

EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beleg für den Nutzen der untersuchten Jung'schen Psychotherapien und als Diskussionsbeitrag zu grundsätzlicheren Fragen der psychotherapeutischen Praxis. Sie ist auch ein bescheidener Versuch, Überlegungen zur komplexen Jung'schen Psychotherapie in einer zeitgemässen Sprache zu formulieren und so einer wissenschaftlichen Diskussion besser zugänglich zu machen. Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit wird im ganzen Text ausschliesslich die männliche Form gewählt. Selbstverständlich sind Patientinnen, Therapeutinnen, Probandinnen und Mitarbeiterinnen mitgemeint.

1992 hat das „Forschungsgutachten zu Fragen eines Deutschen Psychotherapiegesetzes“ (Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg und Schulte, 1991) auch in der Schweiz eine Phase des Zweifels gegenüber dem Nutzen von Psychotherapie und der Diskussionen um wirksame Behandlungsmethoden ausgelöst. Parallel dazu hat eine biologisch orientierte Psychiatrie an Bedeutung gewonnen. Seit 1992 ist auch in der SGAP und im Institut die empirische Psychotherapieforschung zum Thema geworden. Im Oktober 1993 wurde die Erhebung einer Basisdokumentation beschlossen. Die Untersuchung wurde 1994 durchgeführt und 1995 unter dem Titel „Jungianer und Psychotherapieforschung“ veröffentlicht (Mattanza et al., 1995). Es handelt sich um die Erhebung soziodemografischer Daten über die Mitglieder der SGAP und des Institutes, über ihre Patienten sowie um die Ermittlung ihrer Haltung gegenüber der empirischen Psychotherapieforschung, die von Jungianern in der Schweiz während Jahrzehnten vernachlässigt worden war. Die Untersuchung war im Hinblick auf ein grösseres Projekt durchgeführt worden, das sich mit der Frage der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie mit der Frage der Qualitätssicherung von Jung'schen Psychotherapien befassen sollte. Damals stand somit der Nachweis des Nutzens der Jung'schen Psychotherapie im Vordergrund.

Durch die Annahme des revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in der Volksabstimmung vom Dezember 1994 hatten nämlich diese Fragen Aktualität erlangt. 1996 bis 1998 wurden durch das Bundesamt für Sozialversicherung zuhanden der Eidgenössischen Fachkommission für Leistungen der sozialen Krankenversicherung „Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden“ (5. Entwurf, Mattanza, 1998) entwickelt. In gestraffter Form wurden diese Kriterien ins „Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen“ Zur Prüfung des Nutzens von medizinischen

Massnahmen aufgenommen und haben damit Gültigkeit erlangt (Ausgabe 2000 mit Supplement Dez. 2000). Daneben wurde bereits damals auf Bundesebene an einer Regelung der Weiterbildung in Psychotherapie und für die Berufszulassung gearbeitet. Auch war eine Regelung der Übernahme nichtärztlicher psychotherapeutischer Behandlungen durch die soziale Krankenversicherung in Vorbereitung.

Die Arbeit an der Basisdokumentation hatte zur Überzeugung geführt, dass die Planung und Durchführung eines Forschungsprojektes ohne den Rückhalt einer kompetenten universitären Institution für Praktiker der Psychotherapie zu schwierig gewesen wäre. Es wurde deshalb nach der Möglichkeit zur Mitarbeit in einem Forschungsprojekt gesucht, das in einer naturalistischen prospektiven Untersuchung analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien untersuchen wollte und dessen Untersuchungsansatz für die Jung'sche Psychotherapie geeignet sein sollte. Es ergab sich die Gelegenheit, von Anfang an bei der damals im Aufbau befindlichen PAL-Studie von Prof. Dr. med. G. Rudolf und Dr. T. Grande in Heidelberg zusammen mit der Gruppe von Dr. med. W. Keller in Berlin mitzumachen.

Mit viel Engagement der Vereinsorgane der SGAP und des Kuratoriums des Instituts wurde die Finanzierung der Version Schweiz der PAL-Studie durch die Mitglieder der nationalen und internationalen Gesellschaften für Analytische Psychologie und durch etliche Sponsoren ermöglicht. Die private Finanzierung und die Durchführung eines grossen Forschungsprojektes in der Schweiz durch ein hauptsächlich freiberuflich in der Praxis tätiges kleines Team von Therapeuten in Zusammenarbeit mit renommierten klinischen Forschern aus Deutschland ist aussergewöhnlich und hat Modellcharakter. Trotz der Anstrengungen der letzten Jahre besteht nach wie vor eine Kluft zwischen den Vorstellungen, Bedürfnissen und Arbeiten der akademischen Forscher und denjenigen der Therapeuten in der Praxis. Diese Kluft könnte durch eine vermehrte Zusammenarbeit von Forschern und Praktikern geschlossen werden.

Die stetige Zunahme der Ausgaben der öffentlichen Hand für das Gesundheitswesen und die anhaltend steigenden Krankenkassenprämien haben während der Studienlaufzeit eine Veränderung der Situation zur Folge gehabt. Seit einem guten Jahr ist das Arbeitstempo der Behörden für die Regelung der Psychotherapie langsamer geworden. Bis heute gibt es auf Bundesebene keine Regelung der Weiterbildung für Psychotherapeuten. Nach wie vor gilt in der Schweiz nur die ärztliche Psychotherapie mit den in der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz (KLV, Art. 2, 3) definierten Richtlinien

als Pflichtleistung der obligaten sozialen Krankenversicherung. In der politischen Auseinandersetzung hat das Thema an Interesse verloren, zumal die finanziellen Mittel für die Aufnahme der nichtärztlichen, beziehungsweise psychologischen Psychotherapie nach bewährten Methoden in den Pflichtleistungskatalog der Grundversicherung fehlen.

