

## **Einschätzung / Stellungnahme**

von DGSF und SG

### **zur Bewertung der Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen**

gemäß § 135 Abs. 1 SGB V

anhand des Fragebogens des G-BA

Die Fragen des G-BA-Fragebogens „Fragebogen zur Systemischen Therapie als Psychotherapie-Verfahren bei Erwachsenen“ sind im Text kursiv und rot ausgezeichnet.

*14. Februar 2014*

DGSF e. V.  
Jakordenstraße 23 | 50668 Köln  
0221 613133

[www.dgsf.org](http://www.dgsf.org)

Systemische Gesellschaft e. V.  
Brandenburgische Str. 22 | 10707 Berlin  
030 53698504

[www.systemische-gesellschaft.de](http://www.systemische-gesellschaft.de)

## Inhalt

	<i>Seite</i>
<b>A. <i>Fragen zum Verfahren</i></b>	<b>3</b>
<b>B. <i>Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen in Bezug auf die Anwendungsbereiche gemäß § 22 Psychotherapie-Richtlinie</i></b>	<b>18</b>
<b>C. <i>Fragen zur medizinischen Notwendigkeit</i></b>	<b>28</b>
<b>D. <i>Fragen zur Wirtschaftlichkeit</i></b>	<b>31</b>
<b>E. <i>Ergänzung</i></b>	<b>35</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>37</b>
<b>Literatur</b>	<b>38</b>

## Anhang

RCT-Primärstudien über die Wirksamkeit von Systemischer Therapie bei psychischen Störungen Erwachsener – KURZFASSUNG (Tabelle 1)

Literaturliste zur Tabelle der RCT-Primärstudien zur Systemischen Therapie

## **A. Fragen zu dem Verfahren**

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

#### **Definition des Verfahrens „Systemische Therapie“**

Die folgenden Ausführungen orientieren sich vor allem an dem Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP, 2009), an der Expertise zur Systemischen Therapie (Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007) und dem Arbeitspapier des WBP zur Verfahrensbeschreibung der Systemischen Therapie (WBP, 2010).

Bei der Systemischen Therapie handelt es sich um ein national und international einheitliches Verfahren, das eine breite Vielfalt von Methoden aufweist.

Die theoretischen Grundlagen und Interventionsmethoden werden in den Lehrbüchern und Lehrbuchbeiträgen zur Systemischen Therapie/Familientherapie (Becvar & Becvar, 2009; Ludewig, 2005; Nichols, 2008; Retzlaff, 2009; Schlippe & Schweitzer, 1996, 2009, 2012; Schweitzer & Schlippe, 2006; Schweitzer, Schlippe & Ochs, 2007; Schwing & Fryszer, 2013; Sydow, 2007, 2010; Wirsching, 2005; Wirsching & Scheib, 2002), Systemischen Psychiatrie (Ruf, 2005) und Systemischen Psychosomatik und Familienmedizin (Altmeyer & Hendrichke, 2011; Hähnlein & Rimpel, 2008) ausführlich dargestellt. Bedeutsam sind auch die Leitlinien zur Paar- und Familientherapie (Scheib & Wirsching, 2004).<sup>1</sup>

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 Systemische Therapie betrachtet wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen." (WBP, 2009).

#### **Theoretische Grundlagen zum Verständnis des Verfahrens Systemische Therapie**

Psychische Störungen werden zirkulär verstanden und behandelt. Insofern werden statt einseitiger Ursache-Wirkungs-Betrachtungen von Krankheits- oder Beziehungsprozessen die Wechselbeziehungen in Verhalten und Wahrnehmung zwischen zwei und mehr Menschen, ihren Symptomen sowie ihrer weiteren Umwelt zum Gegenstand des Verstehens und der Veränderung gemacht. Es interessieren also gleichermaßen die Auswirkungen von Interaktionen innerhalb (und außerhalb) der Familie auf die Symptome eines Familienmitgliedes als auch umgekehrt die Auswirkungen von Symptomen auf (andere) Familienmitglieder (sowie weitere Bezugspersonen) und deren Interaktionen.

Orientiert an modernen Systemtheorien, wie den Theorien selbstreferentieller und dynamischer Systeme<sup>2</sup>, beschäftigt sich Systemische Therapie mit Funktionsweisen komplexer dynamischer bio-psycho-sozialer Systeme. Auf dieser Grundlage wurden

<sup>1</sup> Zu den Implikationen systemischer Ansätze für Diagnostik und Forschung vgl. z. B.. Schweitzer & Ochs (2003), Ochs & Schweitzer (2012).

<sup>2</sup> Die Theorie selbstreferenzieller Systeme, wie die Autopoiese-Theorie, erklärt gut, warum komplexe Systeme ihre Homöostase trotz sich massiv verändernder Umweltbedingungen aufrechterhalten können (eine Einführung in eine Interventionstheorie selbstreferenzieller Systeme findet sich etwa bei Willke, 2005). Die Theorie dynamischer Systeme, wie die synergetische Systemtheorie, erklärt zum Beispiel gut, warum komplexe Systeme trotz nur minimaler Verstörungen aus der Umwelt zu sprunghaften, qualitativen Veränderungen in der Lage sind (Kriz, 1999).

Interventionen für die Veränderung bio-psycho-sozialer Verhaltensmuster entwickelt mit dem Ziel, Leid zu lindern bzw. zu beseitigen.

Paarbeziehungen und Familien sind dabei wesentliche, aber nicht alleinige und auch nicht immer die wichtigsten sozialen Kontexte psychischer Störungen. Orientiert an einem offenen Familienkonzept beschränkt sich die therapeutische Arbeit nicht allein auf biologisch oder juristisch definierte Familien und Paare, sondern schließt neben Partnern/Eltern, Kindern und zuweilen anderen Verwandten (z. B. Großeltern) auch weitere für die Problemlösung wichtige Bezugspersonen und das professionelle Helfersystem (Ärzte, Lehrer, Sozialarbeiter u. a.) in die Behandlung ein. Sie werden entweder direkt „in vivo“ und/oder indirekt z. B. durch spezielle Frage- und Soziogrammtechniken zu ihrem Verhalten, mutmaßlichem Erleben und ihren Intentionen systematisch in den therapeutischen Diskurs einbezogen. Ebenso ist der Überweisungskontext zur Psychotherapie von zentraler Bedeutung.

Paartherapie mit hetero- oder homosexuellen Paaren wird als eine Setting-Variante von Familientherapie bei der Behandlung von Patienten mit klinisch relevanten Störungen verstanden. Im Vordergrund steht in diesem Zusammenhang die Reduktion von krankheitsrelevanten Symptomen und nicht vorrangig eine Verbesserung der Paarbeziehung.

Ziel der Systemischen Therapie ist, symptomfördernde Interaktionen und Strukturen, dysfunktionale Lösungsversuche und starre/einschränkende Familienerzählungen infrage zu stellen und die Entwicklung neuer, gesundheitsfördernder Interaktionen, Lösungsversuche und Erzählungen anzuregen. Wesentliche Elemente des praktischen Vorgehens sind systemische Fragen zum Zusammenhang zwischen Symptomen und Beziehungen, positives Umdeuten von Symptomen und anderen Problemen (z. B. mittels Reframing-Techniken, vgl. Schweitzer & Schlippe, 2009, S. 78ff), symbolisch-metaphorische Methoden wie Genogramm und Familienskulptur, Arbeit mit Reflektierenden Teams sowie spezielle Schlussinterventionen und die Neu-Inszenierung von Familienritualen (Schlippe & Schweitzer, 1996; Sydow, 2007).

Orientiert an den in anderen Metaanalysen und Übersichtsartikeln verwandten Kriterien (Asen, 2002; Cottrell & Boston, 2002; Grawe et al., 1994; Kazdin & Weisz, 1998; Shadish et al., 1993) lässt sich Systemische Therapie operationalisieren als familien- oder einzeltherapeutische Interventionen, die Bezug auf mindestens einen der aufgeführten systemischen Autoren nehmen (Tom Anderson, Ivan Boszormeny-Nagy, Steve de Shazer, Jay Haley, Salvador Minuchin, Virginia Satir, Mara Selvini Palazzoli, Helm Stierlin, Paul Watzlawick, Michael White) und/oder ihre Intervention durch mindestens einen der folgenden Begriffe spezifizieren: systemisch (systemic), strukturell (structural), strategisch (strategic), triadisch (triadic), kontextuell (contextual), funktional (functional), lösungsorientiert (solution focused), narrativ, ressourcenorientiert, Mailänder Modell (Milan), McMaster-Modell (McMaster model) (s. Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007).

Die hier skizzierten Merkmale unterscheiden die Systemische Therapie von anderen „family based interventions“, die (auch) mit Familien- oder Paarsettings arbeiten, etwa von psychodynamischen, kognitiv-behavioralen und psychoedukativen Verfahren (Diamond & Siqueland, 2001; Lebow & Gurman, 1995; Scheib & Wirsching, 2004; von Sydow, 2007; Sydow et al., 2007).

### **Die Relation von „Systemischer Therapie“ als Verfahren und „Paar-/Familientherapie“ als Settingvariante**

Systemische Therapie und Paar-/Familientherapie überlappen sich, sind aber nicht identisch. Systemische Therapie ist historisch aus der Familientherapie hervorgegangen und die Familientherapie hat bereits früh interdisziplinäre systemtheoretische Konzepte angewandt. Auch ist die Mehrzahl aller Familientherapeuten in Deutschland an systemisch orientierten Weiterbildungsinstituten ausgebildet und rechnet sich selbst dieser Orientierung zu.

In den USA verlangen die Standards der American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT) eine systemische Orientierung. So ist die therapeutische Kernkompetenz

1.1.1: „Understand systems concepts, theories, and techniques that are foundational to the practice of marriage and family therapy“

([http://www.aamft.org/imis15/Documents/MFT\\_Core\\_Competencie.pdf](http://www.aamft.org/imis15/Documents/MFT_Core_Competencie.pdf); gesehen 07.02.14, 15.27 Uhr). Und die „Educational Guidelines“ bei der Ausbildung von „Marital (Couple) and Family Therapists“ verlangen bzgl. „Clinical Knowledge“: „content will address, from a relational/systemic perspective, psychopharmacology, physical health and illness, traditional psychodiagnostic categories, and the assessment, diagnosis and treatment of major mental health issues.“ (102.01;

[http://www.aamft.org/imis15/Documents/COAMFTE\\_MFT\\_Educational\\_Guidelines.pdf](http://www.aamft.org/imis15/Documents/COAMFTE_MFT_Educational_Guidelines.pdf); dito).

In einer Inhaltsanalyse der in den 50 US-Staaten geforderten Ausbildungsbestandteile für unterschiedliche psychotherapeutische Professionen ergab sich, dass „Marriage and Family Therapists“ (MFTs) dreimal mehr Theorieseminare über systemische Grundlagen- und Anwendungsforschung zu Paaren/Familien absolvieren müssen als jede andere „mental health“ Disziplin (u.a. „clinical psychology“, Psychiatrie). Für eine MFT-Qualifikation musste durchschnittlich 3,7 „credit hours“ in „Family/Couple(s) System(s)“, „Individual(s), Couple(s), and/or Family Therapy/Counseling“ absolviert werden – für „clinical psychology“ oder Psychiatrie waren es hierfür durchschnittlich jeweils Null „credit hours“. Außerdem erfordert die Qualifikation als MFT sechzehnmal mehr „face-to-face family therapy hours“ als jede andere therapeutische Richtung: MFTs mussten durchschnittlich 349 Stunden Therapie im Paar-/Familiensetting sowie 1.275 Stunden im Einzel- oder Paar-/Familiensetting absolvieren. Für „clinical Psychologists“ waren 796 Stunden „face-to-face“ Therapie im Einzel- oder Paar-/Familiensetting verpflichtend – jedoch Null Stunden Arbeit im Paar-/Familiensetting obligatorisch und für Psychiater ließen sich diese Angaben nicht bestimmen (Crane, Shaw, Christenson, Larson, Harper & Feinauer, 2010).

Die deutschen Psychotherapierichtlinien empfehlen in §9 den Einbezug von Bezugspersonen bzw. des sozialen Umfeldes in die Richtlinien-Einzel-Psychotherapie: „Im Rahmen einer Psychotherapie kann es notwendig werden zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges Beziehungspersonen aus dem engeren Umfeld (Partnerin oder Partner, Familie) der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen.“ (<http://www.g-ba.de/downloads/62-492-323/RL-Psycho-2009-02-19.pdf>). Bei Erwachsenen kann das zu etwa jeder vierten Stunde erfolgen. Die Angehörigen-Gespräche können als Doppelstunde (100 Minuten) realisiert werden (§23.b.2). Die Bezugspersonenstunden werden auf das Gesamtstundenkontingent angerechnet, es gibt dafür also keine zusätzlichen Stunden. Doch diese Option der Psychotherapierichtlinien wird in der ambulanten Praxis (anders als an Kliniken) fast nicht genutzt (weniger als 1% aller abgerechneten Stunden Richtlinien-therapie mit Erwachsenen sind Bezugspersonen („B“-Ziffern, also KZT oder LZT mit Einbezug von Bezugspersonen – Best, 2010). Die Zahlen zeigen, dass ein theoriegeleitetes eigenes Verfahren nötig ist, um den Einbezug des sozialen Kontextes gewährleisten zu können. Die Mehrheit der Richtlinien-Therapeuten ist auch nicht (hinreichend) paar-/familientherapeutisch ausgebildet und meist nicht auf die besondere Problematik von Paar-/Familiengesprächen im Kontext von Einzeltherapien vorbereitet. Paar- und Familientherapie machen in der Ausbildung der Richtlinienpsychotherapie einen verschwindend geringen Anteil aus (im Durchschnitt 16-20 von 600 UE Theorie).

### **Störungstheorie(n) – verfahrenstypische Kernannahmen zu verursachenden und aufrechterhaltenden Bedingungen von Störungen**

Die Systemische Therapie war ursprünglich stark geprägt durch den *strukturellen Ansatz* von Minuchin (1974; Minuchin & Fishman, 1981), der Symptome als Nebenprodukte von strukturellen Problemen innerhalb von Kernfamilien versteht (Guerin & Chabot, 1997) und der sich deshalb auf aktuelle Familieninteraktionen konzentriert, aus denen Informationen über die Struktur der Familie abgeleitet werden. Wichtig ist: die Arbeit mit der Familie als Organisationseinheit, ihre Kommunikation, die Beziehungen zu Außensystemen, ein angemessener Umgang mit Konflikten, mit emotionaler Nähe, das Funktionieren von Subsystemen der Familie und die interpersonellen Grenzen. Minuchin postuliert, dass eine

gut funktionierende Familie sich durch klare Grenzen der Subsysteme auszeichnet, bestimmt durch Generation, Geschlecht und Funktionen. Als problematisch gelten „verstrickte“ (enmeshed) Familien, bei denen die Grenzen zwischen den Familienmitgliedern verwischt sind sowie Familien mit übermäßig starren Grenzen und „isolierte“ (disengaged) Familien, bei denen nur wenig Nähe und Bindung anzutreffen sind. Beachtet werden auch Fragen von Macht und Rollenverteilung, offenen, verdeckten und umgeleiteten Konflikten sowie Koalitionen. Entsprechende Daten werden in einem Strukturdiagramm grafisch dargestellt, das die Matrix bildet, anhand derer Hypothesen über die Familie aufgestellt, geprüft und ggf. revidiert werden (Minuchin & Fishman, 1985).

Jay Haley (1976, 1980) und Cloe Madanes entwickelten einen verwandten Ansatz, die *strategische oder problemlösende Familientherapie*. Haley wies auf die besondere Qualität familiärer Kommunikation und auf bestimmte Dreiecksbeziehungen als Formen der Familienfehlentwicklung hin, etwa Koalitionen über Generationengrenzen hinweg, die Umleitung von Konflikten zu Lasten eines Kindes im Sinn einer Sündenbockdynamik sowie die Triangulation (d. h., dass eine dritte Person in eine Zweierbeziehung einbezogen wird, um diese zu entschärfen oder zu stabilisieren).<sup>3</sup>

Die am Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto entwickelte *systemisch-strategische Kurzzeittherapie (Brief Strategic Therapy)* basiert weitgehend auf der sorgfältigen Analyse von problemerzeugenden und problemerhaltenden dysfunktionalen Lösungsstrategien, Motivationsstrategien, Umdeutungen und verschiedenen paradoxen Behandlungsstrategien (Fisch, Weakland & Segal, 1982; Haley, 1976; Watzlawick et al., 1967/1969). Am MRI wurden auch systemische Traumatherapietechniken entwickelt.

Theoretische und klinisch-praktische Weiterentwicklungen des MRI-Ansatzes wurden von der *Mailänder Gruppe um Selvini Palazzoli* (Selvini Palazzoli et al., 1978/1981, Weeks & l'Abate, 1985) und der Arbeitsgruppe um de Shazer (1988/1993, 1989, 1993; Berg, 1992) in Milwaukee entwickelt (*systemisch lösungsorientierte Kurzzeittherapie*).

Die *Mehrgenerationenperspektive* verknüpft systemische und psychodynamische Konzepte. Sie betrachtet klinische Probleme bevorzugt unter der Perspektive ungelöster familiärer Vermächtnisse und Loyalitäten, unzureichender (Selbst-)Differenzierung (Bowen, 1975), familiärer Delegationen (Stierlin, 1978) sowie von „Schuld- und Verdienstkonten“ (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1981). Daraus entstandene Standardtechniken der Systemischen Therapie sind u. a. die Arbeit mit Genogrammen (Hildenbrand, 2005; McGoldrick & Gerson, 1990), ein Fokus auf die Mehrgenerationenperspektive sowie Mehrgenerationen-Gespräche (s. auch Massing, Reich & Sperling, 1992, Reich, Massing & Cierpka 2007), Familienrekonstruktion, die Arbeit mit Familiengeschichten und die Auflösung tradierter dysfunktionaler Familienmuster.

Die *erlebensorientierte Familientherapie* betrachtet klinische Probleme vor allem unter dem Gesichtspunkt des blockierten Emotionsaustauschs, der Regulation des Selbstwertes und der Nähe-Distanz-Wünsche zwischen einander nahe stehenden Menschen. Therapeutisch hat sie die Familienskulptur und andere erlebnisorientierte Verfahren hervorgebracht. Bekannteste Vertreter waren Satir (1964, 1979) und Whitacker & Keith (1981). Von Satir wurden außerdem imaginative und körperorientierte Techniken entwickelt, die heute Grundlagen der Traumatherapie-Verfahren sind.

*Narrative Ansätze der Systemischen Therapie* (White & Epston, 1989) verstehen Störungen als Folge problemerzeugender (negativer, abwertender, entmutigender) Erzählungen über einen Menschen oder eine Familie. In der narrativen Therapie wird das Leben als eine Erzählung verstanden. Erzählen gilt als Familienaktivität, die hilft, Wirklichkeit zu konstruieren und die soziale Welt zu verstehen. Familien haben eigene Erzähltraditionen, sie erzeugen ihre eigenen Bilder davon, was sie als wirklich ansehen (Gergen, 1991/1996). Familien transportieren in ihren Geschichten unterschiedliche Wirklichkeitsbilder (z. B.

<sup>3</sup> „Triangulation“ hat somit im systemischen Kontext eine andere Bedeutung als im psychodynamischen Kontext.

Kontrolle ausüben zu können oder sich als Opfer zu sehen). In leidenden Familien dominieren häufig problemgesättigte Narrative, in denen Beschwerden und Belastungen das Leben zu beherrschen scheinen. Wenn diese dominant werden, also dauerhaft von vielen wichtigen Beteiligten wiederholt, und zum Teil der Identität der Betroffenen werden (z. B. „Ich bin wertlos“), schränken Betroffene ihre kognitiven, affektiven Verhaltens-, Beziehungs- und Lebensmöglichkeiten immer weiter ein, bis dies ein klinisch relevantes Ausmaß erreicht. Ähnlich pathologisch wirkt der soziale Ausschluss aus Kommunikationskreisläufen, wenn Menschen chronisch den Eindruck entwickeln, ihre Stimme werde sowieso nicht gehört und Symptome mit Störungswert des resignierten Rückzugs oder des wütenden Protestes entwickeln.

Das *Ätiologieverständnis der Systemischen Therapie* orientiert sich am bio-psycho-sozialen Ansatz (Engel, 1977, 1980; McDaniel et al., 1997). Psychische Störungen werden als integrativer Bestandteil zirkulärer Wechselwirkungsprozesse größerer bio-psycho-sozialer Systeme verstanden, in die ein Patient eingebunden ist. Störungen werden also nicht in erster Linie als individuelle Merkmale der leidenden Personen, sondern stärker als „Teil eines größeren Ganzen“ betrachtet.

Entsprechend belegen neuere Forschungsarbeiten, dass sich eine bestimmte Form von Psychopathologie in der Regel nicht auf eine spezifische Ursache zurückführen lässt, sondern auf multiple Risiko- und Schutzfaktoren, die sich wechselseitig beeinflussen (Horowitz, 2004; Liddle, 2002b; Patterson, 2002; Walsh, 1998). Für die Entwicklung psychischer Störungen sind eine Reihe von Schutz- und Risikofaktoren empirisch gut belegt (s. z. B. Heinrichs, Saßmann, Hahlweg & Perrez, 2002). Sowohl bei den Schutz-, als auch den Risikofaktoren kommt der Familie eine besondere Bedeutung zu: Als familiäre Schutzfaktoren einflussreich sind u. a. stark ausgeprägte elterliche Wärme, hohe Anteilnahme und Interesse der Eltern am Leben ihrer Kinder, mittlerer familiärer Zusammenhalt, mittlere Adaptabilität der Familie und konsistentes elterliches Erziehungsverhalten; auf individueller Ebene sind einflussreich das Geschlecht, höhere intellektuelle Fähigkeiten, positives Selbstkonzept, positives Temperament und soziale Fertigkeiten. Gesellschaftlich schützen eine gehobene sozioökonomische Situation, ein positiver Schulkontext und ein unterstützendes und anregendes soziales Netzwerk.

