

An den
Unterausschuss Methodenbewertung des G-BA
Beratungsverfahren Systemische Therapie

Per E-Mail: SystemischeTherapie@g-ba.de

20. Februar 2014

Stellungnahme der

Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. zum Beratungsthema „Systemische Therapie bei Erwachsenen“ im Ausschuss Methodenbewertung des G-BA

Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. ist ein Berufs- und Fachverband mit über 3.350 Mitgliedern und 56 Aus- und Weiterbildungsinstituten (in den Vertiefungsfächern Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bzw. in den Zusatzgebieten Psychoanalyse und fachgebundene Psychotherapie) mit insgesamt über 1.700 ärztlichen und psychologischen Aus- und Weiterbildungsteilnehmern, der die Belange der psychoanalytisch begründeten Verfahren (Psychoanalytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) vertritt. Zum ausgeschriebenen Beratungsthema „Systemische Psychotherapie bei Erwachsenen“ wird im Folgenden unsere Stellungnahme abgegeben, wobei auf die Grundstruktur des von Ihnen versandten Fragebogens Bezug genommen wird.

Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.

Geschäftsführender Vorstand

Dipl. - Psych. Susanne Walz-Pawlita
Vorsitzende
Saarlandstraße 29
35398 Gießen
Fon: 0641 / 39 08 96
Fax: 0641 / 2 50 28 01
E-Mail: susanne.walz-pawlita@gmx.de

Dr. med. Beate Unruh
Stellv. Vorsitzende
Pfarrstraße 7
80538 München
Fon: 089 / 2 60 69 63
Fax: 089 / 26 01 89 53
E-Mail: beate.unruh@gmx.de

Dr. med. Bernhard Janta
Stellv. Vorsitzender
Klinik Wittgenstein
Sählingstraße 60
57319 Bad Berleburg
Fon: 02751 / 8 12 11
Fax: 02751 / 8 12 75
E-Mail: bernhard.janta@johanneswerk.de

Dr. med. Dipl. - Psych.
Ingrid Rothe-Kirchberger
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Ärztlichen
Psychoanalytikerinnen und Psycho-
analytiker (BÄP)“
Leinenweberstraße 59 c
70567 Stuttgart
Fon: 0711 / 7 19 97 77
Fax: 0711 / 7 19 97 37
E-Mail: rothe-kirchberger@web.de

Dr. rer. nat. Dipl. - Psych. Dietrich Munz
Vorsitzender der Sektion
„Berufsverband der Psychologischen
Psychoanalytikerinnen und Psycho-
analytiker (BPP)“
Karlsbader Straße 31
70372 Stuttgart
Fon: 0172 / 7 13 78 81
E-Mail: dietrichmunz@t-online.de

Geschäftsstelle

Dr. rer. pol. Felix Hoffmann
Geschäftsführer

RAin Birgitta Lochner
Justitiarin

Johannisbollwerk 20
20459 Hamburg
Fon: 040 / 75 66 49 - 90
Fax: 040 / 75 66 49 - 929

A. Fragen zu dem Verfahren

Verfahren und Krankheitstheorie

Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vom 14. Dezember 2008 wird Systemische Therapie "als ein psychotherapeutisches Verfahren" beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. „Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weiterer sozialer Umwelt. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen" (WBP, 2009).

Historisch bestehen enge Verbindungen zwischen der aus dem psychoanalytischen Denken abgeleiteten Methode der analytischen Familientherapie und den Anfängen der Systemischen (Familien-)Therapie (vgl. Richter 1962, 1970; Stierlin 1975, 1982, 2006). Beide Methoden gingen davon aus, dass sich psychische Konflikte oder Störungen in sozialen Bezügen entwickeln und erhebliche Auswirkungen auf die anderen Mitglieder des entsprechenden Systems haben. Diese Überlegungen sind dann besonders relevant, wenn die „Symptomträger“ Kinder oder enge Lebenspartner sind, deren Symptome (unbewusst) entlastende oder stabilisierende Funktionen für sie selbst haben.

Im historischen Verlauf haben sich – insbesondere angestoßen durch die Arbeiten von Boszormeny-Nagy (1973), Minuchin (1974), Selvini-Pallazoli (1978) in den 70er und 80er Jahren – die systemtheoretischen Betrachtungen unabhängig von analytischen Denkmodellen unbewusster Konfliktentstehung und –bearbeitung zu einer eigenen Krankheitstheorie mit eigenständigen Methoden und Techniken der Behandlung weiterentwickelt (vgl. auch Watzlawick 1967, Ciompi 1980).

Psychische Störungen werden als Teil zwischenmenschlicher Wechselwirkungsprozesse in unterschiedlichen Systemen beschrieben, in die ein Patient im Lauf seines Lebens eingebunden ist. Psychische Störungen werden also als Teile eines Ganzen verstanden, die sich nicht auf eine spezifische Ursache zurückführen lassen, sondern auf multiple Belastungen, Risiko- und Schutzfaktoren, die sowohl innerhalb einer psychischen Struktur wie aber auch innerhalb einer sozialen Struktur selbst wieder in vielfachen Wechselwirkungen stehen.

Demnach entwickeln sich psychische Symptome als Folge spezifischer Störungen innerhalb der Familienstrukturen, wirken aber umgekehrt dann auf diese zurück, indem z.B. bestimmte Kommunikationsstrukturen (Passivität – Aktivität) psychische Probleme nach sich ziehen, und auch dann noch aufrecht erhalten werden, wenn die ursprüngliche Veranlassung nicht mehr vorhanden ist. Im Unterschied zu anderen Krankheitstheorien geht die Systemische Therapie davon aus, dass in bestimmten Situationen oder Phasen einzelne dominante Ereignisse oder Erfahrungen die übrigen Lebensprozesse in ihren Bann ziehen können, so dass das Fluktuieren dieser Lebensprozesse gestört wird. Damit verbunden sind Gefühle der Hilflosigkeit oder Abhängigkeit als zentrale Merkmale einer psychischen Störung. Strukturelle Veränderungen der Systeme in Richtung auf vermehrte Pathologie werden demnach als kollektive aktiv hergestellte, nicht gewünschte Prozesse verstanden, die mit der Folge einer Chronifizierung stabilisiert werden. Auf diesem Hintergrund besteht die therapeutische Aufgabe darin, Umgebungsbedingungen zu schaffen, unter denen ein System andere als die pathologischen Verhaltensmuster erzeugen kann. Bei Chronifizierungsprozessen rückt die Exploration bisheriger Problemlösungsversuche in den Mittelpunkt: Wie haben die Beteiligten das Problem ungewollt stabilisiert, und welche Unterlassungen könnten zur Problemlösung beitragen?