Dieser Umstand ist einerseits bedauerlich für die Psychotherapie in der Schweiz, andererseits wird er zum Vorteil für ihre Beforschung. Anerkennungs- und Legitimationsfragen treten eher in den Hintergrund und die Diskussion um grundsätzlichere Fragen der Psychotherapie ist wieder offener. Auch während der Arbeit an der PAL-Studie hat neben der Frage des Nachweises des Nutzens der Jung'schen Psychotherapie die Diskussion prinzipieller Fragen an Bedeutung gewonnen. In den letzten Jahren drohen medikamentöse Behandlungen, kurze, kostengünstige Therapien und manualisierte Behandlungsformen favorisiert zu werden. Eine Entwicklung in diese Richtung würde über die Tatsache hinweggehen, dass der Mensch als soziales Wesen in seiner Lebensgestaltung und zur Bewältigung von psychischen Störungen auf den Austausch und die Auseinandersetzung mit Bezugspersonen und die daraus erfolgende gegenseitige Beeinflussung angewiesen ist. Längerdauernde Therapien sind für korrigierende Beziehungserfahrungen unumgänglich. Dysfunktionales Beziehungsverhalten kann weder mit Medikamenten noch mit kurzen psychotherapeutischen Behandlungen zur Krisenbewältigung oder Symptombekämpfung anhaltend verändert werden. Von seiner Natur her ist der Mensch auch auf der Suche nach Lebenssinn und, namentlich bei psychischen Störungen, darauf angewiesen, einzelne Ereignisse seines Lebenslaufs zu „bedeuten“ und in einen sinnvollen Zusammenhang seiner Geschichte einzubauen. Neben Erfreulichem, Bereicherndem und Schönerem muss namentlich auch Schwieriges, Unverständliches, Leidvolles und Schmerzhaftes wahrgenommen werden und als Symbol oder als sinnstiftenden „Glaubensinhalt“ einen Platz in der Biografie finden. Glückserwartungen müssen hinterfragt und der Realität angepasst werden. Auf die „talking cure“, die analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und namentlich auch auf die Jung'sche Psychotherapie kann zu Gunsten von medikamentösen Behandlungen und scheinbar kostengünstigen, kurzen psychotherapeutischen Interventionen auf die Dauer nicht verzichtet werden. Die einseitige Orientierung auf Kostenfragen und die Geringschätzung der zwischenmenschlichen Beziehung und des Seelischen in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen jedwelcher Genese und nur schwer erträglichen körperlichen Leiden, dürfte zu kümmerlichen Entwicklungen mit unabsehbaren Folgen auch im Kostenbereich

führen. Angesprochen ist damit die ungelöste Frage der sinnvollen und zweckmässigen Ressourcenallokation im Gesundheitswesen.

In der Jung'schen Psychotherapie haben die therapeutische Beziehung und die Symbolarbeit, aber auch die religiöse und spirituelle Dimension einen hohen Stellenwert. Mit dieser Grundhaltung wird in einem individuellen kreativen therapeutischen Prozess für die Patienten eine bezogene und sinnvolle Lebensgestaltung unter ihren gegebenen Lebensumständen angestrebt. Die Jung'sche Psychotherapie kennt somit keine manualisierte, standardisierte Behandlungsmethodik mit vordefinierten Lern- und Behandlungszielen. Im Vordergrund stehen das Erkennen, Bearbeiten und Integrieren oder Auflösen von krankmachenden Verhaltensmustern, Konflikten und strukturellen Schwierigkeiten im geschützten und tragfähigen Rahmen der therapeutischen Beziehung. Die individuelle Entwicklung der Patienten und der Umgang mit ihren Störungen und Krankheiten hin zu einem ausgeglicheneren und befriedigenderen Leben wird im therapeutischen Prozess von ihrer Psyche, von ihrem Selbst gesteuert und organisiert.

Nun ist es verhältnismässig einfach, die Wirksamkeit von kurzen manualisierten Therapien zur Behandlung spezifischer und isoliert auftretender Störungen bei Probanden nachzuweisen, die sich in einer Beratungsstelle für eine kontrollierte Studie mit eng definierten, rein symptombezogenen Erfolgskriterien zur Verfügung stellen und sogar bereit sind, sich nach Zufall einer Behandlungs- oder Kontrollgruppe zuteilen zu lassen. Hier lassen sich die als „gold standard“ geltenden strengen Kriterien der APA einhalten (Seligman, 1995).

Für den Nachweis der Wirksamkeit Jung'scher Psychotherapien nach solchen Kriterien würden sich etliche Schwierigkeiten ergeben. Die Behandlungen erfolgen in der Praxis von Therapeuten, die von Patienten mit meist komplexen Störungsbildern aufgesucht werden. Die Patienten wünschen eine Behandlung nach ihren individuellen Bedürfnissen und nicht eine manualisierte Therapie mit einer fixen Stundenzahl und Zielsetzung. Sie wollen auch nicht das Risiko eingehen, nach Zufall in eine Kontroll- oder Wartegruppe eingeteilt zu werden.