Verschiedene familiäre Faktoren erhöhen das Risiko, dass Menschen psychische Störungen entwickeln (z. B. L'Abate, 1998; Cummings et al., 2000); u. a. sind das dysfunktionales Erziehungsverhalten, Vernachlässigung, negative familiäre Kommunikationsmuster, Partnerschaftskonflikte, familiäre Gewalt, körperliche und sexuelle Misshandlung, Trennung/Scheidung oder Tod eines Familienangehörigen, problematische Eltern-/Partnermerkmale (z. B. psychische Störungen, Kriminalität, geringe Bildung) und fehlende außerfamiliäre Bindungen. Daneben sind auch individuelle Risikofaktoren (Verzögerungen im Fertigkeitserwerb, speziell bzgl. sozialer Fertigkeiten; Schwierigkeiten in der Emotionsbewältigung; schwieriges Temperament; genetisch-biologische Einflüsse wie z. B. chronische Erkrankungen/Infektionen/Behinderungen) und gesellschaftliche Risikofaktoren bedeutsam (geringer sozioökonomischer Status; Arbeitslosigkeit; schlechte Wohnverhältnisse; schlechte Schulen; gesellschaftspolitischer Kontext, z. B. Rassendiskriminierung, Migration und Flucht, Einkommensungerechtigkeit). Systemische Theoriemodelle zu Risiko- und Schutzfaktoren sowie zur Entstehung spezifischer Störungen werden an anderer Stelle dargestellt (Sydow et al., 2007, Kap. 7.5-7.6).

Längst nicht alle Personen mit Risikofaktor(en) entwickeln eine psychische Störung. Viele bleiben gesund. Und selbst die, die Störungen entwickeln, entwickeln unterschiedliche Störungen aufgrund der komplexen Wechselwirkungen unterschiedlicher Risiko- und Schutzfaktoren (Antonovsky & Sourani, 1988; Reiss et al., 2000; Retzlaff et al., 2006, Retzlaff, 2010). Entsprechend berücksichtigt die Systemische Therapie die genannten familiären und außerfamiliären *Risiko- und Schutzfaktoren* und die damit verbundenen dynamischen und zirkulären Prozessstrukturen, verzichtet aber bewusst auf eindimensionale linear-kausale Ursache-Wirkungserklärungen. Es wird angenommen, dass psychische Störungen in der Regel nicht durch einzelne spezifische Elemente von Systemprozessen

(z. B. Gene, spezifische frühe Erfahrungen), sondern durch *zirkuläre Wechselwirkungsprozesse auf multiplen „pathways“* entstehen. Auch belastende Familieninteraktionen sind nicht unmittelbare „Ursachen“ psychischer Störungen, aber für die Aufrechterhaltung und die Auflösung psychischer Störungen wichtige Randbedingungen. Orientiert an der Resilienz-Forschung hat das Herausarbeiten von *Ressourcen* – gerade auch bei belasteten Familien, Partnerschaften und Individuen – einen hohen Stellenwert in der Systemischen Therapie.

### **Therapitheorie(n) – verfahrenstypische Kernannahmen zum therapeutischen Prozess**

Die Systemische Therapie will komplexe Wechselwirkungsprozesse beeinflussen. Dazu können auch nicht-psychotherapeutische Interventionen beitragen (z. B. Einnahme von Neuroleptika/Psychopharmaka), weshalb sich der systemtherapeutische Ansatz nicht nur zur Begründung von Familien-, Paar-, Einzel- und Gruppentherapie, sondern als integratives Rahmenkonzept einer umfassenderen bio-psycho-sozialen Behandlungsperspektive eignet (vgl. z. B. Schiepek et al. 2011).

Orientiert am gemäßigten Konstruktivismus wird ein *multiperspektivischer Ansatz* vertreten. Demgemäß ist das (psychosozial) Wahrgenommene nicht „an sich“ beobachtbar, sondern abhängig von den Perspektiven derer, die dieses System beobachten. Deshalb neigen unterschiedliche Beobachter dazu, dieselben Systeme (z. B. Partnerschaften, Familien) zumindest teilweise unterschiedlich zu beschreiben – was zu Konflikten über die Richtigkeit und Nützlichkeit verschiedener Systembeschreibungen, aber auch zu einem größeren Reichtum an Sichtweisen beitragen kann. Charakteristisch für die Systemische Therapie ist die Relativierung der Bedeutsamkeit „richtiger“ Beobachtungen zugunsten einer Orientierung an therapeutisch nützlichen Beschreibungen, die die Gestaltungs- und Entscheidungsräume vergrößern (Ludewig, 1997). Neben dem empirischen Wahrheitsgehalt ätiologischer Konzepte sind deren Implikationen und Auswirkungen auf die Handlungsspielräume von Klienten und Angehörigen hoch bedeutsam.

Psychische Störungen beeinflussen soziale Systeme (z. B. Paare, Familien oder therapeutische Beziehungen) ebenso, wie sie von diesen geprägt werden. Das Konzept des *Problemsystems* (Anderson & Goolishian, 1988; Ludewig, 1997) formuliert eine zirkuläre Wechselwirkung zwischen Problem und sozialem Kontext (z. B. Familie). Kommunikationsmuster in sozialen Systemen können genauso Anlass zu störungsbezogenen Problemen geben (z. B. depressives Verhalten des einen und Überengagement des anderen), wie umgekehrt bestimmte Probleme bestimmte Kommunikationsmuster anregen können (z. B. die Hyperaktivität eines Kindes vorwurfsvolle Kommunikationen seiner Eltern). Problemsysteme können auch dann noch aufrechterhalten werden, wenn die ursprüngliche „Krankheitsursache“, um die herum sich das Problemsystem organisiert hat, selbst gar nicht mehr existent ist. Gerade bei chronifizierten Prozessen zeigt sich oft, dass daran Helfer- und Versorgungssysteme beteiligt sind, die eine autonome, vom Patienten nur noch bedingt abhängige Eigendynamik entwickeln. Die Systemische Therapie zielt eher auf eine Auflösung der problematischen Kommunikationsmuster in Problemsystemen als auf eine personelle Distanzierung (z. B. Trennung) zwischen den betroffenen Menschen.

Systemische Therapie betrachtet Krankheitsentwicklungen als dynamische Prozessmuster (Abraham & Shaw, 1992; Ciompi & Dauwalder, 1990), in denen einzelne dominierende Prozesse (z. B. traumatisches Lebensereignis, körperliche Krankheit, soziale Diskriminierung) als *Ordner (Attraktoren)* die übrigen Lebensprozesse im Verlauf von „Phasenübergängen“ so sehr in ihren Bann ziehen können, dass das Fluktuieren dieser Lebensprozesse gestört wird (Haken & Schiepek, 2006; Schiepek et al., 2011). Diese zeitlich strukturierten Erlebens- und Verhaltensmuster zeigen im Leben der Betroffenen eine starke Sogwirkung und können sich in unterschiedlichen Situationen und bei unterschiedlichen Anlässen in ähnlicher Weise reproduzieren. Die dann subjektiv erlebte Zwangsläufigkeit erzeugt bei den betroffenen Personen ein Gefühl des Kontrollverlustes und begründet die Einschätzung der entsprechenden Zustände als Krankheiten.



Ein System, das über einige Zeit hinweg „pathologisches“ Verhalten zeigt, muss nicht grundsätzlich dysfunktional oder strukturell gestört sein. Besondere Aufmerksamkeit erhalten in der ST *Mechanismen der Chronifizierung psychischer Störungen*, die als aktiver, nichtintendierter, kollektiver Prozess verstanden werden. Ausgangsfrage ist: Wie „schafft“ es ein System (Psyche, Familie etc.), Probleme, die auch bald wieder vorübergehen könnten (z. B. depressive Verstimmung, ängstliches Gefühl, Familienstreit), durch kontinuierliche, aufeinander bezogene Aktivitäten mehrerer Menschen so zu chronifizieren, dass diese Probleme nicht wieder spontan verschwinden, sondern sich stabilisieren. Chronifizierung wird als Ergebnis einer aktiven, wenngleich meist nicht bewussten „Gemeinschaftsleistung“ angesehen und nicht in erster Linie als Ergebnis eines in der Person liegenden Defizits (z. B. Ciompi, 1980; Schweitzer & Schumacher, 1995). 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?

Systemische Therapeuten gehen davon aus, dass die Sprache der Psychopathologie und der Psychotherapie Realität nicht nur abbildet, sondern sie auch selbst prägt (z. B. Deissler, 1997). Ob und ab welcher Intensität auffälliges und irritierendes Verhalten, Denken oder Fühlen eines Menschen als klinisch relevantes Symptom oder gar als Störung betrachtet wird, ist wesentlich von sozialen Konsensbildungsprozessen in Familie, sozialem Umfeld und der Fachwelt abhängig (s. z. B. Homosexualität). Insofern streben systemische Therapeuten an, mit einer „*Sprache der Veränderung*“ vermeintliche Gewissheiten über das Ausgeliefertsein an Diagnosen, Symptome und Beschwerden infrage zu stellen. Sie fragen nach zeitlich und örtlich beschreibbaren Ausnahmen vom Problem, spielen in hypothetischen Zukunftsszenarien ein Leben mit weniger oder mehr behindernden Symptomen durch und tragen dadurch zu größerem Behandlungsoptimismus bei.

So sehr die Ätiologie von Störungen eine wesentliche wissenschaftliche Frage ist, die auch Menschen mit einer psychischen und/oder somatischen Störung und ihre Angehörigen sehr beschäftigen kann, so sehr ist bei der therapeutischen Arbeit mit Einzelnen, Paaren oder Familien zentral, dass die Therapeuten nicht nur darauf verzichten, simplifizierende Ursachenzuschreibung zu machen, sondern – mehr noch – dass sie den oft anzutreffenden ätiologischen Laientheorien, den latenten oder manifesten Selbst- und Fremdbeschuldigungen der Beteiligten aktiv entgegenwirken, z. B. indem Problemverhalten positiv umgedeutet wird. Gerade bei Familien- und Paartherapien leiden die Eltern oder der weniger motivierte Partner oft unter großen Ängsten, nun „auf der Anklagebank zu sitzen“, und entwickeln auf diesem Hintergrund Skepsis gegenüber der Therapie und dem Therapeuten. Die innerhalb der Systemischen Therapie beleuchtete Funktionalität von Symptomen, Verhaltensweisen und Interaktionen darf deshalb nicht mit einer unterstellten Intentionalität dieser Prozesse verwechselt werden. Entscheidend ist, dass die Therapeuten dieses Problem frühzeitig erkennen und sich aktiv darum bemühen, entgegenzuwirken und einen positiven Kontakt zu allen Beteiligten herzustellen.

### **Therapieziele – verfahrenstypische grundlegende Ziele und Zwischenziele**

Orientiert am systemischen *Prinzip des „maßgeschneiderten Intervenierens“* werden Patienten aktiv in die Verabredung der Therapieziele einbezogen. Im Erstgespräch (und soweit nötig immer wieder im weiteren Verlauf) wird gezielt erfragt, was die Ziele der Therapie aus Sicht der Anwesenden und abwesender Bezugspersonen sind (Sydow, 2010). Ochs (2013) benennt diese sog. „Auftrags- und Kundenorientierung“ als eine der vier Grundorientierungen einer systemischen Therapiepraxaeologie. Konkrete Therapieziele werden mit Hilfe systemischer Fragen und anderen Techniken (z. B. Skulptur) herausgearbeitet. Mögliche Risiken und Nebenwirkungen von Veränderungen werden vorab angesprochen. Das Vorgehen orientiert sich an überprüfbaren und kleinen Änderungsschritten. Im Mehrpersonen-Setting haben Beteiligte oft ganz unterschiedliche Ziele (z. B. die

Frau möchte mehr Kontakt zum Mann, damit er ihr bei ihren Ängsten beistehen kann, der Mann wünscht, dass die Frau ihre Angst überwindet, um sich wieder besser seinem Beruf widmen zu können) – hier ist es wichtig, die Unterschiedlichkeit zunächst herauszuarbeiten und auf gemeinsame Ziele hinzuarbeiten (z. B.: «Klären, welche partnerschaftliche Unterstützung bei der Überwindung der Angstsymptome hilfreich ist, welche Schritte die Frau alleine gehen muss und wie viel Autonomie ein jeder braucht»).

Schließlich ist der Therapeut gefordert, seine Problemdefinition zu liefern. Eine gute Problemdefinition weckt Zuversicht, indem sie das Gute im Schlechten herausarbeitet und indem sie impliziert, dass Änderungen möglich sind.

### **Therapeutische Grundhaltung der Systemischen Therapie**

Die therapeutische Grundhaltung systemischer Therapeuten lässt sich folgendermaßen charakterisieren:

- *Allparteilichkeit* bzw. wechselnde Parteilichkeit gegenüber Personen, *Neutralität* gegenüber ihren Lösungsideen. Respekt gegenüber den Personen, aber Respektlosigkeit gegenüber ihren Ideen (vor allem jenen Ideen / Kognitionen / intra- und interpsychischen Konstruktionen, die mit der Aufrechterhaltung psychischer Störungen assoziiert sind).
- Denken in *zirkulären Wechselwirkungen*, das jeden Menschen sowohl als Opfer wie 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, Problemverhalten, von dem berichtet wird, wird ressourcenorientiert umgedeutet („*reframing*“, z. B. werden heftige eheliche Streitereien als Ausdruck großen emotionalen Engagements beider Partner gedeutet). Auch Problemverhalten in der Therapiestunde wird möglichst konstruktiv verwendet.
- „*Kundenorientierung*“<sup>4</sup>: Der Patient bzw. die Patientin werden als Experte für das eigene Leben verstanden. Neben der Expertenmeinung von Fachleuten werden die Wünsche und Zielsetzungen der Patienten in der Therapie konsequent berücksichtigt, Therapieziele mit ihm/ihr gemeinsam erarbeitet. Der Therapieverlauf einschließlich der Beendigung der Therapie orientiert sich an diesen Zielen und Anliegen.
- *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.
- *Kooperations- und Beziehungsorientierung*: Die Betonung der Beziehung in der Systemischen Therapie bezieht sich weniger darauf, dass sie – wie etwa innerhalb der psychodynamischen Verfahren – als Substrat für die Anwendung von Methoden

<sup>4</sup> Die Begriffe „Auftrag“ und „Kunde“ sind zunächst einmal vor allem in betriebswirtschaftlichen und Dienstleistungszusammenhängen vorzufinden und werden mit solchen assoziiert. Der Grundsatz der Kundenorientierung ist hier jedoch nicht ökonomisch zu verstehen.

und Techniken (wie etwa Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalysen/-deutungen) dient. Beziehungsorientierung meint in der Systemischen Therapie eher ein proaktives Praktizieren, Anregen und Stärken der Zusammenarbeit auf vielen Ebenen. Diese Ebenen sind etwa die Psychotherapeut-Patient-Beziehung („psychotherapeutische Beziehung“), die Zusammenarbeit des Psychotherapeuten mit relevanten sozialen Akteuren des Patienten (nicht nur, aber auch Familienangehörige), aber auch die Kooperation des Psychotherapeuten mit anderen Helfern, Institutionen und Fachleuten wie etwa überweisenden Ärzten, Betriebsärzten, Sozialarbeitern, Lehrern, Erziehungsberatungsstellen, Kliniken usw. (z. B. Ochs, 2013; Ochs & Orban, 2012).

## Methoden der Systemischen Therapie

Die derzeit wichtigsten Methoden der Systemischen Therapie sind (ausführlicher in Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.):

- *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 (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.1).
- *Strategische Methode* (Haley, 1976), eine direktive, an kybernetischen Konzepten orientierte Therapiemethode, in der Probleme als Ausdruck und Folge dysfunktionaler Organisationsmuster verstanden werden. Interveniert wird mit positiven Umdeutungen („positive reframing“) von Symptomen und Problemen, (Symptom-)Verschreibungen, paradoxen Interventionen und Aufgaben (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.1, 3.4.3.).
- Bei der *erlebnisaktivierenden bzw. symbolisch-metaphorischen Methode* (Satir, 1964, 1979) steht das Zusammenspiel des Systems Familie und die Förderung von Selbstwert, emotionaler Nähe und klarerer Kommunikation im Mittelpunkt. Es werden Techniken wie Genogramm, (Familien-)Skulpturen (als „lebende Skulptur“ oder als Figurenverfahren/„family placement techniques“), Zeitlinienarbeit, Choreografien, Sprechchöre und kinästhetische Anker eingesetzt (s. Imber-Black, Roberts & Whiting, 2001; Retzlaff 2009; Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.2, Kap. 6).
- Die *zirkuläre Methode (Mailänder Modell)*: Selvini Palazzoli, Boscolo, Ceccin & Prata, 1978/1981, 1980/1981) nutzt die Idee der zirkulären Kausalität (Bateson, 1972/1983) für die Psychotherapie. Die Familie wird 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 (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.3; Überblicke über Formen paradoxer Interventionen in der ST: Haley, 1984; Madanes, 1980; Nardone, 1997, 2003; Weeks & l'Abate, 1985).
- *Lösungsorientierte Methode* (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 Fragen (z. B. Wunder-/Feenfrage), Skalierungsfragen, Fragen zur Verflüssigung von Eigen-

schaften, Fragen zu Ausnahmen und zu Veränderungen, die bereits vor der Behandlung stattgefunden haben etc. (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.4).

- Im Rahmen der *narrativen Methode* (Welter-Enderlin, 1992, 2006; White & Epston, 1989) geht man davon aus, dass die Geschichten, die Menschen über sich erzählen, mitbestimmen, wie sich Menschen verhalten, wie sie fühlen und welchen Sinn sie neuen Erfahrungen geben. Geschichten organisieren die Informationen über das Leben einer Person. Es 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 (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.5).
- 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, so dass neue Sichtweisen und Lösungen entstehen. Darüber hinaus wurden Externalisierungen des Symptoms entwickelt, wodurch eine Trennung von Person und Symptom erfolgt und das Symptom (besonders in der Kindertherapie) in teils spielerischer Form „bekämpft“ bzw. die Ambivalenz des Patienten im Hinblick auf sein Symptom veranschaulicht werden kann (s. Sydow et al., 2007, Kap. 3.4.5).
- Die *Mentalisierungsbasierte Familientherapie* (Asen & Fonagy, 2012) richtet ihren Fokus darauf, die Fertigkeiten der Familienmitglieder zu fördern, innere gedankliche und Gefühlszustände so genau wie möglich zu erfassen und zu verstehen und ein entsprechendes Verhalten zwischen den Familienmitgliedern zu fördern und zu stärken.
- Die *Hypnosystemische Methode* fühlt sich einem systemischen Grundmodell verpflichtet, das sozialkonstruktivistische Elemente berücksichtigt. Im Vordergrund steht dabei eine lösungs- und ressourcenorientierte Perspektive (Rittermann, 1983; Schmidt, 2004).

Es wurden eine Reihe von systemischen Interventionsansätzen entwickelt und evaluiert, die an anderer Stelle ausführlich dargestellt werden (Sydow et al., 2007; Sydow et al., 2010).

Systemische *Manuale* für die Erwachsenentherapie:

- Die Arbeitsgruppe um de Shazer entwickelte Manuale zur systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie mit Einzelpersonen und Gruppen (de Shazer, 1991; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich & Weiner-Davis, 1986).
- Ein allgemeines systemisch-familientherapeutisches Manual wurde an der Universität Leeds entwickelt, „*The Leeds Systemic Family Therapy Manual*“ (Pote, Stratton, Cottrell, Boston, Shapiro & Hanks, 2000; s. auch Pote, Stratton, Cottrell, Shapiro & Boston, 2003).
- Für das „*London Depression Intervention Trial*“ wurde ein Manual zur *Systemischen Paartherapie bei Depressionen* entwickelt (Jones & Asen, 2000/2002). Die theoretischen Grundlagen beziehen sich u. a. auf Bateson (1972) und die Mailänder Arbeitsgruppe. Das auch ins Deutsche übersetzte Manual beschreibt folgende technischen Aspekte der therapeutischen Arbeit: Hypothesen aufstellen, Joining und Einbeziehen/Engagement, zirkuläre Fragen, Rollenspiel des Paares in der Sitzung, auf Stärken fokussieren, Problemlösung, Infragestellen, Genogrammarbeit und andere visuelle Techniken, Umdeuten und Hausaufgaben. Es geht auf besondere Probleme wie „Gender“-Aspekte, Trennung und Gewalt ein und umfasst auch einzeltherapeutische Sitzungen. Die therapeutische Haltung ist geprägt durch Neugier, das Bemühen, das Interesse der Partner an Selbstbeobachtung zu wecken, und Humor.