Damit ist in der Krankheitstheorie der Systemischen Therapieverfahren eine „Doppelstruktur“ von individueller (bio-psycho-sozialer) und ‚systemischer‘ Erkrankung etabliert, die das Krankheitsmodell und die Systematik der bisherigen Psychotherapie-Richtlinien überschreitet: Waren bisher einzelne Patienten Symptomträger und behandlungsbedürftig (Familienangehörige oder Partner galten zum Erreichen des Behandlungserfolgs lediglich als mit behandelte „Bezugspersonen“, was de facto nur wenig genutzt wurde), sind nun – analog verschiedener sozialpsychiatrischer oder sozialtherapeutischer Ansätze – die Mitglieder der gesamten sozialen Gruppe Teil medizinisch-therapeutischer Behandlungsbedürftigkeit, auch ohne Vorhandensein eigener psychopathologischer Störungen.

In den Psychotherapie-Richtlinien ist festgehalten (§ 2 (1)): „In dieser Richtlinie wird seelische Krankheit verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch die Patientin oder den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind.“ Bereits hier wird deutlich, dass durch die Aufnahme „krankhafter Störung der sozialen Beziehungen“ in diese Definition auch die Behandlung „krankhafter oder krankmachender sozialer

Beziehungen“ in den Psychotherapie-Richtlinien mitgedacht ist. Insofern ist der Einbezug sozialer Beziehungen durch das Krankheitsverständnis der Psychotherapie-Richtlinien geschützt. Bereits seit langer Zeit kämpfen auch die Familientherapeuten um eine eigenständige Würdigung ihres Behandlungssettings im GKV-Katalog. Für die Systemische Therapie müssen nach dieser Auffassung auch symptomfreie Angehörige der „Indexpatienten“ als behandlungsbedürftig definiert werden.

Dieses Krankheitsverständnis erfordert folgerichtig eine Vielfalt möglicher Behandlungssettings, die sich von der Einzel- über die Paar- und Familientherapie bis zu den Mehrgenerationentherapien und Multifamiliengruppentherapien erstrecken. Ebenso gehört die aufsuchende Therapie oder die Therapie von Peer-Groups oder Nachbarschaftssystemen zu den Settings innerhalb der Systemischen Therapie. Demnach ist die Wahl des Settings nicht festgelegt, sondern kann sich auch innerhalb eines Behandlungsverlaufs/-prozesses verändern.

Umso wichtiger wird es bei der sozialrechtlichen Beratung der systemischen Therapie sein, die Unterscheidung zwischen dem Bereich der therapeutischen Krankenbehandlung und dem Bereich der Fürsorge, die in unserer sozialrechtlichen Gesetzessystematik verschiedenen Leistungsbereichen und Trägern zugeordnet sind, zu differenzieren.

Methoden und Techniken der Systemischen Therapie

Innerhalb der Systemischen Therapie werden ebenso wie in jeder anderen Psychotherapie grundlegende methodenübergreifende Gesprächstechniken eingesetzt wie z. B.:

- Förderung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung
- Klärung des Kontextes und des Behandlungsauftrags
- Stärkung der Ressourcen der Familie bzw. des Paares
- Anregung von Problemlösungen
- aktive und strukturierte Gesprächsführung
- Reframing.

Je nach Denkansatz werden innerhalb der Systemischen Therapie verschiedene Methoden und Techniken zum Einsatz gebracht:

- Strukturelle Methoden und Techniken (Strukturanalyse, Analyse dysfunktionaler Koalitionen, Joining, Enactments, Zielhierarchien etc.)
- Erlebnisaktivierende Methoden und Techniken (Skulpturen, Genogramme, Choreografien, kinästhetische Übungen)
- Strategische und zirkuläre Methoden und Techniken (zirkuläres Fragen, paradoxe Interventionen, Symptomverschreibungen).
- Lösungsorientierte Methoden und Techniken
- Narrative und dekonstruierende Methoden und Techniken (Arbeit an den subjektiven Narrationen und Sichtweisen innerhalb des Systems, unterschiedliche Perspektiveneinnahme, Um-Schreibungen geheimer Familienbotschaften).

B. Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen in Bezug auf die Anwendungsbereiche gemäß § 22 Psychotherapie-Richtlinie

In seinem Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen vom 14. Dezember 2008 kam der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach der Sichtung von 40 Studien zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei unterschiedlichen Diagnosen (ICD 10) zu folgenden Ergebnissen:

„Insgesamt wurden 40 Publikationen zu insgesamt 30 Studien zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen sowie sechs Metaanalysen bzw. systematische Reviews und drei Übersichtsartikel eingereicht. 29 Studien beziehen sich auf fünf der vom Wissenschaftlichen Beirat definierten 12 Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen, eine Studie bezieht sich auf die Behandlung von Patienten mit akuten psychiatrischen Krisen, die nicht eindeutig einem der 12 Anwendungsbereiche zugeordnet werden können. Zu den Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen 2, 3, 4, 6, 8, 11 und 12 wurden keine Studien vorgelegt“ (WBP 2008, S. 5).

