wirken belastend und bedrückend. Nur die Begriffe „fertig stellen, vollbringen, vollenden“ beinhalten eine positive Sichtweise des Geschehens. Hier wird deutlich, dass ein Ende auch abgerundet, gefüllt, gesättigt und gelungen sein kann. In der Reflexion des Abschiednehmens können wir Situationen unterscheiden, die stark mit Trauer und auch Angst verbunden sind, wie z. B. beim Tod eines Menschen oder beim Auszug der eigenen Kinder aus dem Elternhaus, und solche, in denen ein Abschied etwas Befreiendes hat, wie z. B. beim Ende einer Prüfung, einer Krankheit oder einer Anspannung. Abschied und Ende geschehen also meist im Spannungsverhältnis zwischen Erleichterung und Angst, Freude und Trauer (Ley, 2010).

Besonders gut wird diese enge Verbindung im Gedicht „Stufen“ von Hermann Hesse ausgedrückt. Der Literaturnobelpreisträger Hermann Hesse (Hesse, 2011, S. 187) hat sich in seinem berühmten Gedicht mit „Abschied“ und „Ende“ intensiv auseinander gesetzt:

*„Es muss das Herz bei jedem Lebensrufe
bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
um sich in Tapferkeit und ohne Trauer
in andre, neue Bindungen zu geben.“*

Hesses anthropologische Grundaussage verbindet den „Abschied“ mit dem „Neubeginn“. Dies ist nicht so selbstverständlich,

wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. Denn wenn der Abschied naht und konkret wird, fühlt sich die Abschied nehmende Person meist vom Eindruck des „Endes“, der schmerzlichen Trennung bedrückt. Die Wahrnehmung des Abschied Nehmenden ist meist rückwärts – in die Vergangenheit gewandt. Was nach dem Abschied kommt, bleibt oft ungewiss oder gar angstbesetzt (Rieber-Hunscha, 2005; Kast, 2012). Hesse öffnet die Wahrnehmung auf eine konstruktive Zukunft hin: er setzt in den Abschied bereits den Neubeginn. Dies ist auch für das Grundverständnis im psychotherapeutischen Prozess relevant: Abschied und Ende einer Psychotherapie kann demnach nicht als Abbruch oder Verlust, sondern als Neubeginn und Neustart verstanden und gestaltet werden. Wenn die schmerzlichen Trennungsgefühle verarbeitet sind, kann sich in der Person die Fähigkeit entwickeln, sich auf andere, neue Bindungen einzulassen und sich in neuen Beziehungsrahmen weiter zu entfalten. Wenn Hesse dann anschließt: „Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne, der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.“ spricht er dem, der Abschied nimmt, neuen Lebensmut zu. „Wohlan denn, Herz, nimm' Abschied und gesunde!“

Jedes Ende heißt Abschiednehmen. Ein Abschied beschreibt in der Regel einen Übergang zwischen verschiedenen Situationen, Zuständen und Lebensabschnitten. Er soll nicht als ein punktuell Ereignis verstanden werden, sondern ist von Prozesshaftigkeit gekennzeichnet. Er kann als Transformation eines Zustandes in einen Prozess gesehen werden. Abschied, Trennungen, Übergänge sind als verdichtete Entwicklungsanforderungen zu verstehen (Niesel, 2011). Sie beinhalten intensive und komplexe Erfahrungen, Belastungen und Chancen gleichzeitig. Maßgeblich beeinflusst werden Sie durch die Beteiligten, deren Erwartungen und deren subjektive Bedeutung.

Wird ein Abschied nicht vollzogen, besteht die große Gefahr, in der eigenen Lebensentwicklung zu stagnieren und nicht offen für neue Erfahrungen zu sein. Die von Rogers bezeichnete Selbst-Aktualisierungstendenz kennzeichnet das dem Menschen innewohnende notwendige Streben nach Wachstum und Reifung (Rogers, 2004).

Abschied und Ende in der Psychotherapie

In der Therapie muss die Beendigungsphase als Möglichkeit zur Entwicklung gesehen und eingeordnet werden. Besonders in der Spannung zwischen Loslassen und Neubeginn besteht die Chance des Reifens und Wachsens. Gelingt der Abschied, können Kinder und Jugendliche gestärkt und zuversichtlich den nächsten Entwicklungsschritt gehen und auf sie zukommende Aufgaben bewältigen und meistern.

Weder in der Fachliteratur noch in den meisten therapeutischen Ausbildungsgängen erhält die Abschiedsphase einen ebenso ausführlichen und differenzierten Stellenwert wie die Gestaltung des Erstkontaktes (Wittorf, 1999). Da es keine konzeptionellen Grundlagen für die Beendigungsphase gibt, wird sie oft zu wenig als therapeutische Chance gesehen und genutzt.

Freud blendet die Beendigung einer (Lehr-)Therapie völlig aus und setzt nur das selbstterminierte Ende als therapeutisches Mittel ein (Novick, 2008; Rieber-Hunscha, 2005). Er interpretiert das Thema in der Metapher des Schachspiels. Wittorf (1999, S. 18) beschreibt die Schachliteratur, in der formuliert wird, „dass Anfänger meist die Bedeutung der Schlussphase nicht realisieren und hauptsächlich auf die Eröffnung und die mittlere Phase achten. Dabei übersehen sie, dass in einer kreativen Endphase durchaus noch ein Sieg errungen werden kann, während fehlende Fähigkeiten gerade in dieser Phase über Sieg und Niederlage eines sonst guten Spiels entscheiden.“ Ferenczi (1984, S. 377) schrieb davon, dass Therapien „vor Erschöpfung sterben sollten“, und Rank erzeugte heftige Diskussionen mit seiner Aussage, dass ein Ende mit dem Geburtstrauma zu vergleichen sei und zur Bearbeitung gezielt herbeigeführt werden sollte (Müller-Ebert, 2001). Auch in der Verhaltenstherapie gibt es zum Thema kaum Fachliteratur. Rieber-Hunscha (2005) vermutet, dass in der Verhaltenstherapie die Symptomreduzierung gleichzeitig mit dem Ende einer Therapie gesehen wird und die Fokussierung auf die therapeutische Beziehung keinen größeren Stellenwert hat.

