

Fragebogen



Fragebogen zum Thema: Systemische Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen

Erläuterungen zur Beantwortung des beiliegenden Fragebogens zur Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Abs. 1 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue psychotherapeutische Behandlungsverfahren daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob ein neues Psychotherapie-Verfahren ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht bzw. verordnet werden darf.

Das Bewertungsverfahren bezieht sich auf die Systemische Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen.

Gemäß 2. Kapitel § 6 der Verfahrensordnung des G-BA wird Ihnen Gelegenheit geboten, eine erste Einschätzung zum angekündigten Beratungsgegenstand abzugeben. Bitte legen Sie Ihrer Einschätzung den nachfolgenden Fragebogen zu Grunde. Sollten Ihrer Meinung nach wichtige Aspekte in der Beurteilung des Verfahrens in diesen Fragen nicht berücksichtigt sein, bitten wir darum, diese Aspekte zusätzlich zu erläutern.

Maßgeblich für die Beratung des Verfahrens durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sind die wissenschaftlichen Belege, die Sie zur Begründung Ihrer Einschätzung anführen. Bitte ergänzen Sie Ihre Einschätzung daher durch Angabe der Quellen, die für die Beurteilung des genannten Verfahrens maßgeblich sind und fügen Sie die Quellen bitte - soweit möglich - bei.

Wir bitten Sie, uns Ihre Unterlagen nach Möglichkeit in elektronischer Form (z. B. Word- oder PDF-Dokumente) per E-Mail an **SystemischeTherapie@g-ba.de** zu übersenden.

Mit der Abgabe einer Einschätzung erklären Sie sich damit einverstanden, dass diese in einem Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses wiedergegeben werden kann, der mit Abschluss der Beratung zu jedem Thema erstellt und der Öffentlichkeit via Internet zugänglich gemacht wird.

Funktion des Stellungnehmers

Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Einschätzung abgeben (z. B. Verband, Institution, Hersteller, Leistungserbringer, Privatperson).

Bundespsychotherapeutenkammer

Fragebogen zur Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen

A. Fragen zu dem Verfahren

1. Welche Techniken und Methoden sehen Sie als Bestandteil der Systemischen Therapie?

Gegenstand des Bewertungsverfahrens ist nach § 135 Absatz 1 Satz 2 SGB V mit dem Verweis auf Satz 1 Nummer 1 SGB V die Behandlungsmethode, wie sie sich nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse darstellt. Im Rahmen des Bewertungsverfahrens sind entsprechend Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlungsmethode nach dem jeweiligen aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu überprüfen. Für die Systemische Therapie als Behandlungsmethode im Sinne von § 135 SGB V bedeutet dies, dass die Psychotherapieverfahren so zu prüfen sind, wie sie sich nach dem derzeitigen Stand darstellen. Hierbei sind alle Psychotherapiemethoden und Psychotherapietechniken zu berücksichtigen, die nach dem aktuellen Stand diesem Psychotherapieverfahren zuzuordnen sind bzw. im Rahmen des Psychotherapieverfahrens zur Anwendung kommen. Die aktuellste gutachterliche Feststellung der Definition des Psychotherapieverfahrens Systemische Therapie, welche auch gemäß § 17 Absatz 1 Satz 1 der Psychotherapie-Richtlinie für das aktuelle Bewertungsverfahren als maßgeblich zu betrachten ist, findet sich in dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zur Systemischen Therapie vom 14. Dezember 2008 in Verbindung mit einer ausführlicheren Verfahrensbeschreibung der Systemischen Therapie in dem Operationalisierungsentwurf des WBP mit Stand vom Dezember 2011.

In seinem Gutachten vom 14. Dezember 2008 hat der WBP festgestellt, dass die Systemische Therapie eine Weiterentwicklung der frühen Familientherapie mit seinen Ursprüngen in den 1950er und 1960er Jahren in den USA darstellt. Die aktuelle Theorie der Systemischen Therapie integriert verschiedene, historisch zeitgleich entstandene theoretische Ansätze zur Erklärung der wechselseitigen psychischen Beeinflussung von Menschen und ihrer unmittelbaren sozialen Umgebung, wobei diese wiederum in Wechselwirkung zu kognitiv-emotiven und somatischen Prozessen der Einzelpersonen steht (Anderson, Boszormenyi-Nagy, de Shazer, Haley, Minuchin, Satir, Selvini-Palazzoli, Stierlin, Watzlawick, White, Zuk). Zu diesen Ansätzen zählen die Systemtheorie, die Kommunikationstheorie und der (gemäßigte) Konstruktivismus sowie die Bindungstheorie. Die Ressourcenorientierung wird in besonderer Weise betont.

Systemische Therapie ist danach durch folgende Punkte gekennzeichnet:

- Es wird besonders auf die sozialen Bezüge des Patienten (auch als „Indexpatient“ bezeichnet) fokussiert. Symptome werden auf unterschiedlichen Systemebenen (somatisch, kognitiv-emotiv und interaktiv) betrachtet. Sie resultieren aus sozialen Bezügen bzw. werden durch diese unterhalten und beeinflussen sie gleichzeitig („Zirkularität“). Dazu sind insbesondere die Beziehungsregeln und -muster bedeutsam, die sich in „repetitiven Interaktionsschleifen“ äußern.
- Da die Familie ein wichtiges Bezugssystem für den Erwerb und die Aufrechterhaltung sowohl von gesunden als auch pathologischen Strukturen der Interaktionen darstellt, wird Systemische Therapie häufig im Familiensetting (Familien- und Paartherapie) umgesetzt. Die Familie wiederum steht im Zusammenhang mit Strukturen auf kognitiv-emotiver und somatischer Prozessebene.
- Psychotherapeutische Interventionen sind methodisch so gestaltet, dass durch Beeinflussung der Kommunikationsmuster vor allem zirkuläre zwischenmenschliche Interaktionen verändert werden sollen. Es wird davon ausgegangen, dass durch Veränderung kommunikativer Prozesse krankheitsrelevante Änderungen im kognitiven, affektiven, behavioralen und ggf. biologischen System der Individuen angeregt werden.
- Die eingesetzten psychotherapeutischen Techniken sind meist durch Problemaktualisierung und Handlungsorientierung gekennzeichnet. Unterschieden werden strukturelle Methoden (Joining, Enactment, Verändern von Koalitionen etc.), strategische Methoden (positives Umdeuten/„Reframing“ von Symptomenverhalten, Symptomverschreibungen), symbolisch-metaphorische Methoden (Genogramm und Familienskulptur für die Darstellungen komplexer familiärer und nicht-familiärer Beziehungen), zirkuläre Methoden (systemisches Fragen, Entwicklung von Hypothesen, Bemühen um Neutralität, paradoxe Interventionen), lösungsorientierte Methoden (z. B. „Wunderfragen“) und dialogische Methoden („Reflecting Team“, offener Dialog zur Dekonstruktion narrativ hergestellter Wirklichkeiten).
- Das Therapeutenverhalten wird hinsichtlich der Beziehungsgestaltung zu einzelnen Mitgliedern des Systems als respektvoll – bei gleichzeitiger „Respektlosigkeit“ gegenüber pathogenen Ideen – sowie als neutral und „allparteilich“ cha-

rakterisiert. Die Grundhaltung beinhaltet eine unterstellte Autonomie der Mitglieder des Systems und eine hohe Selbstverantwortung. Über Interventionen soll das System angeregt werden, durch das Infragestellen der eigenen Gesetzmäßigkeiten einen neuen Zustand zu erreichen. Dadurch kann sich auch das Verhalten des „Indexpatienten“ auf einem „gesünderen“ Niveau neu stabilisieren.