Allein schon die unterschiedlichen Voraussetzungen erfordern, dass Psychotherapien in einem geeigneten naturalistischen Studiendesign auch dort untersucht werden, wo sie grösstenteils stattfinden, nämlich in der Alltagspraxis von Therapeuten. Damit muss aber auch klar sein, dass der Nachweis der Wirksamkeit (efficacy) einer Therapiemethode nach APA-Kriterien in der Praxis nur bedingt möglich ist.

Wenn die klinisch-praktische Erfahrung die Überzeugung stützt, dass eine Psychotherapiemethode, im vorliegenden Fall die Jung'sche Psychotherapie, wirksam ist,

dann muss eine Studie, die diese Wirksamkeit systematisch überprüft, den Nachweis in einem Setting führen, das dem Praxisalltag entspricht. Auf der Grundlage einer solchen Studie sind zudem wichtige Aussagen darüber möglich, wie die Therapiemethode im Praxisalltag ausgeübt wird, welche Patienten tatsächlich behandelt werden und wie therapeutische Prozesse bei den häufig multipel gestörten Alltagspatienten verlaufen. In einer solchen Studie wird eher der Nachweis des Nutzens oder der Effizienz (effectiveness) der Therapiemethode angestrebt.

Überlegungen dieser Art haben schliesslich dazu geführt, in der Praxisstudie „Analytische Langzeittherapie“ mitzumachen, die als multizentrische, prospektive, naturalistische Prozess-Outcome-Studie unter den seinerzeit geplanten Untersuchungen am besten den Konzepten der Analytischen Psychologie und Therapie nach C.G. Jung entsprach.

Die Untersuchung von Langzeittherapien führt zu lange dauernden Studien. In der Schweiz wurde nach entsprechenden Vorbereitungen im Herbst 1997 mit der Rekrutierung von Probanden begonnen. Die Untersuchungen wurden im Januar 2003 abgeschlossen. Für eine Anzahl der zuerst in die Studie aufgenommenen Fälle liegen bereits die Einjahreskatamnesen vor. Vereinzelt fanden auch bereits Untersuchungen zur Dreijahreskatamnese statt, die allerdings noch nicht in den heute vorgelegten Auswertungsergebnissen enthalten sind. Sie werden im Abschnitt Diskussion und Ausblick kurz erwähnt. Die separate Auswertung der Katamnesen ist vorgesehen.

G. Mattanza, April 2003

KURZFASSUNG

Einleitend wird auf das gesundheitspolitische Umfeld eingegangen, das die Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie (SGAP) und das C.G. Jung-Institut in Zürich-Küsnacht (Institut) dazu veranlasst haben, sich mit der empirischen Psychotherapieforschung auseinander zu setzen. Es wird weiter ausgeführt, dass bislang eine Regelung der Weiterbildung in Psychotherapie und die Vergütung der Behandlungen in der Schweiz nicht geregelt ist. Einerseits ist dieser Umstand bedauerlich, andererseits ermöglicht er die Diskussion grundsätzlicherer Fragen zur Psychotherapie, bevor einseitige, angeblich kostengünstigere Methoden der Psychotherapie gesetzlich oder auf dem Verordnungsweg bevorzugt werden oder die Ausübung der Psychotherapie durch medikamentöse Behandlungen verdrängt wird. Betont wird die Unverzichtbarkeit, der analytischen Langzeitbehandlung für die Behandlung von Patienten, die durch korrigierende emotionale Erfahrungen in der Therapie eine nachhaltige Lösung psychischer Störungen anstrebt. Gerade wenn die klinische Erfahrung und Evidenz vorliegt, dass eine Psychotherapiemethode wirksam ist und sich bewährt hat, ist die systematische Untersuchung der Behandlungen in der Alltagspraxis in geeigneter Form angezeigt, indem die Psychotherapie auch dort untersucht werden soll, wo sie am häufigsten stattfindet, um ein realistischeres Bild von Versorgung und Behandlungsverläufen im Alltag zu bekommen. Neben dem Nutznachweis der Jung'schen Therapie versteht sich der vorliegende Bericht als bescheidener Versuch, den Verlauf Jung'scher Psychotherapien in zeitgemässer Sprache zu formulieren und so einer wissenschaftlichen Diskussion zugänglich zu machen.

Ausgangslage und Entstehung der Version Schweiz der PAL-Studie

Seit 1992 befasst sich die SGAP und das Institut mit der empirischen Psychotherapieforschung. Den Anstoss dazu gab das Bestreben, die Psychotherapie in der Schweiz gesetzlich zu regeln und, gemäss Revision des Krankenversicherungsgesetzes, das Erfordernis des Nachweises von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie der Qualitätssicherung für Heilbehandlungen, die von der obligatorischen sozialen Krankenversicherung übernommen werden sollen. Für das Engagement wegleitend war neben dem Nachweis des Nutzens Jung'scher Psychotherapien, wie sie in der Schweiz von Absolventen des Instituts praktiziert werden, die Überzeugung, dass tiefenpsychologisch fundierte, analytische Therapien für die Behandlung krankheitswertiger psychischer Störungen eine Bedeutung haben und behalten müssen. Nachhaltige

Veränderungen lassen sich nicht allein mit Medikamenten oder scheinbar kostengünstigen kurzen manualisierten Behandlungsformen erreichen.