Rogers äußerte sich an keiner Stelle über das mögliche Ende einer Therapie. Ausgehend von dem Modell der „fully functioning person“ (Rogers, 1989) hat Rogers den Menschen in einem lebenslangen Prozess der Entwicklung gesehen, in dem die Therapie eine vorübergehende Begleitung darstellt, die jedoch den inneren Prozess der Entwicklung nicht beendet. Auch Bowlby hat sich trotz seiner intensiven Bindungsforschung und den Erkenntnissen einer guten Bindung nicht mit dem Abschluss einer Therapie bzw. der Trennung vom Therapeuten beschäftigt (Bowlby, 2010).

Abschied und Ende in der Personzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie

Auch in der Literatur der personzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie finden wir nur begrenzte Hinweise auf die Beendigungsphase. Götz (2002, S. 170) fasst das Thema in seinem Handbuch pragmatisch zusammen: „Bei der therapeutischen Beziehung handelt es sich um eine Beziehung, die früher oder später zu einem Ende kommen muss, und dies ist auch dem Kind verständlich zu machen.“ Auch Hockel (2011, S. 67) formuliert diese Phase mit einem Appell: „Grenzen markieren

Entwicklungsschritte und der Abschied am Ende einer Psychotherapie ist ebenso bedeutsam wie die Beziehungsaufnahme. Er muss gelingen.“ Jaede (1997) beschreibt die Spieltherapie in drei Phasen. In der ersten Phase geht es um Beziehungs- und Vertrauensaufbau. In Phase zwei stehen Inkongruenzerfahrungen und Konfliktbearbeitung im Vordergrund. In Phase drei geht es darum, die neu gewonnenen Stärken und Kompetenzen auf die Lebensbereiche außerhalb der Therapiestunde zu übertragen. Er vertraut darauf, dass Therapeut wie Klient wissen, wann es Zeit sei, die Therapie zu beenden. Reisel und Wakolbinger (2006) erkennen die Abschlussphase daran, dass Kind und Therapeutenperson Partner geworden sind. Sie begegnen sich gleichberechtigt mit je eigenen Wünschen, Gefühlen und Vorschlägen. Die Therapeutenperson ist am Ende aktiver, da das Kind aufgrund gewonnener Freiheit, sich stärker einbringen und auch abgrenzen kann. Das Verhältnis zueinander ist dialogisch geworden (Reisel & Wakolbinger, 2006). Riedel unterscheidet die Ablösungsphase von der Abschiedsphase und weist auf die geringere Dichte des konfliktbeladenen kindlichen Spiels hin (Riedel, 2002).

Meist taucht die Beendigungsphase in der Literatur der personzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie im Kontext von Einzelfalldarstellungen auf, ist jedoch kaum primärer Gegenstand der Betrachtung geschweige Forschung (Hockel, 2011; Riedel, 1997).

Bedeutung der Bindungstheorie für die Beendigungsphase im therapeutischen Setting

Eine Möglichkeit, die inneren Prozesse in der Beendigungsphase zu verstehen, bietet die Bindungs- und Säuglingsforschung. Bowlby, Ainsworth, Grossmann, Stern u. a. (Grossmann, K. E., & Grossmann, K., 2003) untersuchten das Bindungsverhalten von Kindern und verdeutlichten in umfangreichen Untersuchungsergebnissen, dass jedes Kind über ein angeborenes Bindungsverhalten verfügt und zu einigen bevorzugten Personen eine enge emotionale Bindung aufbaut. Erlebt das Kind diese Bezugspersonen als vertrauensvolle und sichere Basis, kann das Kind seine Umgebung erkunden und notfalls in beängstigenden oder Gefahrensituationen hilfeschend die Bezugspersonen aufsuchen. Diese Bindungserfahrungen werden im Laufe der Zeit verinnerlicht und bilden so genannte RIGs (**R**epresentations of **I**nteractions that have been **G**eneralized) die am besten mit „inneren Arbeitsmodellen“ zu umschreiben sind (Stern, 1994). Steht kein zuverlässiges Bindungsangebot zur Verfügung, entstehen unsichere Bindungsmuster, häufig mit dazugehörigen Störungsbildern. Bowlby (2010) betonte bereits die Bedeutung von Psychotherapie in der Form, dass der Therapeut dem Patienten als sichere Basis dienen soll.