- Für die „*Helsinki Psychotherapy Study*“ wurde ein *individualtherapeutisches Manual zur „Solution-focused Therapy“ für die therapeutische Arbeit mit Depressionen und Angststörungen* entwickelt, das sich eng am lösungsorientierten Ansatz von de Shazer (1991) (s. auch de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich & Weiner-Davis, 1986) orientiert. Der Ansatz ist ressourcen-, lösungs- und zielorientiert. Es wird nach Veränderungen gesucht, die evtl. bereits vor der ersten Therapiesitzung eingetreten sind, es werden Wunder- und Skalierungsfragen eingesetzt, Ausnahmen werden erkundet, Einwegspiegel und Konsultations-Pausen eingesetzt, positives Feedback gegeben und „home assignments“ gegeben. Es wurden maximal 12 Sitzungen innerhalb von 8 Monaten durchgeführt.
- Es wurde ein *systemisches individualtherapeutisches Manual zur Therapie von Angststörungen (soziale Phobie)* in Anlehnung an die Arbeit der Gruppe um Watzlawick am Mental Research Institute entwickelt (Rakowska, 2000) und erfolgreich evaluiert (Rakowska, 2011), das bisher allerdings nur auf Polnisch vorliegt.
- Ein Manual zur *Systemischen Gruppentherapie mit Opfern innerfamiliären sexuellen Missbrauchs* (Holme, 1999) wurde für eine dänische RCT-Studie adaptiert und erfolgreich evaluiert bei Patientinnen, die u.a. auch zu 91% die Kriterien mindestens einer ICD-10-Persönlichkeitsstörung erfüllten (Lau & Kristensen, 2007; Elkjaer, Kristensen et al., 2013).

Konzepte zur systemischen *Behandlung spezifischer Störungen und Klientengruppen* liegen im Übrigen u. a. vor zu:

- Einzeltherapie bei Angst- und Zwangsstörungen (Nardone, 1997)
- Essstörungen (Lock, Le Grange, Agras & Dare, 2002; Nardone, 2003),
- Paartherapie bei sexuellen Störungen (Clement, 2004; Schnarch, 1997/2006; Welter-Enderlin, 1994; Sydow & Seiferth, im Druck),
- Systemische Traumatherapie allgemein (Gil, 1994; Sheinberg & Fraenkel, 2001; Hanswille & Kissenbeck, 2010; Korittko & Pleyer, 2010; Hanswille, 2011; Oestereich, 2005/2010) und speziell bei sexuellem Missbrauch (Madanes, 1990/1997; Trepper & Barret, 1989)
- Systemische Therapie mit Sexualstraftätern (Eddy, 1991; Madanes, 1990/1997)
- Patienten(familien) mit Migrationshintergrund (Hegemann & Oestereich, 2009, Schlippe, El Hachimi & Jürgens, 2003)
- Aufsuchende Familientherapie mit „Multiproblemfamilien“ (Conen, 2002), deren "Widerstand" gegen Therapie als "angemessener" Lösungsversuch in besonderen Lebenslagen angesehen wird.
- Arbeit mit älteren Patienten und ihren Angehörigen (Weakland, et al., 1988)

### **Techniken der Systemischen Therapie**

Die in der bisherigen Entwicklung wichtigsten systemischen Methoden und zugehörigen Techniken (Überblick in Sydow et al., 2007: Kap. 3.4) werden dargestellt in den systemischen Lehrbüchern (s. o.) und weiteren Publikationen (z. B. Behme-Matthiessen & Pletsch 2008; Caby & Caby 2008; Natho, 2009; Neumann, 2006; Pote et al., 2000; Prior, 2006; Schlippe & Schweitzer, 2009; Schwing & Fryszer, 2006).

### 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 und Erstellen 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
- Rituale, ritualisierte Verschreibungen, Neu-Inszenierung von Familienritualen
- Sprechchöre
- Systemische Rollenspiele
- Systemische Gestaltungstechniken
- Systemische Ausdruckstechniken
- 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
- Hypothesenbilden
- 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
- Teile-Arbeit
- (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 (auch 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, Netzwerkkinterventionen, Kooperationsgespräche
- Angehörigenvisite
- Engagement-Methoden für die Einbeziehung weniger motivierter Patienten
- Multisystemische Interventionen

### Allgemeine Techniken

- Systemische Erstgespräche (Sydow, 2010)
- Systemische Fragetechniken (vgl. Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 249-276; Kindl-Beilfuß, 2008)
- Reframing (Bedeutungs-, Kontext-, Inhaltsreframing, vgl. Schweitzer & Schlippe, 2009, S. 78ff)
- Klärung von Aufträgen im System (vgl. Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 235-245; Ochs, 2013; Schlippe, 2006)
- 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
- Weitere systemische Methoden

Daneben werden in der Systemischen Therapie ebenso wie in jeder anderen Psychotherapie *grundlegende methodenübergreifende Gesprächstechniken* eingesetzt wie z. B. (Scheib & Wirsching, 2004; Sydow et al., 2007):

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



## Setting

Systemische Therapie lässt sich in unterschiedlichen *Settings* oder *Anwendungsformen* einsetzen, nämlich als (s. Sydow et al., 2007, S. 16-17):

- Familientherapie
- Paartherapie – auch bei der Behandlung von Störungen mit Krankheitswert (Hess, 2003; Retzer, 2004; Riehl-Emde, 2004; Sydow & Seiferth, im Druck; Welter-Enderlin & Jellouschek, 2002)
- Einzeltherapie (Haley, 1976; Weiss & Haertel-Weiss, 1988; Schwartz, 1995/1997)
- Gruppentherapie (Gerland, 2006; Greve, Herder & Schuchardt-Hain, 2004; Wilms, Mory & Lützkendorf, 2004; Wittmund, Musikowski & Schötz, 2004)
- Multi-Familien-Therapie(gruppen) (Asen & Scholz, 2009/2010; Laqueur, LaBurt & Morong, 1971; Steinglass, 1998, McFarlane, 2002; Eissler, 2005)
- 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.**

#### **Primärstudien (RCT)**

Orientiert an den in der Expertise (Sydow et al., 2007) zusammengetragenen Evidenz und eigenen Recherchen und Evaluationen erkannte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Systemische Therapie im Dezember 2008 als Verfahren der Erwachsenenpsychotherapie (und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) wissenschaftlich an (WBP, 2009).

Der neueste systematische Review zur Wirksamkeit von ST bei erwachsenen Störungen beschreibt differenziert 38 RCT-Studien (Sydow et al., 2010):

- Depression: 6 RCT
- Bipolare Störungen: 1 RCT
- Schizophrenie: 8 RCT
- Angststörungen: 2 RCT
- Somatoforme Störungen: 1 RCT
- Essstörungen: 4 RCT
- Psychosoziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen: 6 RCT zu Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen, HIV/AIDS und orthopädischen Beschwerden
- Substanzstörungen: 10 RCT, u. a. zu Alkohol- und Heroinabhängigkeit

Seither wurden weitere RCT-Studien und neue Publikationen zu bekannten Trials publiziert. **Tab. 1** (siehe Anhang) gibt einen Überblick über alle derzeit (12/2013) vorliegenden Primärstudien und dazugehörigen Publikationen. Dort ist farblich markiert, welche Studien bereits vom WBP geprüft und anerkannt wurden und welche Publikationen neu dazu kamen.

Inzwischen liegen auch RCTs zu Störungsbildern vor, zu denen bisher keine RCTs über die Wirksamkeit von Systemischer Therapie existierten, wie den folgenden:

- Persönlichkeitsstörungen bei Erfahrungen mit innerfamiliärem sexuellem Missbrauch (Lau & Kristensen, 2007; Elkjaer et al., 2013)
- „Binge eating disorder“ mit Adipositas (Castellnuovo et al., 2011)
- Diabetes bei Erwachsenen (Garcia-Huidoboro, 2011)

In Hinblick auf die häufigsten psychischen Störungen – Depressionen und Angststörungen – lässt sich Folgendes festhalten:

#### **Depressionen**

Hier konnten acht RCTs identifiziert werden. Drei wurden bereits vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) geprüft und anerkannt als Beleg für die Wirksamkeit der Systemischen Therapie: Im London Depression Intervention Trial reduzierten sich nach Systemischer (Paar-)Therapie die depressiven Symptome signifikant stärker als durch die Gabe von Antidepressiva; die „drop-out“-rate war bei ST am geringsten (Leff et al., 2000). Beim RCT-Vergleich von systemisch(-lösungsorientierter) Einzeltherapie mit psychodynamischer Kurz- und Langzeittherapie, führten 10 Stunden ST zur schnellsten Remission depressiver Symptome. Darüber hinaus ergaben sich im 1- und 3-Jahres-Follow-up keine signifikanten Unterschiede zwischen ST und psychodynamischer KZT (18,5 Stunden). (Knekt & Lindfors, 2004; Knekt et al., 2007, 2008, 2011a, 2011b, 2013). Eine US-Studie, die die Wirksamkeit unterschiedlicher Kombinationen von Antidepressiva-Gabe, systemischer Familientherapie und VT-Einzeltherapie verglich, belegt, dass ST das Outcome bzgl. depressiver Symptome, Suizidalität und Remission beträchtlich verbesserte, während VT-Einzeltherapie hier keinen Effekt hatte (Miller et al., 2005).

Weitere RCTs belegen die höhere Wirksamkeit von Systemischer Familientherapie allein versus „treatment as usual (TAU)“ bei depressiv belasteten Familien mit terminal erkranktem Mitglied (Kissane et al., 2006), von Systemischer Paartherapie vs. TAU bei Patienten mit unipolarer Depression (Seikkula et al., 2013) und die Kombination von Systemischer Familientherapie plus Antidepressiva vs. Antidepressiva allein bei Patienten mit rezidivierenden Major Depressive Disorder (MDD), die unter Antidepressiva einen Rückfall hatten (Fabbri et al., 2007).

Neue systemische Interventionsansätze evaluierten zwei RCT-Studien: In einer US-Studie mit Menschen, die einen Alzheimer-erkrankten Angehörigen pflegten und zu 50% selbst eine klinisch signifikante depressive Symptomatik aufwiesen, wurde die Wirksamkeit einer spezifischen systemischen Intervention (Structural Ecosystems Therapy, SET), die Kombination von SET mit einem „Computer Telephone Integrated System (CITIS)“ und als Kontrollgruppe „minimal support“ mit Telefonanrufen evaluiert. Hier reduzierte SET nur in Kombination mit CITIS signifikant die depressive Belastung (Eisdorfer et al., 2003).

Systemische Multifamilien-Gruppentherapie (MFGT) wurde im stationären Kontext mit Systemischer Familientherapie und TAU verglichen. Drei Monate nach Therapiebeginn ergaben sich positive Effekte der systemischen Intervention, die Gruppenunterschiede waren jedoch nicht signifikant. Nach 15 Monaten waren deutliche Behandlungseffekte (BDI-Scores mindestens 50% verbessert) signifikant häufiger in der MFGT-Gruppe (49%) als in der systemischen Familientherapie-Gruppe (24%); letztere hatte zwar positivere Ergebnisse, die jedoch nicht signifikant differierten von der TAU-Gruppe (9%) (Lemmens et al., 2009).

### **Angststörungen**

Während zur Zeit der Evaluation der Systemischen Therapie beim WBP der Forschungsstand zu Angststörungen noch unzureichend war (keine Studien geprüft vom WBP zu diesem Bereich), hat sich das in der Zwischenzeit geändert. Damals existierte nur ein Hinweis aus der Studie von Willutzki et al. (2004), die belegt, dass maximal 30 Stunden kombinierte systemisch-verhaltenstherapeutische Einzeltherapie bei Sozialer Phobie signifikant wirksamer sind als maximal 30 Stunden „pure“ VT.

Inzwischen liegen aus der Helsinki Psychotherapy Study die Analysen zu den Angststörungen vor (s. auch oben: Depressionen): Im 1-Jahres-Follow-up ergaben sich keine signifikanten Differenzen in der Wirksamkeit von 10 Stunden ST und psychodynamischer KZT mit durchschnittlich 18,5 Stunden bzgl. Abnahme von Angst-Symptomen oder Remission. Ebenso ergab sich keine signifikante Differenz im 3- und 5-Jahres-Follow-up bzgl. Angststörungen-Remission und der Reduktion der Angst-Symptome zwischen ST-KZT und PD-KZT. Zwischen den beiden KZT und der PD-LZT ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im 1- und 2-Jahres-Follow-up. Die wesentlich höher dosierte (durchschnittlich 232 Stunden) psychodynamische Langzeittherapie war beiden KZT signifikant überlegen bzgl. der Remission von Angstsymptomen im 3- und 4-Jahres-Follow-up – doch nach 5 Jahren bestand keine signifikante Differenz mehr zwischen ST-KZT und PD-LZT bzgl. Angstsymptomatik (Knekt & Lindfors, 2004; Knekt et al., 2007, 2008, 2011a, 2011b, 2013).

Eine polnische Studie belegt, dass 10 Stunden ST (Brief Strategic Therapy) bei Patienten mit purer sozialer Phobie zu signifikant häufigerer Remission führt im Vergleich zu 10 Stunden „minimal supportive therapy“ (40% vs. 20%); der Trend zeigte sich auch bei Patienten mit sozialer Phobie plus Persönlichkeitsstörung (20-23% vs. 10%), wurde hier aber nicht signifikant. Im 6-Monats-Follow-up ergab sich bei den reinen Angststörungen erneut eine signifikant höhere Remission nach ST (50% vs. 20%) und ein nicht-signifikanter Trend zu einem etwas besseren Ergebnis bei den Patienten mit komorbiden Störungen (Angst plus Persönlichkeitsstörung: 7% vs. 2%) (Rakowska, 2011).

In Bezug auf Zwangsstörungen ist 10 Stunden Systemische Familientherapie plus Paroxetin (Antidepressivum) in Hinblick auf die Angst- und Zwangssymptomatik signifikant wirksamer als Antidepressiva-Gabe allein (Li et al., 2010).

## **Traumafolgestörungen**

Traumafolgestörungen haben in den letzten Jahren an Bedeutsamkeit im Kontext der psychotherapeutischen Versorgung gewonnen (z. B. Sack, Sachsse & Schellong, 2013). In Deutschland finden sich überwiegend integrative Konzepte mit klassischen traumatherapeutischen Vorgehensweisen. Den theoretischen Rahmen dazu bilden die Haltungen und Konzepte der Systemischen Therapie (s. Hanswille und Kissenbeck, 2010; Hanswille, 2011; Korittko und Pleyer, 2010).

Die Behandlung von Traumafolgestörungen mit systemtherapeutischen Konzepten ist inzwischen gut evaluiert. Die Studien zeigen erfreuliche Ergebnisse sowohl bei einfacher PTBS als auch bei komplexen Traumafolgestörungen in der Behandlung einfacher PTBS nach Autounfällen (Stankovic, 2013) und nach Hurrikan Katrina mit MDFT (Rowe & Liddle, 2008). Coulter vergleicht ST und KBT (Coulter, 2011) und M. Lau bietet eine vergleichende Studie zwischen ST und analytischer Gruppentherapie bei jungen Frauen mit Missbrauchserfahrung in der Kindheit (Komplexe Traumafolgestörungen) (Lau et al., 2007).

Häufig präsentiert sie sich in manualisierten Formen, siehe hierzu z. B. das CPP-Modell (Child-Parent Psychotherapy, Lieberman et al., 2005), den FS/Target-Ansatz (Family Systems Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy), das Focus-Programm (Families Overcoming and Coping Under Stress) oder das TST (Trauma Systems Therapie) Programm (Saxe et al., 2007), deren Wirksamkeit in einer Studie mit 110 Familien, – in der Mehrzahl mehrfach traumatisiert – gezeigt werden konnte (Saxe u. a. 2005). Auch die Verbindung von EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und Familientherapie (Maxfield et al., 2007) ist erfolgreich.

## **Schizophrenie**

Was Schizophreniebehandlung angeht, so existieren klare Empfehlungen dazu, dass der familiäre Kontext berücksichtigt werden sollte (National Clinical Guideline Number 82 vom März 2009)<sup>5</sup>. Auf S. 300 wird die klinische Evidenz von familienorientierten Interventionen folgendermaßen zusammengefasst: „In 32 RCTs including 2,429 participants, there was robust and consistent evidence for the efficacy of family intervention. When compared to standard care or any other control, there was a reduction in the risk of relapse with NNTs of 4 (95% CIs 3.23 to 5.88) and 6 (95% CIs 3.85 to 9.09) at the end of treatment and up to 12 months following treatment, respectively. In addition, family intervention also reduced hospital admission during treatment and the severity of symptoms both during and up to 24 months following the intervention. Family intervention may also be effective in improving additional critical outcomes such as social functioning and patient’s knowledge of the disorder. However, it should be noted that evidence for the latter is more limited and comes from individual studies reporting multiple outcomes across a range of scale based measures. The sub-group analyses conducted for the update to explore the variation in terms of intervention delivery, consistently indicated that where practicable the service user should be included in the intervention. Although direct format comparisons did not indicate any robust evidence for single over multiple family intervention in terms of total symptoms, single family intervention was seen as more acceptable to service users and carers as demonstrated by the numbers leaving the study early. Additionally, sub-group comparisons which indirectly compared single to multiple family intervention, demonstrated some limited evidence to suggest that only the former may be efficacious in reducing hospital admission”.

Auf die Kostenanalyse wird auf S. 308 eingegangen: „Base-case analysis Providing family intervention cost £2,680 per person. The reduction in the rates of relapse in people with schizophrenia during treatment with family intervention in addition to standard care resulted in cost savings equaling £5,314 per person. Thus, family intervention resulted in an overall net saving of £2,634 per person with schizophrenia”.

Zur weiteren Evidenz von Systemischer Therapie bei Schizophrenien vgl. Sydow et al., 2007, 2010.

<sup>5</sup> <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf>

Allgemein kann der Einbezug von Familienmitgliedern den Behandlungseffekt verbessern. So erzielen Patientinnen mit Depression in stationärer Therapie signifikant bessere Effekte, wenn der Partner mit einbezogen wird als wenn nur individualtherapeutisch gearbeitet wird (Nickel, Nickel, Tritt, Lahmann, Leiberich, Loew & Rother, 2004).

## Metaanalysen

Im Review von Sydow et al. (2010) werden die Ergebnisse der vorliegenden Metaanalysen (die meist nur das Setting „Paartherapie“ thematisieren) ausführlich dargestellt. Einige neuere Metaanalysen werden hier zusammengefasst.

Ein *Cochrane Review* zur Wirksamkeit von Paartherapie bei *Depressionen* (Barbato & D'Avenzo, 2008) identifizierte acht Studien. Es bestand kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit von Paar- und Einzeltherapie oder zwischen Paartherapie und antidepressiver Medikation. Paartherapie war wirksamer als keine oder minimale Behandlung. Die Partnerschaftsqualität verbesserte sich stärker durch Paar- als durch Einzeltherapie. Es bestanden keine signifikanten Differenzen in den „drop-out“-Raten von Paar- und Einzeltherapie, aber die „drop-out rate“ von Paartherapie war signifikant kleiner als die von antidepressiver Medikation.

Eine neue Metaanalyse von 52 RCT-Studien mit knapp 8.000 Patienten belegt, dass bei der Versorgung von *Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen (einschließlich Schlaganfall), Krebs oder anderen somatischen Erkrankungen* der Einbezug von Bezugspersonen signifikant positive Effekte hat – nicht nur auf die körperliche (overall effect size = 0.32) und psychische Gesundheit des Erkrankten (0.28), sondern auch auf die psychische Gesundheit der Angehörigen (0.35) (Hartmann, Bätzner, Wild, Eisler & Herzog, 2010).

O'Farrell and Fals-Stewarts (2001) analysierten N=36 RCT zu *Alkoholabhängigkeit*: „Couple and family therapy (CFT)“ war signifikant wirksamer als Einzeltherapie oder Warteliste-Kontrollgruppen in Bezug auf Alkoholkonsum/-Störungen, Initiation der Behandlung, „drop-out“-Rate, Therapieerfolg und Wohlbefinden der Familienmitglieder. CFT und Einzeltherapie verbesserten beide die Paarbeziehung. Die Evidenzbasis war am besten für behaviorale CFT, am zweitbesten für systemische CFT.

Der neueste *Cochrane Review* zu „Family intervention for *schizophrenia*“ beruht auf der Analyse von insgesamt 53 RCT-Studien. Er belegt, dass Familientherapie das Rückfallrisiko und das Hospitalisierungsrisiko signifikant reduziert und die „compliance with medication“ erhöht. Die „drop-out“-Rate aus der Behandlung und das Suizidrisiko verändern sich dadurch nicht signifikant. Familientherapie kann soziale Beeinträchtigungen und den Grad von „expressed emotion“ in der Familie reduzieren (Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2010).

## Reviews und Leitlinien

Vorliegende Reviews werden an anderer Stelle zusammengefasst (Sydow et al., 2010).

Systemische und familientherapeutische/-orientierte Behandlungsmethoden und -techniken werden u. a. in folgenden AWMF-Leitlinien<sup>6</sup> explizit empfohlen<sup>7</sup>:

- Manische und bipolare affektive Störungen (F30, F31) (S. 8, Kurzfassung): „Familienberatung“

<sup>6</sup> In den NICE-Leitlinien wird teils ein Einbezug von Angehörigen in die Behandlung noch stärker empfohlen (vgl. etwa die NICE Guidelines zur Schizophreniebehandlung von 2009, auf die wir in dieser Stellungnahme an andere Stelle eingehen)

<sup>7</sup> Die Seitenangaben beziehen sich auf die Kurz- bzw. Langfassungen der Behandlungsempfehlungen, wie sie unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org) im Januar 2014 abgerufen werden konnten.