1993 wurde die Erhebung einer Basisdokumentation beschlossen. 1994 wurde die Untersuchung durchgeführt und 1995 unter dem Titel „Jungianer und Psychotherapieforschung“ publiziert. Die Untersuchung war im Hinblick auf ein Forschungsprojekt durchgeführt worden, das sich mit den genannten gesetzlichen Forderungen befassen sollte. Sie hatte als Resultat ergeben, dass die Mitglieder der SGAP und des Instituts ein der Therapiemethode und Behandlungssituation in der Alltagspraxis angepasstes Projekt befürworteten. Die Arbeit an der Basisdokumentation hatte auch zur Erkenntnis geführt, dass die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung eines derartigen Projekts Praktiker der Psychotherapie überfordern und deshalb die Zusammenarbeit mit Forschern erforderlich ist. Auf der Suche nach einem geeigneten Forschungsprojekt ist eine modellhafte Zusammenarbeit in der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL-Studie) von Prof. Dr. med. G. Rudolf und Dr. phil. T. Grande in Heidelberg und Dr. med. W. Keller in Berlin entstanden. Eine privat finanzierte Version Schweiz der PAL-Studie wurde geplant und die Teilnahme mit einem kleinen Team „Zürich“ forschender Praktiker an der multizentrischen, naturalistischen, prospektiven Prozess-Outcome-Studie wurde möglich.

Die Version Schweiz der PAL-Studie

Die Studie will erstmals den Effekt Jung'scher Psychotherapien systematisch anhand von Behandlungsfällen aus der Alltagspraxis von Therapeuten empirisch untersuchen. Die Studie wurde so konzipiert, dass die Behandlungsverläufe möglichst wenig durch die Untersuchung gestört werden sollten. Zum Behandlungsbeginn, zu bestimmten Messzeitpunkten während der Behandlung und zum Behandlungsende wurde der Therapieverlauf auf drei Ebenen untersucht. Erfasst wurden mit entsprechenden Untersuchungsinstrumenten die Patienteneinschätzung, die Einschätzung der Psychotherapeuten sowie die Einschätzung der externen Untersucher. Die Probanden beschrieben ihr Befinden anhand von Selbsteinschätzungsfragebogen ohne spezifischen theoretischen Hintergrund. Die Einschätzung durch die Therapeuten erfolgte ebenfalls mit Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebogen ohne spezifischen theoretischen Hintergrund. Überdies beschrieben die Therapeuten den therapeutischen Prozess zu den festgelegten Messzeitpunkten in frei formulierten Texten. Bis zu drei besondere Behandlungsstunden zwischen den Messintervallen wurden ferner in gleicher Art beschrieben. Kernstück der Untersuchung war die psychodynamische Befunderhebung nach den Achsen II, III und IV der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) und die

Veränderungsmessung durch das Forschungsteam. Die Probanden wurden zu den vorgesehenen Messzeitpunkten für ein Interview ins Studienzentrum aufgebeten. Das semistandardisierte Beziehungsepisodeninterview wurde auf Video aufgezeichnet. Der psychodynamische Befund wurde vom Interviewer und einem zweiten Forschungsmitarbeiter erhoben. Für die Veränderungsmessung waren zwei weitere methodische Schritte erforderlich. Zunächst mussten die beiden gleichen Mitarbeiter anhand eines entsprechenden Manuals aus einer 30 Merkmalen enthaltenden Fokusliste jene für jeden Probanden problematischen Bereiche oder Foki bestimmen, die vermutlich seine psychische und körperliche Symptomatik verursachten und aufrechterhielten. Es wurde angenommen, dass der Proband zur Verminderung oder Auflösung seiner Schwierigkeiten am ehesten in den 5 Fokusbereichen etwas verändern müsste. Ein Fokus betraf immer das charakteristische, dysfunktionale Beziehungsmuster des Probanden (OPD-Achse II). In der Regel wurden ferner als Foki zwei charakteristische Konflikte (OPD-Achse III) und zwei charakteristische strukturelle Merkmale (OPD-Achse IV) ausgewählt. In einem zweiten Schritt mussten wieder die gleichen Mitarbeiter einschätzen, welche Haltung der Proband zum Messzeitpunkt gegenüber den für ihn charakteristischen Foki hatte und wie er mit seinen Problembereichen umging. Dazu diente die Heidelberger Umstrukturierungsskala mit dem dazugehörigen Manual. Interessehalber wurde schliesslich anhand einer einfachen und nicht überprüften Skala eingestuft, wie der Proband Veränderungen im Alltag umsetzte. Katamneseuntersuchungen nach einem und nach drei Jahren sind teilweise bereits durchgeführt worden und sollen weitergeführt werden.

Zur Frage der Eignung psychoanalytischer Konzepte der OPD zur Untersuchung von Analytischen Therapien nach C.G. Jung

Diskutiert wird die Frage, ob sich psychoanalytische Konzepte zur Untersuchung von analytisch psychologischen Therapien nach C.G. Jung eignen. Am Beispiel der Strukturachse (Achse IV) wird dargelegt, dass die Verwendung der OPD möglich ist, wenn auf die Unterschiede in der Verwendung einzelner Begriffe Rücksicht genommen wird. Namentlich muss die unterschiedliche Verwendung der Begriffe Ich und Selbst beachtet werden. Vereinfachend kann gesagt werden, dass das Selbst der OPD dem Ich-Komplex der Analytischen Psychologie entspricht. Die Beurteilungsdimensionen der Struktur in der OPD lassen sich analytisch psychologisch umformulieren. Für die Strukturachse der OPD lässt sich somit zeigen, dass das Instrument für die Untersuchung der Therapien in der Version Schweiz der PAL-Studie geeignet ist.