Ein Kind, welches im Sinne der Bindungstheorie die psychotherapeutische Beziehung und Therapie als sichere Basis erlebt, wird in der Lage sein, die eigenen Inkongruenzen im Beisein dieser Vertrauensperson abzubauen. Die Selbstaktualisierung wird angestoßen und stimuliert, so dass das Kind immer mehr Gefühle in sein bestehendes Selbstkonzept integrieren kann. Es kommt zu tiefgreifenden Veränderungen im Selbstkonzept des Kindes; es lernt verschiedene Aspekte seiner Persönlichkeit in sein Selbstbild zu integrieren (Weinberger, 2001). Durch den Wandel des Selbstbildes entwickeln sich beim Kind Autonomie und ein wachsendes Gefühl von Selbstwirksamkeit. Das Kind wird offen für neue Anforderungen und ist bereit zur Bewältigung neuer Entwicklungsaufgaben. Das Kind erlebt Freude an der eigenen Kraft. Es entwickelt Vertrauen in den eigenen Organismus und erlebt ein Empfinden von seelischer Gesundheit. Es kommt im Sinne der Bindungstheorie und des Personenzentrierten Ansatzes zur Selbstaktualisierung und Selbstexploration (Fröhlich-Gildhoff, 2010). Das Kind zeigt zunehmend Interessen für Belange außerhalb der Therapie. Das Kind wird sich – gleich dem sicher gebundenem Säugling – immer mehr von der Bezugsperson, hier der Therapeutenperson, lösen und seinen eigenen Weg gehen können (Bolwby, 1988).

Wird ein Therapieende aufgrund von selbstexplorativen Verhaltensweisen ins Auge gefasst, so dürfte die Erfahrung einer sicheren Basis innerhalb der Therapie für das Kind stabilisierend genug gewesen sein, um die weiteren Autonomiebestrebungen auch ohne Therapie fortzuführen. Die innere, emotionale Organisationsstruktur (RIGs nach D. Stern, 1985) steht dem Kind als stabilisierende Instanz zur Verfügung, so dass eine weitere Entwicklung auch außerhalb der Therapie und ohne Therapeutenperson möglich wird.

Kinder, die in ihrem Leben keine sichere Bindung aufbauen konnten, haben in der Therapie die Möglichkeit, bisherige destruktive Bindungsmuster in einer neuen Beziehungserfahrung zu korrigieren. Bei diesen Kindern besteht in der Beendigungsphase die Gefahr der Destabilisierung. Abschied und Ende können bedingt durch alte Erfahrungen Ängste auslösen. Eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern während der Therapie kann diese Ängste auffangen.

Drückt das Kind seine Ängste und Sorgen bezüglich des Therapieendes aus, sollte sich die Therapeutenperson darüber Gedanken machen, ob das Kind bereits genügend Sicherheitserleben in der Therapie erfahren hat, bzw. ob die neu entwickelten Bindungsmuster schon stabil genug sind. Ängste und Sorgen können auch Bestandteile natürlicher Trauergefühle sein, die zum Abschiednehmen dazu gehören. Eine Therapie hat die Aufgabe, den Prozess der Bindung wie auch der Loslösung im Auge zu behalten und unterstützend zu begleiten.

Fragen, die sich jede Therapeutenperson stellen sollte, sind:

- *Wie viel Selbstsicherheit, Vertrauen in die eigenen Kräfte und wie viel Selbstwirksamkeit ist beim Kind mittlerweile vorhanden?*
- *Welche natürlichen Ängste zeigt das Kind beim Blick auf zukünftige Ereignisse?*
- *Wie kann und will es mit diesen Ängsten umgehen?*
- *Was benötigt es noch in der Therapie?*
- *Wie stabil sind die Bezugspersonen? Wie viel Unterstützung und Responsivität sind hier vorhanden?*

Hinweise auf den Beginn der Beendigungsphase

Wittorf (1999) schreibt, dass die Abschlussphase in der Therapie meist dann eingeleitet wird, wenn Therapeut und Klient über ein konkretes Ende der Therapie anfangen zu kommunizieren und endet mit dem letzten Termin. Rieber-Hunscha (2005, S. 10) setzt jedoch die Abschlussphase schon mit der Bewusstwerdung an, „wenn das Thema des Beendens kognitiv wahrnehmbar, direkt besprochen wird und in absehbarer Zeit zur Terminsetzung und Beendigung führt.“

In Anlehnung an Müller-Ebert (2001) werden im Folgenden diagnostische, interaktionelle, emotionale und prozessuale Hinweise aufgeführt, die als ein Zeichen für ein Therapieende im personenzentrierten Kontext verstanden werden können.

Diagnostische Hinweise

Ein Hinweis für ein nahendes Therapieende, ist die Reduzierung oder das Verschwinden von Symptomen. Die Symptomreduzierung ist für alle therapeutische Verfahren von Bedeutung, wird jedoch bei beziehungsorientierten Verfahren im Gegensatz zu Verhaltenstherapien anders gewichtet. Sie verstehen die Symptomreduzierung eher als Ende der Akutphase. Hört z. B. eine Jugendliche auf, sich zu ritzen, so bedeutet dies nicht automatisch, dass die Therapie nun erfolgreich beendet wird, sondern dass der akute Druck soweit nachgelassen hat, dass eine Auseinandersetzung mit den dahinter liegenden Krisen und Spannungen stattfinden kann. So steht in der personenzentrierten Psychotherapie die ganzheitliche Entwicklung der Persönlichkeit im Vordergrund und nicht der Abbau einzelner Symptome (Weinberger, 2001).

Neben der Symptomreduzierung sind die zu Beginn der Therapie formulierten Therapieziele auch ein Orientierungspunkt für das Beenden. Hier stellt sich immer die Frage, wie exakt sie erfasst wurden und wie messbar sie sind. Eine häufig gemachte Erfahrung in Therapien ist es, dass sich Therapieziele während des Prozesses laufend verändern und ständig angepasst werden müssen.