- Hyperkinetische Störungen (F90) (S. 6, Kurzfassung): „Interventionen in der Familie (einschl. Familientherapie)“
- Störungen des Sozialverhaltens (F91.1, F91.2, F91.3, F92) (S. 7, Kurzfassung) „Interventionen in der Familie“
- Auf den familiären Rahmen beschränkte Störungen des Sozialverhaltens (F91.0) (S. 6, Kurzfassung) „Interventionen in der Familie“
- Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (S. 31, Langfassung) „Systemische Therapie“
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 210, Langfassung) „Systemische Therapie/Familientherapie“
- Schizophrenie (S. 15, Kurzfassung) „Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen“
- S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (S. 275, 283, Langfassung) „Multifamilientherapie“
- S3-Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (S. 191, Langfassung) „Systemische Familientherapie“
- Diagnostik und Therapie von Ess-Störungen (S. 93, Langfassung) „Familientherapie“
- Fibromyalgiesyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie (S. 166, Langfassung) „Systemische Familientherapie“
- Asthma (S. 139, S. 176, Langfassung) „Familientherapie“

Die DGSF/SG war/ist bisher an folgenden Leitlinien beteiligt:

- S2k Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie (für DGSF/SG in Konsensusgruppe: Dr. Andreas Eickhorst, Prof. Dr. Matthias Ochs, ab 2011)
- S3 Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Dr. Filip Caby in Konsensusgruppe, ab 2013)
- S2e/S3 Störungen des Sozialverhaltens (Dr. Filip Caby in Konsensusgruppe ab 2013)
- S3 update Schizophrenie (Dr. Ulrike Borst, Dr. Volkmar Aderhold, Vertretungen: Dr. Nils Greve, PD Dr. Bernward Vieten in Konsensusgruppe ab 2012)
- Intellektuelle Behinderung (Dr. Filip Caby in Steuerungsgruppe ab 2013 )
- Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen (Sebastian Baumann, Prof. Dr. Matthias Ochs, in Konsensusgruppe ab 2013)
- Angefragt: S3 update Behandlung depressiver Störungen bei Erwachsenen (Prof. Dr. Kirsten von Sydow, Dr. Ulrike Borst)

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

#### **Es sind keine Kontraindikationen oder Risiken von Systemischer Therapie als Verfahren bekannt**

In den Studien, die Gegenstand dieser Expertise sind (s. Sydow et al., 2007, 2010 sowie Tab. 1), wurden keine Befunde zu *unerwünschten Wirkungen* und *spezifischen Risiken* von Systemischer Therapie gefunden. Empirische Hinweise auf Symptomverschiebungen unter ST bei Patienten liegen uns nicht vor.

*Absolute Kontraindikationen* gegen ST sind nach über 50 Jahren systemischer Forschung nicht bekannt. Wie bei allen anderen Therapieverfahren auch ist Motivation und Bereitschaft zur Kooperation günstig für die Prognose der Behandlung.

Insgesamt verdient der Bereich unerwünschter Wirkungen – wie in den anderen Therapieverfahren auch – eine umfassendere Beachtung in der Forschung.

Die in der Literatur beschriebenen *relativen Kontraindikationen* gelten für alle Therapieverfahren: Die Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern fordern, dass nach dem Prinzip *primo nil nocere* Behandlungen dem Patienten nicht schaden dürfen. Psychotherapeuten dürfen nur Behandlungen annehmen bzw. fortführen, für die ihr Ausbildungsstand und ihre Kompetenz ausreichend sind. So ist Systemische Therapie immer dann kontraindiziert, wenn dem Therapeuten die nötige Qualifikation für die Führung von Mehr-Personen-Therapien fehlt, wofür es spezifische zu trainierende therapeutische Kompetenzen benötigt (wie sie in systemischen Ausbildungen vermittelt werden).

Für den therapeutischen Umgang mit Therapieabbrechern und Patienten, die eine Behandlung ablehnen, gibt es differenzierte empirisch überprüfte systemisch-therapeutische Strategien (Landau, 2011; Stanton & Todd, 1982).

„Systemisch“ bedeutet u. a. ja gerade, dass versucht wird, das therapeutische Angebot passgenau auf die Anliegen des/der Klienten abzustimmen und bei Ambivalenzen aufzugreifen und ernst zu nehmen. Die Veränderungsambivalenz von Patienten ist ein wichtiges Kalkül Systemischer Therapie, auf der die konkreten Techniken und Methoden fußen.

Die Entscheidung für ein Mehrpersonensetting kann ebenso wie die Entscheidung für eine Behandlung im Einzelsetting Vor- und Nachteile haben und muss gemeinsam mit dem/den Patienten getroffen werden.

**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?**

Grundsätzlich erscheint es sinnvoll, dass bei Patienten, die psychotherapeutische Versorgung benötigen, sämtliche vom WBP wissenschaftlich anerkannten Verfahren Anwendung finden können, da jedes Verfahren spezifische Überlegenheiten aufweist.

**Geringere „drop-out“-Rate als alle anderen Therapien**

Wenn Systemische Therapie mit anderen Richtlinienverfahren verglichen wurde und signifikante Unterschiede in der Haltequote bestanden, dann sind diese fast immer zu Gunsten der ST: Systemische Therapie erzeugt geringere Abbruchraten als die derzeitigen deutschen Richtlinienverfahren (Sydow et al., 2007, 2010).

**Erreichen auch von schwer erreichbaren „Multi-Problem“-Klienten(familien)**

Dieser Vorteil ist besonders ausgeprägt bei schwieriger Klientel, die von den derzeit in Deutschland als Richtlinienverfahren anerkannten Therapierichtungen wenig erreicht werden, wie z. B. Substanzabhängigen und „Multi-Problem“-Klienten(familien).

Durch eine gestufte systemorientierte, gleichermaßen ressourcen- und traumaorientierte Intervention, die zunächst bei einem besorgten Angehörigen ansetzt und dann – soweit nötig – ein größeres familiäres und außerfamiliäres Unterstützungssystem einbezieht, lassen sich mit relativ geringem Aufwand (einige Telefongespräche bis hin zu mehreren familientherapeutischen Sitzungen) 80-83% von ursprünglich unmotivierten Substanzabhängigen für eine Therapie/Behandlung und/oder die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe gewinnen. Nach einem Jahr sind noch 76% in die Behandlung eingebunden und nur bei 12% gab es keine Verbesserung des Abstinenzstatus sowie bei 17% keine Informationen, d. h. bei allen anderen traten deutliche Veränderungen auf (Abstinenz, Abstinenz mit Rückfall oder reduzierter Gebrauch; Landau, 2011).

**Zum Teil höhere Wirksamkeit von Systemischer Therapie als VT, TP oder PA**

Systemische Therapie ist sehr gut wirksam in verschiedenen Störungsbereichen, u. a. bei Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Substanzstörungen, Schizophrenie und bei psychischen und somatischen Faktoren in Zusammenhang mit somatischen Krankheiten sowie auch bei komplexen Traumafolgestörungen/Persönlichkeitsstörungen (s. Sydow et al., 2010; Tab. 1).

Bei Schizophrenie sind besonders bemerkenswert die durch systemische Familientherapie deutlich reduzierte Rückfallquote (Sydow et al., 2010; Pharoah et al., 2010) und die positiven Effekte eines Einbezugs von Bezugspersonen bei der Behandlung psychischer Faktoren bei somatischer Krankheit, nicht nur auf die psychische Gesundheit der Indexpatienten und der Angehörigen, sondern auch auf die reduzierte Mortalität des Erkrankten (Hartmann et al., 2010; Sydow et al., 2010).

**Zum Teil höhere Wirksamkeit des Paar-/Familiensettings im Vergleich zu Einzeltherapie**

Mehrere RCTs belegen eine höhere Wirksamkeit von systemischer Paartherapie im Vergleich zu TAU-Einzeltherapie bei Depressionen (z. B. Seikkula et al., 2013; Sydow et al.,



2010; Tab. 1) sowie die oben erwähnten Befunde zur Schizophrenie und somatischen Erkrankungen.

Obwohl es in Deutschland auch verhaltenstherapeutische und psychodynamische Paar- und Familientherapeuten gibt und die Psychotherapierichtlinien es nahelegen, werden in der deutschen Erwachsenen-Richtlinien-Therapie praktisch keine Bezugspersonen-Stunden abgerechnet (analytische Psychotherapie: 0,0%; tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: 0,1%; Verhaltenstherapie: 1% in KZT, 0,3% in LZT; Best, 2010). Insofern werden vermutlich nur durch eine intensive systemische Therapieausbildung gezielt Kompetenzen in der Durchführung von Paar- und Familientherapiesitzungen vermittelt.

### **Evtl. positivere Effekte auf die Partnerschaftsqualität und geringere „Kosten“ bzgl. Partnerschaftsinstabilität**

Nach Einschätzung mancher Psychoanalytiker/innen kann psychoanalytische Therapie und seltener auch tiefenpsychologisch fundierte LZT als pure Einzeltherapie negative Effekte auf die Partnerschaften der Klienten haben (Hoffmann, Rudolf & Strauß, 2008; Kottje-Birnbaumer, 2001; Reimer, 2000). Empirische Studien liegen hier nur ganz vereinzelt vor, belegen jedoch erhöhte Trennungsraten während analytischer Psychotherapien (Bolk-Weischädel, 1978: 20%; Ernst, 1982).

Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie führt anders als verhaltenstherapeutische Paartherapie bei Depressionen eher zu Zunahmen partnerschaftlicher Konflikte, jedoch nur dann, wenn bereits vor Depressionsbeginn Ehekonflikte bestanden (O’Leary, Risso & Beach, 1990).

Ein bis zwei Jahre nach stationärer Therapie, wurden bei den unbehandelten Partnern der untersuchten 44 Inpatienten 16-mal Suizidversuche sowie ein Anstieg der Krankenschreibungen und des medizinischem Inanspruchnahmeverhaltens gefunden. Dagegen wurde nach stationärer Therapie in der „partnerorientierten“ Mainzer psychosomatischen Universitätsklinik (mit regelhaften Paargesprächen und Belastungsurlauben am Wochenende) unerwünschte negative Auswirkungen auf den Partner seltener gefunden (Nothelfer, 1995; zit. n. Hoffmann et al., 2008, S. 14).

Eine Metaanalyse über acht RCT-Studien belegt, dass sich die Wirksamkeit von Paartherapie nicht signifikant von der Wirksamkeit von Einzeltherapie unterscheidet (beides wirkt), dass aber Paartherapie darüber hinaus noch einen signifikant positiven Effekt auf die Partnerschaftszufriedenheit hat (Barbato & d’Avenzo, 2008).

Diese empirischen Hinweise unterstützen die von Systemischer Therapie praktizierte Angehörigen- und Kontextorientierung.

### **Kürzere Therapiedauer**

Systemische Therapie verstand sich ursprünglich als KZT. Tatsächlich sind kurze systemische Interventionen nachweislich wirksam (Sydow et al., 2007, 2010; Tab. 1) – doch sie sind nicht immer hinreichend.

Einzelne Studien belegen, dass Systemische KZT schneller wirkt als analytische/psychodynamische LZT, sowohl beim Vergleich von Systemischer KZT und auch psychodynamischer KZT (Knekt et al., 2008), als auch beim Vergleich von Systemischer Gruppentherapie mit analytischer Gruppentherapie (Lau & Kristensen, 2007).

Insofern scheinen Patienten besonders gut auf den systemischen Ansatz anzusprechen, und einem beträchtlichen Teil der Patienten kann mit systemischer KZT geholfen werden.

Aber bei schweren Störungen und multiplen Diagnosen kann eine längere Therapiedauer erforderlich sein:

- Bei traumatisierten Patientinnen mit Erfahrungen von innerfamiliärem sexuellem Missbrauch, die zu 91% die Kriterien mindestens einer Persönlichkeitsstörung (sowie oft noch weiterer ICD-10-Diagnosen) erfüllten, führte sowohl die Teilnahme an einer höher dosierten analytischen Gruppentherapie (46 x 2,5 = 115 Stunden), als auch an einer systemischen Gruppentherapie (17 x 5 = 85 Stunden) zu signifikanten Verbesserungen. Nach der Behandlung war das Outcome bei ST der analytischen Gruppe signifikant überlegen bzgl. Symptomatik, interpersonellen Beziehungen, sozialen Funktionen und Lebensqualität (Lau & Kristensen, 2007). Doch nach einem Jahr hatte sich das schwächere Ergebnis der (länger andauernden) analytischen Gruppe stabil gehalten, während die positiven Effekte der ST sich abgeschwächt hatten, so dass nun kein signifikanter Gruppenunterschied mehr bestand. Da in beiden Gruppen insgesamt noch 54% der Teilnehmerinnen die Kriterien mindestens einer psychischen Störung erfüllten, scheinen beide Angebote hilfreich gewesen zu sein, aber für die Hälfte der Teilnehmerinnen noch nicht hinreichend (Elkjaer, Kristensen, Mortensen, Poulsen & Lau, 2013).

Zur Frage, „Wie viel Therapie ist nötig?“ liefert die „Helsinki Psychotherapy Study“ (Knekt et al., 2011; Laaksonen et al., in prep.) die differenziertesten Antworten. In diesem RCT wurden drei randomisierte Arme (Systemische KZT: „Solution Focused Therapy (SFT)“: 10 h; „Short-term Psychodynamic Psychotherapy (SPP)“: 19 h; Long-term PP (LPP): 232 h) sowie ein nicht randomisierter, selbst selektierter Arm (Psychoanalyse: 646 h) bei Patienten mit DSM-IV Depressionen und/oder Angststörungen (und/oder seltener auch Persönlichkeitsstörungen) eingesetzt.

Im 5-Jahres-Follow-up wurden auch etwaige zusätzliche Psycho-Behandlungen (andere Psychotherapien, psychotrope Medikationen, psychiatrische Hospitalisierungen) umfassend dokumentiert.

40% der Psychoanalyse-Patienten und eine Mehrheit der verbleibenden KZT- und LZT-Patienten benötigte zusätzliche Behandlung(en).

Keine Zusatzbehandlung benötigten 44% der Klienten nach psychodynamischer LZT, 31% der Teilnehmer der systemischen KZT (SFT) und 26% der Teilnehmer der psychodynamischen KZT (SPP).

Da Systemische KZT hier nur 10 Stunden im Vergleich zu den doppelt bzw. 23-mal längeren psychodynamischen Bedingungen (19 Stunden KZT oder 232 Stunden LZT) umfasste, ist das ein vergleichsweise sehr günstiges Ergebnis für die ST.

In der Helsinki-Studie wurde auch die Gesamtzahl aller verbrauchten Psychotherapiestunden analysiert (RCT-Behandlungen plus die zusätzlich in Anspruch genommenen Therapien).

Es wird folgendes deutlich (Knekt, Lindfors, Renlund, Sares-Jäske, Laaksonen & Virtala, 2011; s. auch Laaksonen, Knekt & Lindfors, submitted for pub.):

- a) In den KZT-Gruppen werden allgemein geringere Stundenzahlen nötig (systemisch (SFT): Gesamtverbrauch 60 Stunden; psychodynamisch (SPP): 70 Stunden) als in den LZT-Gruppen (psychodynamisch (LPP): 240 Stunden; Psychoanalyse: 670 Stunden).
- b) Systemische Therapie scheint am sparsamsten mit den Stunden umzugehen.
- c) Allerdings waren 10 Stunden (systemische) KZT nur bei einem Drittel der Angst/Depressions-Patienten ausreichend, während zwei Drittel der Patienten doch noch mehr Stunden benötigten, so dass der Durchschnitt der verbrauchten Therapiestunden bei 60 Stunden liegt.

Nicht untersucht wurde die Systemische Therapie als eine „kurze (niederfrequente) Langzeittherapie“, mit einer Reihe von Sitzungen mit größeren Abständen.

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

In Bezug auf die Erwachsenentherapie existieren eine Reihe von Follow-up-Studien über 0,5 bis zu drei Jahren, die die Wirksamkeit von Systemischer Therapie belegen (s. Tab. 1; Sydow et al., 2007, 2010).

Noch längere Follow-up-Intervalle wurden in folgenden Studien untersucht:

- „*Helsinki Psychotherapy Study*“ mit Depressions- und Angst-Patienten mit Follow-up 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. Zum Teil waren die beiden KZTs sogar initial wirksamer als die psychodynamische LZT, die allerdings nach 5 Jahren z. T. eine etwas höhere Wirksamkeit zeigte – bei beträchtlichen Dosisunterschieden (10 Stunden systemische KZT vs. 232 Stunden psychodynamische LZT).
- Aus dem „*Finnish Acute Psychosis Integrated Treatment (API) Open Dialogue Approach in Acute Psychosis (ODAP)*“ werden für die systemischen Interventionsgruppen sehr eindrucksvolle 5-Jahres-Follow-up-Befunde belegt (allerdings keine RCT-Daten). Die jüngere (ODAP) systemisch behandelte Kohorte war nicht signifikant noch erfolgreicher als die beiden ersten systemisch behandelten Kohorten (API): 5-Jahre-Rückfallrate (mind. ein Rückfall: 39% bzw. 29%); keine psychotischen Residual-Symptome: 76% bzw. 82%; Wiederaufnahme von Arbeit/Ausbildung: 70% bzw. 76%; „living on disability allowance“: 27% bzw. 14%.

### **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,*

*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  
<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/42/>)*

### **Affektive Störungen (F3)**

Ausführungen hierzu sind bereits unter B.2 zu finden. Major Depression ist die dritthäufigste psychische Störung in der Bevölkerung. Die Lebenszeit-Prävalenz liegt in Deutschland bei 17,1%, die 12-Monats-Prävalenz bei 10,7%. Alle Altersstufen sind betroffen, Frauen häufiger als Männer. Bei ca. der Hälfte aller Depressionen bestehen gleichzeitig noch andere psychische Störungen. Bei 80% der Betroffenen ist der Verlauf rezidivierend, bei 12% chronisch. Die Lebenszeit-Prävalenz bipolarer Störungen liegt bei 1,0%, die 12-Monats-Prävalenz bei 0,8% (Davison, Neale & Hautzinger, 2007; Jacobi, Wittchen, Hölting, Höfler, Pfister, Müller & Lieb, 2004; Wittchen & Jacobi, 2005).

Affektive Störungen zählen zu den schwerwiegenden und chronisch-kostenintensiven Störungen (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, 2007).

Systemische Therapie kann bei depressiven Patienten wirksamer sein als medikamentöse Therapie und erzielt positive Effekte bei Patienten, die mit Kognitiver Verhaltenstherapie nicht behandelt werden konnten (Leff et al., 2000). Systemische Therapie erzielte eine rasche Symptomreduktion mit einer geringen Sitzungszahl (Knekt & Lindfors, 2004). Zwei Studien belegen, dass (auch) Multifamilientherapie (bei der mehrere betroffene Familien zusammen im Gruppensetting behandelt werden) bei bipolaren Störungen positive Effekte hat auf die „recovery“ und ein stark reduziertes Hospitalisierungsrisiko (Solomon et al., 2008). Insgesamt listet Tab. 1 acht RCTs zum Thema, acht zu Depressionen, zwei zu bipolaren Störungen (s. auch Sydow et al., 2010).

### **Angststörungen (F40-F4.)**

Ausführungen hierzu sind ebenfalls bereits unter B.2 zu finden. Angststörungen sind die häufigsten psychischen Störungen. Die Lebenszeitprävalenz von Panikstörungen liegt bei Erwachsenen in Deutschland bei 3,9%, die 12-Monats-Prävalenz von spezifischen Phobien bei 12,6%, von sozialen Phobien sowie Agoraphobien ohne Panik jeweils bei 2%. Die 12-Monats-Prävalenz von Angststörungen in Deutschland liegt bei 12,0% (Davison et al., 2007; Jacobi et al., 2004; Wittchen & Jacobi, 2005)

Mehrere Untersuchungen (z. B. Knekt & Lindfors, 2004; Rakowska, 2011) zeigen, dass Systemische Therapie bei Angststörungen wirksam ist (s. Tab. 1).

### **Essstörungen (F50)**

Ca. 1,3% der erwachsenen Frauen in Deutschland sind von einer Essstörung betroffen, Männer deutlich seltener (0,3%: Lebenszeitprävalenz). Die 12-Monats-Prävalenz liegt in Deutschland bei 0,3% (0,5% Frauen, 0,2% Männer; Wittchen & Jacobi, 2005).

Anorexia nervosa ist eine schwere chronische Erkrankung mit einer Mortalitätsrate von etwa 6% (Fonagy & Roth, 2004). Anorexie und Bulimie zählen zu den schwerwiegenden und chronisch-kostenintensiven Störungen (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, 2007).

Systemische Therapie ist gut wirksam bei Anorexie und Bulimie (s. Tab. 1; Sydow et al., 2010) – auch bei „binge eating disorder“/Adipositas, wie eine neue italienische Studie zeigt (Castelnuovo, Manzoni, Villa, Cesa & Molinari, 2011). Weitere RCTs belegen bei jugendlichen Stichproben unter 18 Jahren die hohe Wirksamkeit von ST bei Essstörungen (Retzlaff, Sydow, Beher, Haun & Schweitzer, 2013).

### **Psychische Faktoren bei körperlichen Störungen (F54)**

Somatische Krankheiten können durch psychosoziale Faktoren beeinflusst werden und gleichzeitig kann sich auch jede somatische Störung auf das psychosoziale Befinden auswirken. Verschiedene onkologische Erkrankungen, Herz-/Kreislaufkrankungen, HIV/AIDS, Diabetes (insbesondere Spätformen) zählen zu den schwerwiegenden und chronisch-kostenintensiven Störungen (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, 2007).

Die Meta-Analysen von Hartmann et al. (2010) und 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, ihre Rehabilitation/Arbeitsfähigkeit und z. T. auch auf die psychische Gesundheit von Kindern erkrankter Mütter belegen (Feaster, Mitrani, Burns et al., 2010c) (s. Sydow et al., 2010; Tab. 1).