In Orientierung am Methodenpapier WBP/G-BA 2008 kam das Gremium zu folgender Bewertung:

„Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat demnach gemäß den anzuwendenden Beurteilungskriterien [...] die wissenschaftliche

Anerkennung der Systemischen Therapie für die folgenden Anwendungsbereiche festgestellt:

- Affektive Störungen (F30 bis F39) und Belastungsstörungen (F43)
- Essstörungen (F50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)
- Verhaltensstörungen (F90 bis F92), F94, F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (F95)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60, F62, F68 bis F69), Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F64 bis F66), Abhängigkeit und Missbrauch (F1, F55), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F20 – F29)“ (WBP 2008, S. 7).

„Damit kann die Systemische Therapie für die geforderte Mindestzahl von fünf der 12 Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen als wissenschaftlich anerkannt gelten und entsprechend als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden“ (WBP 2008, S. 8).

Dieser Bewertung des WBP schließt sich die DGPT an, eine erneute Prüfung der damals vorgelegten Studien (Literaturliste im Anhang des Gutachtens des WBP) erscheint nicht notwendig. Demgegenüber wurden von uns aber cursorisch neue Studien, die damals noch nicht vorlagen, für die Formulierung dieser Stellungnahme einbezogen.

1. Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis der Systemischen Therapie.

Die Studien zu den einzelnen Störungsbildern werden im Kapitel C aufgeführt.

2. Gibt es Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen bei Anwendung der Systemischen Therapie?

Die Behandlung mit systemischer Therapie (hier: „Brief Strategic Therapy“) von Patienten mit sozialer Phobie zeigt nur dann signifikant bessere Ergebnisse als die Kontrollgruppe (Minimal Supportive Therapy), wenn keine Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung (vermeidende, abhängige,

zwanghafte) vorliegt (Rakowska et al. 2011). Mit komorbider Persönlichkeitsstörung sind die Effekte bei beiden Gruppen deutlich geringer und unterscheiden sich nicht (ebd.).

3. Ist eine spezifische Überlegenheit der Systemischen Therapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder im Vergleich zu anderen Alternativen, insbesondere im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren, nachweisbar?

- Geringere Abbruchquoten bei psychotherapeutischen Behandlungen

In der Literatur wird als ein Vorteil der systemische Therapie dargelegt, dass dieses Verfahren geringere Abbruchraten als die derzeitigen deutschen Richtlinienverfahren erzeugt (vgl. Sydow et al., 2007, 2010). Verschiedene Studien legen diese Thesen nahe:

In einer Studie wurde berichtet, dass die Abbruchrate und die Returnrate in der Kontrollgruppe (Treatment as Usual) doppelt so hoch war als in der Interventionsgruppe (systemische Familientherapie bei depressiven Patienten) (Lemmens et al. 2009). Feaster et al. (2010) berichten über eine klinisch-randomisierte Studie mit Frauen, die sowohl HIV positiv als auch drogenabhängig waren und die Minoritäten mit hohen sozialen Schwierigkeiten angehören. Dabei zeigte sich, dass aktive Teilnahme in der Interventionsgruppe (Structural Ecosystems Therapy) (56%) nur etwas geringer war als in der Kontrollgruppe (Psychoeducational Health Group) (63%) (ebd.). Dabei wurde eine Teilnahme von mindestens zwei Sitzungen bereits als positiv bewertet (ebd.). Die Dropout-Rate zwischen systemischer Familientherapie und Familiengruppentherapie lag bei 17% bzw. 12%, während bei dem Vergleich zur Kontrollgruppe (Treatment as Usual) kein signifikanter Unterschied zwischen der Teilnahme an den katamnestischen Untersuchungen bestand (Lemmens et al. 2009). In einer klinisch-randomisierten Studie mit Patienten mit bipolarer Störung I, die entweder der systemischen Familientherapie + Psychopharmakotherapie; systemischer Multifamiliengruppentherapie + Psychopharmakotherapie oder Psychopharmakotherapie allein (Kontrollgruppe) zugeordnet wurden, zeigte sich eine bedeutsam geringere Abbruchrate nach sechs und nach 28 Monaten in den Interventionsgruppen als in der Kontrollgruppe, aber nur wenn die familiäre Beeinträchtigung hoch war, dagegen war die Abbruchrate höher als in der Kontrollgruppe bei den Probanden mit geringer familiärer Beeinträchtigung (Miller et al. 2008). In einer Studie über Patienten mit Diabetes Mellitus (Typ 2) beendeten nur 34 %

die Behandlung in der Interventionsgruppe mit systemischer Familientherapie (Garcia-Huidibro et al. 2011).

Auf dieser Grundlage kann die Aussage, dass die systemische Therapie eine geringere Abbruchrate als die derzeitigen Richtlinienverfahren aufweist, nicht aufrecht erhalten werden, da in den meisten Studien kein direkter Vergleich mit den sog. Richtlinienverfahren erfolgte. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Abbruchraten sowohl in Abhängigkeit vom Störungsbild als auch in Abhängigkeit vom gewählten Setting stark variieren.

- **Behandlung auch von schwer erreichbarem „Multi-Problem“-Klienten(familien)**

Dieser Vorteil ist besonders ausgeprägt bei schwierigem Klientel, die von den derzeit in Deutschland als Richtlinienverfahren anerkannten Therapie-richtungen wenig erreicht werden wie z. B. Substanzabhängigen und „Multi-Problem“-Klienten(familien). Es liegen Studien zu Patienten mit HIV und/ oder Drogenabhängigkeit vor (siehe unter Punkt C. zu F55).

- **Höhere Wirksamkeit:**

Sydow et al. (2010) sehen bei Schizophrenie durch Systemische Familientherapie eine deutlich reduzierte Rückfallquote. Es liegen keine neueren Studien zur Behandlung von Patienten mit Schizophrenie vor. Es liegen Studien zu Patienten mit somatischen Erkrankungen mit oder ohne Depression vor (siehe unter Punkt C. zu F 54).