Beispiel: die 14-jährige Mona kommt in die Therapie mit dem Wunsch, ihre Blockaden gegenüber Mathematik abzubauen. Auf den Hinweis, dass hier keine Lerntherapie oder Nachhilfe stattfindet, sondern psychologische Aspekte im Vordergrund stehen, reagiert Mona zustimmend. Wir einigen uns also bei der Formulierung des Therapieziels dahingehend, dass sie erkennen möchte, was zu diesen Blockaden führt. Im Laufe der Therapie stellt sich heraus, dass diese Blockade in engem Zusammenhang zu ihrem Vater steht. Es findet in der Therapie eine intensive Auseinandersetzung mit der Person ihres Vaters statt, der vor 14 Jahren ihre Stiefschwester missbraucht hatte. Mit Fortschritt der Therapie wird erkennbar, dass nicht mehr die Tochter-Vater-Beziehung im Mittelpunkt steht, sondern ihre aktuellen eigenen Beziehungsmuster und ihre Probleme mit diesen. Als Therapieziel wird daraufhin neu formuliert, die Frage in den Mittelpunkt zu rücken, inwiefern hier Zusammenhänge und Parallelen existieren.

Letztendlich bleibt immer offen, inwiefern Therapieziele umfassend und zufriedenstellend erreicht wurden. Das eigene subjektive Empfinden der Kinder, Jugendlichen, Bezugspersonen und auch der Therapeutenperson spielt hier sicherlich eine große Rolle.

Interaktionelle Hinweise

Die Interaktionsweisen der Kinder und Jugendlichen bzw. der Eltern können Hinweise auf ein Therapieende geben. Verhaltensweisen wie Termine ausfallen zu lassen, Termine abzusa-gen, zu spät zu kommen, Vergessen oder auch unpünktliche Zahlungen können Auslöser sein, über die weitere Bedeutung der Therapie nachzudenken. Viele Therapeuten (Riedel, 2002; Reisel & Wakolbinger, 2007) beobachten eine Veränderung der eigenen Rolle gegen Ende der Therapie. So stellen sie eine geringere Rollendistanz fest, die sich darin zeigt, dass es zu einer größeren Selbstexploration auf Seiten der Therapeutenperson kommt. Ebenso stellen sie eine Themenverflachung fest, die sich in einer mangelnden Tiefe in den Inhalten und Gefühlen ausdrückt. Es wird mehr geplaudert oder über Sachthemen gesprochen. Beide fühlen sich wohl und zufrieden im Genießen der Begegnung, ohne dass die Schwierigkeiten und Probleme eine wesentliche Rolle spielen.

Emotionale Hinweise

Als weiteren Hinweis für ein mögliches Therapieende benennt Müller-Ebert (2001) das Erleben der eigenen Gefühle der Therapeutenperson. Wenn für die Therapeutenperson im Kontakt mit den Kindern, mit den Jugendlichen oder auch gegenüber den Eltern der Eindruck entsteht, als kreise sie immer wieder

um dieselben Inhalte, kann dies ein Indikator für die Beendigung der Therapie sein. Das Wiederholen von bereits durchgearbeiteten Themen erzeugt Gefühle wie Sättigung, Langeweile und Überdruß.

Prozessuale Hinweise

Auch Veränderungen innerhalb des Therapieprozesses können als Orientierung für ein Therapieende gelten. Die Themen nehmen quantitativ ab, es kommt zu alltäglichen Plaudereien, und die Kinder und Jugendlichen fühlen sich sichtlich wohler in ihrem Alltag. Insgesamt ist das Interesse der Kinder und Jugendlichen an ihrem Alltag größer geworden und neue Herausforderungen, neue Themen und Interessen außerhalb der Therapie werden wichtiger. Der Leidensdruck in der Familie lässt insgesamt nach, und die Kinder und Jugendlichen werden handlungs- und entscheidungsfreudiger. Ein ganz klarer und deutlicher Hinweis auf ein Therapieende ist der Wunsch des Kindes oder Jugendlichen, die Therapie beenden zu wollen.

Externe Faktoren für die Beendigung der Therapie sind bei Kindern und Jugendlichen viel häufiger als bei Erwachsenen vorzufinden. Neben der Finanzierung durch die Krankenkassen, werden manche Therapiekosten auch von Jugendhilfeträgern übernommen. Hier sind die Mittel jedoch oft sehr begrenzt und orientieren sich meist mehr an den finanziellen Möglichkeiten als an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen. Nicht zu unterschätzen sind auch Eltern, die aufgrund eigener emotionalen Belastungen nicht in der Lage sind sich auf das Kind und die Therapie optimal einzulassen. Dieses Thema bedarf aber wohl einer eigenständigen Fragestellung und Untersuchung

Diese externen Faktoren können für das Gelingen der Therapie eine sehr zentrale Rolle spielen. Tragisch und bedenklich wird es immer dann, wenn die inneren Entwicklungsschritte und Prozesse innerhalb des festgelegten Zeitrahmens noch nicht abgeschlossen werden konnten. Auch bei einer bewilligten Therapieverlängerung kann das Ende unter Umständen nicht mit der tatsächlichen therapeutischen Notwendigkeit übereinstimmen. Wohnortwechsel, Klinikaufenthalte und längere Krankheiten beim Kind oder Jugendlichen wie auch bei der Therapeutenperson können zu einem – manchmal abrupten – Therapieende führen.

Gelingen der Beendigungsphase in der Therapie

Letztendlich dient die aktive Beendigungsphase dazu, die Entwicklungsprozesse aller Beteiligten zu reflektieren und die Beziehung zwischen Therapeutenperson und Klienten zu lösen.