### **Persönlichkeitsstörungen (F60)**

Epidemiologische Studien zur Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung zeigen Prävalenzen zwischen 7-13%. Unter den psychiatrischen Patienten liegt die Prävalenz jedoch bei 40-60%. Betroffene mit Borderline-, narzisstischen und dissozialen Persönlichkeitsstörung weisen das höchste Suizidrisiko auf (4-14%). Es bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen Bindungstraumatisierungen des Kindesalters und dem Risiko, eine Persönlichkeitsstörung zu entwickeln (insbes. zwischen sexuellen Missbrauchserfahrungen und Borderline-Störungen). Persönlichkeitsstörungen gelten als schwer therapierbar, insbesondere die drei Formen mit dem höchsten Suizidrisiko (AWMF, 2009).

Ein RCT mit Patientinnen, die innerfamiliär sexuell missbraucht worden waren und zu 91% die Kriterien mindestens einer Persönlichkeitsstörung (und/oder sowie weitere psychische Störungen) erfüllten, belegt signifikante Verbesserungen durch systemische Gruppentherapie; diese Veränderungen erfolgten früher in der systemischen Gruppe als in der Gruppe mit analytischer Gruppentherapie (Lau & Kristensen, 2007).

### **Substanzstörungen (F55)**

15,6% aller Männer (4,2% der Frauen) in Deutschland erfüllen im Lauf ihres Lebens mindestens einmal die Kriterien für eine Substanzstörung (außer Nikotinabhängigkeit) (Jacobi et al., 2004; Davison et al., 2007). Substanzstörungen stehen in enger Wechselwirkung mit dem partnerschaftlichen und familiären Umfeld.

Substanzstörungen zählen zu den schwerwiegenden und chronisch-kostenintensiven Störungen (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, 2007).

Tab. 1 beschreibt vier RCTs, in denen Systemische Therapie wirksam war, insbesondere war auch die Halterate besser als in den Vergleichsbedingungen. ST führte auch zu einer Reduktion des Konsums legaler Opiate (im Rahmen einer Substitutionsbehandlung; s. auch Sydow et al., 2010). Die Bedeutung der Systemischen Therapie bei dieser Diagnosegruppe wird auch durch die sehr gute Befundlage bei Patienten unter 18 Jahren unterstrichen (Sydow, Retzlaff Beher, Haun & Schweitzer, 2013).

### **Schizophrenie und andere psychotische Störungen (F2)**

4,5% der erwachsenen Deutschen leiden unter psychotischen Störungen (Lebenszeitprävalenz; Jacobi et al., 2004; Davison et al., 2007).

Schizophrenien und Psychosen zählen zu den schwerwiegenden und chronisch-kostenintensiven Störungen (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, 2007). Die stationäre Behandlung von Schizophrenien ist ein erheblicher Kostenfaktor für das Gesundheitssystem.

Es liegen eine Reihe von Studien vor, die eine bessere Wirksamkeit von Systemischer Therapie als anderer Verfahren belegen. Systemische Therapie wirkt sich auch positiv auf die familiäre Funktionsweise aus und stärkt damit die soziale Unterstützung (s. Tab. 1; Sydow et al., 2010).

#### **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,*
  - b) *Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten,*
  - c) *Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung, und*
  - d) *Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden (VerfO des G-BA 2. Kapitel, § 10 Abs. 2 Nr. 3 a) bis d))*

Da der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) erst am 14.12.2008 die ST als wissenschaftliches Verfahren der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie anerkannt hat, war es vorher in Deutschland rechtlich nicht zulässig, Studien zur ambulanten ST durchzuführen. Da ST bisher nicht vom G-BA anerkannt ist, ist die Finanzierung solcher Studien prekär und auch die wissenschaftliche Verankerung der ST an deutschen Hochschulen ist (noch?) fast nicht vorhanden, insofern existieren (noch) keine deutschen Studien zum Thema.

Beim Rückgriff auf ausländische Studien muss berücksichtigt werden, dass die Gesundheitssysteme in den USA, UK oder Skandinavien teilweise anders strukturiert sind als das deutsche Gesundheitssystem. Zwischen den Gesundheitsversorgungssystemen Deutschlands und der USA gibt es aber auch eine Reihe von Gemeinsamkeiten. Insofern lassen sich die Befunde nur eingeschränkt übertragen. In der benachbarten Schweiz ist die Systemische Therapie neben der Verhaltenstherapie, der psychodynamischen Therapie und der humanistischen Therapie eines von vier anerkannten Verfahren, die von den Krankenkassen finanziert werden. Nach unserer Kenntnis gibt es gegenwärtig keine Kostenstudien aus der Schweiz, da die Daten offenbar nicht verfahrensspezifisch erfasst werden.

#### **Europäische Befunde**

Im *London Depression Intervention Trial* waren die Therapiekosten von systemischer Paartherapie kurzfristig zwar höher als die von Antidepressiva, doch sowohl im Behandlungs-, als auch im 2-Jahres-Follow-up-Zeitraum unterschieden sich die gesundheitlichen Gesamtkosten in beiden Interventionsgruppen nicht signifikant voneinander. Gleichzeitig war die systemische Paartherapie bzgl. des Kernsymptoms Depressionen wirksamer (Leff et al., 2000).

In der *Helsinki Psychotherapy Study* wurden drei randomisierte (und ein nicht randomisierter Arm; s.o.) bei der Behandlung von Patienten mit Depressionen und Ängsten verglichen. Bisher liegt nur eine Publikation vor, die die Kosteneffektivität der beiden kurzzeittherapeutischen Arme (systemische „Solution-focused therapy (SFT)“ und psychodynamische KZT) im ein-Jahres Follow-up vergleicht. Maximal zwölf 60-90-minütige Sitzungen SFT waren ebenso wirksam wie maximal zwanzig 45-minütige Sitzungen PD-KZT.

Überraschenderweise aber waren die Gesamt-Kosten für die halb so kurze systemische KZT scheinbar 346 EUR höher als für die psychodynamische KZT (2.137 EUR vs. 1.791 EUR). Der Unterschied war nicht statistisch signifikant und wurde im Wesentlichen dadurch verursacht, dass die durchschnittlich 18,0 Sitzungen PD-KZT nur 1150.- EUR kosteten, während durchschnittlich 9,4 Sitzungen systemische KZT 1566.- EUR kosteten – also lediglich 63,80 EUR pro PD-Sitzung gezahlt wurde, gegenüber 166,60 EUR pro

systemischer Sitzung.<sup>8</sup> Die durchschnittlichen indirekten Kosten durch psychische Störungen waren in der psychodynamischen Gruppe signifikant höher als in der systemischen Gruppe; die durchschnittlichen direkten Kosten durch nicht-psychiatrische Störungen waren ebenfalls in der psychodynamischen Gruppe etwas (jedoch nicht signifikant) höher als in der ST-Gruppe. Daraus wird insgesamt überraschenderweise geschlossen, die psychodynamische KZT sei kosteneffektiver („gleich wirksam“, aber weniger direkte Kosten) als die Systemische KZT, diese Differenz sei aber nicht signifikant (Maljanen, Paltta, Härkänen, Virtala, Lindfors, Laaksonen, Knekt & the Helsinki Psychotherapy Study Group, 2012). Bei einer Bezahlung, die beiden Therapierichtungen fairerweise das gleiche Honorar pro Zeiteinheit bezahlt hätte, und bei einer Gleichbehandlung beider Gruppen hinsichtlich der Übernahme von Supervision/Intervision, würde sich vermutlich ein anderes – noch günstigeres Ergebnis – für die systemische KZT ergeben.

## US-Befunde

Aus der Arbeitsgruppe um Russell Crane existieren eine Reihe von Studien zur „cost-effectiveness“ von „family therapy“, die sich auf sehr große US-Stichproben beziehen. Sie wurden von Psychotherapeuten mit einer akademischen Ausbildung als „*Marital/Couple and Family Therapist (MFT/CFT)*“ durchgeführt (in den USA ist ein Master in MFT ein verbreiteter Studienabschluss). Diese Therapien erfolgten überwiegend im Setting „Paar-/Familientherapie“, in dem in den USA immer mit einer systemischen Grundhaltung gearbeitet wird (s.o.). Einen Überblick über die Arbeiten der Forschergruppe geben Crane und Christenson (2012).

Bei einer Stichprobe von *Patienten einer Health Maintenance Organisation (HMO)* mit 180.000 Mitgliedern in den USA war nach Paar-/Familientherapie die gesamte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Arztbesuche, Laboruntersuchungen etc.) um 21,5% signifikant reduziert, bei Einzeltherapie betrug der Reduktionseffekt („offset effect“) lediglich 10%. Zusätzlich reduzierte sich die medizinische Inanspruchnahme von Familientherapie-Patienten, die selbst nicht identifizierte Patienten waren, um 30% ein Jahr nach der Therapie (Law & Crane, 2000).

In einem Subsample der „high utilizers“ (= 4+ „health care visits“ in den 6 Monaten vor Therapiebeginn; N=65) reduzierten alle ihre medizinische Inanspruchnahme 6 Monate nach Therapiebeginn um etwa 50%. Einzeltherapie führte zu Reduktionen um 48%, Paar- oder Familientherapie zu Reduktionen um 50-57%. Die größte Kostenreduktion (-57% Arztbesuche) trat bei Erwachsenen auf, die an einer Paar-/Familientherapie teilnahmen, selbst aber nicht Inpatienten waren (Law, Crane & Berge, 2003).

Die Kostenreduktionen nach Paar-/Familientherapie sind besonders ausgeprägt bei „high utilizern“: Diese reduzierten ihre „health screening visits“ um 68%, ihre „illness visits“ um 38%, ihre Labor-/Röntgen-Inanspruchnahme um 56% und ihre Notfall-Behandlungen („urgent care visits“) um 78% (Crane & Christenson, 2008).

Das zweite Datenset stützte sich auf Daten der „*Kansas Medicaid*“ Versicherung (also einer staatlich unterstützten Krankenversicherung für bedürftige Familien) (s.u. Schizophrenie).

Das dritte Datenset stützt sich auf Daten der „behavioral health division“ von *Cigna*, einer großen US-landesweiten Krankenversicherung mit über 9 Millionen Mitgliedern. Mit den Daten für alle Psychotherapie-Fälle in den USA aus den Jahren 2001-2004 wurden eine Reihe von Analysen gerechnet, sowohl über die Gesamt-, als auch über Teilgruppen:

Beim Vergleich der Therapieergebnisse von Behandlern mit unterschiedlicher Qualifikation („type of licence“) hatten „marriage and family therapists (MFTs)“ den größten Therapieerfolg

<sup>8</sup> Die überraschenderweise um den Faktor 2,6 differierende Höhe der Sitzungshonorare wird mit der 5-45 Minuten längeren Dauer der systemischen Sitzungen begründet sowie damit, dass Supervision/Intervision („could consult with other SFT therapists if they considered it necessary“, p. 20) offenbar NUR bei der ST Bedingung, nicht aber bei der PD Bedingung mit bezahlt wurde.



(86,5%) und die geringsten Rezidivraten (13,5%). Familien-/Paartherapie war kosteneffektiver als Einzeltherapie oder „mixed therapy“ (Einzel- plus Familientherapie) (Crane & Payne, 2011).

Patienten, die von „Marital- and Family Therapists“ (MFTs) behandelt wurden, hatten die geringsten „drop-out“-Raten (z. B. im Vgl. zu Psychologen oder Ärzten). Als Modalität aber hatte Einzeltherapie eine geringere „drop-out“-Rate als Paar-/Familientherapie (Hamilton; Moore, Crane & Payne, 2011).

Therapeuten mit „MFT license“ hatten die geringste „drop-out“-Rate und arbeiteten kosteneffektiver als Ärzte oder Psychologen (Moore, Hamilton, Crane & Fawcett, 2011).

Das vierte Datenset stützt sich auf Daten von einer universitären US-„Training Clinic“.

MFT führt auch bei den Patienten einer „Training Clinic“ zu signifikanten Reduktionen der Gesundheitskosten (-44% im Monat 1-6 nach Therapiebeginn im Vergleich zu den 6 Monaten vorher; -33% im Monat 7-12 nach Therapiebeginn im Vergleich zu vor der Therapie). Diese Einsparungen sind dann besonders groß, wenn die Paar-/Familientherapie im Erleben der Klienten zu verbessertem „general family functioning“ führte (-58% Kosten beim Vergleich von T1 zu T3) und nicht vorhanden, wenn das nicht der Fall war (Christenson, Crane, Law, Schaalje & Marshall, in press; zit. n. Crane & Christenson, 2012, S. 8).

Aus der Arbeitsgruppe um Crane liegen auch mehrere Publikationen zu Kosten-Nutzen-Analysen bei der *Behandlung spezifischer Störungen* vor:

- Auf der Basis retrospektiver, longitudinaler Archivdaten zu den Psychotherapien von 970.000 Versicherten eines großen US-Versicherers (Cigna) wurden 164.667 Patienten selektiert, die wegen einer *DSM-IV-TR unipolaren Depressionen* behandelt wurden (3-84 Jahre). Die Patienten, die mit purer Familientherapie (einschließlich Paartherapie) behandelt wurden, erhielten durchschnittlich 5,1 Therapiestunden, die mit purer Einzeltherapie 7,9 Stunden und die mit „mixed therapy“ (Einzel- und Paar-/Familientherapie) 13,0 Stunden. Die Durchschnittskosten pro Fall lagen bei purer FT bei 249 \$, bei purer ET bei 391 \$ und bei „mixed therapy“ bei 632 \$. Das Rückfallrisiko war bei einer Behandlung durch MFTs signifikant geringer als bei einer Behandlung durch andere Therapeuten (z. B. klinische Psychologen). Gleichzeitig war das Rückfallrisiko signifikant geringer nach Einzeltherapie, um 11,7% erhöht nach FT und um 26,5% erhöht nach „mixed therapy“. Nachdem die Kosten und das Rückfallrisiko gemeinsam berücksichtigt wurden, ergab sich, dass unter allen Behandlern die MFTs eine mittlere Kosten-Nutzen-Effektivität aufweisen und dass unter den drei untersuchten „treatment modes“ Familien-/Paartherapie signifikant kosteneffektiver bei der Behandlung von Depressionen war als Einzeltherapie oder „mixed therapy“ (Crane, Christenson, Dobbs, Schaalje, Moore, Pedal, Ballard & Marshall, 2013). (Allerdings ist möglich, dass bei schwereren Fällen mehr Stunden in mehreren Modalitäten eingesetzt wurden.)
- In Bezug auf die Behandlung von *Substanzstörungen* ergaben Analysen der Cigna-Stichprobe, dass Familientherapie die kleinste Anzahl von Sitzungen benötigte (M = 2.41), gefolgt von Einzeltherapie (M = 3.38) und „mixed therapy“ (M = 6.40). Familientherapie war die am wenigsten teure Option mit \$124.55 pro „episode of care“ für einen Klienten, während Einzeltherapie \$170.22 kostete und „mixed therapy“ \$319.55. Nicht überraschend war, dass lizenzierte „MFT therapists“ das Setting „Paar-/Familie“ mehr als dreimal so häufig einsetzen wie andere Therapeuten. Die Rezidivrate (Anteil der Klienten die für eine zweite Behandlungsepisode zurückkamen) war am geringsten bei Familientherapie (8.9%) und „mixed therapy“ (9.5%) und größer bei Einzeltherapie (12.0%) (Morgan, Crane, Moore & Eggett, 2013).
- Bei *Sexualstörungen* wurden im Cigna-Sample allgemein durchschnittlich sieben Sitzungen realisiert. MFT-Therapeuten realisierten häufiger Paar- oder gemischte

Settings. Bei dieser Störung hatte „mixed therapy“ substantiell geringere „drop-out“-Raten als pure Einzel- oder pure Paartherapie (Fawcett & Crane, 2012).

- Patienten mit *somatoformen Störungen* aus der Cigna-Stichprobe zeigten allgemein höhere Rückfallraten und benötigten höhere Sitzungszahlen. Hier ergaben sich keine signifikanten Kosten- oder „drop-out“-Differenzen in Abhängigkeit von der Art der angebotenen Therapie bzw. der Qualifikation der Behandler (z. B. MFTs vs. „clinical psychologists“ vs. Ärzte) (Crane, Morton, Fawcett, Moore, Larson & Sandberg, 2012).
- Daten des Kansas Medicaid Systems wurden genutzt um die Gesundheitskosten von 164 *Schizophrenie*-Patienten zu analysieren, die (auch) eine „family intervention“ erhalten hatten. Familientherapie hatte einen signifikanten indirekten Effekt auf die generellen medizinischen Kosten, da dadurch andere psychologische Behandlungen eingespart wurden. Jede einzelne Familientherapie-Sitzung ging einher mit der Einsparung von \$568. Zusätzlich werden für jede einzelne Familientherapie-Sitzung Kostenersparnisse von \$580 für allgemeine medizinische Kosten sowie \$796 für Hospitalisierungs-Kosten belegt (Christenson, Crane, Beer, Bell & Hillin, in press).

Zusammenfassend lässt sich festhalten dass paar-/familientherapeutische Interventionen kostenökonomischer sind als Individualtherapien oder kombinierte Therapien (Einzel- plus Paar-/Familientherapie) (Crane & Christenson, 2012).

Die wesentlichen Prämissen des Forschungsansatzes der Studien von Crane et al. besitzen Gültigkeit über unterschiedliche Gesundheitssysteme hinweg: Psychische und körperliche Krankheiten verursachen Kosten durch die Inanspruchnahme von medizinischen und psychotherapeutischen Maßnahmen, Fehlzeiten etc. Medizinische und psychotherapeutische Behandlungen können umgekehrt zu einer Kostenersparnis durch eine verringerte Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsleistungen führen. Aus deutscher Perspektive ist nicht die Kostenreduktion in absoluten Zahlen, sondern die prozentuale Veränderung relevant.

### **Befunde aus Südamerika**

In Chile führten drei Sitzungen einer systemischen „Brief Family Intervention“ bei Patienten mit *somatoformer Störung* (ohne somatischen Befund) zu dramatischen Reduktionen der nachfolgend in Anspruch genommenen Gesundheitskosten im Vergleich zu einer „treatment as usual (TAU)“-Gruppe: In Monat 1-6 nach der Intervention verbrauchte die TAU-Gruppe 21 mal so viel Gesamt-Gesundheitskosten, im Monat 7-12 danach verbrauchte die TAU-Gruppe noch durchschnittlich viermal so viele Kosten wie die ST-Gruppe (Schade, Torres & Beyebach, 2011).

### **Befunde aus Metaanalysen**

Familiäre Interventionen sind bei Schizophrenie *kosteneffektiv* und helfen, gesundheitliche Folgekosten durch Rückfälle und (erneute) Hospitalisierungen zu reduzieren (Pharoah et al., 2010).

## E. Ergänzung

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

Der besondere Nutzen von Systemischer Therapie im Vergleich zu den Richtlinienpsychotherapieverfahren, die in Deutschland seit Jahrzehnten erfolgreich eingesetzt werden, liegt neben ihrer hohen Wirksamkeit bei einer großen Bandbreite von Störungsbildern in folgenden Aspekten:

Systemische Therapie wirkt nicht nur beim Indexpatienten, sondern auch auf die anderen *Familienangehörigen*. So wird Leid und Problemverhalten auch bei Angehörigen reduziert (und z. T. auch Gesundheitskosten). Andere Verfahren legen in Ausbildung und therapeutischer Praxis weitaus weniger Wert auf die Angehörigenarbeit bzw. die Arbeit im Paar- und Familiensetting (Best, 2010). Das ist bedeutsam in der Erwachsenentherapie, noch stärker in der Kinder- und Jugendlichenherapie.

Durch Systemische Therapie werden Patienten laut vielen Untersuchungen besser erreicht und brechen Therapien seltener ab als in anderen Therapieverfahren.

Systemische Therapie weist im Vergleich zu anderen Therapieverfahren tendenziell eine *niedrigere Sitzungszahl* auf.

Durch Systemische Therapie werden *auch soziale und ethnische Randgruppen erreicht*, die durch andere Therapieverfahren kaum erreicht werden (Grawe et al., 1994). Die Systemische Therapie hat seit ihren Anfängen auch Konzepte für die Abstimmung der therapeutischen Arbeit auf die besonderen Bedürfnisse von sozioökonomisch benachteiligten „Multiproblemfamilien“ sowie von Migranten und Angehörigen verschiedener ethnischer Gruppen entwickelt (Conen, 2002; Minuchin et al., 1967). Bei einem stetig wachsenden Anteil von Bürgern mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung liegt hier ein großes Potential für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Bevölkerungsschichten, die bislang von den gegebenen Strukturen wenig erreicht werden.

Von der Systemischen Therapie sind wesentliche Impulse ausgegangen – wie z. B. die Förderung der *Kontext- und der Ressourcenperspektive* (s. Grawe & Grawe-Gerber, 1999) sowie die *Kooperationsorientierung* (Ochs & Orban, 2012; Ochs, 2013) in der Psychotherapie – und von anderen Behandlungsverfahren aufgenommen worden.

Von den gesetzlichen Krankenkassen wird immer wieder bemängelt, dass Psychotherapeuten überwiegend leichtere Störungen, Anpassungsstörungen, Ängste und leichtere depressive Störungen behandeln, während kostenträchtige, schwere chronische Krankheiten mit hohem Leidenspotenzial zu selten behandelt werden: Psychosen, psychische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen, Substanzabhängigkeit, Patienten mit Mehrfachdiagnosen, delinquente Störungen. Systemische Therapie wird auch erfolgreich eingesetzt bei *schweren und kostenträchtigen Diagnosen*, die ein hohes Ausmaß an Leid erzeugen. Darüber hinaus gibt es explizite Behandlungskonzepte für die Arbeit mit sogenannten *“Multiproblemfamilien“*, in denen *mehrere Diagnosen* gleichzeitig vorhanden sind. Eine gemeinsame Behandlung erscheint oft zweckmäßiger (und kostengünstiger) als eine – in der Praxis keineswegs seltene – parallele Behandlung von drei oder vier Angehörigen durch verschiedenen Psychotherapeuten.