- **Kürzere Therapiedauer**

Kurze systemische Interventionen sind nachweislich wirksam (Sydow et al., 2007, 2010; Tab. 1) – doch sie sind nicht immer hinreichend.

Kurzzeittherapie (KZT) erzielt schneller Effekte (Symptomremission und Arbeitsfähigkeit) als Langzeittherapie (LZT), aber KZT ist LZT bei katamnestischen Untersuchungen unterlegen, d.h. die Ergebnisse in der LZT waren nach drei Jahren (Knekt et al. 2007; Knekt et al. 2008b, 2013) bzw. nach fünf Jahren (Knekt et al. 2011a, 2011b, 2013) den KZT signifikant überlegen. Vergleichbare Effekte zwischen KZT und LZT können mit der höheren Inanspruchnahme von Zusatztherapien (z.B. Psychopharmakotherapie) in den KZT-Gruppen erklärt werden (Knekt et al 2013). Die Effekte auf der Ebene der Symptomremission bzw. des Funktionsniveaus bleiben bei der systemischen KZT (Solution-Focused Therapy) zur Zwei- und Dreijahres-Katamnese so stabil wie psychodynamische KZT, während die Verbesserung der LZT weiter zunimmt (Knekt et al. 2008b).

4. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

Die Effekte auf der Ebene der Symptomremission (Depressive und Angstsymptomatik) bzw. des Funktionsniveaus bleiben nach der systemischen KZT (Solution-Focused Therapy) zur Zwei- und Dreijahres-Katamnese so stabil wie nach psychodynamischer KZT, während die Verbesserung nach psychodynamischer LZT weiter ansteigt (Knekt et al. 2008b). Lemmens et al. (2009) konnten eine Verbesserung depressiver Symptomatik und des subjektiven Gesundheitserlebens in einer Katamnese mit 15 Monaten bei systemischer Familientherapie (Einzel oder Gruppensetting) nachweisen im Vergleich zur gewöhnlichen Behandlung (Treatment as Usual; TAU). Seikkula et al. (2013) zeigte eine anhaltende Verbesserung u. a. der depressiven Symptomatik und des Funktionsniveaus bei systemischer Paartherapie im Katamnesezeitraum bis zu zwei Jahren, wobei der Unterschied zur Kontrollgruppe (TAU) gering war. Madigan et al. (2012) zeigten, dass in der Behandlung von Patienten mit bipolarer Störung mit Familientherapie die Effekte zur Ein- und Zweijahreskatamnese unterschiedlich sind, d.h. entweder lassen die Effekte nach oder sie stellen sich erst nach zwei Jahren ein (siehe unten).

Noch längere Follow-up Intervalle wurden in folgenden Studien untersucht: „Helsinki Psychotherapy Study“ mit Depressions- und Angst-Patienten mit FU bis zu 5 Jahre (Knekt et al., 2008, 2011). Hier bestand über 1, 3 und 5 Jahre kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit von 10 Stunden Systemische KZT und 19 Stunden psychodynamische KZT. Psychodynamische LZT ist bei der Symptomremission der systemischen und psychodynamischen (KZ-)Therapie überlegen, aber erst bei katamnestischen Untersuchungen nach mindestens 3 Jahren (Knekt et al. 2008b), allerdings nur denn wenn Zusatztherapien (z.B. Psychopharmakotherapie) kontrolliert wurden (Knekt et al. 2013). Nach 5 Jahren ist Psychoanalyse den KZT signifikant überlegen (Knekt et al. 2011a). Allerdings war der Bedarf an zusätzlicher Psychopharmakotherapie zur Katamnese nach vier und nach 5 Jahren in der psychodynamischen KZT signifikant höher als in der systemischen KZT und psychodynamischen LZT oder Psychoanalyse (Knekt et al. 2011b).

In beiden KZT (systemische und psychodynamische) waren im Laufe der fünf Jahre nach Behandlungsende mehr Zusatztherapien (z.B. mindestens 20 Sitzungen Psychotherapie) erforderlich als in den LZT (psychodynamische und Psychoanalyse), allerdings war deutlich seltener eine stationäre Aufnahme in der systemischen KZT notwendig als in den psychodynamischen KZT (Knekt et al. 2011b).

C. Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

1. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie im Versorgungskontext? Bitte machen Sie insbesondere Angaben

a) zur Relevanz der medizinischen Problematik

b) zum Spontanverlauf der Erkrankungen und

c) zu diagnostischen und therapeutischen Alternativen, insbesondere im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren

(vgl. VerfO des G-BA 2. Kapitel, §10 Abs. 2, Nr. 2, a) bis c)).

Affektive Störungen (F3)

Die Behandlung von Patienten mit affektiven Störungen mit systemischer Therapie wurde untersucht. Die lösungsorientierte Therapie (solution-focused therapy; SFT) wurde in der Behandlung von insgesamt 326 **depressiven Patienten** in einer klinisch-randomisierten Studie im Vergleich zu psychodynamischer Kurzzeit- und Langzeittherapie untersucht (Knekt et al. 2008 a,b, 2011a,b). Dabei zeigte sich eine rasche Symptomreduktion in der SFT bezüglich verschiedener standardisierter Ergebnismaße zur Erfassung depressiver und Angstsymptome sowie zum psychischen Funktionsniveau, die bis zu zwei Jahre stabil bleiben (Knekt et al. 2008a). Die positiven Effekte stellen sich rascher ein in der SFT als in der psychodynamischen KZT (Knekt et al. 2008b). Allerdings sind die Langzeiteffekte bei der Katamnese nach drei Jahren in beiden KZT (SFT und psychodynamische) der psychodynamischen Langzeittherapie unterlegen, da nur Letzere weiter zunehmen, d.h. sich weiter verbessern (ebd.). Dennoch kann man anhand der umfangreichen und differenzierten finnischen Studie feststellen, dass die SFT rasche und positive Effekte in der Behandlung von depressiven Patienten bewirken. Im ersten Jahr der Therapiestudie zeigt SFT ebenso gute Effekte wie psychodynamische Kurzzeittherapie und ist der psychodynamischen LZT sowie der Psychoanalyse überlegen. Allerdings verändern sich die Effekte dahingehend, dass in den katamnестischen Untersuchungen nach drei Jahren die psychodynamische Langzeittherapie den anderen Behandlungsbedingungen überlegen ist und nach fünf Jahren die psychoanalytische Psychotherapie. Wenn man berücksichtigt, dass die SFT nur 12 Sitzungen benötigt ist dies auch aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten bemerkenswert. Positiv zu bewerten ist außerdem, dass die Inanspruchnahme von zusätzlichen Therapien (z.B. Psychopharmaka, weitere Therapiesitzungen) in der SFT-Gruppe geringer ist als in der psychodynamischen KZT, langfristig aber