Forschungsleitende Vorgaben und Hypothesen

Es wird allgemein angenommen, dass Psychotherapie wirksam ist. Die klinisch praktische Erfahrung zeigt überdies, dass sich die Jung'sche Psychotherapie in der Behandlung von ungezählten Krankheitsfällen bewährt hat. Losgelöst von diesen Annahmen sollen Verlauf und Resultate der Therapien systematisch untersucht werden. Zu den grundlegenden Vorgaben für die Version Schweiz der PAL-Studie gehört, dass nicht im engeren Sinn die Wirksamkeit (efficacy) der Therapien in einer kontrollierten Studie, sondern in einem naturalistischen Design der Nutzen und die Effizienz derselben in der Alltagspraxis untersucht werden soll. Die Studie soll den Therapieverlauf möglichst wenig stören. Wegleitend für die Arbeit war die Überzeugung, dass das Studiendesign geeignet ist, Jung'sche Psychotherapien in der Praxis zu untersuchen. Es wurden eine Reihe von Hypothesen formuliert. So wurde davon ausgegangen, dass die Therapeuten Patienten mit einer breiten Palette von Störungen unterschiedlichen Schweregrades behandeln und sich methodisch, im Setting und bezüglich Therapiedauer den Bedürfnissen der Patienten anpassen. Angenommen wurde, dass ein heterogenes Probandenkollektiv in der Studie mitmacht, und dass Analysen im engeren Sinn, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und supportive Behandlungen etwa gleich häufig durchgeführt werden. Angenommen wurde ferner, dass das gewählte Studiendesign Aussagen über den therapeutischen Prozess erlaubt, sowie dass das Versorgungssystem die Indikationsstellung und den Therapieverlauf beeinflusst.

Methode

Die PAL-Studie wurde bei Anlässen der SGAP und am Institut vorgestellt. Die Therapeuten wurden aufgefordert, mit 1 bis 2 unausgewählten Patienten mit einer krankheitswertigen psychischen Störung nach ICD 10 Kap. V mitzuwirken. Mit der konsekutiven Aufnahme von Probanden wurde im Herbst 1997 angefangen. Die Rekrutierung von Fällen erwies sich als unerwartet schwierig. Sie musste auf 2 ½ Jahre ausgedehnt werden, um 37 Probanden von 26 Therapeuten in die Studie aufzunehmen. Für eine erste Auswertung wurden die Untersuchungen im Februar 2003 abgeschlossen. 4 Behandlungen waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Zur Prüfung eventueller Selektionseffekte wurden die an der Studie beteiligten Therapeuten und jene, die sich an der Studie beteiligen wollten, aber schliesslich keine Fälle einbrachten, nach den Gründen für die Nichtanmeldung potenzieller Studienfälle gefragt. Die Studienkollektive von Probanden und Therapeuten wurden nicht speziell auf ihre Repräsentativität hin geprüft. Ein einfacher Vergleich der Studienkollektive mit den in der Basisdokumentation von

1995 erfassten Angaben über 3200 Patienten und 200 Therapeuten ist jedoch möglich. Von den 37 rekrutierten Studienfällen wurden 2 mit unklarer Indikation von der Auswertung ausgeschlossen. Insgesamt 7 Therapie- und Studienabbrecher zu verschiedenen Zeitpunkten und aus verschiedenen Gründen waren ferner zu verzeichnen. Entsprechend werden hier 28 effektive Studienfälle zum Therapiebeginn nach ihren soziodemografischen Daten, ihren Diagnosen, ihrem Gesundheitszustand und der Beeinträchtigungsschwere ihrer Störung aus der Therapeuten-, der Probanden- und der Untersuchersicht beschrieben. Die bezüglich Beeinträchtigungsschwere erhobenen Befunde stehen teilweise in einem gewissen Widerspruch zum klinischen Eindruck. In Anbetracht des Umstandes, dass die Vergütung von Psychotherapien durch die Krankenversicherung nicht geregelt ist, interessierte auch die Finanzierung der Therapie für die 28 als effektive Studienfälle bezeichneten Probanden. Der Anteil an Eigenfinanzierung ist beachtlich. Mit den an der Studie beteiligten Therapeuten fanden zur Information über den Studienverlauf und zur Beantwortung technischer Fragen „Begleitgruppensitzungen“ statt, die namentlich der Erfassung von Erfahrungen bei der Mitarbeit in der Studie dienten. Positive Stellungnahmen überwiegen. Es wurden aber auch kritische Stimmen laut. Ausführlich dargestellt wird in diesem Abschnitt ferner das Verfahren zur Datenkontrolle und Erfassung sowie des Auswertungsverfahrens zur nachfolgenden Beschreibung des Therapieverlaufs und der Behandlungsergebnisse für die 28 effektiven Studienfälle. Es sei hier festgehalten, dass in der Auswertung die Therapie- wie Studienabbrecher mit einer relevanten Anzahl Therapiesitzungen mit berücksichtigt wurden. Im Auswertungsverfahren wurden auch durchwegs konservative Massnahmen getroffen, die den Therapieeffekt eher unterschätzen und gegen die Hypothese der Wirksamkeit der untersuchten Therapien gerichtet sind.