In der Systemischen Therapie ist aufgrund der Kontextorientierung die Netzwerkperspektive zentral und es gibt differenzierte Konzepte für die Kooperation innerhalb des Versorgungssystems und die gelingende Zusammenarbeit mit anderen Behandlern (z. B. anderen Therapeuten, Ärzten, Sozialarbeitern usw.).

Im Gesundheitssystem scheint es einen Trend zu integrierten Versorgungsangeboten zu geben, mit einem intensiven kurzzeitorientierten Behandlungskonzept mit dem Ziel einer Vermeidung von kostenintensiven stationären Behandlungen. Die Systemische Therapie

entwickelt seit Anfang der 1970er Jahre solche Konzepte (z. B. Fisch, Weakland & Segal, 1982).

Ein wichtiger prognostischer Faktor für den Verlauf psychischer Störungen ist die *soziale Unterstützung*. Durch die explizite Arbeit mit dem sozialen Kontext von Patienten fördert Systemische Therapie einen zentralen Aspekt seelischer Gesundheit.

Es existieren empirische Hinweise darauf, dass das *Burnout-Erleben* von Mitarbeitern in der Akutpsychiatrie statistisch bedeutsam und nachhaltig reduziert werden kann, wenn sie systemtherapeutisch arbeiten (Kordy, Haun, Ochs et al., 2012).

Unser Überblick über Wirksamkeitsstudien erfasst nur einen begrenzten, weitgehend durch Vorgaben des WBP und G-BA definierten Ausschnitt der Forschung zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie. Wegen der Überschneidung mit anderen Psychotherapieverfahren wurden Studien zur paradoxen Intervention – zum Beispiel bei Angststörungen, Schlafstörungen und somatoformen Störungen – nicht mit erfasst. Das Gleiche gilt für die Kombination von Systemischer Therapie und Patientenaufklärung bei schweren psychiatrischen und körperlichen Erkrankungen. Ungeachtet dieser aus pragmatischen Gründen vorgenommenen Entscheidung betrachten wir die Verbindung von Systemischer Therapie mit Patientenaufklärung – wie sie beispielsweise häufig in der Multifamilientherapie praktiziert wird – als eine wirksame und sinnvolle Form systemischen Handelns.

Wir haben auch darauf verzichtet, die Studien zur Wirksamkeit von „Emotion Focused Couple Therapy (EFT)“ darzustellen, die nach Aussage von Sue Johnson aus einer „conversation between Minuchin, Bowlby and Rogers“ entstanden, also systemisch-bindungsorientiert-humanistisch ausgerichtet ist (pers. Mitteilung Sue Johnson, EFTA-Konferenz, Istanbul, 25.10.2013) – und hoch wirksam –, da dieser auch stark systemisch geprägte Ansatz vom WBP dem humanistischen Ansatz „zugeschlagen“ wurde.

Ein letzter, allerdings entscheidender Aspekt ist die Perspektive von Patienten: Die Zufriedenheit mit Systemischen Therapien ist insgesamt sehr gut, und mündige Patienten sollten gemeinsam mit ihren Behandlern die Entscheidungsfreiheit haben, unter verschiedenen wirksamen Behandlungsverfahren wählen zu können – Systemische Therapie inbegriffen.

## Abkürzungsverzeichnis

BDI	Beck Depression Inventory (BDI)
CFT	Couple and Family Therapy
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
EFT	Emotion Focused Couple Therapy
EFTA	European Family Therapy Association
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KBT	Konzentrierte Bewegungstherapie
KZT	Kurzzeittherapie
LPP	Long-term Psychodynamic Psychotherapy
LZT	Langzeittherapie
MDFT	Multidimensional Family Therapy
MFT	Marriage and Family Therapist
MFT	Multifamilientherapie
MFGT	Systemische Multifamilien-Gruppentherapie
PA	analytische Psychotherapie
PD-KZT	Psychodynamische Kurzzeittherapie
PD-LZT	Psychodynamische Langzeittherapie
PD-Sitzung	Psychodynamische Sitzung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT	Randomized Controlled Trial
SET	Structural Ecosystems Therapy
SFT	Solution Focused Therapy
SPP	Short-term Psychodynamic Psychotherapy
ST	Systemische Therapie
ST-KZT	Systemische Kurzzeittherapie
TAU	Treatment as Usual
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
TST	Trauma Systems Therapie
VT	Verhaltenstherapie
WBP	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

## Literatur

- Abraham, R.H. & Shaw, C.D. (1992). *Dynamics – The Geometry of Behavior*. Redwood City: Addison-Wesley.
- Altmeyer, S. & Hendrichke, A. (2011). *Einführung in die systemische Familienmedizin*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Anderson, T. (1990). *Das reflektierende Team*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Anderson, H. & Goolishian, H.A. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process*, 27 (4), 371-393.
- Antonovsky A. & Sourani, T. (1988). Family sense of coherence and family adaption. *Journal of Marriage & the Family*, 50, 79-92.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2009). *Behandlungsleitlinie für Persönlichkeitsstörungen*.
- 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.
- Asen, E. (2002a). Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 24, 3-16.
- Asen, E. (2002b). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238.
- Asen, E. & Fonagy, P. (2012), Mentalization-based Therapeutic Interventions for Families. *Journal of Family Therapy*, 34: 347–370. doi: 10.1111/j.1467-6427.2011.00552.x
- Asen, E., Scholz, M. (2009/2010). *Praxis der Multifamilientherapie (Multi-Family-Therapy)*. New York: Routledge). Heidelberg: Carl-Auer.
- Ataoglu, A. (2003). Paradoxical therapy in conversion reaction. *Journal of Korean Medical Science*, 18, 581–584.
- 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
- 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.
- Becvar, D. S., & Becvar, R. J. (2009). *Family therapy: A systemic integration (7th Ed.)*. Boston: Pearson.
- Behme-Matthiessen, U., & Pletsch, T. (2008). *Räume – Träume – Grenzen: Materialien zur Themenorientierten Eltern-Kind-Gruppentherapie*. Dortmund: Modernes lernen.
- Berg, I.K. (1992). *Familien Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Bertalanffy, L.v. (1968). *General systems theory*. London: Allen Lane Penguin.
- Best, D. (2010). Kaum Zunahme von Gruppentherapien. *Psychotherapie Aktuell*, 1, 10-12.
- Bolk-Weischädel, D. (1978). Veränderungen beim unbehandelten Partner des Patienten während einer analytischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin & Psychoanalyse*, 24, 116-128.
- Boeckhorst, F. (1994). Theoretische Entwicklungen in der Systemtherapie II: Die narrative Denkrichtung. *Systema* 8, 2–22.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (1973/1981). *Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme (Invisible loyalties)*. New York: Harper & Row). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowen, M. (1975). Theory in the practice of psychotherapy. In P.J. Guerin (Ed.) *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press.
- 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.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Caby, F. & Caby, A. (2008). *Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste*. Dortmund: Borgmann.

- 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. doi: 10.2174/1745017901107010029
- Christenson, J.D., Crane, D.R., Bell, K.M., Beer, A.R. & Hillin, H.H. (2013). Family Intervention and Health Care Costs for Kansas Medicaid Patients with Schizophrenia. *J Marital Fam Ther*. 2013 Apr 16. doi: 10.1111/jmft.12021. [Epub ahead of print]
- Ciampi, L., (1980). Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 48, 237-248.
- Ciampi, L. & Dauwalder, J.P. (Hg.) (1990). *Zeit und Psychiatrie*. Bern: Huber.
- Clement, U. (2004). *Systemische Sexualtherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Conen, M. L. (2002). *Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie*. Heidelberg: Carl-Auer Systeme Verlag.
- Cottrell D. & Boston P. (2002). Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 43, 573-586.
- Coulter S., (2011). Systemic Family Therapy for Families who have Experienced Trauma: A Randomised Controlled Trial. In: *British Journal of Social Work* (2011) 41. S.502-519
- Crane, D.R. & Christenson, J.D. (2008). The medical offset effect: Patterns in outpatient services reduction for high utilizers of health care. *Contemporary Family Therapy*, 30, 127-138. doi: 10.1007/s10591-008-9058-2
- Crane, D.R. & Christenson, J.D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 34, 204-216. doi 10.1007/s10591-012-9187-5
- Crane, D.R., Christenson, J.D., Dobbs, S.M., Schaalje, G.B., Moore, A.M., Pedal, F.F.C., Ballard, J. & Marshall, E.S. (2013). Costs of Treating depression with individual versus family therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 39(4), 457-469. doi: 10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x
- Crane, D.R., Morton, L.B., Fawcett, D., Moore, A., Larson, J. & Sandberg, J. (2012). Somatoform Disorder: Treatment Utilization and Cost by Mental Health Professions. *Contemp Fam Ther* (2012) 34:322–333. DOI 10.1007/s10591-012-9182-x (Published online: 16 March 2012)
- Crane, D.R. & Payne, S. H. (2011) Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 273–289. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x.
- Crane, D.R., Shaw, A.L., Christenson, J.D., Larson, J.H., Harper, J.M. & Feinauer, L.L. (2010). Comparison of family therapy educational and experience requirements for licensure or certification in ix mental health disciplines. *American Journal of Family Therapy*, 38, 357-373.
- Cummings, E.M., Davies, P.T., & Campbell, S.B. (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process*. New York: Guilford.
- Dare, C. (1983). Family therapy for families containing an anorectic youngster. In: G.J. Bargman (Ed.), *Understanding anorexia nervosa and bulimia*. Columbus, OH: Ross.
- Dare, C. & Eisler, I. (1995). Family therapy. In: G. Szmukler, C. Dare & J. Treasure (Eds.), *Eating disorders: Handbook for theory, treatment and research*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Davison, G.C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie (7. Aufl.)*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Deissler, K.G. (1997). *Sich selbst erfinden?: Von systemischen Interventionen zu selbstreflexiven therapeutischen Gesprächen*. Münster: Waxmann.
- Diamand, G.S. & Siqueland, L. (2001). Current status of family intervention science. In: Josephson, A. (Ed.), *Current Perspectives on Family Therapy, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10 (2), 183-210.

- Eddy, D.R. (1991). Eine Methode, mit Sexualtätern und ihren Opfern zu arbeiten. In Rotthaus, W. (Hrsg.), *Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher* (S. 152 - 162) Dortmund: modernes lernen.
- Eisdorfer, C., Czaja, S.J., Loewenstein, D.A., Rubert, M.P., Argüelles, S., Mitrani, V.B. & Szapocnik, J. (2003). The effect of a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *Gerontologist*, 43(4), 521-531.
- 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. [Epub ahead of print]
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedecine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Ernst, H. (1982). Psychotherapie hilft (meistens). *Psychologie Heute*, 9, 49-61.
- Fabbri, S., Fava, G.A., Rafanelli, C., & Tomba, E. (2007). Family intervention approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(9), 1348–1351.
- Fawcett, D. & Crane, D.R. (in press). The Influence of Profession and Therapy Type for the Cost Effective Treatment of Sexual Dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*. doi:10.1080/0092623X.2012.665814
- Feaster, D.J., Brincks, A.M., Mitrani, V.B., Prado, G., Schwartz, S.J. & Szapocznik, J. (2010a). the efficacy of structural ecosystems therapy for hiv medication adherence with african american women. *Journal of Family Psychology*, 24(1), 51-59.
- Feaster, D. J., Burns, M. J., Brincks, A. M., Prado, G., Mitrani, V. B., Mauer, M. H. et al. (2010b). structural ecosystems therapy for HIV plus african-american women and drug abuse relapse. *Family Process*, 49(2), 204-219.
- Feaster, D.J., Mitrani, V. B., Burns, M. J., McCabe, B. E., Brincks, A. M., Rodriguez, A. E. et al. (2010c). 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.
- Fonagy, P. & Roth, A. (2004). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen (Teil 1). *Psychotherapeutenjournal*, 3 (3), 204-218.
- Garcia-Huidobro, D. et al. (2011). Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Family Practice*, 28(1), 4-11.
- Gergen, K. (1991/1996). *Das übersättigte Selbst (The saturated Self*. New York: Basic Books). Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Gergen, K., Gergen, M. (2009). *Einführung in den sozialen Konstruktivismus*. Heidelberg: Carl Auer.
- Gerland (2006). *Narrative Gruppentherapie: Theorie und Praxis eines systemischen Modells*. Borgmann.
- Gil, E. (1994). *Play in Family Therapy*. Guilford: New York.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L.S. & Johnson, S.M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Greve, N., Herder, K., Schuchardt-Hain, C. (2004). Psychose hin – Psychose her – Systemische Gruppenarbeit und Evaluationsgespräch mit psychoseerfahrenen Patienten. *Systema*, 18(1), 70-83.



- Guerin, P.J. & Chabot, D.R. (1997). Development of family systems theory. In P.L. Wachtel & S.B. Messer (Eds.) (1997), *Theories of psychotherapy* (pp. 181-225). Washington: American Psychological Association.
- Hähnlein, V. & Rimpel, J. (2008). Systemische Psychosomatik: Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2006). Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe.
- Haley, J. (1976). Problem-Solving Therapy. New York: Harper & Row.
- Haley, J. (1980a). Leaving home: The therapy of disturbed young people. New York: McGraw-Hill.
- Haley, J. (1980b). Ordeal Therapy. San Francisco: Jossey Bass.
- Hanswille, R. & Kissenbeck, A. (2010). Systemische Traumatherapie. Heidelberg: Carl Auer.
- Hanswille, R. (2011). Systemische Traumatherapie. In: Seidler G.H., Freyberger H.J., Maercker A. Hrsg.: Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett –Cotta, S.134-151 u. 603-613
- Hartmann, M., Bänzner, E., Wild, B., Eisler, I. & Herzog, W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 79(3):136-48. doi: 10.1159/000286958. Epub 2010 Feb 20.
- Henggeler, S. W. & Swenson, C. C. (2005). Die Multisystemische Therapie. *Familiendynamik*, 30 (2), 128-144.
- Hegemann, T. & Oestereich, C. (2009). Einführung in die interkulturelle systemische Beratung und Therapie. Heidelberg: Carl Auer.
- Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K. & Perrez, M. (2002). Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 170-183.
- Hess, T. (2003). Lehrbuch für die systemische Arbeit mit Paaren. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Hildenbrand, B. (2005). Einführung in die Genogrammarbeit. Heidelberg: Carl-Auer.
- Hildenbrand, B., Jahn, W. (1988). „Gemeinsames Erzählen“ und Prozesse der Wirklichkeitskonstruktion in familientherapeutischen Gesprächen. *Zeitschrift für Soziologie* 17, 203–217.
- Hoffmann, S.O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie: Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 53(1), 4-16.
- Holme M. (1999). Incest Group therapy from a Systemic/solution focused Perspective. *Magazine for Family Therapy & Systemic Practice*, 46, 22–24.
- Horowitz, L.M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association (APA).
- Hu, D., Wu, H., Dong, Y., Chen, D., Li, Y., & Hu, L. (2007). Study on the effect of family therapy on social support and mental status in peri-operative patients with breast cancer. *Journal of Nursing Administration*, 7(9), 9–11.
- 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., Wittchen, H.U., Hölling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 2004, 34, 597–611. DOI: 10.1017/S0033291703001399
- James, B., & Nasjleti, M. (1983). *Treating traumatized children*. Palo Alto: Consulting Psychoogist Press.
- Jones, E. & Asen, E. (2000/2002). *Wenn Paare leiden: Wege aus der Depressionsfalle (Systemic therapy and depression*. London & New York: Karnac Books). Dortmund: Borgmann. (Manual)
- Kazdin, A.E. & Weisz, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66(1), 19-36.

- Kindl-Beilfuß, K. (2008). Fragen können wie Küsse schmecken. Systemische Fragetechniken für Anfänger und Fortgeschrittene. Heidelberg: Carl Auer.
- Kissane, D.W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D.P. & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1208-1218.
- Kissane, D.W., McKenzie, M., McKenzie, D.P., Forbes, A., O'Neill, I. & Bloch, S. (2003). Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the family focused grief therapy controlled trial. *Palliative Medicine*, 17(6), 527-537.
- Knekt, P. & Lindfors, O. (Eds.) (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kela – The Social Insurance Institution, Finland (Studies in social security and health 77).
- 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.
- 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.
- Korittko, A. & Pleyer, K.H. (2010). Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Kottje-Birnbacher, L. (2001). Umgang mit Paarbeziehungen in der psychodynamisch orientierten Einzeltherapie. *Psychotherapeut*, 46, 82-83.
- Kriz, J. (1999). Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien: Facultas.
- Laaksonen, M., Knekt, P., Lindfors, O. (submitted for pub.). Psychological predictors of the recovery from depression or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up.
- L'Abate, L. (1998). Family Psychopathology: The Relational Roots of Dysfunctional Behavior. New York: Guilford.
- Landau, J. (2011). ARISE-Intervention: Die Einbindung von Suchtabhängigen/ Substanzmissbrauchern und ihren Familien in die Behandlung und Langzeit-Recovery. *Familiendynamik*, 36(2), 132-141.
- Laqueur, P., LaBurt, H., Morong, E. (1971). Multiple family therapy. Further developments. New York, Grune & Stratton, 82-96.
- 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.

- Law, D. D. & Crane, D. R. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health maintenance organization. *Journal of Marital & Family Therapy*, 26(3), 281-291.
- Law, D.D., Crane, D.R. & Berge, J. M. (2003). The influence of individual, marital, and family therapy on high users of health care. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29 (2), 353-362.
- Lebow, J. L. & Gurman, A. S. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual Review of Psychology*, 46, 27-57.
- Leff, J., Vearnals, S, Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. & Everitt, B. (2000/2002). 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. (auf dt.: *Familiendynamik* 1, 2002, 104-121) & *Corrigendum BJP*, 177(3), 284.
- 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.
- Li, S., Liu, S. & Jiang, D. (2010). Systemic family treatment combined with paroxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorders: curative effects. *China Modern Doctor*, 48(2), 27-28.
- Liddle, H. A. (2002b). *Multidimensional Family Therapy Treatment (MDFT) for Adolescent Cannabis Users. Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, Volume 5.* Rocville, MD: Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), Substance Abuse and Mental Health Services Administration.  
<http://kap.samhsa.gov/products/manuals/cyt/pdfs/cyt5.pdf>
- Lieberman, A.F., P. Van Horn u. C.G. Ippen (2005): Toward Evidence-Based Treatment: Child-Parent Psychotherapy With Preschoolers Exposed to Marital Violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 44(12): 1241-1248.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S. & Dare, C. (2002). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach.* New York: Guilford Press.
- Ludewig, K. (1992, 2005). *Einführung in die theoretischen Grundlagen der Systemischen Therapie.* Heidelberg: Carl Auer.
- Ludewig, K. (1997). Probleme als „Bindeglied“ klinischer Systeme. In: L. Reiter, E.J. Brunner & S. Reiter-Theill (Hrsg), *Von der Familientherapie zur Systemischen Perspektive* (S. 305-327). Berlin: Springer.
- 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.
- 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.
- Maljanen, T., Paltta, P., Härkänen, T., Virtala, E., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Knekt, P. & the Helsinki Psychotherapy Study Group (2012). The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up. *Journal of Mental Health Policy & Economics*, 15, 13-23.
- Massing, A., Reich, G. & Sperling, E. (1992). *Die Mehrgenerationen-Familientherapie* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- 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.
- Maxfield, L., F.W. Kaslow u. F. Shapiro (2007). The Integration of EMDR and Family Systems Therapies. In: Shapiro, F., F.W. Kaslow u. L. Maxfield (Hrsg): *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes.* Hoboken, N.J. (Wiley), S. 407-422.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., Doherty, W.J. (1997a). *The Shared Experience of Illness: Stories of Patients, Families, and their Therapists.* New York: Basic Books.

- McDaniel, S. H., Hepworth, J., Doherty, W. (1997b). The shared emotional themes of illness. In: McDaniel, S. H., Hepworth, J., Doherty, W. (Eds.), *The shared experience of illness: Stories of patients, families, and their therapists* (p. 1–9). New York: Basic.
- McFarlane, W. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford.
- McGoldrick, M. & Gerson, R.J. (1990). *Genogramme in der Familienberatung*. Bern: Huber.
- 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.
- Miller, I. W., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Solomon, D. A., Cardemil, E. V., & Beevers, C. G. (2005). Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 162 (11), 2131-2138.
- Miller, I.W., Solomon, D.A., Ryan, C.E., & Keitner, G.I. (2004). Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *Journal of Affective Disorders*, 82, 431–436.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S.M. & Fishman, H.C. (1981/1985). *Praxis der strukturellen Familientherapie (Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press). Freiburg: Lambertus.
- Mitrani, V.B., McCabe, B.E., Burns, M.J. & Feaster, D.J. (2012). Family mechanisms of structural ecosystems therapy for HIV-seropositive women in drug recovery. *Health Psychology*, 31(5), 591-600.
- Mitrani, V.B., Prado, G., Feaster, D.J., Robinson-Batista, C., & Szapocznik, J. (2003). Relational factors and family treatment engagement among low-income, HIV-positive African American mothers. *Family Process*, 42, 31-46.
- Moore, A. M., Hamilton, S., Crane, D.R. & Fawcett, D. (2011). The Influence of Professional License Type on the Outcome of Family Therapy. *The American Journal of Family Therapy*. 39(2): 149-161. doi: 10.1080/01926187.2010.530186
- Morgan, T.B., Crane, D.R., Moore, A.M., & Eggett, D.L. (2013). The Cost of Treating Substance Use Disorders: Individual versus Family Therapy. *Journal of Family Therapy*, 35, 2-23. doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00589.x
- 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.
- Nichols, M.P. (2008). *Family therapy: Concepts and methods* (8th Ed.). Boston: Person.
- Nickel, M., Nickel, C., Tritt, K., Lahmann, C., Leiberich, P., Loew, T. & Rother, W. (2004). Stationäre Behandlung von Frauen mit überlastungsbedingter depressiver Erkrankung – beeinflusst das Einbeziehen des Partners die Behandlungsergebnisse? Eine randomisierte, prospektive, kontrollierte Studie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 154(15-16), 378-382.
- Ochs, M., & Schweitzer, J. (Hrsg.) (2012). *Handbuch Forschung für Systemiker*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ochs, M., & Orban, R. (2012). Gelingende Kooperationen gestalten als ein Kernkonzept systemischen Arbeitens. *Kontext*, 43(2), 1-13.
- 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. *Recent Dev Alcohol*, 15, 329-56.