Folgende Überlegungen können den Prozess der Beendigung hilfreich unterstützen.

Strukturelle Überlegungen

Die Studie über die Abschlussphase von Psychotherapien von Wittorf (1999) zeigt auf, dass in der Gesprächspsychotherapie das Therapieende von der Therapeutenperson eher ungern angesprochen wird. Hier wird der personenzentrierte Ansatz so verstanden, dass das Ansprechen des Therapieendes eher von Seiten des Klienten erfolgen sollte. Die Studie zeigt weiter auf, dass die Beendigungsphase in der Regel ein längerer Prozess ist, der ca. 15 % der Gesamtzahl der Therapiestunden ausmacht. Bei einer 60 Stunden umfassenden Therapie würden also ca. neun Sitzungen für die Abschlussphase eingeplant.

Da in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen nicht nur diese, sondern auch die Eltern oder auch Jugendhilfeträger als Partner auftreten, liegen hier komplexere Beendigungsbedingungen vor. Es geht also nicht nur darum, das richtige Ende für das Kind zu finden, sondern ebenso die Bedürfnisse, Interessen und Wünsche der Bezugspersonen im Blick zu haben und auch hier ein gemeinsam befriedigendes Ende zu finden. Im günstigsten Falle sind diese Vorstellungen identisch. Es muss jedoch auch klar sein, dass die Interessen und Bedürfnisse der Eltern und die des Kindes sehr unterschiedlich sein können. Fallen hier die Wünsche unterschiedlich aus, müssen in gemeinsamen Gesprächen die unterschiedlichen Bedürfnisse der Beteiligten Raum und Wertschätzung erhalten. Auch die therapeutische Einschätzung sollte in das Gespräch eingebracht werden. Die große Herausforderung besteht darin, im Interesse des Kindes, unter Berücksichtigung der Elterninteressen und den realen Gegebenheiten eine Entscheidung zu treffen, der alle zustimmen können.

Steht ein Therapieende an, so ist zunächst die Frage zu beantworten, ob zuerst mit den Eltern oder mit dem Kind gesprochen werden soll. Da es um das Kind geht, wäre es richtig, mit ihm zu beginnen. Da die Eltern jedoch in therapiebegleitenden Elterngesprächen über den Therapieverlauf informiert werden und häufig Fragen zum weiteren Verlauf stellen, ergibt es sich viel eher in diesen Gesprächen die Frage nach dem Therapieende. Wird zunächst mit den Eltern gesprochen, sollte gut bedacht werden, wer dem Kind diese Überlegung über das Ende mitteilt. Hier besteht die Gefahr, dass das Kind sich übergangen fühlt. Es ist also an dieser Stelle wichtig, sehr feinfühlig und behutsam vorzugehen, um einvernehmlich mit dem Kind in diese Abschiedsphase zu treten.

In der Therapie mit Jugendlichen sollte immer das Therapieende mit den Jugendlichen direkt besprochen werden. Ein Übergehen ihrer Bedürfnisse widerspricht ihren altersbedingten Autonomiewünschen.

Zeitliche Planung

Die meisten Therapieansätze gestalten die Therapieabschlussphase durch eine Therapieintervallverlängerung. Die Termine werden in einem 2- bis 3-wöchigem Abstand vereinbart. Es findet ein ausschleichendes und niederfrequentiertes Arbeiten statt (Wittorf, 1997). Die Kinder und Jugendlichen können sich so an ein geringeres Therapieangebot gewöhnen und eine Loslösung aus der Therapiebeziehung wird einfacher.

Das tatsächliche Ende sollte auf dem Hintergrund anstehender Veränderungen im Leben des Kindes geschehen. In den letzten Therapiestunden sollte immer wieder an das bevorstehende Ende erinnert werden.

Bezugnehmend auf die oben ausgeführten bindungstheoretischen Überlegungen ist es sinnvoll, dem Kind oder Jugendlichen die Möglichkeit einer späteren Kontaktaufnahme in Krisenzeiten anzubieten. Viele Therapeuten bieten deswegen zusätzlich Stütztermine für evtl. Krisen- und Notfallsituationen nach einer abgeschlossenen Therapie an.

Bewährt hat sich auch die Übergabe eines Gutscheines für drei weitere Therapiesitzungen. Das Kind darf diese je nach Situation und Empfinden einlösen. In der Regel bieten diese Gutscheine eine Sicherheit für das Kind, in Not wieder hilfesuchend auf die Therapeutenperson zugehen zu können. Meist löst das Kind den Gutschein gar nicht ein, weil allein der Besitz des Gutscheines dem Kind die nötige innere Sicherheit und Autonomie verleiht. Das fängt Ängste auf und wirkt stabilisierend auf das Kind. Der Abschied wird leichter, da notfalls immer noch eine Kontaktmöglichkeit zur Therapeutenperson besteht.

Einleitung der Beendigungsphase

Soll die Beendigungsphase eingeleitet werden, ist es hilfreich und sinnvoll sich mit den bisherigen Trennungserfahrungen des Kindes und Jugendlichen auseinander zusetzen.

- Welche Trennungen, Abschiede und Übergänge hat das Kind, der Jugendliche bisher erlebt?
- Wie sind diese abgelaufen?
- Wie und was berichtet das Kind, der Jugendliche darüber?
- *Welche Bedeutung haben diese Trennungen und Abschiede für das Kind, den Jugendlichen?*

Reale Trennungssituation und Übergänge innerhalb der Therapie wie z. B. Urlaubssituationen, Krankheitsphasen sollten von der Therapeutenperson aufmerksam und genau beobachtet werden. Hier zeigen sich bereits konkrete Reaktionsmuster des Kindes darüber, wie es mit Trennungssituationen umgehen könnte.