Ergebnisse

Die mittlere Anzahl Sitzungen beträgt 100 Stunden bei den Frauen und 74 Stunden bei den Männern. In der Regel erfolgten die Behandlungen im sitzenden Setting bei einer wöchentlichen Stunde. Nur in schwierigen Situationen fanden vorübergehend zwei wöchentliche Sitzungen statt und nur eine Behandlung fand im Liegen statt. In der Probandenselbsteinschätzung ergab sich in den Symptomskalen des PSKB-Se-R und für den GSI der SCL-90 R sowie in mehreren Einzelskalen der beiden Untersuchungsinstrumente ein hochsignifikanter Rückgang der Werte im Vergleich von Therapiebeginn und Therapieende ($p < 0.001$). Auch die Abnahme der IIP-Staninewerte ist hochsignifikant ($p < 0.001$). In einer globalen Einschätzung beurteilten über 90% der Probanden das Behandlungsergebnis als deutlich oder sehr positiv. In der

gleichen Einschätzung bezeichneten 80% der Probanden das Aufwand/Nutzen-Verhältnis ihrer Behandlungen als gut, sehr gut oder maximal positiv. Die Therapeuten beurteilten das Therapieresultat für ihre Probanden nach den Bereichen psychische Beschwerden, körperliche Beschwerden, Schwierigkeiten in Beziehungen zu Menschen, Bewältigung von Lebensanforderungen im Alltag, Leistungsfähigkeit, Freude und Genussfähigkeit, Selbstwertgefühl und allgemeine Lebenszufriedenheit. Falls ein Bereich in einem konkreten Behandlungsfall unwichtig gewesen war, konnte dies separat vermerkt werden. Die Angaben der Therapeuten zeigen für alle Bereiche mehr oder weniger ausgeprägt eine deutliche, gute oder sehr gute Verbesserung zum Therapieende an. Die Verbesserung hat für alle Probanden betragen: 75% im Bereich psychische Beschwerden, 50% im Bereich körperliche Beschwerden, 45% im Bereich Bewältigung äussere Lebensanforderungen (soweit dieser von Bedeutung war), 67% im Bereich Schwierigkeiten in Beziehungen zu Menschen, 37% im Bereich Leistungsfähigkeit (soweit dieser von Bedeutung war), 30% im Bereich Freude und Genussfähigkeit, 89% im Bereich Selbstwertgefühl und über 75% im Bereich allgemeine Lebenszufriedenheit. Für 75% der Probanden schätzten die Therapeuten global das Behandlungsergebnis als positiv ein. Für 55% der Probanden beurteilten sie das Aufwand/Nutzen-Verhältnis der Therapie als gut, sehr gut und maximal. Als nicht befriedigend wurde das Verhältnis in 22% der Fälle beurteilt. Das Kernstück der PAL-Studie ist die Beurteilung des Behandlungserfolges als Umstrukturierungswert durch die Untersucher aufgrund der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Auf der 7-stufigen Skala ergab sich ein Anstieg der mittleren Umstrukturierung für alle Probanden und alle ausgewählten Foki von 2,7 Punkten, unabhängig davon, ob in der Auswertung nur die abgeschlossenen Behandlungsfälle ($n=23$) oder die noch laufenden Fälle sowie die Therapie- und Studienabbrecher mit einer relevanten Behandlungsstundenzahl mitberücksichtigt wurden ($n=32$). Zum Therapieende wurden unterschiedlich hohe Umstrukturierungswerte erreicht. In manchen Fällen wurden für einzelne Foki Werte um 6, in anderen Fällen kaum Werte um 4 erreicht. Die Probanden lassen sich aufgrund der erreichten höchsten Umstrukturierungswerte in drei Verlaufsgruppen oder Verlaufstypen einteilen. Abgebildet werden damit gut die Verhältnisse der psychotherapeutischen Alltagspraxis. Die Einteilung in Verlaufstypen soll einem besseren Verständnis des therapeutischen Geschehens dienen und darf nicht als Bewertung der Behandlungsergebnisse verstanden werden. Beim Verlaufstyp I erreichen die Probanden maximal für zwei Foki den Umstrukturierungswert 4-. Dies bedeutet, dass bestenfalls erst in Ansätzen eine aktive Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten stattfindet. Aus klinischer Sicht geht es bei diesen Probanden in der Therapie