- O'Leary, K.D. & Beach, S.R.H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and discord. *American Journal of Psychiatry*, 147, 183-186.
- Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 233-246.
- Patterson J.M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage & Family*, 64, 349-360.
- Penn, P., Sheinberg, M. (1991). Stories and conversations. *Journal of Strategic and Systemic Therapy* 70, 30–37.
- Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Boston, P., Shapiro, D., and Hanks, H. (2000). *The Leeds Systemic Family Therapy Manual*, Leeds, LFTRC.
- 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.
- 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.
- Prado G, Szapocznik J, Mitrani V.B, Mauer M, Smith L, Feaster DJ (2002). Factors influencing engagement into interventions for adaptation to HIV in African American women. *AIDS Behavior*, 6, 141-151.
- Prior, M. (2006). *MiniMax-Interventionen*. Heidelberg: Carl Auer
- Rakowska, J.M. (2000). *Terapia krótkoterminowa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rakowska, J. M. (2011). Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychotherapy Research*, 21(4), 462-471.
- Reich, G., Massing, A., Cierpka, M. (2007). *Praxis der psychoanalytischen Paar- und Familientherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Reimer, C. (2000). Zur Problematik von Trennungsempfehlungen während psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychotherapeut*, 45, 182-183.
- Reiss, D., Neiderhiser, J.M., Hetherington, E.M. & Plomin, R. (2000). *The Relationship Code. Deciphering the Genetic Influences on Adolescent Behavior*. Cambridge: Harvard University Press.
- 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.
- Retzlaff, R. (2010). *Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Retzlaff, R., Hornig, S., Müller, B., Reuner, G., Pietz, J. (2006). Kohärenz und Resilienz bei Familien von Kindern mit geistiger und körperlicher Behinderung. *Praxis der Kinderpsychologie & Kinderpsychiatrie* 55, 36-52.
- Retzlaff, R, Sydow, K.v, Behr, S., Haun, M., Schweitzer J. (2013). The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. *Family Process* 52(4):619-52.
- Riehl-Emde, A. (2004). *Liebe im Fokus der Paartherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- 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.
- Ritterman, M. (1983): *Using hypnosis in family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rowe C.L., Liddle H.A., (2008). When the Levee breaks: Treating adolescents and families in the aftermath of Hurricane Katrina. In: *Journal of Marital and Family Therapy*. April 2008, Vol 34, No2, 132-148
- Royal College of Psychiatrists & British Psychological Society (2003). *Schizophrenia. Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care developed by the National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Clinical Excellence (www.nice.org.uk)*.
- Ruf, G.D. (2005). *Systemische Psychiatrie: Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- 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.
- Saarijärvi, S., Rytökoski, U., & Alanen, E. (1991). A controlled study of couple therapy in chronic back pain patients. No improvement of disability. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 671-677.
- Sack M., Sachsse U., & Schellong, J. (Hg.) (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer.
- Saltzman, W.R. et al. (2011). Mechanisms of Risk and Resilience in Military Families: Theoretical and Empirical Basis of a Family-Focused Resilience Enhancement Program. *Clin Child Fam Psychol Rev* 14(3): 213-230..
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science & Behavior Books.
- Satir, V. (1979). *Familienbehandlung*. Freiburg: Lambertus.
- Saxe G.N., Ellis, B.H., Fogler, J., Hansen, S. & Sorkin, B. (2005). Comprehensive care for traumatized children. In: *Psychiatric Annals*, 35, 443-448
- Saxe, G.N., Ellis, H.E. &Kaplou J.B. (2007). Collaborative treatment of traumatized children and teens. New York: Guilford.
- 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.
- 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.
- Scheib, P. & Wirsching, M. (2004). *Paar- und Familientherapie: Leitlinie und Quellentext* (Unter Mitarbeit von F. Balck, W. Geigges, A. Kersting, F. Kröger, J. Schweitzer, D. Wälte, J. von Wieterseheim). Stuttgart & New York: Schattauer.  
[www.uni-duesseldorf.de/www/awmf/II/index.html](http://www.uni-duesseldorf.de/www/awmf/II/index.html)
- Schiepek, G., Zellweger, A., Kronberger, H., Aichhorn, W. & Leeb, W. (2011). Psychotherapie. In: G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (2. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 567-592). Stuttgart: Schattauer.
- Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schlippe, A. v., El Hachimi, M. & Jürgens, G. (2003). *Multikulturelle systemische Praxis*. Heidelberg: Carl Auer
- Schlippe, A. v. (2006): Das »Auftragskarussell« oder auch »Münchhausens Zopf«. In: Steffen Fliegel u. Annette Kämmerer (Hrsg.): *Psychotherapeutische Schätze*. 101 bewährte Übungen und Methoden für die Praxis. Tübingen (DGTV), S. 30-36.
- 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-Verlag.
- Schnarch (1997/2006). *Die Psychologie sexueller Leidenschaft (Passionate Marriage*. New York: Henry Holt & Comp.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schwartz, R. (1995/1997). *Internal Family Systems Therapy (Systemische Therapie mit der inneren Familie*. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta). New York: Guilford.
- Schweitzer, J. & Schlippe, A. von (2006). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung : Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, J. & Schumacher, B. (1995). Die unendliche und die endliche Psychose – Über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte. In: J. Schweitzer & B. Schumacher, *Die unendliche und die endliche Psychiatrie*. Heidelberg: Carl Auer.

- Schweitzer, J., & Ochs, M. (2003). Das Auffinden bisher ungesehener Beziehungsmöglichkeiten – systemisch-konstruktivistische Diagnostik. In: M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (155-171), 2. überarbeitete u. ergänzte Auflage. Berlin: Springer.
- Schweitzer, J., Schlippe, A. von, Ochs, M. (2007). Theorie und Praxis der systemischen Psychotherapie. In B. Strauß, F. Caspar, F. Hohagen (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 261– 286). Göttingen: Hogrefe.
- Schwing, R., Fryszer, A. (2006). *Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis*. Göttingen & Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwing, R. & Fryszer, A. (2013). *Systemische Beratung und Familientherapie. Kurz, bündig, alltagstauglich*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seikkula, J. (2003). Offener Dialog in der Psychosebehandlung. In: V.Aderhold, Y.O.Alanen, G.Hess, P.Hohn (Hrsg.), *Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*.
- 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., 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., Alakare, B., Aaltonen, J., et al. (2006) five years experiences of first-episode non-affective psychosis in open dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *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).
- Shadish, W.R., Montgomery, L., Wilson, P., Wilson, M., Bright, I. & Okwumabua, T. (1993). The effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61(6), 992-1002.
- Shapiro, F., F.W. Kaslow u. L. Maxfield (Hrsg) (2007). *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*. Hoboken, N.J. (Wiley),
- Shazer, S. de (1988/1993). *Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie (Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton & Comp.). Heidelberg: Carl Auer.
- 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.
- Sheinberg, M., Fraenkel, P., (2001). *The relational trauma of incest: A Family-Based Approach to Treatment*, Guilford Press.
- Smock, S.A., Trepper, T.S., Wetchler, J.L., McCollum, E.E., Ray, R., & Pierce, K. (2008). Solution-focused 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.
- Speck, R. V. & Attneave, C.L. (1971). Social network intervention. In: J. Haley (Ed.), *Changing Families* (pp. 312-332). New York: Grune & Stratton.

- Stankovic` M., (2013). A preview of the efficiency of the systemic family therapy in treatment of children with posttraumatic stress disorder developed after car accident. In: *Vojnosanit Pregl* 2013, 70 (2) S.149-154
- Stanton, M. D., & Todd, T.C. (1982). *Family therapy for drug abuse and addiction*. New York, NY: Guilford.
- Steinglass, P (1998) Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems and Health*, 16, 55-70.
- Stierlin, H. (1978). *Delegation und Familie: Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Sydow, K. v. (2007). Systemische Psychotherapie (mit Familien, Paaren und Einzelnen). In: C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 289-315) (3. vollst. neu bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Sydow, K. v. (2010). Das Erstinterview in der systemischen Therapie. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Erstgespräche* (S. 84-101). Bern: Huber Verlag.
- 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.
- Sydow, K. v. & Seiferth, A. (im Druck). *Sexuelle Beziehungen (Praxis der Paar- und Familientherapie)*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience* (1st Ed.). New York: Guilford.
- 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.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1974/1974). *Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels (Change: Principles of problem formation and problem resolution)*. New York: W.W. Norton & Comp.). Bern: Hans Huber.
- Weakland, Herr, J.,(1988). *Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Die Praxis der angewandten Gerontologie*. Bern/ Stuttgart: Hans Huber.
- Weeks, G.R., & L'Abate, L. (1985). *Paradoxe Psychotherapie. Theorie und Praxis in der Einzel-, Paar- und Familientherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- 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. & Hildenbrand, B. (1996). *Systemische Therapie als Begegnung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Welter-Enderlin, R. & Jellouschek, H. (2002). Systemische Paartherapie- ein integratives Konzept. In: M. Wirsching & P. Scheib. *Paar- und Familientherapie* (S. 199-226). Berlin: Springer.
- Whitaker, C. & Keith, D. (1981). *Symbolic-Experiential Therapy*. In Gurman, A., Kniskern, D. (Eds.). *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner & Mazel.



- White, M. & Epston, D. (1989). Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken. Heidelberg: Carl Auer.
- Willke, H. (1994). Systemtheorie II: Interventionstheorie. Stuttgart: Fischer.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen: Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie & Psychotherapie, 33, 42–50.
- Wilms, H.U., Mory, C., Lützkendorf, V. (2004). Angstbewältigung in der Gruppe oder Wozu brauchen wir Therapeuten? Systema, 18(1), 44-57.
- Wirsching, M. (2005). Paar- und Familientherapie: Grundlagen, Methoden, Ziele. München: Beck.
- Wirsching, M. & Scheib, P. (Hrsg.) (2002). Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2009). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie. Deutsches Ärzteblatt, 106, A208–A211, <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=63232>
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2010). Verfahrensbeschreibung der Systemischen Therapie (2. Entwurf, 02.12.2010). Internes Arbeitspapier. Publikation im Internet in Vorbereitung.
- Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007). Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich. Bonn: Bundesversicherungsamt.
- 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, 357-376.
- Wittmund, B., Musikowski, M., Schötz, D. (2004). Veränderungsprozesse und systemische Gruppentherapie – die Sichtweise der Patienten. Systema, 18(1), 58-69.
- 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.

**Table 1: RCT-Primärstudien über die Wirksamkeit von Systemischer Therapie bei psychischen Störungen Erwachsener - KURZFASSUNG**

Rosa unterlegte Studien: Studien, die vom WBP positiv bewertet wurden

Blau unterlegte Studien: Neue Studien mit gutem Design und positivem Outcome für die ST

**fett & kursiv: neue Publikationen, noch nicht dabei bei WBP-Antrag**

Autoren & Jahr	Land	R	N	Interventions number sessions	treatment & control groups type of disorder researched	Results at the end of intervention (post-test)	follow-up results	Einschätzung orientiert an WBP/GBA- Kriterien
<b>0. Mixed disorders</b>								
(Langsley et al., 1968) Langsley et al., 1969 Langsley et al., 1971	USA	x	150 150 (300)	5,5	<b>1. Family Crisis Therapy (outpatient)</b> 2. Inpatient therapy in psychiatric clinic IT, GT, medication, therapeutic Gemeinschaft Patients asking for psychiatric hospitalisation	(Hospitalisierung: 1 (0%) < 2 (100%))	6- and 18-months: inpatient days: 1 < 2; social adaptation: 1 = 2 (both improved); symptoms: 1 = 2 (both improved); 6-months: return to job/school: ...	+
<b>1. Mood disorders (DSM-IV; ICD-10: F3)</b>								
<b>Depressive disorders / Major depressive disorder (MDD)</b>								
Jones & Asen, 2000/2002; Leff et al., 2000 <i>London Depression Intervention Trial</i>	UK	x	40 (11) 37 (77)	12-20	<b>1. Systemic CT</b> (2. Cognitive IT) 3. Pharmacotherapy: Antidepressants Major Depression (Hamilton Depression Rating Scale)	Drop out rate: 1 < 3 < (2); reduction of depressive symptoms (BDI): after 1 year: 1 > 3; Expressed Emotion: no effects; therapy costs: 1 > 3; all health costs: 1 = 3.	2-years: Reduction of depressive symptoms (BDI): 1 > 3; all health costs: 1 = 3.	+
Knekt & Lindfors, 2004; Knekt, Lindfors, Härkanen et al., 2008a; Knekt, Lindfors, Laaksonen et al, 2008b; Knekt, Laaksonen et al, 2011a; Knekt, Lindfors et al, 2011b; Knekt, Lindfors et al, 2013; <i>Helsinki Psychotherapy Study (HPS)</i>	Finland	x	93 98 99 (294)	9,8 18,5 232 646	<b>1. Solution-Focused IT</b> 2. Short-term psychodynamic IT 3. Long-term psychodynamic IT (4. Psychoanalysis: no RCT, self-selected) DSM-IV mood (86%), anxiety (43%), personality disorders (PS; 18%) Psychiatric outpatients	1-year-Follow-up: reduction of depr. symptoms (BDI): 1 = 2 > 4; remission of depression: 1 > 2 > 4. /-months: work ability improvement: 1 = 2 > 3; DSM-IV mood (86%), anxiety (43%), personality disorders (PS; 18%) 2-year: work ability improvement: 1 = 2 = 3.	3- and 5-years: reduction of depressive symptoms (BDI): 1 = 2; remission from diagnosis: 1 = 2; 3-year: work ability improvement: 1 = 2 < 3; days on sick-leave: 1 = 2. 5-years: any auxiliary treatment use: 1 = 2 > 3; psychotropic medication use: 1 = 3 < 2; auxiliary psychotherapy: 1 = 2 > 3; hospitalisation: 1 = 2 = 3 = 4. work ability: 1 = 2, 1 = 3; recovery: 1 = 2 = 3	+
Beevers, Keitner et al., 2003; Uebelacker et al., 2004; (Beevers & Miller, 2005); Miller, Keitner et al., 2005	USA	x	24 21 (94)	10 13 (24)	<b>1. Pharmacotherapy</b> <b>2. Pharmacotherapy + Problem-centered Systems FT</b> 3. Pharmacotherapy + CBT IT <b>4. Pharma + Probl.-cent. Syst. FT + CBT</b> DSM-III-R MDD & BDI > 17 outpatient therapy after discharge from psychiatric hospitalisation	Success weak in all groups: remission 16%; improvement: 29%; Matching of intervention & problem (cogn. distortion, fam. Impairment) improved outcome slightly; FT vs. no FT improved outcome substantially (depr. symptoms, suicidal ideation, remission, improvement, less treatment failures). CBT vs. no CBT: no effect on symptoms, suicidal ideation, improvement, remission.	---	+
Fabbri, Fava et al., 2007	Italy	x	10 10 (20)	6(-12)	<b>1. FT (McMaster Model) + Pharmacotherapy (maintenance)</b> 2. Pharmacotherapy alone (dose increase) Outpatients with recurrent MDD, living with a partner, who relapsed while taking antidepressive drugs	Treatment responders (CID - blind psychiatrists' rating): 1 (70%) = 2 (70%).	12-months: Relapse rate: 1 (14%) < 2 (86%).	+

Autoren & Jahr	Land	R	N	Interventions number sessions	treatment & control groups type of disorder researched	Results at the end of intervention (post-test)	follow-up results	Einschätzung orientiert an WBP/GBA- Kriterien
<b>Eisdorfer, Czaja, Loewenstein, Rubert, Artüelles, Mitrani &amp; Szapocznik, 2003</b> <i>REACH (Resources for Enhancing Alzheimer's Caregivers Health): Miami Site</i>	USA	x	75 77 73 (225)	13 19 (18)	<b>1. Structural Ecosystems Therapy (SET)</b> <b>2. SET + Computer Telephone Integrated System (CTIS)</b> 3. CG: minimal support: telephone calls 5-15 Alzheimer's caregivers: 50% clinically signif. depressive symptoms	6-months after initiation of intervention: signif. Interaction time x group: 2 decrease of depression, 3 stable depression, 1 increased depressive symptoms; (CES-D score > 18)	Noncompleters had higher baseline depression score than completers; depression: male < female caregivers; 18-months after initiation of intervention: 2: decreased depressive symptoms; signif. group x time x ethnicity effects! SET alone did not reduce depression in majority - but SET combined with CTIS reduced depr. symptoms.	+
(Kissane, McKinzie et al., 2003;) <b>Kissane, McKinzie et al., 2006</b>	Australia	x	233 130 (363)	4	<b>1. Family Focused Grief Therapy</b> - 2. CG: TAU Burdened, dysfunctional families of terminal	6-months: Psychiatric symptoms (BSI): 1 = 2; depressive symptoms (BDI): 1 = 2; social adjustment: 1 = 2; most distressed family members: BSI: 1 < 2; BDI: 1 < 2	13-months: Psychiatric symptoms (BSI): 1 < 2; depressive symptoms (BDI): 1 = 2; soc. Adjust.: 1 = 2. Most distressed fam. Members: BSI: 1 < 2; BDI: 1 < 2.	+
Lemmens, Eisler et al, 2009	Belgium	x	35 25 23 (83)	7 7	<b>1. Multi-family group therapy (systemic) + TAU (inpatient treatment)</b> <b>2. Single systemic FT + TAU (inpatient)</b> 3. Treatment as usual (TAU: inpatient) DSM-IV MDD, living with partner	3-months: Treatment responders: 1 (23%) = 2 (20%) = 3 (13%); Remission: 1 (20%) = 2 (16%) = 3 (13%).	15-months: Treatment responders (BDI scores at least 50% improved): 1 (49%) > 2 (24%) = 3 (9%). Remission (BDI-score < 9): 1 (37%) = 2 (28%) = 3 (17%); Antidepressants:	+
<b>Seikkula, Aaltonen et al., 2013</b> <b>DINADEP Project</b>	Finland	x	35 31 2+46+16 (66)	11+4+9 12	<b>1. Couple Therapy + other therapy + psychoeducation</b> 2. CG: TAU: IT/GT + psychiatrist DSM-IV unipolar depression; patients treated	Number of any therapy sessions: 1 < 2; mental symptoms: 1 < 2; depressive symptoms symptoms (HDRS): 1 < 2; global functioning: 1 > 2; alcohol use: 1 < 2; clinical significant improvement (BDI): 1 (79%), 2 (70%)	Recovery from diagnosis after 2 years: 1 (79%), 2	+
<b>Bipolar disorders</b>								
Miller et al., 2004; Miller et al., 2008; Solomon et al., 2008;	USA	x	33 30 29 (92)	12 6	<b>1. Problem-centered Systems FT (Mc-Master Model) + pharmacotherapy</b> <b>2. Multi-family group therapy + pharmacotherapy</b> - 3. Pharmacotherapy alone DSM-III-R acute bipolar disorder (type I)	---	Recovered by month 28: 2 (70%) = 3 (55%) = 1 (48%); time to recovery: 2 (Median 7 mo.) = 3 (8 mo.) = 1 (10 mo.). Recurrence by month 28: 1 = 2 = 3. Hospitalized by month 28: 2 (5%) < 1 (31%) = 3 (38%).	+
<b>Madigan, Egan, Brennan et al., 2012</b>	Ireland	x	18 19 10 (47)	5 x 2 5	<b>1. Multi-Family Group Psychoeducation</b> <b>2. Solution Focused Group Therapy</b> 3. TAU DSM-IV Bipolar disorder - only carers were treated in group 1 and 2	---	1-year and 2-year: Carers knowledge improved: 1 = 2 > 3; Carers psychol. Distress improved: 1 = 2 > 3; Patients' quality of life improved: 1 = 2 > 3; Patients global functioning: 1 = 2 = 3	+