Die therapeutische Grundhaltung in der Systemischen Therapie lässt sich in diesem Sinne folgendermaßen charakterisieren:

- *Allparteilichkeit* bzw. wechselnde Parteilichkeit gegenüber Personen, *Neutralität* gegenüber ihren Lösungsideen. Respekt gegenüber den Personen, aber Respektlosigkeit gegenüber ihren Ideen.
- Denken in *zirkulären Wechselwirkungen*, das jeden Menschen sowohl als Opfer als auch als Täter seiner Situation sieht, folglich auch *Verzicht auf einseitige Schuldzuweisungen in Beziehungskonflikten*, stattdessen neugieriges Interesse an den verschiedenen interpersonellen Kontexten der Patienten.
- *Wertschätzung nicht nur des Patienten als Person, sondern auch seiner klinischen Symptome*, die immer auch als sinnvolle Lösung anderer Probleme verstanden werden. Nutzung des positiven Konnotierens.
- Allgemein ist das Vorgehen *lösungs- und ressourcenorientiert*. Das zeigt sich auf mehreren Ebenen: Die individuellen, partnerschaftlichen und familiären Ressourcen werden herausgearbeitet, problematisches Verhalten, von dem berichtet wird, wird ressourcenorientiert umgedeutet (*Reframing*, z. B. heftige eheliche Streitereien als Ausdruck großen emotionalen Engagements beider Partner) und auch Problemverhalten in der Therapiestunde wird möglichst konstruktiv verwendet.
- *Patientenorientierung*: Der Patient wird als Experte gesehen, der selbst besser weiß als die Fachleute, was ihm gut tut, woran in der Therapie gearbeitet und wann sie beendet werden sollte. Deshalb werden die Therapieziele mit ihm erarbeitet und der Therapieverlauf inklusive Beendigung orientiert sich konsequent an seinen Zielen.
- *Konstruktionistisch-relativierende Haltung zum eigenen Wissen und zur eigenen Sprache*, die sich der Relativität sprachlicher Bezeichnungen bewusst ist

und auch die eigene Sprache des Therapeuten immer wieder selbstkritisch darauf prüft, wo sie problemlösend und wo sie ungewollt problemverstärkend oder problemchronifizierend wirkt.

Darüber hinaus finden sich in der Systemischen Therapie auch sogenannte „Integrative Ansätze“, die Anleihen bei anderen psychotherapeutischen Verfahren oder Methoden nehmen, ohne den Schwerpunkt im Bereich der systemischen Interventionen zu verlieren.

Methoden der Systemischen Therapie

Zu den aktuell bedeutsamsten Methoden der Systemischen Therapie zählen insbesondere:

- Die strukturelle Methode (Minuchin, 1974), bei der der Therapeut sich auf die Beziehungsrealitäten in Systemen, auf Systemmuster, unklare oder starre Grenzen, Koalitionen und Triangulationen sowie dysfunktionale Vorannahmen konzentriert und diese zu beeinflussen sucht, z. B. mit Techniken zum Aufbau und zur Stärkung der therapeutischen Beziehung (Joining) und zur Einbeziehung abwesender Familienmitglieder, „Enactments“, Strukturanalyse und Umstrukturieren, Veränderung von Koalitionen und Grenzen, Ressourcenaktivierung, Zielhierarchien, Informationsvermittlung, das Stellen von Aufgaben, Methoden zur Klärung von Konflikten und dem Aushandeln von Lösungen (Sydow et al., 2007).
- Die strategische Methode (Haley, 1976), eine direktive, an kybernetischen Konzepten orientierte Therapiemethode, in der Probleme als Ausdruck und Folge dysfunktionaler Organisationsmuster verstanden werden. Interweniert wird mit positiven Umdeutungen („Positive Reframing“) von Symptomen und Problemen, (Symptom-)Verschreibungen, paradoxen Interventionen und Aufgaben (Sydow et al., 2007).
- Die erlebnisaktivierende bzw. symbolisch-metaphorische Methode nach Satir (1964, 1979), bei der das Zusammenspiel des Systems Familie und die Förderung von Selbstwert, emotionaler Nähe und klarerer Kommunikation im Mittelpunkt steht. Es werden Techniken wie Genogramm, (Familien-)Skulpturen (als „lebende Skulptur“ oder als Figurenverfahren/„Family Placement Techniques“), Zeitlinienarbeit, Choreografien, Sprechchöre und kinästhetische Anker eingesetzt (Imber-Black, Roberts & Whiting, 2001; Retzlaff, 2009; Sydow et al., 2007).

- Die zirkuläre Methode nach dem Mailänder Modell (Selvini, Palazzoli, Boscolo, Ceccin & Prata, 1978/1981, 1980/1981), welches die Idee der zirkulären Kausalität (Bateson, 1972/1983) für die Psychotherapie nutzt. Die Familie wird in diesem Modell als ein sich selbst organisierendes kybernetisches System verstanden, in dem alle Elemente vernetzt sind und die psychische Störung Systemfunktionen erfüllt. Typische Interventionen sind zirkuläres Interviewen bzw. triadische/zirkuläre Fragen, Hypothesenbilden, Allparteilichkeit/Neutralität und paradoxe Interventionen. Überblicke über Formen paradoxer Interventionen in der Systemischen Therapie finden sich bei: Madanes, 1980; Nardone, 1997, 2003. In der Tradition des Mailänder Modells wurde auch der Ansatz der Systemischen Paartherapie bei Depressionen im Rahmen des „London Depression Intervention Trials“ entwickelt (Jones & Asen, 1999).
- Die lösungsorientierte Methode (de Shazer et al., 1986; de Shazer, 1988, 1991, 1989, 1993; Berg, 1992): Schwerpunkt dieser Methode ist die konsequente Orientierung auf die Lösung, nicht die Analyse von Störungen. Die Grundidee ist, dass kein zwingender Zusammenhang zwischen der Störung und der Beschwerdefreiheit bestehen muss. Interveniert wird mittels unterschiedlicher Fragetypen: Ausnahme-, Hypothetische (z. B. Wunder-/Feenfrage), Skalierungsfragen, Fragen zur Verflüssigung von Eigenschaften, Fragen zu Ausnahmen und zu Veränderungen, die bereits vor der Behandlung stattgefunden haben. Für diese Methode wurden u. a. spezifische Manuale zur lösungsorientierten Einzel- und Gruppenkurzzeittherapie entwickelt (de Shazer, 1991; de Shazer et al., 1986).
- Die narrative Methode (Welter-Enderlin, 1992, 2006; White & Epston, 1999), welche von der Annahme ausgeht, dass die Geschichten, die Menschen über sich erzählen, mitbestimmen, wie sich Menschen verhalten, wie sie fühlen und welchen Sinn sie neuen Erfahrungen geben. Nach dem zugrundeliegenden Modell organisieren Geschichten die Informationen über das Leben einer Person. In der Therapie wird exploriert, wie eine Leid erzeugende Geschichte „geschrieben“ wurde und wie sie „neu geschrieben“ werden kann. Zentral sind Fragen nach dominanten und unterdrückten (Familien-)Narrationen/Erzählungen und deren Dekonstruktion.
- Die dialogische Methode (Andersen, 1990; Seikkula, 2003) führte zur Entwicklung der Arbeit mit reflektierenden Teams (Reflecting Teams) und des Offenen Dialogs (Open Dialogue). Auf der Grundlage des sozialen Konstruktivismus werden Themen (Probleme, Symptome) aus unterschiedlichen Perspektiven

beschrieben, sodass neue Sichtweisen und Lösungen entstehen. Darüber hinaus werden Externalisierungen der Symptome entwickelt, wodurch eine Trennung von Person und Symptomen erfolgt und die Ambivalenz des Patienten im Hinblick auf seine Symptome veranschaulicht werden kann.

- Die mentalisierungsbasierte Familientherapie (Asen & Fonagy, 2010) richtet ihren Fokus darauf, die Fertigkeiten der Familienmitglieder zu fördern, innere gedankliche und Gefühlszustände möglichst genau zu erfassen und zu verstehen sowie ein entsprechendes Verhalten zwischen den Familienmitgliedern zu fördern und zu stärken.
- Die hypnosystemische Methode basiert auf einem systemischen Grundmodell, das insbesondere sozialkonstruktivistische Elemente berücksichtigt. Im Vordergrund steht dabei eine lösungs- und ressourcenorientierte Perspektive (Rittermann, 1983; Schmidt, 2004; Holtz & Mrochen, 2005).

Störungsspezifische Konzepte zur systemischen *Behandlung spezifischer psychischer Störungen und Patientengruppen* liegen für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen der Psychotherapie vor, u. a. zu:

- unipolaren Depressionen als paartherapeutischer Behandlungsansatz (Jones & Asen, 1999),
- Angst- und Zwangsstörungen als Einzelpsychotherapie (Nardone, 1997),
- Essstörungen (Lock, Le Grange, Agras & Dare, 2002; Nardone, 2003),
- sexuellen Störungen als paartherapeutischer Ansatz (Clement, 2004; Schnarch, 1997/2006; Welter-Enderlin, 1994),
- Traumafolgestörungen als allgemeines systemisches traumatherapeutisches Konzept (Everstine & Everstine, 1983; Gil, 1994; Sheinberg & Fraenkel, 2001; Hanswille & Kissenbeck, 2010; Korittko & Pleyer, 2010; Hanswille, 2011; Oesterreich, 2005, 2010) sowie speziell für Patienten mit psychischen Störungen nach sexuellem Missbrauch (James & Nasjlieti, 1983; Madanes, 1990/1997; Trepper & Barret, 1989),
- psychotischen Störungen, insbesondere Schizophrenie (Seikkula et al., 2006),
- Systemischer Therapie mit Sexualstraftätern (Eddy, 1991; Madanes, 1990/1997),
- Patienten(-familien) mit Migrationshintergrund (Hegemann & Oestereich, 2009; von Schlippe, El Hachimi & Jürgens, 2003),
- aufsuchender Familientherapie mit „Multiproblemfamilien“ (Conen, 2002),

- Systemischer Therapie mit älteren Patienten und ihren Angehörigen (Weakland & Herr, 1988).