Auch mit den Eltern sollte die Beendigungsphase gut besprochen und vorbereitet werden. Das bevorstehende Therapieende

kann bei vielen Eltern Ängste über die weitere Entwicklung des Kindes auslösen, speziell Ängste und Sorgen vor erneuten Krisen und Rückschläge. Es kann für die Eltern erleichternd und stabilisierend sein, wenn sie die Möglichkeit erhalten, nach Therapieende bei Bedarf einzelne Beratungsstunden in Anspruch nehmen zu können. Dies kann in Beratungsstellen oder anderen Einrichtungen unkomplizierter angeboten werden als bei einer freiberuflichen Therapietätigkeit. Eine unterstützende Elternberatung kann in Krisen das Familiensystem stützen und eine weitere therapeutische Behandlung vermeiden.

Reflexion in der Beendigungsphase

Die letzte Phase beinhaltet die Chance auf einen intensiven Reflexionsprozess. Deshalb sollte sich die Beendigungsphase nicht allein auf ein Ritual in der letzten Therapiestunde reduzieren. Hier geht es um die Würdigung der Fortschritte und der Entwicklung während der gemeinsamen Zeit des Therapieprozesses wie auch um die Gefühle von Trauer, Sorge, Erleichterung oder Freude, die sich mit dem Ende vielleicht einstellen. Gleichzeitig sollte die Beendigungsphase einen Blick in die Zukunft werfen. Hier finden Schlussdiagnostik, Evaluation und Bilanzierung mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern ihren Platz.

Die Reflexion dient der Bewusstwerdung vollzogener Entwicklungsschritte. Folgende Fragen können dabei im Gespräch mit den Kindern/Jugendlichen dienlich sein:

- Was ist hier in der Therapie passiert?
- Wie ging es mir zu Beginn? Was hat mich damals bedrückt und beschäftigt?
- Wie geht es mir heute?
- Was hat sich im Alltag und bei mir verändert?
- Wo erlebe ich mich gereifter und stärker?
- Haben sich meine Erwartungen erfüllt?
- Wo stehe ich heute im Hinblick auf meine Ziele? Wie haben sich diese Ziele verändert?
- Was ist auch heute noch schwer für mich?
- Wie empfinde ich die Beziehung zur Therapeutenperson? Wie hat sich diese verändert?

Im nächsten Schritt ist es hilfreich, ressourcenorientiert in die Zukunft zu blicken. Hier können folgende Fragen gestellt werden:

- Welche Stärken habe ich entwickelt, die mir in Zukunft bei der Bewältigung von Krisen und Problemen helfen können?
- Was ist mir wichtig geworden für meine Zukunft?
- Was hilft mir, mich daran zu erinnern?
- Was möchte ich noch in der restlich verbleibenden Therapiezeit tun? Was ist mir jetzt noch wichtig?

Auch in der Zusammenarbeit mit den Eltern sollte die Beendigungsphase bewusst gestaltet werden. Auch hier wird eine intensive Reflektion angeregt. Fragen und Inhalte im Elterngespräch können ähnlich wie beim Kind sein. Zusätzliche Fragen können sein:

- Wo bin ich in meiner Elternaufgabe gereift? Wo fühle ich mich in meiner Elternaufgabe jetzt stärker?
- Was nehme ich als eine wichtige Erfahrung mit?
- Welche Befürchtungen und Sorgen bleiben zurück?
- Wie kann ich diesen begegnen und mit diesen umgehen?

Werden Termine immer wieder abgesagt oder nicht wahrgenommen, ist es manchmal schwierig, noch einen Beendigungsprozess so zu gestalten, dass eine ausführliche Reflexionsphase stattfindet. Ein Abschlussgespräch sollte jedoch auf jeden Fall erfolgen.

Kreative Impulse bei der Reflexion in der Beendigungsphase

Da sich Kinder weniger über Sprache ausdrücken, sind kreative Möglichkeiten in diesem Prozess hilfreich und unterstützend. Folgende Ideen können anregend wirken und die Ausdrucksmöglichkeit des Kindes oder Jugendlichen vergrößern.

- Das Kind erhält die Aufgabe: „Male ein Bild mit dem Thema: So ging es mir früher – So geht es mir heute.“ Die Aufgabe kann auch verändert werden, indem Spielfiguren für die Darstellung von ‚Früher‘ und ‚Heute‘ benutzt werden.
- Das Kind erhält die Aufgabe, die eigene Familie in Tieren darzustellen. Anschließend wird gemeinsam überlegt, eventuell mit Hilfe alter Aufzeichnungen, inwiefern sich in der Darstellung der Familie etwas verändert hat. Die Darstellung vereinfacht es dem Kind – sozusagen auf der Metaebene – auf die eigene Entwicklung zu schauen. Die Therapeutenperson kann diesen Prozess unterstützen, indem sie auch ihre eigene Wahrnehmung mitteilt: „Am Anfang dachte ich, du bist wie ein kleines ängstliches Vögelchen, das sich nicht traut fliegen zu lernen. Jetzt sehe ich aber, dass du flügge geworden bist. Jetzt bist du wie ein Vogel, der hinaus in die Welt fliegen möchte.“
- Wird der Therapieprozess nicht nur schriftlich, sondern auch mit Fotos dokumentiert, kann daraus am Therapieende ein Erinnerungsbuch entstehen. Wichtige Erlebnisse und bedeutsame Fähigkeiten des Kindes können in diesem Buch von der Therapeutenperson ressourcenorientiert festgehalten werden. Auf diese Weise kann der Therapieverlauf als ein kindgerechter „Bericht“ erfolgen, der auf anschauliche Weise für die Kinder und deren Eltern die Dokumentation einer erfolgreichen Therapie darstellt.
- Das Kind erhält in der Abschiedsphase einen Fotoapparat mit der Aufgabe, alle für ihn wichtigen Themen, Spiele, Szenen oder Erinnerungen festzuhalten. Über diese Fotos und ihre