ebenfalls die LZT und Psychoanalyse die geringsten Zusatzmaßnahmen erforderlich machten (Knekt et al. 2011b). Dieser Befund kann auch dahingehend interpretiert werden, dass die vergleichbaren Effekte von KZT und LZT auf der Symptomebene auf die höhere Inanspruchnahme weiterer Therapiemaßnahmen in den KZT-Gruppen zurückgeführt werden könnte (Knekt et al. 2013).

In einer belgischen Studie wurden 83 **depressive Patienten** behandelt und dabei zufällig den Interventionsgruppen: systemische Familientherapie (7 Sitzungen) + TAU (Treatment as Usual = Standardbehandlung) oder Multifamiliengruppentherapie (6 Sitzungen) + TAU oder der Kontrollgruppe mit ausschließlich TAU zugeordnet (Lemmens et al. 2009). Während es im Vergleich zwischen vor und nach der Behandlung keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen gibt, schneiden die Interventionsgruppen bei der Katamnese nach einem Jahr signifikant besser ab als die Kontrollgruppe, d.h. mehr Responder und weniger Antidepressiva (ebd.).

In einer weiteren finnischen Studie verglich Seikkula et al. (2013) **depressive Patienten** mit systemischer Paartherapie im Vergleich zur Standardbehandlung. Dabei haben beide Gruppen profitiert und eine Verbesserung in der depressiven Symptomatik erreicht, es konnte aber kein Gruppenunterschied nach Behandlungsende festgestellt werden. Allerdings zeigten sich in der Gruppe der Interventionsgruppe (Paartherapie) ein signifikant besseres Funktionsniveau und ein größerer Rückgang des Alkoholkonsums als in der Kontrollgruppe bei den Katamnesen nach 6, 18 und 24 Monaten (ebd.) Einschränkend ist anzumerken, dass nicht genau aufgeführt wird, woraus die TAU-Intervention jeweils bestand.

In einigen Studien zur Systemischen Therapie bei Patienten mit **Bipolarer Störung I** werden die Patienten zusätzlich mit Psychopharmakotherapie behandelt und nicht gegen diese getestet (z.B. Miller et al. 2008; Madigan et al. 2012; Solomon et al. 2008). Nach Miller et al. 2008 profitieren solche Patienten mehr, deren familiäre Beeinträchtigung hoch ist.

Auch die Behandlung von Patienten mit **bipolarer Störung** wurde untersucht. Dabei handelt es sich um drei Studien, die jeweils systemische Familientherapie oder Familiengruppentherapie (überwiegend Psychoedukation und Coping im Fokus) zum Teil plus Psychopharmakotherapie im Vergleich zu Psychopharmakotherapie allein bzw. Standardbehandlung in den Untersuchungszentren untersuchen: Miller et al. (2008) fanden keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den drei Gruppen in Bezug auf die Symptomreduktion. Allerdings konnten sie zeigen, dass – wenn in der Stichprobe unterschieden wurde zwischen hoher und niedriger familiärer Beein-

trächtigung - die Ergebnisse der Interventionsgruppe (Einzelfamilientherapie oder Multifamiliengruppentherapie jeweils plus Psychopharmakotherapie) signifikant der Kontrollbedingung überlegen war. Das Wiederauftreten manischer oder depressiver Episoden war geringer, die Symptomatik ist zurückgegangen (ebd.). Allerdings gibt es keinen Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen, auch nicht, wenn zwischen hoher und niedriger familiärer Belastung unterschieden wird. Dennoch zeigten die Patienten aus der Multifamilientherapiegruppe insgesamt einen besseren Behandlungsverlauf im Follow-Up (bis zu 28 Monaten) als die Familientherapie, obwohl Letztere dreimal so viele Sitzungen hatte als die Gruppentherapie. Kritisch zu sehen ist, dass es sich bei der Unterscheidung 3 (Gruppe) x 2 (Belastungsniveau) teilweise um sehr kleine Subgruppen handelt und dadurch die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt ist. Des Weiteren kann der Einfluss der Therapeutenvariable nicht ausgeschlossen werden, da alle familientherapeutischen Behandlungen von nur einem Therapeuten und die Gruppentherapie von nur einem Therapeutenpaar durchgeführt wurde.

Letzteres trifft auch für die Veröffentlichung von Solomon et al. (2008) zu, da es sich um dieselbe Stichprobe handelt. Auch hierbei wurde berichtet, dass es keinen Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Symptomremission gab. Aber betrachtet man die Anzahl weiterer störungsbedingter Krankenhausaufenthalte, so war auch hier die Familiengruppentherapie + Psychopharmakotherapie (8%) der Familientherapie + Psychopharmakotherapie (45%) sowie der Kontrollgruppe (nur Psychopharmakotherapie) (60%) signifikant überlegen.

In der Studie von Madigan et al. (2012) waren 47 Patienten mit **bipolarer Störung**, die entweder der lösungsorientierten Therapie, der Familiengruppentherapie (beide jeweils fünf Sitzungen) oder der Standardbehandlung zufällig zugeordnet wurden. Im Fokus standen hier die Bewältigungskompetenz und Belastung der Angehörigen einerseits und die Lebensqualität und das Funktionsniveaus der Patienten andererseits. Letztere waren in den Interventionsgruppen verbessert und hielten bis zur Katamnese nach einem Jahr an, jedoch nicht mehr nach zwei Jahren.