Techniken der Systemischen Therapie

Zusammenstellungen und detailliertere Beschreibungen der wichtigsten Techniken der Systemischen Therapie finden sich u. a. in den verschiedenen Lehrbüchern der Systemischen Therapie und den spezifischen Kapiteln der Lehrbücher der Psychotherapie (u. a. Behme-Matthiessen & Pletsch, 2008; Caby & Caby, 2008; Natho, 2009; Neumann, 2006; Pote et al., 2000; Prior, 2006; von Schlippe & Schweitzer, 2009; Schwing & Fryszer, 2006). Im Folgenden werden die wichtigsten Techniken der Systemischen Therapie dargestellt, soweit möglich geordnet nach ihrer Anwendung bei den verschiedenen Methoden der Systemischen Therapie:

Techniken auf der Grundlage struktureller Methoden

- Joining (Techniken zum Aufbau und zur Stärkung der therapeutischen Beziehung)
- „Enactments“, Problem- und Lösungsaktualisierungen in der Gegenwart
- Verändern von Koalitionen und Grenzen
- Ressourcenaktivierung
- Fördern von Nähe
- Aushandeln von Konflikten
- Erstellung von Zielhierarchien
- Konfrontation
- (Haus-)Aufgaben
- Verschreibungen
- Strukturanalyse und Umstrukturieren
- Erstellung von Zielhierarchien
- Konfrontation
- Ressourcenaktivierung durch Informationsvermittlung, Psychoedukation, Aufklärung

Techniken auf der Grundlage strategischer Methoden

- positive Umdeutungen („Positive Reframing“)
- Musterunterbrechung
- Symptomverschreibungen
- paradoxe Interventionen

- paradoxe Rituale
- therapeutisches Splitting

Techniken auf der Grundlage erlebnisaktivierender und symbolisch-metaphorischer Methoden

- Familienskulptur/Aufstellungen:
 - „Lebende Skulptur“/Aufstellung
 - Figurenplatzierungsverfahren („Figure Placement Techniques“)
- Genogramm
- Zeitlinienarbeit und Choreografien
- Sprechchöre
- Systemische Rollenspiele
- Systemische Gestaltungstechniken
- Systemische Ausdruckstechniken
- Rituale und ritualisierte Verschreibungen/Neu-Inszenierung von Familienritualen
- Entspannungs-, Achtsamkeits- und körperorientierte systemische Methoden
- Techniken zur Förderung der Kommunikation und des emotionalen Austausches

Techniken auf der Grundlage zirkulärer Methoden (Mailänder Modell)

- zirkuläres Interviewen
- Hypothesen bilden
- hypothetische Fragen
- Allparteilichkeit/Neutralität
- Schlusskommentar/Schlussinterventionen
- paradoxe Interventionen

Techniken auf der Grundlage lösungsorientierter Methoden

- Fragen zur Verflüssigung von Eigenschaften
- Fragen zu Veränderungen, die bereits vor der Behandlung stattgefunden haben
- Wunder- oder Feenfrage
- Ausnahmefragen
- Bewältigungsfragen
- Skalierungsfragen

- Prozentfragen
- Verschreibung der Fortsetzung von konstruktivem Lösungsverhalten

Techniken auf der Grundlage narrativer Methoden

- Dekonstruktion leiderzeugender Geschichten
- Explorieren von „Unique Outcomes“
- Externalisierungen
- therapeutische Briefe und Urkunden
- Biografische Techniken
- Mikro- und Makrotechniken zur Auflösung dysfunktionaler Narrative und Entwicklung positiver Familiengeschichten

Techniken auf der Grundlage dialogischer Methoden

- „Reflecting Team“
- Offener Dialog („Open Dialogue“)
- Kooperationsgespräche

Techniken auf der Grundlage hypnosystemischer Methoden

- imaginative Techniken
- Teilarbeit
- (hypno-)systemische Traumatherapietechniken
- inneres Parlament
- Einsatz von Metaphern
- Einzeltherapie im Kreis der Familie

Techniken auf der Grundlage der mentalisierungsbasierten Familientherapie

- Techniken zur Förderung angemessener Vorstellungen über relevante Bezugspersonen
- Techniken zur emotionalen Regulation und zum Zentrieren
- Markieren/Interpunktieren
- Systemische Fragetechniken zum Erkunden und Klären von inneren Zuständen, Absichten und Gefühlen

Techniken auf der Grundlage Systemischer Spieltherapie (finden zum Teil auch Anwendung in der Systemischen Therapie mit Erwachsenen)

- Systemische Gestaltungstechniken
- Systemische Ausdruckstechniken
- Systemische Rollenspiele
- Rituale und ritualisierte Verschreibungen
- Arbeit mit Geschichten und Metaphern
- Systemische Figuren- und Sandspieltechniken

Netzwerkorientierte Techniken

- Techniken der Multifamilientherapie (Asen & Scholz, 2009)
- (multisystemische) (Familien-)Helfer-/Fallkonferenzen, Arbeit mit Netzwerken, Netzwerkinterventionen, Kooperationsgespräche
- Angehörigenvisite
- Engagement-Methoden für die Einbeziehung weniger motivierter Patienten
- multisystemische Interventionen

Allgemeine Techniken

- Systemische Fragetechniken (vgl. Schlippe & Schweitzer, 2012)
- Reframing (Bedeutungs-, Kontext-, Inhaltsreframing, vgl. Schlippe & Schweitzer, 2009)
- Klärung von Aufträgen im System (vgl. Schlippe & Schweitzer, 2012 Ochs, 2013)
- Motivationsstrategien („Engagement Strategies)
- Einsatz von Medien:
 - Videofeedback
 - Literaturarbeit, Arbeit mit störungsorientierten Kinder- und Erwachsenenbüchern
 - Positiv-Tagebuch
- Metakommunikation
- Rückfallprophylaxe
- Zentrierungstechniken, achtsamkeitsbasierte Techniken
- Methoden zur Aktivierung des Kohärenzgefühls und Förderung von Akzeptanz

Systemische Therapie wird in sämtlichen Settings bzw. Anwendungsformen der Psychotherapie eingesetzt. Eine Besonderheit stellt in diesem Zusammenhang insbesondere die Form der aufsuchenden Hilfe dar. Zu den realisierten Settings und Anwendungsformen zählen insbesondere:

- Einzeltherapie (Haley, 1976; Weiss & Haertel-Weiss, 1988; Schwartz, 1997),
- Gruppentherapie (Gerland, 2004; Greve, Herder & Schuchardt-Hain, 2004; Wilms, Mory & Lützkendorf, 2004; Wittmund, Musikowski & Schötz, 2004),
- Familientherapie,
- Paartherapie – auch bei der Behandlung von Störungen mit Krankheitswert (Hess, 2003; Retzer, 2004; Riehl-Emde, 2004; Welter-Enderlin & Jellouschek, 2002),
- Multi-Familien-Psychotherapie als Gruppentherapie (Asen & Scholz, 2009, 2010; Laqueur, LaBurt & Morong, 1971; McFarlane, 2002; Eissler, 2005) sowie als
- systemisch-familientherapeutische Therapie mit größeren Helfer- und Nachbarschaftssystemen (Speck & Attneave, 1971; Imber-Black, 1988/1990; Henggeler & Swenson, 2005).
- Aufsuchende Familientherapie, AFT (z. B. Conen, 2002)

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

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

Es existiert eine Reihe von systematischen Reviews, Metaanalysen und Übersichtsarbeiten, die auch die Frage des Nutzens der Systemischen Therapie adressieren oder Teilaspekte hiervon behandeln (u. a. Barbato & D'Avenzo, 2008; O'Farrell and Fals-Stewarts, 2001; Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2010; Sydow, 2010; Sydow, 2013). Diese erlauben jedoch in der Regel keine eindeutige Bewertung des Nutzens der Systemischen Therapie differenziert nach den Anwendungsbereichen der Psychotherapie gemäß § 22 Psychotherapie-Richtlinie. Daher ist für die Nutzenbewertung in den einzelnen Anwendungsbereichen eine Prüfung der Primärstudien erforderlich.