Bedeutung für das Kind kann gesprochen werden. Versehen mit „Mutmach-Sätze“ kann auch daraus ein ressourcenstarkes Erinnerungsbuch werden.

Die Therapeutin/der Therapeut kann eigene wichtige Ereignisse ebenso festhalten und in das Erinnerungsbuch ergänzend eingeben.

Beispiel: „Als du die Boxerin im Boxring gespielt hast, die kämpft und kurz vor dem Aus immer wieder aufgestanden ist, hat mich das sehr beeindruckt. Die Boxerin hat nie aufgegeben. Das wünsche ich dir auch: immer wieder Mut, Kraft, Ausdauer und Energie.“

- Auch therapeutische Geschichten, die anhand der Lebensgeschichte des Kindes die Entwicklung eines Kindes beschreiben (vgl. Goetze, 2009; Hensel, 2006) sind eine eindrückliche Form, sich kindgerecht zu verabschieden.
- Hilfreiche Materialien zur optischen Darstellung von erreichten Therapiezielen sind in folgenden Büchern zu finden: „Das Zahlenskalen-Malbuch“ und „Das Figurenbilder-Malbuch“ von Manfred Vogt (2010).
- Anhand der kleinen Mutmach-Geschichte „Du schaffst das“ (Könnecke, 2010) kann über die Erfahrungen des Kindes, über seine Ängste, Freunde und seine Kraft reflektiert werden.

Die Therapeutenperson in der Beendigungsphase

Das Thema Therapieende löst bei allen Beteiligten eine Auseinandersetzung darüber aus, welche Auswirkungen und Bedeutung dies für das Kind hat. In den Hintergrund der Überlegungen gerät jedoch oft die Therapeutenperson selbst (Uhlhorn, 2007).

Meist gehen Therapien über mehrere Monate (Stark, 2011), so dass sich ein sehr enges Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Therapeutenperson aufbaut. Nicht nur das Kind oder der Jugendliche muss sich aus diesem engen Vertrauensverhältnis lösen, sondern auch die Therapeutenperson. Dabei können sich ganz verschiedene Gefühle einstellen, wie Stolz auf die gute Entwicklung des Kindes verbunden mit Zufriedenheit und Bestätigung, aber vielleicht auch Gefühle von Inkompetenz bei geringen Fortschritten und Unzufriedenheit, wenn Grenzen akzeptiert werden müssen, oder gar Trauer (Riedel, 2002; Wakolbinger, 2009).

Nicht immer, z. B. bei einem plötzlichen Wohnortwechsel, kann ein Therapieende optimal eingeleitet und durchgeführt werden. Dann bleibt die Therapeutenperson oft in der Ungewissheit über die weitere Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen alleine zurück. Es sollte nicht unterschätzt werden, inwiefern solche unvollendeten Therapien belastend auf die Therapeutenperson wirken können.

Jede Therapeutenperson bringt ihre eigene persönliche Geschichte mit in die Therapie, die unter Umständen an dieser Stelle der Therapie aktiviert werden kann. Um Übergänge in ihrer Relevanz zu verstehen, um bewährte Ressourcen zur Bewältigung zu identifizieren und die Bedeutung von begleitenden Menschen in Übergangsprozessen erkennen zu können, ist eine Reflexion eigener Trennungserfahrung und eigener Bindungsmuster unumgänglich. Bei einer Erhebung des Bindungsmusters von Therapeuten (Nord, Höger & Eckert, 1999; Wakolbinger, 2009) waren diese am häufigsten (49 %) „bedingt sicher gebunden“. Somit ist nicht ausgeschlossen, als Therapeutenperson selbst in eine Trennungskrise zu geraten.

Fragen zur Selbstreflexion:

- *Wie gehe ich selbst mit Abschieden um? Was verbinde ich mit Abschied?*
- *Welche eigenen Erfahrungen habe ich mit Abschiednehmen und Beenden in meiner Biographie gesammelt?*
- *Welche emotionalen Spuren haben die Abschiede in meinem Leben hinterlassen?*
- *Habe ich selbst eine Vermeidungshaltung und Ängste dem Thema gegenüber, schaue ich dem Therapieende gespannt entgegen oder vermeide es sogar?*

An dieser Stelle sollte sich die Therapeutenperson auch darüber Gedanken machen, welche Erwartungen sie hinsichtlich ihrer eigenen Therapieerfolge hat.

- *Wann ist ein Kind stabil genug, dass es aus einer Therapie entlassen werden kann?*
- *Wie lauten dazu die eigenen Maßstäbe; wie die des Kindes oder der Familie?*
- *Was geschieht mit nicht erreichten Therapiezielen?*

Es wird immer ein mehr oder weniger großer Zweifel zurückbleiben, ob die bisherigen therapeutischen Angebote ausreichend waren, um die Kinder und Jugendlichen auf die weiteren Herausforderungen des Lebens gut oder vielleicht auch nur ausreichend vorbereitet zu haben. Das Vertrauen in die Ressourcen und Potenziale des Kindes unterstützt die Therapeutenperson selbst in ihrem Loslösungsprozess aus der therapeutischen Beziehung.