Essstörungen (F50)

Es liegt nur eine Veröffentlichung nach 2008 zu Patienten mit Essstörungen vor. Dabei wurde jedoch nur das Forschungsdesign einer geplanten Studie vorgestellt, in dem 160 Patienten mit Binge-Eating-Disorder und Adipositas in einer klinisch-kontrollierten Studie entweder mit kognitiver Verhaltenstherapie oder mit systemischer Therapie (Brief strategic Therapy) behandelt werden sollen (Castelnuovo et al. 2011).

Persönlichkeitsstörungen (F60)

Es liegt nach 2008 keine Studie vor, die gezielt Patienten mit **Persönlichkeitsstörungen** behandelte. Persönlichkeitsstörungen (vermeidende, ängstliche und zwanghafte) lagen aber in einer Untersuchung zu Patienten mit sozialer Phobie (N = 120) bei 50% als Komorbidität vor (Rakowska et al. 2011). Die Behandlungsergebnisse bei Patienten in systemischer Therapie (hier: „Brief Strategic Therapy“) waren nur dann signifikant besser als bei denjenigen aus der Kontrollgruppe (Minimal Supportive Therapy), wenn keine Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung (vermeidende, abhängige, zwanghafte) vorlag (ebd.). Vielmehr sind die Effekte in beiden Gruppen bei Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung deutlich geringer und unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (ebd.).

In einer Studie zur Behandlung von Frauen mit **sexuellem Missbrauch** in der Kindheit (N = 106) lag bei knapp 50% eine Persönlichkeitsstörung vor, welche in den beiden Gruppen (systemische vs. psychoanalytische Gruppentherapie) gleichermaßen verteilt waren (Elkjaer et al 2013). Die Verbesserung auf der Symptomebene war im Vergleich zu vor der Behandlung in beiden Gruppen signifikant, in der systemischen Gruppe jedoch signifikant größer als in der analytischen zu Behandlungsende. Dieses Verhältnis kehrte sich allerdings bei der Katamnese nach einem Jahr um (ebd.), d.h. ein Jahr nach Behandlungsende konnte die analytische Gruppe die signifikant besseren Ergebnisse vorweisen.

Substanzstörungen (F55)

In einer Studie von Smock et al. (2008) wurden 38 **drogenabhängige Patienten** in einer RCT entweder mit lösungsorientierter Therapie (solution-focused therapy; SFT) oder mit problemfokussierender Therapie (Hazelden „Primary Recovery Plan“), die als Standardbehandlung angeführt wird, jeweils mit sechs Sitzungen behandelt. Untersucht wurden die depressive Symptomatik, das Gesamtergebnis und der Substanzmissbrauch, wobei die Interventionsgruppe (SFT) signifikant bessere Ergebnisse (Effektstärke $d = .90$) erzielte als die Kontrollgruppe (ebd.). Allerdings wurde keine Katamnese durchgeführt, sodass die Nachhaltigkeit der Wirksamkeit nicht nachgewiesen wurde.

In einer RCT zur Behandlung von 126 **drogenabhängigen Frauen mit HIV** wurde die Wirksamkeit von 16 Sitzungen Structural Ecosystems Therapy (SET) mit einer psychoedukativen Gesundheitsgruppe von 8 Sitzungen verglichen (Feaster et al. 2010). Die Interventionsgruppe zeigte keine besseren Resultate bezüglich eines Rückgangs des Drogenkonsums und der

Medikamenten-Compliance, wohl aber hinsichtlich einer physiologischen Verbesserung mit einer Zunahme von T-Zellen (ebd.).

Schizophrenie und andere psychotische Störungen (F2)

Es liegen keine neueren Studien zur Systemischen Therapie von Patienten mit Psychosen vor.

Psychische Faktoren bei körperlichen Störungen (F54)

Die Meta-Analysen von Martire et al. (2004) sprechen dafür, dass eine Einbeziehung von Angehörigen die Behandlungseffekte bei **onkologischen, kardiovaskulären und orthopädischen** Erkrankungen erhöht und z. T. sogar die Mortalität reduziert.

Zur Wirksamkeit von Systemischer Therapie bei Krebserkrankungen, kardiovaskulären Erkrankungen, HIV/AIDS, Diabetes und Rückenbeschwerden liegen RCTs vor, die positive Effekte auf die psychische und somatische Gesundheit der Erkrankten und ihre Rehabilitation/Arbeitsfähigkeit belegen (Feaster, Mitrani, Burns et al., 2010) (s. Sydow et al., 2010; Tab. 1).

Eine Studie zur Behandlung von Patienten mit **chronischer Hepatitis B**, die unter Depressionen leiden, beschränkt sich auf die Beschreibung zweier Einzelfälle und nur auf die Veränderung der Depressionswerte anhand eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung vor und nach der Behandlung mit lösungsorientierter Therapie (Solution-focused Therapy) und ist daher wenig aussagekräftig (Arvand et al. 2012).

In einer Multicenterstudie wurde eine familientherapeutische Intervention bei 209 Patienten mit **Diabetes Mellitus (Typ 2)** im Vergleich zur Standardbehandlung in der medizinischen Grundversorgung untersucht (Garcia-Huidibro et al. 2011). Als Ergebnisparameter wurde der Blutzuckerwert (HbA1c) gemessen und eine Reduktion als Indikator für Therapieerfolg gewertet. Während der Vergleich zwischen den Messungen zu Beginn und nach 12 Monaten keinen Gruppenunterschied aufweisen konnte, wurde dennoch vom 6. zum 12. Monat ein signifikanter Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe gefunden (ebd.). Als Einschränkung ist eine fehlende Randomisierung anzusehen.