2.1 Anwendungsbereiche gemäß § 22 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie

2.1.1 Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie

Hinweise für den Nutzen der Systemischen Therapie bei unipolaren depressiven Störungen erbrachten insbesondere die folgenden Studien:

Leff et al. (2000): Die randomisiert-kontrollierte Studie war ursprünglich als dreiar-mige komparative Studie zum Vergleich von Pharmakotherapie mit einem Antidepressivum, Systemischer Paartherapie (nach einem Manual von Jones & Asen, 1999) und kognitiver Therapie angelegt. Der dritte Arm der kognitiven Therapie wurde jedoch frühzeitig abgebrochen. Die Studie bei Patienten mit einer unipolaren depressiven Störung (N = 94), die mit einem „kritischen“ Partner zusammenleben, zeigt bei einer deutlich geringeren Therapieabbruchrate (15 vs. 56 Prozent) eine stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik im BDI für die systemische Paartherapie im Vergleich zur Pharmakotherapie. Im zweiten Outcome-Instrument, der Hamilton Depression Rating Scale, zeigten sich dagegen in der Intention-to-Treat-Analyse keine signifikanten Unterschiede.

Knekt et al. (2008): Die randomisiert-kontrollierte Studie zum Vergleich einer systemischen lösungsorientierten Kurzzeitpsychotherapie mit zwei Varianten der psychodynamischen Psychotherapie (als Kurzzeitbehandlung und als Langzeitbehandlung mit zwei bis drei Therapiesitzungen pro Woche über drei Jahre) untersuchte insgesamt 326 Patienten mit einer Major Depression (85 Prozent) oder einer Angststörung (44 Prozent). Für die lösungsorientierte Psychotherapie und die psychodynamische Kurzzeittherapie zeigten sich im Vergleich zur psychodynamischen

Langzeittherapie signifikant stärkere Reduktionen der depressiven Symptomatik im Selbstrating nach drei und sieben Monaten nach Therapiebeginn sowie höhere Remissionsraten nach sieben bzw. zwölf Monaten, während im Langzeitverlauf nach drei Jahren für die psychodynamische Langzeittherapie im Selbst- und Fremdrating signifikant stärkere Reduktionen der depressiven Symptomatik gezeigt werden konnten. Dabei blieb die Symptomreduktion für die lösungsorientierte Therapie wie auch für die psychodynamische Kurzzeittherapie über den gesamten Nachuntersuchungszeitraum stabil.

Miller et al. (2005), Beevers et al. (2003), Uebelacker et al. (2004): Die randomisiert-kontrollierte Studie untersuchte die Wirksamkeit von Systemischer Familientherapie und verhaltenstherapeutischer Einzeltherapie und deren Kombination bei Patienten mit einer Pharmakotherapie mit einem Antidepressivum nach einer stationären Behandlung wegen einer unipolaren Depression. In der Studie mit insgesamt 76 Patienten zeigte sich eine signifikant stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik in der Gruppe der Patienten, die (auch) eine Familientherapie erhielten im Vergleich zu den Patienten, die keine Familientherapie erhielten. Hinsichtlich der Remissionsraten deutete sich im Trend ein ähnlicher Effekt an.

Weitere Anhaltspunkte für den Nutzen der Systemischen Paartherapie bei der Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen liefert die Studie von Seikkula et al. (2013). Auch die Studie von Lemmens et al. (2009) zur Systemischen Familientherapie als Einzelfamilientherapie sowie als Multifamilientherapie bei depressiven Patienten während der stationären Behandlung weist auf den Nutzen der Systemischen Therapie in diesem Setting hin.

2.1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen

Im Anwendungsbereich der Angststörungen weist eine Studie von Rakowska (2011) auf den Nutzen der strategischen Kurzzeittherapie bei Patienten mit einer sozialen Phobie im Vergleich zu einer Treatment-as-Usual-Bedingung hin. Die Effekte beschränken sich dabei auf die Subgruppe der Patienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung.

Darüber hinaus lassen sich aus den Subgruppenanalysen zu Angststörungen in der „Helsinki Psychotherapy Study“ von Knekt et al. (2007, 2011, 2013) Anhaltspunkte für den möglichen Nutzen der lösungsorientierten Therapie bei Angststörungen ableiten.

2.1.3 Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen

Für diesen Anwendungsbereich sind uns keine Studien bekannt, die den Nutzen der Systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten mit den entsprechenden psychischen Störungen belegen.

2.1.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Für diesen Anwendungsbereich sind uns keine Studien bekannt, die den Nutzen der Systemischen Therapie bei Erwachsenen mit entsprechenden psychischen Störungen belegen. Eine randomisiert-kontrollierte Studie von Lau & Kristensen (2007), welche die Systemische Gruppentherapie bei 151 Frauen mit sexuellem Missbrauch im Kindesalter mit einer analytischen Gruppentherapie verglich, erbrachte erste Hinweise auf den Nutzen der Systemischen Therapie bei Patienten mit Traumafolgestörungen.

2.1.5 Essstörungen

Eine randomisiert-kontrollierte Studie von Crisp et al. (1991) zeigt den Nutzen der Kombination von Einzel- und Familientherapie bei Patientinnen mit einer Anorexie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe, zum Behandlungsende und ein Jahr nach Beendigung der Therapie. Auch die randomisiert-kontrollierte Studie von Dare et al. (2001) bezieht sich auf den Nutzen der Familientherapie bei Patientinnen mit einer Anorexie im Vergleich zu einer niedrig-dosierten „Routinebehandlung“ über den Verlauf eines Jahres. Darüber hinaus untersucht eine spanische Studie von Espina Eizaguirre et al. (2000) den Nutzen von Systemischer Familientherapie bei Patientinnen überwiegend mit einer Bulimie und zeigt eine stärkere Symptomreduktion in der Systemischen Familientherapie gegenüber der Vergleichsgruppe.

2.1.6 Nichtorganische Schlafstörungen

Für diesen Anwendungsbereich sind uns keine Studien bekannt, die den Nutzen der Systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten mit nichtorganischen Schlafstörungen belegen.

2.1.7 Sexuelle Funktionsstörungen

Bislang konnten für diesen Anwendungsbereich keine Studien zum Nutzen der Systemischen Therapie bei Erwachsenen identifiziert werden.

2.1.8 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

In der Studie von Lau & Kristensen (2007) sowie der zugehörigen Publikation zum Einjahres-Follow-up von Elkjaer et al. (2013) bei Patientinnen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit wiesen etwa die Hälfte der Patientinnen eine Persönlichkeitsstörung als primäre Diagnose auf. Bei insgesamt 90 Prozent der Patientinnen wurde eine Persönlichkeitsstörung zumindest als komorbide Störung diagnostiziert. Die Systemische Gruppentherapie konnte zum Behandlungsende im Vergleich zur Analytischen Gruppenpsychotherapie eine signifikant stärkere Reduktion der psychopathologischen Symptomatik und Verbesserung der Lebensqualität erzielen. Zur Einjahres-Katamnese nivellierten sich diese Gruppenunterschiede weitgehend. Spezifische Outcome-Kriterien für die Persönlichkeitsstörungen wurden in dieser Studie allerdings nicht erhoben.

2.1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend

Bislang konnten für diesen Anwendungsbereich keine Studien zum Nutzen der Systemischen Therapie bei Erwachsenen identifiziert werden.

2.2 Anwendungsbereiche gemäß § 22 Absatz 2 Psychotherapie-Richtlinie

2.2.1 Abhängigkeit oder Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten

In diesem Anwendungsbereich liegen insbesondere Studien zum Nutzen der Systemischen Familientherapie bei Patienten mit einer Opiatabhängigkeit vor. Zu nennen sind hier insbesondere die Studien von Stanton & Todd (1982), Romijn et al. (1990) und Yandoli et al. (2002).

2.2.2 Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen

Bislang konnten für diesen Anwendungsbereich keine Studien zum Nutzen der Systemischen Therapie bei Erwachsenen identifiziert werden.