Resümee

Die Beendigungsphase in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bedarf einer hohen Sensibilität. Es ist eine Phase, die für weitere Auseinandersetzung, Selbstreflexion und Selbstexploration zu nutzen ist. Es ist bedauerlich, dass im personenzentrierten Ansatz bisher wenig Augenmerk auf die

Beendigungsphase der Psychotherapie gerichtet wurde. Gerade das von Rogers entwickelte Persönlichkeitsmodell in Verbindung mit bindungstheoretischen Ansätzen zeigt hinsichtlich der Gestaltung einer gelungenen Beendigungsphase einer Psychotherapie wegweisende Möglichkeiten auf: Kinder und Jugendliche erfahren in der Beziehung mit der Therapeutenperson eine stabilisierende Bindungsqualität, erleben dadurch die Ermutigung zur Selbstexploration, entfalten ihre Ressourcen, aus denen ihnen neue ungeahnte Lebensbewältigungskompetenzen erwachsen. So muss die Beendigungsphase nicht ein belastendes Erlebnis werden, sondern bietet die große Chance, einen Entwicklungsprozess gut und zufriedenstellend abzuschließen, der auch weitere autonome Entwicklungsschritte ohne therapeutische Begleitung gelingen lassen kann.

Literatur

- Bowlby, J. (2010). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie*. München: Reinhardt.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Duden. Ein Wörterbuch sinnverwandter Wörter (2004). In: *Der Duden in zwölf Bänden*. Mannheim: Bibliographisches Institut.
- Ferenczi, S. (1984). Das Problem der Beendigung der Analysen. In S. Ferenczi (Hrsg.), *Bausteine zur Psychoanalyse*. Band III (S. 360–379). Bern: Huber.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2010). Die Bedeutung des Personenzentrierten Ansatzes für eine moderne Frühpädagogik. *PERSON*, 14 (1), 43–53.
- Goetze, H. (2009). Metaphergeschichten – Über das Erfinden von Geschichten für Spieltherapieklienten. In M. Behr, D., Hölldampf & D. Hüsön (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 138–150). Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hensel, T. (Hrsg.), (2007). *EMDR mit Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Hesse, H. (2011). *Stufen: Ausgewählte Gedichte*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hockel, C. M. (2011). *Personenzentrierte Kinderpsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Kast, V. (2004). *Sich einlassen und loslassen. Neue Lebensmöglichkeiten bei Trauer und Trennung*. Freiburg: Herder.
- Könnecke, O. (2010). *Du schaffst das!* München: Sanssouci.
- Ley, K. (2011). *Die Kunst des guten Beendens: Wie große Veränderungen gelingen*. Freiburg: Herder.
- Müller-Ebert, J. (2001). *Trennungskompetenz: Die Kunst, Psychotherapien zu beenden*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nord, C., Höger, D. & Eckert, J. (2000). Bindungsmuster von Therapeuten. *Persönlichkeitsstörungen*; 4: 76–86
- Novick, J., & Novick, K. K. (2008). *Ein guter Abschied: Die Beendigung von Psychoanalysen und Psychotherapien*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Reisel, B. & Wakolbinger, C. (2006). Kinder und Jugendliche. In E.-M. Biermann-Ratjen, J. Eckert & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (S. 295–332). Springer: Heidelberg.
- Riedel, K. (1997). Personenzentrierte Kindertherapie bei sexueller Misshandlung In C. Boeck-Singelmann et al. (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, (S. 159–180). Göttingen: Hogrefe.
- Rieber-Hunscha, I. (2005). *Das Beenden der Psychotherapie: Trennung in der Abschlussphase*. Stuttgart: Schattauer.
- Rogers, C. R. (2004). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer. (Original erschienen 1974: Operational theories of personality)
- Rogers, C. R. (1942a/1972). *Counselling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin / *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1961a/1989). *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. 1961: On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)
- Stark, M. (2011). *Erhebung zur Ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung 2010*. Online verfügbar unter: http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/main/g-datei-download/News/2011/Studie_DPtV.pdf, zuletzt aktualisiert am 09.02.2011, zuletzt geprüft am 02.08.2012.
- Stern, D. N. (1985). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Uhlhorn, S. (2007). *Das emotionale Erleben von Patienten in der Beendigungsphase von Psychotherapien: Eine explorative Studie unter besonderer Berücksichtigung der Bindungstheorie*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Osnabrück. (Verfügbar unter: www.ub.uni-osnabrueck.de. Retrieved June 03, 2012, from http://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-2008070220/2/E-Diss795_thesis.pdf.)
- Vogt, M. (2010). *Das Zahlenskalenbilderbuch*. Bremen: Manfred Vogt Spielverlag.
- Wakolbinger, C. Die präsenste Therapeutenperson. In M. Behr, D., Hölldampf & D. Hüsön (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*, (S. 59–77). Göttingen: Hogrefe. 59–77.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen: Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- Wittorf, S. (1999). *Die Abschlussphase von Psychotherapien: Untersuchung zur Gestaltung der Beendigung psychotherapeutischer Behandlungen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Osnabrück. (Verfügbar unter: www.ub.uni-osnabrueck.de. Retrieved June 03, 2012, from http://www.dapo-ev.de/fileadmin/templates/pdf/wittorf_diss.pdf.)