um mögliche Veränderungen des Verhaltens. Es besteht oft eine schwankende Therapiemotivation und Therapieabbrüche sind relativ häufig. In vielen Fällen wird aber eine psychische Stabilisierung sowie eine Veränderung der äusseren Lebenssituation im Sinne einer Entlastung erreicht. Im Verlaufstyp II erreichen die Probanden für mindestens zwei Foki den Wert 4- aber für weniger als 2 Foki den Wert 5-, was bedeutet, dass es bei diesen Probanden zumindest in einzelnen Bereichen ein Bewusstsein dafür gibt, dass die eigene Person der Ursprung von Schwierigkeiten ist. Aus klinischer Sicht findet ein therapeutischer Prozess statt. Es resultiert die Entwicklung neuer Fähigkeiten im Alltag und eine bessere Lebensbewältigung. Beim Verlaufstyp III erreichen die Probanden für mindestens 2 Foki den Wert 5-, was bedeutet, dass nach dem Anerkennen von Schwierigkeiten als etwas Eigenes die Auflösung von blockierenden Mustern möglich wird. Aus klinischer Sicht findet ein analytischer Prozess statt. Als Folge der Persönlichkeitsveränderung ergeben sich auch im äusseren Leben Veränderungen in einzelnen oder vielen Bereichen. Von Interesse ist die Frage, welche Faktoren einen Einfluss darauf haben könnten, ob ein Proband zum Therapieende der Verlaufsgruppe I, II, oder III zuzuordnen ist. Es wurde ein Vergleich zwischen den Verlaufsgruppen für die Variablen Geschlecht, Alter, Bildung, Gesundheitszustand, Störungsschwere, Anzahl Therapiesitzungen und Therapiedauer gemacht. Ein Unterschied ergab sich für das Bildungsniveau. Alle Probanden der Verlaufsgruppe III hatten eine Matura oder einen Hochschulabschluss. Bei der Verlaufsgruppe I waren im Jahr vor Therapiebeginn die meisten, bei Verlaufsgruppe III die wenigsten Arbeitsunfähigkeiten zu verzeichnen. Die Haupt- oder Nebendiagnose Persönlichkeitsstörungen war in der Verlaufsgruppe I am häufigsten und in der Verlaufsgruppe III am seltensten anzutreffen. Im Allgemeinen war das Strukturniveau der Probanden von Verlaufsgruppe III am häufigsten gut. In Verlaufsgruppe I waren die Konflikte Autonomie versus Abhängigkeit und Selbstwertkonflikte, in Verlaufsgruppe II der Konflikt Autarkie versus Versorgung und in Verlaufsgruppe III ödipal-sexuelle Konflikte am häufigsten vertreten. Der Vergleich der Medianwerte der Therapiestundenzahl und Therapiedauer ergibt für die Verlaufsgruppe I 57 Stunden in 25 Monaten, für die Vergleichsgruppe II 87 Stunden in 38 Monaten und für die Vergleichsgruppe III 120 Stunden in 42 Monaten. Die mittlere Umstrukturierung beträgt im Verlaufsgruppenvergleich für die Gruppe I 2,5 Punkte, für die Gruppe II 2,7 Punkte und für die Gruppe III 3,0 Punkte auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala. In diesem Abschnitt wurde ferner für jeden Verlaufstyp ein Fallbeispiel geschildert und als Abbildung die ausgewählten Foki, der Umstrukturierungsverlauf, die Behandlungsstundenzahl sowie die Gegenübertragung der Therapeuten gemäss SGRT dargestellt

Textanalysen

Für die Auswertung der vorliegenden Therapeutentexte wurde das in Heidelberg entwickelte Kategoriensystem von Pauli Magnus und Wilke modifiziert und ergänzt. Die Textanalysen geben einen guten Einblick über das Geschehen und über Auffälligkeiten in den Prozessverläufen in den vorliegenden an C.G. Jung orientierten tiefenpsychologischen Therapien. Es werden Fallbeispiele der Textauswertung bei grösstmöglicher Diskretion und Rücksicht auf die Probanden in der kategorisierten Form im Anhang beigefügt, so dass sich der interessierte Leser ein eigenes Bild des therapeutischen Prozesses machen kann. Hingewiesen wird auf wichtige Konzepte wie Individuation oder das Konzept des „Inneres Kindes“, da sich in ihnen die grundlegenden Probleme aller Probanden spiegeln, ihre häufig anzutreffende Selbstwertproblematik und ihre Sehnsucht nach sich selbst. Die Analysen der Therapeutentexte zeigen in den meisten Fällen eine gute Übereinstimmung mit den Selbsteinschätzungen der Probanden und den Beurteilungen des Therapieverlaufs und den Behandlungsergebnissen der Untersucher. Es wurde auch eine grosse Vielfalt der Behandlungsmethoden der Therapeuten und Settingwechsel festgestellt, die sich deutlich an den Bedürfnissen der Probanden orientierten. Im Hinblick darauf, dass die Textanalysen allgemein lesbar sein sollen, wurde weitestgehend auf die Verwendung Jung'scher Begriffe verzichtet.

Diskussion und Ausblick

Es wurde keine Untersuchung der Repräsentativität des Therapeutenkollektivs und die von ihm behandelten Fälle für die Gesamtheit der Jung'schen Therapeuten gemacht. Die Basisdokumentation von 1994 steht für einen einfachen, hier diskutierten Vergleich zur Verfügung. Probanden- und Therapeutenkollektiv sind mit den damals erfassten über 3000 Behandlungsfällen und rund 200 Therapeuten vergleichbar. Auch das untersuchte und hier ebenfalls diskutierte Verhalten der Therapeuten bei der Probandenrekrutierung ist für die Alltagspraxis natürlich und plausibel. Den Behandlungsverlauf und das Therapieresultat beeinflussende Selektionsmechanismen sind unwahrscheinlich. In einer multizentrischen Studie taucht unweigerlich die Frage auf, ob die Probandenkollektive, die Therapieverläufe und Behandlungsergebnisse untereinander vergleichbar sind. Die Voraussetzung für einen Vergleich wäre das Vorliegen annähernd vergleichbarer Rahmenbedingungen. Es wird deshalb relativ ausführlich den sehr grossen Unterschieden zwischen der Schweiz und Deutschland in der psychotherapeutischen Versorgung nachgegangen.