2.2.3 Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe

Hinweise auf den Nutzen der Systemischen Therapie bei der psychotherapeutischen Mitbehandlung von Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen

liegen für kardiovaskuläre Erkrankungen (Priebe et al., 2001), orthopädische Erkrankungen (Saarijärvi et al., 1989, 1991, 1992; Cockburn et al., 1997) und HIV/AIDS (Szapocznik et al., 2004) vor.

2.2.4 Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen

Die NICE-Clinical Guideline Schizophrenia empfiehlt auf der Basis von 32 randomisiert-kontrollierten Studien, dass Patienten mit einer Schizophrenie familienorientierte Interventionen angeboten werden sollten. Positive Effekte von Familieninterventionen bei Schizophrenie liegen u. a. hinsichtlich des Rückfallrisikos, der Rehospitalisierung sowie für das psychosoziale Funktionsniveau im Vergleich zur Routinebehandlung vor. Wenngleich nicht alle in der Leitlinienentwicklung berücksichtigten Studien zu Familieninterventionen unmittelbar systemische Methoden adressieren, so lassen sich doch Hinweise auf den Nutzen der Systemischen Therapie bei Patienten mit Schizophrenie ableiten. Hinweise auf den Zusatznutzen von Systemischer Familientherapie bei antipsychotisch behandelten Patienten mit einer Schizophrenie liefert eine kleine Studie von De Giacomo (1997) mit insgesamt 38 Patienten. In die gleiche Richtung zielen die Ergebnisse der Studien von Cao & Lu (2007), Bressi et al. (2008), Zhou (2003), Zhang et al. (2006) sowie von Seikkula et al. (2006), die jeweils familientherapeutische Interventionen mit einer Routinebehandlung auf der Basis einer Pharmakotherapie mit Antipsychotika verglichen haben.

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

Bislang wurden in der Psychotherapieforschung die Aspekte von Risiken und Nebenwirkungen von psychotherapeutischen Interventionen in den empirischen Wirksamkeitsstudien nur selten spezifisch und umfassend adressiert. In neueren Übersichtsarbeiten werden unerwünschte Wirkungen und Fehlentwicklungen verschiedenartig differenziert. Hoffmann, Rudolf und Strauß (2008) unterscheiden:

- *Misserfolge* als die unzureichende oder ganz fehlende Erreichung der in der Therapie explizit und implizit angestrebten Ziele,
- *unerwünschte Wirkungen (Nebenwirkungen)* als das Auftreten anderer – und dabei nachteiliger – Effekte als der angestrebten Therapieziele sowie
- *Therapieschäden* als das Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie.

Des Weiteren schlagen die Autoren als Systematik vor:

1. *Erfolglosigkeit oder unerwünschte Wirkungen einer angemessenen Therapie*

Die Indikation für die Therapietechnik ist richtig gestellt und der Therapeut wendet sie richtig an; die „eigentlich richtige“ Therapie führt jedoch zu keinem Erfolg bzw. zu Nebenwirkungen, Verschlechterungen oder neuer Symptomatik.

2. *Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen durch unprofessionelle Ausübung der Behandlung*

Die Indikation ist richtig gestellt, die Therapietechnik ist prinzipiell geeignet. Der Therapeut verstößt jedoch gegen die Regeln der Kunst und beeinträchtigt dadurch den Patienten.

3. *Mangelnde Passung („Mismatching“) einer Psychotherapeutenpersönlichkeit und einer Patientenpersönlichkeit*

Der Patient ist prinzipiell für eine Psychotherapie geeignet, die eingesetzte Methode ist prinzipiell indiziert, der Therapeut ist prinzipiell qualifiziert. Dennoch führt das Zusammenspiel vor allem der „inkompatiblen“ Persönlichkeiten nicht zum gewünschten Erfolg. Es kommt nicht zur Entwicklung einer für jede Form von Psychotherapie erforderlichen vertrauensvollen, effektiven Therapeut-Patient-Beziehung. Das dürfte auch die Ursache für die, vor allem in der Anfangsphase, nicht seltenen Therapieabbrüche sein. Oft erfolgen diese einvernehmlich, was wahrscheinlich noch der günstigste Weg aus dem Beziehungsproblem ist.

Bezüglich der Verschlechterung nach Therapien fasst Lambert (2013) in einer Übersichtsarbeit zusammen, dass bei fünf bis zehn Prozent der durch Psychotherapie behandelten Patienten eine Verschlechterung auftritt. Für die differenzierte Beantwortung der Frage zur Verschlechterung der Symptomatik nach Psychotherapie (z. B. bei unterschiedlichen Störungsbildern) sind die oben zitierten RCT-Studien (RCT – „Randomized Controlled Trial“) nur wenig geeignet, da bei der gängigen Forschungs- und Publikationspraxis in der Regel auf Gruppenwerte parametrisch erhobener Variablen zurückgegriffen und somit nicht zwischen „Unwirksamkeit“/Non-Response und „Symptomverschlechterung“ für entsprechende Einzelfälle unterschieden wird. Um präzisere Zahlen zum Ausmaß der Symptomverschlechterung durch psychotherapeutische Verfahren zu erhalten, ist eine detailliertere Darstellung in den Originalstudien wünschenswert. Generell ist anzumerken, dass unerwünschte Wirkungen in RCT-Studien in der Regel nicht ausreichend dokumentiert werden, was in Zukunft dringend geändert werden sollte.

Als ein Beispiel für Nebenwirkungen wird die negative Auswirkung von Psychotherapie auf die Partnerschaft der Patienten genannt. So wird berichtet, dass es bei über 15 bis 20 Prozent der Psychotherapiepatienten während oder nach der Therapie zu einer Trennung kam, wobei sich diese Quote jedoch nicht signifikant von der Trennungsrate in der Allgemeinbevölkerung in einem vergleichbaren Zeitraum unterscheidet (Hoffmann et al., 2008) und zudem nicht klar ist, ob es sich bei den Trennungen um unerwünschte Ereignisse handelt. In diesen Zusammenhang ist allerdings auch darauf hinzuweisen, dass diese Dimension in der Regel auch in klinischen Studien zur pharmakotherapeutischen Behandlung von psychischen Störungen nicht adressiert wird, obwohl auch hier unmittelbare oder mittelbare Effekte der Pharmakotherapie auf die Partnerschaft denkbar sind.

Darüber hinaus sind an dieser Stelle Therapieabbrüche zu nennen. Die Systemische Therapie weist in vielen der angeführten klinischen Studien im Vergleich zu den anderen Behandlungsarmen eher niedrige Abbruchraten auf. Dabei ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die Abbruchraten stark mit dem Störungsbild (vergleichsweise höhere Abbruchraten bei Borderline-Störungen) und der Durchführungsart der Psychotherapie (z. B. Einzel- vs. Gruppentherapie) variieren. Ferner ist zu beachten, dass RCT-Studien bezüglich der Abbruchquoten nur von begrenzter Aussagekraft sind, da die entsprechenden Studientherapien in der Regel einen anderen zeitlichen Rahmen als Psychotherapien unter den naturalistischen Bedingungen wie der Richtlinienpsychotherapie aufweisen. Zusätzliche Therapieabbrüche können auch durch die stärker standardisierten Behandlungsbedingungen in klinischen Studien und den Wegfall der vorherigen spezifischen Indikationsstellung im Rahmen der probatorischen Sitzungen verursacht werden.

Hinweise auf absolute Kontraindikationen gegen die Systemische Therapie lassen sich aus der bisherigen Forschung nach unserer Kenntnis nicht ableiten.

4. 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?

Nach unserer Kenntnis liegen derzeit keine methodisch belastbaren und aussagekräftigen Studien vor, die eine spezifische Überlegenheit der Systemischen Therapie bei

der Behandlung spezifischer Krankheitsbilder im Vergleich zu anderen Behandlungsalternativen, insbesondere den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Psychotherapieverfahren, nachweisen.

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

Eine Reihe von randomisiert-kontrollierten Studien zur Systemischen Therapie belegt die Stabilität der Therapieerfolge bis zu einem Jahr nach Behandlungsende (siehe Antworten nach Anwendungsbereich zu Frage 2). Die finnische Psychotherapiestudie von Knekt et al. (u. a. 2007, 2011, 2013) bei Patienten mit depressiven und Angststörungen liefert sogar Katamneseergebnisse für den Zeitraum von fünf Jahren nach Therapiebeginn und zeigt eine Stabilität der Behandlungsergebnisse für die lösungsorientierte Psychotherapie bei Patienten mit einer Depression und/oder Angststörung an. Allerdings ist es aufgrund des Designs, das die Inanspruchnahme weiterer Behandlungen gestattete, welche auch von vielen Patienten in Anspruch genommen wurden, nicht möglich, die Stabilität der Behandlungseffekte allein auf die psychotherapeutische Intervention zurückzuführen.

C. Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

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

a) zur Relevanz der medizinischen Problematik

Psychische Erkrankungen sind häufige Störungsbilder. Nach dem Bundes-Gesundheitssurvey betrug die 12-Monatsprävalenz für psychische Störungen von Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren in Deutschland im Jahr 1998 circa 31 Prozent. Die aktuellen Daten des DEGS bezogen auch die Altersgruppe der 66- bis 79- Jährigen ein und bestätigten im Wesentlichen die Ergebnisse des Vorgängersurveys. Die 12-Monatsprävalenzrate wird in dieser Studie auf 27,6 Prozent beziffert (Jacobi et al., im Druck).

Psychische Erkrankungen sind für die Betroffenen mit einem hohen Leidensdruck, geringer Lebenszufriedenheit und Beeinträchtigungen der sozialen Funktionsfähigkeit verbunden (Jacobi et al., 2004; Wittchen & Jacobi, 2001). Darüber hinaus führen psychische Störungen zu erhöhten Kosten, beispielsweise durch eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ungefähr doppelt so hohe Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen oder eine erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Jacobi et al., 2004; Wittchen et al., 2005). Zudem besteht bei psychischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko von Frühberentungen (Mykletun et al., 2006). In Deutschland haben sich in den vergangenen zehn Jahren die Frühberentungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen deutlich erhöht und verursachen über 40 Prozent der jährlichen Neuberentungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit (Bundespsychotherapeutenkammer, 2014).

Des Weiteren besteht bei vielen psychischen Störungen eine deutlich erhöhte Sterblichkeit (durch Suizid oder nachfolgende körperliche Komplikationen). Beispielsweise für Depressionen, Schizophrenie, Anorexia nervosa oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung werden erhöhte Mortalitätsraten berichtet, die je nach Krankheit im Langzeitverlauf bis zu 15 Prozent betragen können.

b) zum Spontanverlauf der Erkrankungen

Der Spontanverlauf psychischer Störungen erfordert eine differenzierte Betrachtungsweise. Viele der unter 2. aufgeführten psychischen Störungen, wie z. B. die soziale Phobie, die generalisierte Angststörung, die Zwangsstörung und die somatoformen Störungen oder Insomnien, sind im Verlauf chronisch bei geringen Quoten von Spontanremissionen (Wittchen, 1988, 1991; Wittchen & Fehm, 2003; Kessler, 2001).

Für die Agoraphobie/Panikstörung ist in der Regel ein fluktuierender Verlauf charakteristisch, bei dem auch beschwerdefreie Phasen auftreten können. Allerdings sind Spontanremissionen bei der Agoraphobie/Panikstörung selten, sofern die Symptomatik circa ein Jahr angehalten hat (Wittchen, 1988). Bei allen unbehandelten Angststörungen besteht das Risiko der Chronifizierung und der Entwicklung weiterer somatischer und/oder psychischer Erkrankungen (v. a. depressive Phasen oder Abhängigkeitsentwicklung), wenn keine adäquate Behandlung erfolgt.

Unipolare Depressionen sind in der Regel durch einen episodenhaften Verlauf gekennzeichnet. Angaben zu Spontanremissionen (ohne späteres Rezidiv oder Chronifizierung) schwanken zwischen 18 und 42 Prozent (Hautzinger, 2009), wobei die Angaben stark von der Länge des Katamnesezeitraums abhängig sind. Darüber hinaus sollte beachtet werden, dass eine depressive Episode in bis zu 20 Prozent der unbehandelten Fälle in eine chronisch-depressive Störung übergehen kann. Auch bipolar-affektive Störungen sind durch episodenhafte Verläufe gekennzeichnet, wobei hier die Spontanremissionen deutlich geringer ausfallen als bei unipolaren Depressionen.

Bei Posttraumatischen Belastungsstörungen besteht in 40 bis 50 Prozent der Fälle das Risiko einer Chronifizierung, die unbehandelt „über Dekaden“ anhalten kann (Steil & Ehlers, 2009). Bei der Alkoholabhängigkeit wird in prospektiven Langzeitstudien mit Zeiträumen von bis zu 40 Jahren neben einer progredienten Verschlechterung mit assoziierter körperlicher Morbidität ein eher phasenhafter Verlauf mit gravierenden Trinkphasen und kontrolliertem Konsum bzw. kontrollierter Abstinenz beschrieben. Die Spontanremissionsquote (Jahresprävalenz) wird mit circa 20 Prozent geschätzt (Lindenmeyer, 2003). Ähnliches gilt für Abhängigkeiten von anderen Substanzen (Bühringer, 2009).

Bei der Anorexia nervosa konnte in einer 20-jährigen Katamnesestudie eine Remissionsquote von 30 Prozent beobachtet werden. Bei der Bulimie werden langzeitliche Remissionen von bis zu 50 Prozent berichtet. Die Chronifizierungsrate beträgt hier circa 20 bis 32 Prozent. Bei beiden Formen von Essstörungen ist jedoch neben der Tendenz zur Chronifizierung die hohe Mortalitätsrate (circa zehn bis 15 Prozent) zu beachten (Laessle, 2009).

Bei schizophreniformen Erkrankungen geht man von Remissionsraten von circa 20 Prozent aus, bei circa 30 bis 40 Prozent der Patienten ergibt sich im Verlauf eine zunehmende Chronifizierung der Symptomatik (Bailer, 2000).

Bezüglich der sexuellen Funktionsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen gibt es nach unserem Kenntnisstand bezüglich des Verlaufs wenige aussagekräftige Studien.

Vor dem Hintergrund der vielfach chronischen Verläufe psychischer Erkrankungen ist für einen Teil dieser Patienten davon auszugehen, dass sich die Therapieziele der psychotherapeutischen Behandlung vor allem auf die Linderung oder Stabilisierung der chronischen Erkrankung und der Bewältigung der mit ihr assoziierten Belastungen beziehen sollten, ähnlich wie bei vielen chronischen körperlichen Erkrankungen. In solchen Fällen kann unter Umständen die vollständige Heilung keine realistische Behandlungsperspektive darstellen. Eine unrealistische Therapiezielsetzung könnte sich ggf. sogar negativ auf den Behandlungsverlauf auswirken.

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

Bezüglich therapeutischer Alternativen ist zunächst die Routinebehandlung zu nennen. Einige der unter 2. aufgeführten Studien belegen jedoch die Überlegenheit von Systemischer Therapie spezifisch gegenüber der Routinebehandlung. Darüber hinaus besteht vor allem die Möglichkeit der Behandlung durch Psychotherapieverfahren der Psychotherapie-Richtlinie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) und je nach Anwendungsbereich auch Psychopharmakotherapie.

D. Fragen zur Wirtschaftlichkeit

7. 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

a) Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten

Die Kosten von ambulanter Systemischer Therapie ergeben sich beim einzelnen Patienten aus den Stundensätzen für die einzelnen psychotherapeutischen Leistungen als Einzel- oder Gruppenpsychotherapie und der durchschnittlichen Therapiedauer. Für die Einzelpsychotherapie würde man den gleichen Honorarsatz wie bei den Psychotherapieverfahren der Psychotherapie-Richtlinie ansetzen, welcher derzeit rund 83 Euro beträgt. Da die Systemische Therapie in vielen Fällen als Kurzzeittherapie ausgelegt ist, würden sich hierbei voraussichtlich durchschnittliche Behandlungskosten zwischen 1.244 Euro (bei 15 Sitzungen) und 2.074 Euro (bei 25 Sitzungen) plus bis zu 315 Euro für bis zu fünf probatorische Sitzungen ergeben. Die Kosten für die Gruppenbehandlungen fielen pro Patient etwa um den Faktor 2 niedriger aus, wenn man Doppelstunden für die Systemische Gruppentherapie und eine ähnliche Sitzungszahl wie bei der Einzeltherapie ansetzen würde. Bei einigen Indikationen und schweren Verläufen der Erkrankung ist aber auch bei der Systemischen Therapie von längeren Behandlungsdauern von bis 60 Sitzungen auszugehen. Die Kosten der Behandlung als Einzeltherapie würden sich dann entsprechend auf bis zu 4980 Euro pro Patient plus bis zu 315 Euro für bis zu fünf probatorische Sitzungen belaufen.

b) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten

Die Kosten-Nutzen-Abwägung von Behandlungsmethoden insgesamt, wie auch von psychotherapeutischen Verfahren ist äußerst komplex und erfordert die adäquate Berücksichtigung sehr vieler unterschiedlicher Parameter. Im Einzelfall sind durch Psychotherapie Kostenersparnisse durch weniger AU-Tage, Vermeidung vorzeitiger Beurlaubungen und/oder eine geringere Beanspruchung von Gesundheitsleistungen denkbar. So deuten beispielsweise die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys darauf hin, dass Menschen mit remittierten psychischen Störungen sowohl eine vergleichbare Anzahl an AU-Tagen als auch eine vergleichbare Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aufweisen wie die psychische gesunde „Normalbevölkerung“. Demgegenüber sind die AU-Tage und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bei Versicherten

mit einer 12-Monats-Diagnose einer psychischen Störung (im Rahmen der Studie diagnostiziert) deutlich erhöht (Jacobi et al., 2004). Darüber hinaus entstehen im Falle einer fehlenden oder unzureichenden Behandlung ggf. zusätzliche Kosten durch Chronifizierung der psychischen Erkrankungen (Wang et al., 2007).

Auf der Nutzendimension bei einem einzelnen Patienten sind bei der Beurteilung von Psychotherapie als Heilverfahren neben der vollständigen Remission, dem Rückgang von Symptombelastungen oder der Stabilisierung und Verhinderung einer weiteren Verschlechterung der krankheitsbezogenen Belastungen u. a. auch die Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Reduzierung sozialer Beeinträchtigungen oder der Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe zu berücksichtigen.

Für das deutsche Gesundheitssystem liegen nach unserer Kenntnis keine methodisch aussagekräftigen Studien vor, die eine spezifische Aussage über die Kosten-Nutzen-Abwägung für die Systemische Therapie bei einem einzelnen Patienten gestatten würden.

c) Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung

Nach unserer Kenntnis liegen bislang keine belastbaren Studien vor, die unter Berücksichtigung der verschiedenen Kosten- und Nutzenaspekte Schätzungen zum Kosten-Nutzenverhältnis psychotherapeutischer Behandlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung erlauben würden (z. B. als Kosten pro qualitätsadjustiertem Lebensjahr [QALY]).

Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden (VerfO des G-BA 2. Kapitel § 10 Absatz 2 Nummer 3 a) bis d))

Nach unserer Kenntnis liegen bislang keine belastbaren Studien vor, die eine Kosten-Nutzen-Abwägung der Systemischen Therapie im Vergleich zu anderen Methoden erlauben würden.

E. Ergänzung

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

Nein.

F. Literatur

- Asen, E. & Fonagy, P. (2010). Mentalisierungsbasierte Familientherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 11: 239 - 24
- Asen, E., Scholz, M. (2009). *Praxis der Multifamilientherapie*. Heidelberg: Carl-Auer / Engl. (2010): *Multi-Family-Therapy*. New York: Routledge.
- Anderson, T. (1990): *Das reflektierende Team*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Bateson, G. (1972/1983). *Ökologie des Geistes (Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology. Chandler.)* Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bailer, J. (2000). *Prognose und Verlauf der schizophrenen Psychosen: Ergebnisse einer fünfjährigen prospektiven Verlaufsstudie*. Frankfurt am Main: P. Lang.
- Barbato, A. & d'Avenzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 121-132. doi: 10.1007/s11126-008-9068-0
- Beevers, C. G., Keitner, G. I., Ryan, C. E. & Miller, I. W. (2003). Cognitive predictors of symptom return following depression treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 488-496.
- Behme-Matthiessen, U., Pletsch, T. (2008). *Räume – Träume – Grenzen. Materialien zur Themenorientierten Eltern-Kind Gruppentherapie (TEK)*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Berg, I.K. (1992). *Familien Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Bressi, C., Manenti, S., Frongia, P., Porcellana, M., & Invernizzi, G. (2008). Systemic family therapy in schizophrenia: A randomized clinical trial of effectiveness. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 77(1), 43–49.
- Bühringer, G. (2009). Störungen durch den Gebrauch von illegalen Drogen und psychotropen Arzneimitteln. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2014). BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit "Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung" 2013. Download unter: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>
- Caby, F. & Caby, A. (2008). *Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste*. Dortmund: Borgmann.
- Cao, Y. & Lu, A. (2007). The influence of systemic family therapy on the quality of life in schizophrenia patients. *J Clin Psychol Med*, 17(6): 403-404.
- Clement, U. (2004). *Systemische Sexualtherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cockburn JT, Thomas FN, Cockburn OJ (1997) Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7, 97-106.
- Conen, M. L. (2002). *Wo keine Hoffnung, ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie*. Heidelberg: Carl-Auer Systeme Verlag.
- Crisp, A. H., Norton, K., Gowers, S., et al (1991) *A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa*. *British Journal of Psychiatry*, 159, 325 -333.

- Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure JL, Dodge E. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomized controlled trial of outpatient treatments. *Br J Psychiatry*. 2001;178:216–221.
- De Giacomo P., Pierri G., Santoni Rugiu A., Buonsante M., Vadruccio F., Zavoiani L., Schizophrenia: A study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95(3): 183-188.
- Eddy, D. (1991). Eine Methode, mit Sexualtätern und ihren Opfern zu arbeiten. In: W. Rothaus, Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher (S. 152-162). Dortmund: Modernes Lernen.
- Eissler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-113.
- 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.
- Espina Eizaguirre, A., Ortego Saenz de Cabezon, M. A., Ochoa de Alda Martinez de Appellaniz, I. (2000): Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios (A controlled trial of family interventions in eating disorders). *Anales de Psiquiatria* 16 (8), 322-336
- Everstine, D. S., & Everstine, L. 1993. *The Trauma Response*. New York: W. W. Norton.
- Gil, E. (1994). *Play in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Gerland, A. (2004). Die therapeutische Gesprächsgruppe mit Paaren. *Systema*, 18(1), 6-22.
- Greve, N., Herder, K., Schuchardt-Hain, C. (2004). Psychose hin- Psychose her – Systemische Gruppenarbeit und Evaluationsgespräch mit psychoseerfahrenen Patienten. *Systema*, 18(1), 70-83.
- Haley, J. (1976). *Problem-Solving Therapy*. New York: Harper & Row.
- Hanswille, R. & Kissenbeck, A. (2010). *Systemische Traumatherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Hanswille, R. (2011). Systemische Traumatherapie. In: Seidler G.H., Freyberger H.J., Mackerker A. Hrsg.: *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett –Cotta, S.134-151 u. 603-613
- Hautzinger, M. & De Jong-Meyer, R. (2009). Depressionen. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Hegemann, T. & Oestereich, C. (2009). *Einführung in die interkulturelle systemische Beratung und Therapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Henggeler, S. & Swenson, C. (2005). Die Multisystemische Therapie. *Familiendynamik*, 30(2), 128-144.
- Hess, T. (2003). *Lehrbuch für die systemische Arbeit mit Paaren*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 53, 4-16.
- Holtz, K. & Mrochen, S. (2005). *Einführung in die Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

- Imber-Black, E. (1988/1990). *Families and larger Systems (Familien und größere Systeme)*. Heidelberg: Carl Auer). New York: Guilford.
- Imber-Black, E., Roberts, J. & Whiting, R.A. (2001). *Rituale: Rituale in Familien und Familientherapie (Rituals in families and family therapy)*. Heidelberg: Carl Auer.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H. U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 47, 736–744.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siebert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M., Hapke, U., Maske, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J, Wittchen, H.U. (in press). 12-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.
- James, B. & Nasjleti, M. (1983). *Treating traumatized children*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Jones, E. & Asen, E. (1999). *Systemic Couple Therapy and Depression*. London: Karnac.
- Kessler, R. C., Keller, M.B. & Wittchen, H. U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 24(1), 19-39.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R. Haaramo, P. & Järvikoski, A. (2007). 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., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M. & Renlund, C. (2008). 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., 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.
- Korittko, A. & Pleyer, K.H. (2010). *Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Laqueur, P., LaBurt, H., Morong, E. (1971). *Multiple family therapy. Further developments*. New York, Grune & Stratton, 82-96.
- Lambert, M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M. Lambert (Hrsg.) *Bergin & Garfields handbook of psychotherapy and behavior change*, 6th edition, New York: Wiley, pp. 169-218.

- Laessle, R. G. (2009). Essstörungen. In: H. Reinecker (Hrsg.). Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Lau, M. & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 96-104.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. & Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- 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.
- Lindenmeyer, J. (2003). Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol. In: E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz. Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 3. München: CIP-Medien.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S. & Dare, C. (2002). Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach. New York: Guilford Press.
- Madanes, C. (1980). Protection, paradox, and pretending. *Family Process*, 19, 73-85.
- Madanes, C. (1990/1997). Sex, Liebe und Gewalt (Sex, Love and Violence. New York: W.W. Norton). Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- McFarlane, W. (2002). Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York: Guilford.
- Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG. (2005) *American Journal of Psychiatry*;162(11):2131-8.
- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1981/1985). Praxis der strukturellen Familientherapie (Family therapy techniques. Cambridge, MA: Harvard University Press). Freiburg: Lambertus.
- Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., Aarø, L. E. & Prince, M. (2006). A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *Am J Psychiatry* 163:8.
- Nardone, G. (1997). Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien. Bern: Huber.
- Nardone, G. (2003). Systemische Kurzzeittherapie bei Essstörungen. Bern: Huber.
- Natho, F. (2009). Gespräche mit dem inneren Schweinehund. Arbeit mit Tierfiguren in systemischer Beratung und Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Neumann, K. (2006). Lexikon systemischer Interventionen. Wien: Kramer.
- Ochs, M. (2013). Vier Grundorientierungen Systemischer Psychotherapie. *Projekt Psychotherapie* 3/2013, 20-23.
- Oestereich, C. (2005): Nach dem Trauma: Nichts ist mehr so wie zuvor! Wie können Traumata in die Lebenserzählung integriert werden? *Systeme* 19 (1): 46-71
- Oestereich, C. (2010): Überleben? – Zurück ins Leben! Die Bedeutung der Lebenserzählung in der systemischen Behandlung traumatisierter Menschen. *Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung* 3

- O'Farrell, T.J., & Fals-Stewart, W. (2001). Family-involved alcoholism treatment: An update. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism, volume 15: Services research in the era of managed care* (pp. 329-356). New York: Plenum Press.
- Pharoah, F., Mari, J.J., Rathbone, J. & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD000088. DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub3.
- Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Shapiro, D. & Boston, P. (2003). Systemic Family Therapy can be manualised: Research process and findings. *Journal of Family Therapy*, 25, 236-262.
- Priebe S, Sinning U (2001) Effects of a brief couples therapy intervention in coronary rehabilitation. A controlled study. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51: 276–280.
- Prior, M. (2006). *MiniMax – Interventionen*. Heidelberg: Carl Auer
- Rakowska, J. M. (2011). Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychotherapy Research*, 21(4), 462-471.
- Retzer, A. (2004). *Systemische Paartherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Retzlaff, R. (2009). *Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Riehl-Emde, A. (2004). *Liebe im Fokus der Paartherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ritterman, M. (1983): *Using hypnosis in family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Romijn, C. M., Platt, J. J., & Schippers, G. M. (1990). Family therapy for Dutch drug abusers: Replication of an American study. *International Journal of Addictions*, 25, 1127-1149.
- Saarijärvi, S. (1991). A controlled study of couple therapy in chronic back pain patients. Effects on marital satisfaction, psychological distress and health attitudes. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 265-272.
- Saarijärvi, S., Alanen, E., Rytökoski, U., Hyppä, T. (1992). Couple therapy improves mental well-being in chronic back pain patients. A controlled, five year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 7, 651-656.
- Saarijärvi, S., Lahti, T., & Lahti, I. (1989). Time-limited structural couple therapy with chronic low back pain patients. *Family Systems Medicine*, 7, 328-338.
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science & Behavior Books.
- Satir, V. (1979). *Familienbehandlung*. Freiburg: Lambertus.
- Sheinberg, M., & Fraenkel, P. (2001). *The relational trauma of incest: A Family-Based Approach to Treatment*, Guilford Press.
- Schlippe, A. v., El Hachimi, M. & Jürgens, G. (2003). *Multikulturelle systemische Praxis*. Heidelberg: Carl Auer
- Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2009). *Systemische Interventionen*. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen*. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, G. (2004). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösungen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Schnarch, D. (1997/2006). *Die Psychologie sexueller Leidenschaft (Passionate Marriage)*. New York: Henry Holt & Comp.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schwartz, R. (1997). *Systemische Therapie mit der inneren Familie*. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta.

- Schwing, R., Fryszer, A. (2006). Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Rasinkangas, A. et al. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.
- 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.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., Keränen, J. & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode non-affective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214-228.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G. & Prata, G. (1978/1981). Paradoxon und Gegenparadoxon (Paradox and counterparadox. New York: Jason Aronson). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G. & Prata, G. (1980/1981). Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik*, 6, 123-39. (Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of a session. *Family Process*, 19, 3-12).
- Shazer, S. de (1988). Clues: Investigating solutions in brief therapy. New York: Norton & Comp.
- Shazer, S. de (1989). Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Shazer, S. de (1991). Putting difference to work. New York: W.W. Norton & Comp.
- Shazer, S. de (1993). Creative Misunderstanding: There is no escape from language. In S. Gilligan & R. Price (Hrsg.), *Therapeutic Conversations*. New York: Norton.
- Shazer, S. de, Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- Speck, R. V. & Attneave, C.L. (1971). Social network intervention. In: J. Haley (Ed.), *Changing Families* (pp. 312-332). New York: Grune & Stratton.
- Stanton, M.D.; Todd, T.C. (1982). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Guilford Press, 1982.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer-Rothers, J. (2007). Die Wirksamkeit Systemischer Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Sydow, K.v., Retzlaff, R., Beher, S., Schweitzer, J. (2013). The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders: A Systematic Review of 47 RCT. *Family Process* 52(4), 576-618.
- Szapocznik J., Feaster, D.J., Mitrani, V., Prado, G., Smith, L., Robinson-Batista, C., Schwartz, S.J., Mauer, M.H. & Robbins, M.S. (2004). Structural ecosystems therapy for HIV-seropositive African American women: Effects on psychological distress, family hassles, and family support. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72(2), 288-303.

- Trepper, T. S., Barrett, M.J. (1989). Systemic treatment of incest. A therapeutic handbook. New York: Brunner/Mazel.
- Uebelacker, L. A., Keitner, G., Ryan, C., & Miller, I. W. (2004). Characterizing the longitudinal course of persons with major depressive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 65-68.
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G. et al. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6 (3), 177–185.
- Weakland, J. & Herr, J. (1988). Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Die Praxis der angewandten Gerontologie. Bern/ Stuttgart: Hans Huber.
- Weiss, T. & Haertel-Weiss, G. (1988). Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten. München: Kösel.
- Welter-Enderlin, R. (1992). Paare, Leidenschaft und lange Weile. München: Piper.
- Welter-Enderlin, R. (1994). "Glut unter der Asche": Leidenschaft und lange Weile bei Paaren in Therapie. *Familiendynamik*, 19(3), 233-251.
- Welter-Enderlin, R. (2006). Wie aus Familiengeschichten Zukunft entsteht. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Welter-Enderlin, R. & Jellouschek, H. (2002). Systemische Paartherapie- ein integratives Konzept. In: M. Wirsching & P. Scheib. Paar- und Familientherapie (S. 199-226). Berlin: Springer.
- Wilms, H.U., Mory, C., Lützkendorf, V. (2004). Angstbewältigung in der Gruppe oder Wozu brauchen wir Therapeuten? *Systema*, 18(1), 44-57.
- Wittchen, H. U. (1988). The neutral course and outcome of anxiety disorders. What cases remit without treatment ? In: I. Hand & H. U. Wittchen. *Panic and phobias 2*. Berlin: Springer.
- Wittchen, H. U. & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*(417), 4-18.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- Wittmund, B., Musikowski, M., Schötz, D. (2004). Veränderungsprozesse und systemische Gruppentherapie – die Sichtweise der Patienten. *Systema*, 18(1), 58-69.
- White, M. & Epston, D. (1989). Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken. Heidelberg: Carl Auer.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2009). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie, *Dtsch Arztebl* 2009; 106(5): A-208 -211.
- Yandoli, D., Eisler, I., Robbins, C., Mulleady, G. and Dare, C. (2002) A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London drug abuse clinic. *Journal of Family Therapy*, 24, 402-422.
- Zhang, S., Liu, L., Pan, S., Feng, Y., Zhang, Y., & Zhou, Q. (2006). A controlled study of the effect of systemic family therapy on the relapse of schizophrenia. *Shandong Archives of Psychiatry*, 19(2), 138–139.

Zhou, X. (2003). The application of systemic family therapy in patients with schizophrenia. *Medical Journal of Chinese People Health*, 15(6), 361–362.