In einer RCT mit 126 **drogenabhängigen Frauen mit HIV** wurde die Wirksamkeit von Structural Ecosystems Therapy (SET) mit einer psychoedukativen Gesundheitsgruppe verglichen. Die Interventionsgruppe zeigte eine Verbesserung physiologischer Parameter mit einer Zunahme von T-Zellen (Feaster et al. 2010).

Eine Studie zur Behandlung von **somatoformen Störungen** in der medizinischen Grundversorgung bezieht sich ausschließlich auf die Wirtschaftlichkeit familientherapeutischer Intervention (Schade et al. 2011; siehe unten).

D. Fragen zur Wirtschaftlichkeit

1. **Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Systemischen Therapie im Vergleich zu den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren? Bitte machen Sie insbesondere Angaben zur**
2. **b) Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten**
3. **c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten**
4. **d) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung und**
5. **e) Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden** (VerfO des G-BA 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d)).

Hier kann nur cursorisch auf einige vorliegende Studien eingegangen werden.

Eine klinisch-randomisierte Studie zur Behandlung von 256 Patienten mit **somatoformen Störungen in der medizinischen Grundversorgung** bezieht sich auf die Wirtschaftlichkeit familientherapeutischer Intervention („Brief Family Intervention“ n. Schade & Torres, 2007) im Vergleich zur Standardbehandlung (Treatment as Usual) (Schade et al. 2011). Als Ergebnismaß für die Wirtschaftlichkeit des untersuchten Verfahrens wurden die Anzahl der Arztbesuche in der medizinischen Grundversorgung, die Anzahl der medizinischen Untersuchungen und der Medikamentengebrauch berechnet. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Interventionsgruppe nicht nur signifikant besser abschneidet als die Kontrollgruppe sechs Monate nach Behandlungsende, sondern auch bei der Katamnese ein Jahr nach Behandlungsende, obwohl der Status sechs Monate vor der Behandlung in der Interventionsgruppe deutlich schlechter war (d.h. mehr Kosten verursacht wurden z.B. durch eine höhere Anzahl an Arztbesuchen). Kritisch anzumerken ist, dass die Behandlung in der Kontrollgruppe nicht spezifiziert wurde,

die „eine vielfältige Mischung von Interventionen, von direktem Ratgeben bis Rogersches aktives Zuhören“ sowie Hausbesuche beinhalten (ebd., S. 200). Außerdem wurde der Behandlungsumfang (Dauer und Anzahl der Sitzungen, sowie Setting) nicht angegeben, sodass die unklar bleibt inwieweit spezifische Wirkfaktoren, die allein auf die untersuchte Behandlung zurückzuführen sind, oder nicht auch andere Faktoren, (wie z.B. Behandlungsdauer, Intensität der Aufmerksamkeit usw.) das Ergebnis beeinflusst haben.

In einer Studie zu lösungsorientierter Therapie im Vergleich zu einer Standardbehandlung von **Drogenabhängigen** wurden Sozialkosten erhoben durch Fragen zur Selbstauskunft (z.B. Berufstätigkeit) (Smock et al. 2008). Aufgrund der kurzen Behandlungsdauer (sechs Sitzungen) und fehlender Katamnese wurden erwartungsgemäß keine Gruppenunterschiede gefunden (ebd.).

In einer Untersuchung zur Behandlung von Patienten mit **Bipolarer Störung I** (Solomon et al. 2008) wurde die Anzahl der Krankenhaustage nach der familientherapeutischen Intervention (Einzelfamilie oder Familiengruppentherapie jeweils mit Psychopharmakotherapie) im Vergleich zu Psychopharmakotherapie ohne psychotherapeutische Behandlung erfasst. Die Befunde zeigen, dass nur die Patientengruppe mit Familiengruppentherapie plus Psychopharmakotherapie signifikant weniger (8%) Krankenhaustage hatte (Familientherapie plus Psychopharmaka (45%) und die Kontrollgruppe (nur Psychopharmakotherapie (60%) (ebd.).

Neben der Erfassung der Symptomverbesserung untersuchten Knekt et al. (2008 a) die Anzahl **krankheitsbedingter Fehltage** und die Arbeitsfähigkeit nach der Behandlung. Dabei gab es zu den Katamnesen (nach 1, 1.5, 2 und 3 Jahren) keine Gruppenunterschied zwischen lösungsorientierter Therapie und psychodynamischer Kurzzeittherapie, wobei in allen untersuchten Gruppen die Anzahl der Fehltage abnahm, jedoch ein signifikanter Rückgang nur bei der psychodynamischen LZT vorlag (von 5.2 zu 2.4 Tagen) (ebd.).

E. Ergänzung

1. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Wie in den vorherigen Ausführungen dargelegt, finden sich nach 2008 wissenschaftlich belegte Hinweise auf die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei verschiedenen Störungsbildern. Die vorliegenden Behandlungskonzepte für die Arbeit mit sogenannten „Multiproblemfamilien“, in denen

mehrere Diagnosen gleichzeitig vorhanden sind, sind geeignet, chronifizierte Fehlentwicklungen in komplexen sozialen Systemen mit zu behandeln und präventiv zu wirken. Aufgrund der Kontextorientierung der Systemischen Therapie ist sie auch geeignet, gerade in mehrfach belasteten Familien die Kooperation innerhalb des Versorgungssystems und eine gelingende Zusammenarbeit mit anderen Behandlern (z. B. anderen Therapeuten, Ärzten, Sozialarbeitern usw.) herzustellen, die auch in Richtung auf sektorenübergreifende Kooperationen und KZ-Intensivtherapien erweitert werden können.

Die Sichtung der seit 2008 publizierten Studien hat ergeben, dass Systemische Therapie (i.d.R. KZT) wirksamer ist als Standardbehandlung (TAU), dass sie aber im Vergleich zur psychodynamischen Psychotherapie gleich wirksam ist.