Es liegt der Schluss nahe, dass ein Vergleich nicht möglich ist. Die Betrachtung der Unterschiede im Versorgungssystem und namentlich auch in der Vergütung der Psychotherapie macht vielmehr Unterschiede zwischen

der Version Schweiz der PAL-Studie und der Studie in Deutschland bezüglich Probandenkollektiv und Therapieverlauf verständlich. Insgesamt zeigen die Fallverläufe, die Behandlungsergebnisse und die Textanalysen einen praxisnahen Ausschnitt der psychotherapeutischen Basisversorgung in der Schweiz. Die untersuchten Behandlungen sind aus der Sicht der Probanden, der Therapeuten und der Untersucher wirksam und nützlich. Eine zumeist gute Übereinstimmung der Beurteilungen auf allen drei Beobachtungsebenen ist festzustellen. Die Therapeuten passen sich bezüglich Behandlungsmethode, Setting, Sitzungsfrequenz, Zielsetzung und Behandlungsdauer den Bedürfnissen der Probanden an. Es wird die Einteilung der Behandlungsverläufe in Verlaufstypen ausführlich diskutiert, indem sich hier Faktoren erkennen lassen könnten, die den Therapieverlauf entscheidend beeinflussen. Auffällig sind die Korrelationen zwischen Strukturniveau, den als Foki ausgewählten Konflikten, der „Therapiedosis“ und dem Therapieverlauf. Es zeigt sich, dass unter geeigneten Voraussetzungen die „Therapiedosis“ das Behandlungsergebnis beeinflusst. Insbesondere wird hier auch die Frage angeschnitten, warum die Verlaufsbeurteilung bei den Probanden von Verlaufsgruppe I, der Gruppe mit den niedrigsten erreichten Werten auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala, den Untersuchern am meisten Schwierigkeiten bereitet hat. Diskutiert werden ferner Aspekte der Analyse der Therapeutentexte, die naturgemäss am ehesten eine Brücke zu Jung'schen Konzepten schlagen lassen. Diskutiert werden kurz im Zusammenhang mit der Untersuchung die Begriffe „Individualisation“, „Inneres Kind“ und „Regression“. Die bisher untersuchten Katamnese nach einem und drei Jahren sind noch nicht ausgewertet. Ein erster Überblick zeigt teilweise die Nachhaltigkeit des Therapieergebnisses und das Fortschreiten der Entwicklung nach dem Therapieende, was sich auch auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala abbilden lässt. Erwähnt sei auch, dass die PAL-Studie überleitet zu einem möglichen und geeigneten Qualitätssicherungskonzept für die Jung'schen Therapien in der Schweiz. Die Diskussion schliesst mit der Überprüfung der forschungsleitenden Hypothesen in Kapitel 7.

Abschliessend sollen hier die in Kapitel 7 aufgestellten forschungsleitenden Hypothesen auf ihre Bestätigung hin überprüft werden.

- Jung'sche Therapeuten behandeln effizient Patienten mit einer breiten Palette von Störungen von unterschiedlichem Schweregrad.
Die Hypothese konnte bestätigt werden. Jung'sche Therapeuten haben in der Schweiz Anteil an der praktischen psychotherapeutischen Basisversorgung und behandeln unausgewählte Patienten mit einer breiten Palette von Störungen.

- Therapiemethode, Setting und Therapiedauer werden den Bedürfnissen der Patienten angepasst und sind daher variabel.

Die Hypothese kann bestätigt werden. Den Textanalysen sind ganz unterschiedliche patientenangepasste Arbeitsmethoden zu entnehmen. Setting, Sitzungszahl und Therapiedauer variieren sehr stark und sind den individuellen Behandlungssituationen angepasst.

- Das gleiche gilt für die in den Therapien behandelten Themen und Fokusbereiche. Entsprechend werden a priori keine Therapieziele vorausdefiniert.

Auch diese Hypothese trifft gemäss dem Konzept der Jung'schen Psychotherapie erwartungsgemäss zu. Hier fragt sich allerdings, ob nicht eine gewisse Straffung der Behandlungsmethodik wünschbar wäre.

- Analysen im engeren Sinn, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und supportive, begleitende Therapien werden von Jung'schen Psychotherapeuten etwa gleich häufig durchgeführt.

Auch diese Hypothese kann bestätigt werden und untermauert die Feststellung, dass die Jung'schen Therapeuten in der Schweiz eine breitgefächerte Palette von Patienten psychotherapeutisch betreuen. Der im Zusammenhang mit Jung'schen Therapien verwendete Begriff Analyse ist irreführend.

- Das Versorgungssystem beeinflusst den Verlauf und die Dauer der Psychotherapien.

Diese Hypothese wird durch die Erfahrungen in der Zusammenarbeit in der gesamten PAL-Studie gestützt. Es wäre sinnvoll, den hier andiskutierten Fragen weiter nachzugehen.

- Aussagen zum therapeutischen Prozess sind mit dem gewählten Untersuchungsansatz und namentlich aufgrund der durchgeführten Textanalysen möglich.

Die Hypothese kann bestätigt werden, wobei zum komplexen Geschehen in psychotherapeutischen Prozessen verhältnismässig bescheidene Aussagen möglich sind.

- Nachhaltige Veränderungen des Beziehungsverhaltens, der Konfliktbewältigung und der psychischen Struktur von Patienten sind nur mit langdauernden Therapien und mit einem entsprechenden Engagement von Patienten und Therapeuten zu erreichen.

Diese Hypothese kann namentlich durch den Vergleich von Verlaufstypen bestätigt werden.

- Veränderungsprozesse halten bei Analytischen Langzeittherapien über das Therapieende hinaus an, was mit Katamneseuntersuchungen dargestellt werden kann.

Bisher wurden die Katamneseuntersuchungen noch nicht systematisch ausgewertet. Ein erster Überblick scheint die Hypothese zu bestätigen.