Autoren & Jahr	Land	R	N	Interventions number sessions	treatment & control groups type of disorder researched	Results at the end of intervention (post-test)	follow-up results	Einschätzung orientiert an WBP/GBA- Kriterien
<b>2. Angst- und Zwangs-Störungen (ICD-10: F40-42)</b>								
Willutzki, Neumann, Haas et al., 2004	Germany	x	47	23.4(-30) 36 (83)	1. <b>Combined resource-focused IT</b> 2. CBT IT Social phobia (DSM-IV)	Therapy drop out: 1 (4%) < 2 (19%); phobic symptoms: 1 < 2; other psychiatric impairment: 1 < 2.	---	+
Knekt & Lindfors, 2004; Knekt, Lindfors, Härkanen et al., 2008a; Knekt, Lindfors, Laaksonen et al, 2008b; Knekt, Laaksonen et al, 2011a; Knekt, Lindfors et al, 2011b; Knekt, Lindfors et al, 2013; <i>Helsinki Psychotherapy Study (HPS)</i>	Finland	x	93 98 99 (294)	9,8 18,5 232 646	1. <b>Solution-Focused IT (de Shazer)</b> 2. Short-term Psychodynamic IT 3. Long-term Psychodynamic IT (4. Psychoanalysis: no RCT, self-selected) DSM-IV mood (86%), anxiety (43%), personality disorders (PS; 18%) Psychiatric outpatients	1-year-follow-up: Reduction of anxiety (SCL-90-ANX): 1 = 2 = 3. Recovery from anxiety diagnosis: 1 = 2. work ability: 1 = 2. cost effectiveness: direct costs: 1 (2.137 EUR) = 2 (1.791 EUR) ???!! indirect costs: 1 (1.985 EUR) = 2 (3.276 EUR)	3-years: Anxiety reduction 1 = 2 < 3; Recovery from anxiety diagnosis: 1 = 2 < 3. work ability: 1 = 2, 1 = 3	+
<b>Li, Liu, Jiang, 2010</b>	China	x	16 16 (32)	10	1. <b>Systemic Family Treatment + Paroxetine</b> 2. Medication (Paroxetine/Antidepressant) ICD-10 Obsessive-compulsive disorder	Symptoms (anxiety, obsessive-compulsive): 1 < 2	---	+
<b>Rakowska, 2011</b>	Poland	x	60 60 (120)	10 10	1. <b>Brief Strategic Therapy</b> 2. Minimal supportive therapy DSM-IV social phobia only or with personality disorder	Social Phobia only: Absence of soc. phobia: 1 (40%) > 2 (20%); Phobia + Pers.disorder: 1 (20-23%) = 2 (10%)	6-month: Social phobia only: Absence of social phobia: 1 (50%) > 2 (20%) Phobia + Pers. Disorder: 1 (7%) = 2 (2%)	+
<b>3. Somatoforme Störungen (ICD-10: F44)</b>								
Ataoglu, 2003	Turkey	x	15 15	n.i. n.i.	1. <b>Paradox intervention (IT)</b> 2. Medication (Diazepam) (IT) DSM-IV conversion disorder (pseudoseizure)	Conversion symptoms 1 < 2; anxiety-scores: 1 < 2.	---	+
Schade, Nieves & Beyebach, 2011	Chile	x	128 128 (256)	n.i. n.i.	1. <b>Brief Family Intervention (BFI)</b> 2. CG: TAU Diagnosis of somatoform disorder, no organic	6 months after termination of treatment interval: total average health costs: pretreatment 1 > 2, posttreatment: 1 (\$3.447 Pesos) < 2 (\$73.844)	1 year (months 7-12 interval): total average health costs: 1 (\$19.796) < 2 (\$80.215) same results for medical visits costs, medication costs, costs of complimentary medical analyses - all differences significant!	+
<b>4. Essstörungen (ICD-10: F50)</b>								
Crisp, Norton et al., 1991 Gowers, Norton et al., 1994	UK	x	30 20 20 20 (90)	??#+12 12 10 -	1. Inpatient treatment + outpatient IT/FT 2. <b>Outpatient IT &amp; FT (structural?)</b> 3. Outpatient group therapy (IP / parents) 4. No treatment DSM-III-R Anorexia Nervosa	1-year-follow-up: Weight gain: 2, 3 > 4; menstruation: 1, 2 > 3 > 4; nutrition: 1, 2 > 3 > 4.	2-year-follow-up: Weight, BMI: 2 > 4; clinical improvement was maintained.	+
Dare, Eisler et al., 2001	UK	x	21 22 22 19 (84)	24,9 13,6 12,9 10,9	1. Focal psychoanalytic psychotherapy (IT) 2. <b>Maudsley Approach FT/CT (IT)</b> 3. Cognitive-analytic therapy (CAT) (IT) 4. Routine treatment DSM-IV anorexia nervosa	After 1 year: All groups improved; weight gain: 1, 2 > 4; clin. outcome: recovered/significantly improved 1, 2 > 4. All groups: weak outcome. Drop out: 1 = 2 = 3 = 4.	---	+
Espina Eizaguirre et al., 2000, 2002	Spain	x	44 27 (71)	26,2 19+34	1. <b>Systemic FT (Maudsley, Minuchin etc.)</b> 2. Parent support group + IP-GT DSM-IV eating disorders	Symptoms: 1 < 2; bulimic symptoms: 1 < 2 Reduction of depression + anxiety: 1 = 2	---	+
<b>Castelnuovo, Manzoni, Villa, Cesa &amp; Molinari, 2011 STRATOB Trial</b>	Italy	x	...	8 8	1. <b>Inpat. treatment + Brief Strategic IT tel</b> 2. Inpatient treatment + CBT IT telephone b Binge Eating Disorder (BED) / Obesity	Symptoms (Outcome Questionnaire): 1 = 2 Weight change: 1 = 2	Symptoms (Outcome Questionnaire): 1 < 2 Weight change: 1 = 2 BED remission: 1 (80%) > 2 (37%)	+

Autoren & Jahr	Land	R	N	Interventions number sessions	treatment & control groups type of disorder researched	Results at the end of intervention (post-test)	follow-up results	Einschätzung orientiert an WBP/GBA- Kriterien
<b>5. Psychosocial factors related to medical conditions and physical disorders (ICD-10: F54)</b>								
<b>Cancer</b>								
Hu, Wu, Dong et al., 2007	China	x	40 40 (80)	1? 1. <b>Systemic FT + MRT (operation)</b> 2. MRT (operation) Breast carcinoma (CA)	10 days after operation: mental health improved in 1 but not in 2; subjective social support improved in 1 but not in 2.	---	+	
<b>Cardiovascular disease</b>								
Priebe & Sinning, 2001	BRD	x		2-4 1. <b>Psychoeducative solution oriented CT + MRT</b> 2. Medical routine treatment (MRT) Pat. after heart attack, coronary angioplasty, bypass OP	---	9-months: Depression: 1 < 2 (both decreased, p>.06); subj. health: 1 (improved) > 2 (decreased); fear of recurrence: 1 < 2; subj. rehabilitation success: 1 > 2; rehabilitation success from perspective of partner: 1 > 2.	+	
<b>Diabetes</b>								
<i>Garcia-Huidoboro, Bittner, Brahm &amp; Puschel, 2011</i>	Chile	x?	(243)	1. <b>Family Intervention</b> 2. CG: TAU Type 2 Diabetes mellitus (T2DM) with recent	Significant reduction of HbA1c in both groups: 1 = 2 for mo 1-12; mo. 6-12: reduction of HbA1c: 1 > 2; depressive symptoms: 1 < 2	---	+	
<b>Orthopedic disorders</b>								
Saarijärvi et al., 1989, 1991, 1992; Saarijärvi, 1991;	Finlan	x	33 30 (63)	5 1. <b>Systemic Couple Therapy</b> 2. CG without intervention Patients with chronic low back pain	---	12-months: general disability (pain, disability, clinical measures, medical service use): 1 = 2; marital communication: 1 > 2; psychological distress: 1 < 2 (only males). 5-years: psychological distress: 1 (decreased) < 2 (increased).	+	
Cockburn et al., 1997	USA	x	(n.i.)	6 (6) 1. <b>Solution-focused IT + standard rehab</b> 2. CG: only standard rehabilitation program (3. equal to 1: only post-test) (4. equal to 2: only post-test) Rehabilitation of married patients with ortho	Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES): 1+3 better than 2+4; Adjustment to Illness: 1+3 better than 2+4, e.g. stress: 1+3 < 2+4 (self-report).	Return to work 2 months after end of intervention: 1+3 (100%) > 2+4 (79%).	+	
<b>HIV / AIDS</b>								
Prado et al., 2002 Mitrani et al., 2003 Szapocznik et al., 2004 <i>Feaster, Brincks et al., 2010a, Feaster, Burns et al., 2010b; Mitrani et al., 2012</i>	USA	x	67 69 73 (209)	12.45 5.74 1. <b>Structural Ecosystems FT (SFT)</b> 2. Person-Centered IT (Rogers) 3. CG without intervention HIV-positive women (black mothers)	Therapy engagement: 1 (75%) > 2 (61%); therapy retaining: 1 > 2; 9-months: Psychol. stress: 1 < 2 < 3; family hassles: 1 < 2, 3; family relationships predict engagement in FT.	18-months: psychol. stress: 1 < 3. Only in 1: dose-response relation of therapy session number & stress reduction; Family hassles: 1 < 2, 3 (increased: 2 > 3!) Family support: general decline 1 = 2 = 3. <b>18-months: Medication adherence: 1, 3 &lt; 2.</b> <b>9-months: Relapse to drug diagnosis: 1 (9.1%), 3 (7.3%) &lt; 2 (29.6%)</b>	+	

Autoren & Jahr	Land	R	N	Interventions number sessions	treatment & control groups type of disorder researched	Results at the end of intervention (post-test)	follow-up results	Einschätzung orientiert an WBP/GBA- Kriterien
<b>Feaster, Mitrani, Burns et al., 2010c (2. HIV-Studie!)</b>	USA	x	33 42 (75)	50 Min. 90 Min.	<b>1. Structural Ecosystems FT (SFT)</b> <b>2. Psychodeucational Health Group (HG)</b> HIV-positive women + substance (including cocaine)	Engagement: 1 (56%) = 2 (63%) Engagement (1 + 2): mothers > non-mothers cocaine use disorder in recovery	12-months: medication adherence: 1 = 2; CD4 T-cell count: 1 (increase) > 2 (decline); HIV viral load: 1 = 2. Subgroup of mothers: child internalizing problems (self report & mother report): 1 (decreased) < 2 (stable); child externalizing problems (mothers report): 1 = 2, (child report): 1 (decreased) < 2 (stable); mother anxiety/depression: 1 (decreased) < 2 (unchanged) mother drug use: 1 (unchanged) < (increased)	+
<b>Hepatitis B</b>								
<b>Arvand, Shafiabadi, Falsafinejad &amp; Zali, 2012</b>	Iran	x	11 11 (22)	7 x 2	<b>1. Medication + Solution Focused GT</b> <b>2. CG: Only medication</b> Chronic Hepatitis B (+ depression in some)	Depressive symptoms (BDI): 1 < 2; completion of medication treatment: 1 > 2.	---	+
<b>5. Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60)</b>								
<b>Lau &amp; Kristensen, 2007</b> <b>Elkjaer, Kristensen et al., 2013</b>	DK	x	55 51 (106)	27,1 h 34,5 h	<b>1. Systemic GT (weekly 1 x 5 h)</b> <b>2. Analytic GT (weekly 1 x 2,25 h)</b> ICD-10 personality disorders (91%) and/or a history of intrafamilial childhood sexual abuse	Both groups improved. Improvement in soc. Fct. (GAF): 1 > 2, symptoms (GSI): 1 < 2; realational problems: 1 < 2; quality of life: 1 > 2	1 year: Symptoms: 1 = 2; soc.function: 1 = 2; relational problems: 1 = 2; quality of life: 1 = 2; Initial higher improvement in 1 decreased to the degree of moderate improvement in group 2. 54% remained above cut-off for caseness!	+
<b>6. Substanzstörungen / Abhängigkeit (ICD-10: F1, F55)</b>								
<b>Opiatstörungen / Heroinabhängigkeit</b>								
Stanton & Todd, 1982 (book); Stanton, Steier & Todd, 1982	USA	x	21 25 19 53 (118)	6-16	<b>1. Paid structural-strat. FT + meth.</b> <b>2. Unpaid structural-strat. FT + methadone</b> <b>3. CG: Paid Family movies (attention placebo)</b> <b>4. Methadone + IC (TAU)</b> Heroin dependence	Early treatment dropout: 1 < 2.	12-months post-intervention: Illegal drug abstinence: 1, 2 >> 3, 4; 31-months: mortality: 1, 2 (2%) << 3, 4 (10%); Quantity Alcohol: 1 (655 ounces) = 2 (667) = 3 (386) = 4 (816).	+
Romijn, Platt & Schippers, 1990	NL	m	81 38 (119)	n.i. n.i.	<b>1. Structural-strategic FT + possibly methadone (Stanton &amp; Todd, 1982)</b> <b>2. Methadone + IC</b> Heroin dependence		18-months post-intervention: Heroin abstinence/consumption only once per month: 1 (64%) = 2 (46%); clin. improvement (drugs, social): 1 (40%) = 2 (22%).	+
Yandoli, Eisler, Robbins et al., 2002	UK	x	36 32 33 (101)	13,7 18,1 8,9	<b>1. Structural-strategic CFT + methadone (Stanton &amp; Todd, 1982)</b> <b>2. Methadone + supportive IC (TAU)</b> <b>3. Methadone + low contact intervention</b> Daily opioid user (outpatient) + Methadone-reduction treatment (-5 g/day every 14 days)	6-Mo: drug-free: 1 (22%) > 3 (8%), 2 (5%); drug-free days: 1 = 2 < 3. in 1 + 3, flexible reduction in 2	12-Mo: drug-free: 1 (15%) > 3 (8%) > 2 (0%); 5-years: mortality: 1 = 2 = 3; (urine analyses incomplete); reduction of drug consumption associated with reduction of depression and improvement of social functions.	+
<b>Andere illegale und gemischte Substanzstörungen</b>								
Smock, Trepper et al., 2008	USA	x	27 29 (56)	6 6	<b>1. Solution focused GT (SFGT)</b> <b>2. GT (problem-focused, psychoeducative)</b> Substance abuse (level 1): alcohol, cannabis	Substance use change: 1 = 2; depression (BDI) change: 1 = 2 outcome questionnaire: 1 better than 2.	---	+

Autoren & Jahr	Land	R	N	Interventions number sessions	treatment & control groups type of disorder researched	Results at the end of intervention (post-test)	follow-up results	Einschätzung orientiert an WBP/GBA- Kriterien
<b>7. Schizophrenie und andere psychotische Störungen (ICD-10: F2)</b>								
De Giacomo et al., 1997	Italy	x	19 19 (38)	10 8,5	<b>1. Systemic FT (Paradox) &amp; Neuroleptika</b> 2. Neuroleptica DSM-III-R Schizophrenia	Drop-outs: 1 < 2.	1-year: Both groups improved; symptoms (BPRS): 1 < 2; social activity of IP: 1 > 2.	+
Seikkula et al., 2003; <b>Seikkula et al., 2006</b> <i>Finnish National Acute Psychosis Integrated Treatment (API) Open Dialogue Approach in Acute Psychosis (ODAP)</i>	Finland		22 23 (14) 42	6-55 FT 0-99 FT 0-23 FT	<b>1. "Open Dialogue" FT + IT + Medic. - AP</b> --- <b>2. "Open Dialogue" FT + IT + Medic. - API 2</b> (3. TAU (including FT+ IT + Medication)) <b>4. "Open Dialogue" FT + IT + Medic: ODAP</b> DSM-III nonaffective psychosis / Schizophrenia		2-year: Relapse rate: 1, 2 (31%, 24%) < 3 (71%); psychotic symptoms: 2 < 3; psychiatr. sympt.: 2 < 3; return to work/stud.: 2 > 3; hospital days: 4 < 1/2. <b>5-year: 1+ relapse: 1/2 (39%) = 4 (29%); no residual psychotic symptoms: 1/2 (76%) = 4 (82%); returned to work/studies: 1/2 (70%) = 4 (76%); living on disability allowance: 1/2 (27%) = 4 (14%)</b>	+
Zhou, 2003	China	x	30 30 (60)	3	<b>1. Systemic FT &amp; antipsychotic drugs</b> 2. CG (antipsychotic drugs) CCMD-3 Schizophrenia	Reduction of psychiatric symptoms (BPRS): 1 > 2.	---	+
Zhang, Liu, Pan et al., 2006	China	x	30 30 (60)	8	<b>1. Systemic FT &amp; antipsychotic drugs</b> 2. CG (antipsychotic drugs) CCMD-3 Schizophrenia - outpatient treatment after inpatient treatment	Drop-outs: 1 < 2.	2-year: relapse rate: 1 (17%) < 2 (73%).	+
Cao & Lu, 2007	China	x	50 50 (100)		<b>1. Systemic FT &amp; antipsychotic drugs</b> 2. CG (antipsychotic drugs) CCMD-3/ICD-10 Schizophrenia	Symptoms (PANSS): 1 (reduced) - 2 (stable); Quality of life (GQOLI): 1 (increased) - 2 (stable).	---	+
Bressi et al., 2008	Italy	x	20 20 (40)	12	<b>1. Syst. FT (Milan) &amp; psychiatric routine</b> 2. Psychiatric standard treatment: Neurolept DSM-IV Schizophrenia	Relapse rate: 1 (15%) < 2 (65%); Patient visits in psychiatric department: 1 (5%) < 2 (40%); compliance medicat.: 1 > 2	12-months-follow-up: Relapse rate: 1 (30%) = 2 (40%).	+

Note to Table 1:

**Autorenname und Jahr fett und kursiv gedruckt: neu analysierte Studie / Publikation**

R: Random assignment: x: yes; m: matched samples.

N: Sample size: Number of index patients (IP);

number sessions: number of therapy sessions;

duration (weeks): duration of the intervention in weeks;

CT: couple therapy; FT: family therapy; GT: group therapy; IT: individual therapy; PT: psychotherapy; MRT: medical routine treatment; CG: control group.

Systemic interventions are printed in bold letters.

BDI: Beck Depression Inventory;

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale;

CCMD-3: Chinese Classification of Mental Disorders 3<sup>rd</sup> Version;

GQOLI: General Quality of Life;

PANSS: Positive And Negative Symptom Scale;

=: No significant difference between the effects of two interventions.

Evaluation (of the trial and its results):

+: trial with positive results for the efficacy of systemic therapy (ST) (ST more efficacious than alternative interventions or control groups without intervention or equally efficacious as other evidence based interventions);

+?: trial with predominantly positive results for the efficacy of ST;

+/-: trial with mixed (positive and negative) results for the efficacy of ST;

-: trial with negative results for the efficacy of ST (ST less efficacious than alternative interventions or control group);

## **Literaturliste zur Tabelle der RCT-Primärstudien zur Systemischen Therapie**

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.

Ataoglu, A. (2003). Paradoxical therapy in conversion reaction. *Journal of Korean Medical Science*, 18, 581–584.

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.

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.

Eisdorfer, C., Czaja, S.J., Loewenstein, D.A., Rubert, M.P., Argüelles, S., Mitrani, V.B. & Szapocznik, J. (2003). The effect of a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *Gerontologist*, 43(3), 521-531.

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: Theory, Research & Practice*, Epub ahead of print.

Fabbri, S., Fava, G.A., Rafanelli, C., & Tomba, E. (2007). Family intervention approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(9), 1348–1351.

Feaster, D. J., Brincks, A. M., Mitrani, V. B., Prado, G., Schwartz, S. J. & Szapocznik, J. (2010). the efficacy of structural ecosystems therapy for hiv medication adherence with african american women. *Journal of Family Psychology*, 24(1), 51-59.

Feaster, D. J., Burns, M. J., Brincks, A. M., Prado, G., Mitrani, V. B., Mauer, M. H. et al. (2010). structural ecosystems therapy for HIV plus african-american women and drug abuse relapse. *Family Process*, 49(2), 204-219.

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.

Garcia-Huidobro, D. et al. (2011). Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Family Practice*, 28(1), 4-11.

Hu, D., Wu, H., Dong, Y., Chen, D., Li, Y., & Hu, L. (2007). Study on the effect of family therapy on social support and mental status in peri-operative patients with breast cancer. *Journal of Nursing Administration*, 7(9), 9–11.

Kissane, D.W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D.P. & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1208-1218.

Kissane, D.W., McKenzie, M., McKenzie, D.P., Forbes, A., O'Neill, I. & Bloch, S. (2003). Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the family focused grief therapy controlled trial. *Palliative Medicine*, 17(6), 527-537.

Knekt, P., & Lindfors, O. (Eds.) (2004). *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up*. Kela – Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland (studys in social security and health 77).



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., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R., Haaramo, P., Lindfors, O. (2011a). Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *European Psychiatry*; 25(1), 1-7, DOI: 10.1016/j.eurpsy.2009.03.006

Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T. & Virtala, E. (2011b). 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., 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.

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.

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.

Li, S., Liu, S. & Jiang, D. (2010). Systemic family treatment combined with paroxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorders: curative effects. *China Modern Doctor*, 48(2), 27-28.

Madigan, K., et al. (2012). A randomised controlled trial of carer-focused multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 27(4), 281-284.

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.

Miller, I.W., Solomon, D.A., Ryan, C.E., & Keitner, G.I. (2004). Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *Journal of Affective Disorders*, 82, 431-436.

Mitrani, V. B., McCabe, B. E., Burns, M. J. & Feaster, D. J. (2012). Family mechanisms of structural ecosystems therapy for HIV-seropositive women in drug recovery. *Health Psychology*, 31(5), 591-600.

Rakowska, J. M. (2011). Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychotherapy Research*, 21(4), 462-471.

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(2-3), 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*, 36(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(3), 328-338.

Saarijärvi, S., Rytökoski, U., & Alanen, E. (1991). A controlled study of couple therapy in chronic back

pain patients. No improvement of disability. *Journal of Psychosomatic Research*, 35 (6), 671–677.

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.

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., Alakare, B., Aaltonen, J., et al. (2006) five years experiences of first-episode non-affective psychosis in open dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214–228.

Smock, S.A., Trepper, T.S., Wetchler, J.L., McCollum, E.E., Ray, R., & Pierce, K. (2008). Solution-focused 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.

Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen: Eine randomisierte kontrollierte interventionsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 33, 42–50.

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.