Offen geblieben ist die Frage, ob eine systemische Behandlung über den Rahmen einer KZT hinaus ein sinnvolles Konzept psychotherapeutischer Behandlung darstellt. Zur Behandlung von Angst- oder Persönlichkeitsstörungen liegen keine oder nur begrenzt aussagefähige Studien vor. Die vorliegenden Studien beziehen sich fast durchgehend auf einen Interventionsrahmen, der den Umfang einer KZT nicht überschreitet. Steht eine strukturell verankerte pathogene Psychodynamik im Vordergrund des Krankheitsgeschehens, sind die Belastungen und Reaktionen im sozialen Umfeld durch handlungsorientierte Interventionen beeinflussbar, aber die strukturellen Bedingungen des pathogenen Prozesses erfordern nicht nur punktuelle systemische Interventionen, sondern eine auf den Patienten ausgerichtete Langzeittherapie. Die Fokussierung auf den sozialen Kontext des Krankheitsgeschehens macht für den Rahmen der Kurzzeitintervention Sinn, müsste aber für langfristige Behandlungsverläufe genauer überprüft werden.

Literaturliste:

- Arvand, J., et al. (2012). The effects of group solution-focused therapy on depression and completion of treatment in patients with chronic hepatitis B. *Health & Medicine*, 6(3), 925-929.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (1973/1981). *Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme (Invisible loyalties)*. New York: Harper & Row). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Castelnuovo, G., Manzoni, G. M., Villa, V., Cesa, G. L. & Molinari, E. (2011). Brief strategic therapy vs. cognitive behavioral therapy for the inpatient and telephone-based outpatient treatment of binge eating disorder: The STRATOB randomized controlled clinical trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 29-37.
- Ciampi, L., (1980). Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 48, 237-248.
- Elkjaer, H., Kristensen, E., Mortensen, E.L., Poulsen, S. & Lau, M. (2013). Analytic versus systemic group therapy for women with a history of child sexual abuse: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. *Psychology & Psychotherapy*, Sep. 7. Doi: 10.1111/papt.12011 [Epub ahead of print].
- Feaster, D. J., Mitrani, V. B., Burns, M. J., McCabe, B. E., Brincks, A. M., Rodriguez, A. E. et al. (2010). a randomized controlled trial of structural ecosystems therapy for HIV medication adherence and substance abuse relapse prevention. *Drug and Alcohol Dependence*, 111(3), 227-234.
- Fisch, R., Weakland, J, Segal, L. (1982). *The tactics of change*. San Francisco: Jossey Bass.
- Garcia-Huidobro, D. et al. (2011). Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Family Practice*, 28 (1), 4 - 11.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M. & Renlund, C. (2008a). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38(5), 689-703.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R. Haaramo, P. & Järvikoski, A. (2008b). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity — A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107, 95-106.

- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T. & Virtala, E. (2011a). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 132 (1-2), 37-47.
- Knekt, P., Lindfors, O., Renlund, C., Sares-Jäske, L., Laaksonen, M.A. & Virtala E. (2011b). Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 135 (1-3), 221-230.
- Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E. & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(1), 59-68.
- Kordy, H., Haun, M. W., Ochs, M., Zwack, J., & Schweitzer, J. (2012). Systemisch-familientherapeutisches Arbeiten in der Akutpsychiatrie. Nachhaltige Veränderungen des Belastungserlebens der Mitarbeiter. *Psychiatrische Praxis*, 78 (11), 400-406.
- Lemmens, G. M. D., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E. & Demyttenaere, K. (2009). The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression: a 15-month follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 98-105.
- Madigan, K., et al. (2012). A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 27(4), 281-284.
- Martire, L.M., Lustig, A.P., Schulz, R. Miller, G.E., Helgeson, V.S. (2004): Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology* 23: 599-611.
- Miller, I.W., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Uebelacker, L.A., Johnson, D.A., & Solomon, D.A. (2008). Family treatment for bipolar disorder: Family impairment by treatment interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 732–740.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rakowska, J. M. (2011). Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychotherapy Research*, 21(4), 462-471.

- Richter, Horst Eberhard (1962). Eltern, Kind und Neurose. Die Rolle des Kindes in der Familie/Psychoanalyse der kindlichen Rolle. Rowohlt-Verlag.
- Richter, Horst-Eberhard (1970). Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. 1970. Neuaufl. Rowohlt 2001.
- Schade, N., Torres, P. & Beyebach, M. (2011). Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Families, Systems, & Health*, 29(3), 197-205.
- Seikkula, J., Aaltonen, J. Kalla, O. Saarinen, P. & Tolvanen, A. (2013). Couple therapy for depression in a naturalistic setting in finland: a 2-year randomized trial. *Journal of Family Therapy*, 35(3), 281-302.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G. & Prata, G. (1978/1981). Paradoxon und Gegenparadoxon (Paradox and counterparadox. New York: Jason Aronson). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Smock, S.A., Trepper, T.S., Wetchler, J.L., McCollum, E.E., Ray, R., & Pierce, K. (2008). Solutionfocused group therapy for level 1 substance abusers. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(1), 107–120.
- Solomon, D.A., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Kelley, J., & Miller, I.W. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations. Family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disorders*, 10, 798–805.
- Stierlin, Helm (1975). Adolf Hitler. Familienperspektiven, Suhrkamp, Frankfurt/Main 1975
- Stierlin, Helm (1982). Delegation und Familie Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept, Suhrkamp
- Stierlin, Helm (2006). Psychoanalyse - Familientherapie - systemische Therapie. Entwicklungslinien, Schnittstellen, Unterschiede. Klett-Cotta
- Sydow, K. v., Beher, S., Schweitzer, J. & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49(4), 457-485.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967/1969). Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien (Pragmatics of human communication. New York: Norton). Bern: Hans Huber.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2008). Gutachten des
Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Systemischen Therapie vom
14. Dezember 2014.
[http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/GutachtenSystemischeTherapie
20081214-1.pdf](http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf).