
Abstracts

Christian Roesler

Empirisch gut bestätigt

Die Wirksamkeit der Jung'schen Psychotherapie – Ein Überblick über den empirischen Forschungsstand

Es wird ein Überblick über die vorhandenen empirischen Studien zur Wirksamkeit der Jung'schen Psychotherapie gegeben. Die Zusammenfassung der Ergebnisse liefert den Nachweis für die Effektivität (effectiveness) der Jung'schen Psychotherapie. Damit ist erstmals die Wirksamkeit der Jung'schen Psychotherapiemethode empirisch nachgewiesen.

Schlüsselwörter: *Analytische Psychologie, Jung'sche Psychotherapie, Wirksamkeit, Psychotherapieforschung, Effektivität*

Empirically Proven

The Effectiveness of Jungian Psychotherapy – an Overview of Current and Existing Empirical Research

An overview of existing empirical research on the validity of Jungian Psychotherapy is provided. This summary of research findings delivers evidence of the effectiveness of Jungian Psychotherapy and, in so doing, demonstrates this for the first time.

Keywords: *Analytical Psychology, Jungian Psychotherapy, validity, psychotherapeutic research, effectiveness*

Christian Roesler, Prof. Dr., Dipl.-Psych, 1996-2002 Analytischer Psychologe in freier Praxis in Freiburg; seit 2008 Professur für Klinische Psychologie an der Katholischen Hochschule Freiburg und Lehrauftrag für Analytische Psychologie an der Fakultät für Psychologie der Universität Basel; Dozent an den C. G. Jung-Instituten Zürich, Stuttgart und ISAP Zürich. Schwerpunkte: Analytische Psychologie, Paartherapie/-beratung, Familienkonflikte und -mediation, Narrative Identität und Biographieforschung, Medienpsychologie.
Marie-Juchacz-Weg 41, D-79111 Freiburg
E-Mail: roesler@kh-freiburg.de

Christian Roesler

Empirisch gut bestätigt

Die Wirksamkeit der Jung'schen Psychotherapie – Ein Überblick über den empirischen Forschungsstand

Lange Zeit wurde der Jung'schen Psychotherapie als einer der großen psychodynamischen Schulen vorgeworfen, keine wissenschaftlichen Belege für die Wirksamkeit ihres Ansatzes vorlegen zu können. Insbesondere Grawe erhob zu Beginn der 1990er Jahre diesen Vorwurf und forderte den Ausschluss der Jung'schen Psychotherapie aus der Versorgung. Dies löste unter den Jungianern in den 1990er Jahren eine Reihe von empirischen Studien zur Wirksamkeit ihres Verfahrens aus, deren Ergebnisse nun vorliegen und hier im Überblick dargestellt werden sollen. Schon vorab kann festgestellt werden, dass die Effektivität (»effectiveness«) des Verfahrens mittlerweile durch mehrere Studien mit unterschiedlichen Untersuchungsdesigns gut bestätigt ist. Darüber hinaus gibt es deutliche Hinweise aus den genannten Untersuchungen, dass das Verfahren zudem ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist.

Es gab und gibt unter jungianischen Psychotherapeuten ausgeprägte Vorbehalte gegen eine Untersuchung ihres Verfahrens mit den Methoden der empirischen Psychotherapieforschung, wie auch Keller et al. (2001) deutlich machen:

Viele Psychoanalytiker stellen jedoch den Wert systematischer Forschung in Frage. Sie sind überzeugt, dass das Messen und Untersuchen ihrer Arbeit nicht nur den analytischen Prozess stört, sondern sich letztlich auch als ungeeignet erweisen würde, die Einzigartigkeit der analytischen Interventionen, die Komplexität der bewussten und unbewussten Dynamik des Therapieprozesses und die individuell subtilen Veränderungen des Patienten zu erfassen oder die Entwicklung in der Beziehung zum Analytiker abzubilden. Dieser Ansicht liegen oft Vorurteile, Missverständnisse oder auch mangelnde Kenntnisse über die methodischen Möglichkeiten der empirischen Psychotherapieforschung zugrunde. Selbstverständlich hat empirische Forschung ihre Grenzen und daher niemals den Anspruch, den Therapieprozess in seiner Komplexität vollständig abzubilden. (S.172)

Die genannten forschungskritischen Einstellungen haben im Anfang z. T.

erhebliche Auswirkung auf die Teilnahme von Jungianern an Forschungsvorhaben gehabt (vgl. z. B. Rubin/Powers, 2005).

Ich halte dies für eine sehr wichtige Argumentation für die interne Diskussion innerhalb der Jung'schen Community. Auch aus meiner Sicht beruhen die vorhandenen Vorbehalte gegenüber dem empirisch-quantitativen Ansatz oft auf Unkenntnis oder Vorurteilen. Ich möchte betonen, dass ich den Blickwinkel der empirischen Psychotherapieforschung nicht für den einzig gültigen halte; auch klinisches Wissen und Erfahrung sind eine berechtigte und wichtige Wissensquelle bezüglich der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens. Gerade als Psychoanalytiker und Psychoanalytikerinnen sollten wir aber auch in Betracht ziehen, dass wir immer Täuschungen und Irrtümern unterliegen können: Patienten und Patientinnen können beispielsweise »uns zuliebe« gesund werden, d. h. als Bestandteil einer Übertragungsdynamik, ohne dass das nachhaltig wäre. Daher benötigen wir einen objektivierenden Blick auf unser eigenes Verfahren. Dies versucht die empirische Psychotherapieforschung. Zugleich muss man die Aussagekraft von deren Ergebnissen immer im Hinblick auf die Stärken und Schwächen der Untersuchungsdesigns sowie der statistischen Auswertungsverfahren betrachten, wie das auch im Folgenden für die hier dargestellten Untersuchungen geschehen soll. Dabei ist nun eine Beurteilung möglich, ob sich Jung'sche Therapie durch Forschung angemessen erfassen lässt, ob dadurch tatsächlich störende Einflüsse auf den therapeutischen Prozess stattfinden und ob sich nun auf dieser Datenbasis fundierte Aussagen über die Wirksamkeit und neue Erkenntnisse über den therapeutischen Prozess gewinnen lassen.

Verschiedene Grade klinischer Studien

Aufgrund erkenntnistheoretischer und forschungsmethodischer Überlegungen werden nicht alle empirischen Studien gleich bewertet, sondern es wird zwischen verschiedenen Gütegraden unterschieden. Diese grundsätzlichen Bewertungskriterien werden im regelmäßig aktualisierten *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (Lambert, 2004) diskutiert. Momentan gilt als höchster Maßstab (sogenannter Goldstandard) das randomisierte Kontrollgruppen-Design, auf Englisch: *Randomized Controlled Trial (RCT)*, bei welchem die untersuchten Patienten per Zufall einer Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet werden und die Bedingungen für beide Gruppen gleich gehalten werden (experimentelle Bedingungen). Nur so, wird argumentiert, ließen sich allgemeingültige Aussagen über den kausalen Zusammenhang zwischen Therapie und Wirkung erzielen.

Generell gilt: Retrospektiv erfasste Daten sind weniger valide als prospektiv erfasste, Ein-Gruppen-Designs weniger als Kontrollgruppen-Designs, Selbsteinschätzungen weniger als Fremdeinschätzungen, subjektive Daten weniger als objektive Messdaten, nichtstandardisierte Messinstrumente weniger als standardisierte.

In der evidenzbasierten Medizin gibt es folgenden Bewertungsmaßstab für klinische Studien, der so auch in der Psychotherapieforschung Anwendung findet:

Evidenzlevel	
Ia	Evidenz (Wirkungsnachweis) aus mindestens einer Metaanalyse mit mindestens drei RCTs.
Ib	Evidenz aus mindestens einer RCT oder einer Metaanalyse mit weniger als drei RCTs.
IIa	Evidenz aus mindestens einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung.
IIb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen Studie.
III	Evidenz aus methodisch guten, nicht experimentellen Beobachtungsstudien (Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fallstudien).
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten.

Abb. 1: Bewertungsmaßstab für klinische Studien gemäß *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (Lambert, 2004)

Diese Maßstäbe werden allerdings für die Psychotherapieforschung schon seit längerem und in jüngster Zeit zunehmend infragegestellt, insbesondere die Vorrangstellung von RCTs (Westen/Morrison, 2001). Problem ist, dass strenge Forschungskriterien eine hohe interne Validität sichern (also valide Aussagen über Kausalbeziehungen in dem Sinne erlauben, dass die nachgewiesenen Wirkungen tatsächlich und ausschließlich auf die angewandte Therapie zurückzuführen sind), dadurch aber die externe Validität, also die Übertragbarkeit auf die realen Praxisbedingungen, schlechter ausfällt. Im

Besonderen wird an RCTs kritisiert (Westen/Morrison, 2001; Morrison et al., 2003; Ermann et al., 2001), dass sie eine starke Selektion der Patienten vornehmen und die häufig in der Praxis vorliegenden Komorbiditäten ausschließen, sowie auch in der Therapiedauer häufig von den realen Praxisbedingungen abweichen. Zusammenfassend lässt sich sagen: RCTs erreichen eine hohe interne Validität, aber auf Kosten eines enormen Verlusts an externer Validität, also an Übertragbarkeit auf die reale Praxis bis hin zum Verlust einer Aussagekraft über die Praxis.

Eine neue Sichtweise auf die Subjektivität der Patienten

Auch ändert sich die Sichtweise auf die Dimension der subjektiven Zufriedenheit der Patienten mit dem Therapieergebnis. In der Psychotherapieforschung besteht ja die Besonderheit, dass Subjektivität einerseits eine Störvariable, andererseits aber Untersuchungsgegenstand ist, dass also die subjektive Zufriedenheit zwar über den Therapieerfolg täuschen kann, zugleich aber ein ganz zentrales, wenn nicht sogar das entscheidende Kriterium für Therapieerfolg darstellt – einen Patienten, der zwar keine Symptome mehr hat, aber immer noch hochgradig unzufrieden mit seinem Leben ist, würde man nur schwerlich als erfolgreich behandelt bezeichnen können. U. a. wird darauf hingewiesen, dass selbst in der Organmedizin die subjektive Zufriedenheit der Patienten einen immer höheren Stellenwert erlangt (Rudolf et al., 2004), somit ist sie für den Bereich Psychotherapie umso entscheidender. Tschuschke (2007) stellt fest: »Der wissenschaftliche Diskurs tendiert neuerdings dazu, naturalistische Praxisstudien, welche mittels sorgfältig ausgesuchter Erhebungsinstrumente nicht nur outcome-Forschung, sondern auch Prozessmessungen zulassen, sowie ein Selbst- und Fremdrating kombinieren, gegenüber RCT-Studien aufzuwerten.« (S. 3)

Überblick über die vorhandenen empirischen Studien zu Jung'scher Psychotherapie

Prospektive, naturalistische Outcome-Studien

- Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL) Schweiz (Mattanza et al., 2006)
- San Francisco Psychotherapy Research Project (Rubin/Powers, 2005).

Katamnestische Studien

- Berliner Jung-Studie (Keller et al., 1997)
- Konstanz-Studie – Deutsche Consumer Reports Study (Breyer et al., 1997)

Kleine Studien und Fallstudien

- Zu Sandspieltherapie, psychosomatischen Störungen etc. (Muller, 2001; Kleeberg et al., 2003; Tavares, 2002)

Qualitative und Prozessstudien

- Komplextheorie (Heisig, 2001), Bildinterpretation (Krapp, 1997)

Laufende Studien

- Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP) (Kontrollgruppendesign) (Tschuschke, 2007)

Darstellung der empirischen Studien

Zunächst sollen die zwei Studien zur Jung'schen Psychotherapie vorgestellt werden, die das bisher höchste Evidenzlevel realisieren konnten, beides sind sogenannte prospektive naturalistische Outcome-Studien. Dieses Design enthält zwar keine Kontrollgruppe, versucht aber, hinsichtlich Patientenauswahl, Symptombelastung, Komorbiditäten und des Prozesses des Zustandekommens einer therapeutischen Zusammenarbeit die realen Praxisbedingungen möglichst wirklichkeitsnah abzubilden, und ermöglicht damit Aussagen über die Wirkung der Therapie unter Alltagsbedingungen. Insofern berücksichtigen diese Untersuchungen die Debatte um RCTs und versuchen, deren Begrenzungen zu vermeiden.

Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL) Schweiz (Zürich)

Die Studiengruppe um Analytiker und Analytikerinnen des Jung-Instituts Zürich beteiligte sich als Schweizer Version an der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie in Deutschland unter Leitung von Gerd Rudolf (2004) von der Universität Heidelberg, an der sich auch die Berliner Gruppe um Wolf-

ram Keller aktiv beteiligt hat. Ausgehend von einer Gesamtbefragung aller Jung'schen Psychotherapeuten in der Schweiz konnte eine Studiengruppe von 26 Therapeuten mit 37 Fällen gebildet werden, die anhand der Daten der Gesamtbefragung als repräsentativ für die Jung'schen Therapeuten in der Schweiz und die von ihnen behandelten Patienten gelten kann; es lag keine systematische Verzerrung der Patientenauswahl vor. Der Gesundheitszustand und die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Patienten waren allgemein eher schlecht, was der typischen Patientenstichprobe aus anderen Untersuchungen zur psychodynamischen Therapie entspricht. Die Beeinträchtigungsschwere der Patienten wurde von diesen selbst optimistischer eingeschätzt als von den Therapeuten, von den Untersuchern noch einmal als schwerer. Unter den Diagnosen standen mit 57% affektive Störungen im Vordergrund. Mit 47% Persönlichkeitsstörungen wurde ein hoher Anteil schwieriger Patienten in die Stichprobe aufgenommen. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 35 Monate, durchschnittlich fanden 90 Sitzungen statt, womit die durchgeführten Therapien dem entsprechen, was bei psychodynamischen Therapien als niederfrequente (eine Stunde pro Woche) mittelfristige Behandlung bezeichnet wird. Mit dieser Zusammensetzung erweist sich die Studienstichprobe als ein realistisches Abbild der Praxissituation jungianischer Therapien in der Schweiz, was die Studienergebnisse in Bezug auf die Praxis im Vergleich zu Laborstudien besonders aussagekräftig macht.

Untersuchungsebenen und -instrumente

Besonders innovativ am Design der PAL-Studie ist die Betrachtung der Daten auf drei Ebenen: Untersucher, behandelnde Therapeuten, Patienten. Auf den einzelnen Ebenen wurden sowohl objektive Untersuchungsinstrumente als auch Selbst- und Fremdeinschätzungen zu folgenden Bereichen eingesetzt (siehe Mattanza et al., 2006, S. 41ff.): Symptomatik und ihre Veränderung [Itemlisten, SCL-90-R., PSKB-Se-R, Adaption der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) für Jung'sche Psychotherapien (Junghan, 2002), Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) und Dauer der Symptomatik], interpersonelle Probleme (IIP), psychodynamische Problemfokusse, Status und Entwicklung der Patienten, Strukturniveau und Umstrukturierung der Persönlichkeit (Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF, Heidelberger Umstrukturierungsskala), therapeutische Arbeitsbeziehung und Übertragungsgeschehen (SGRT-Fragebogen, TAB-Fragebogen), Beschreibung des therapeutischen Prozesses zu allen Messzeitpunkten, Veränderungen im Alltag der Patienten, Gesundheits- und Krankheitsverhalten (z. B. Arztbesuche, Arbeitsunfähigkeiten, Medikamente etc.).

Ergebnisse

Im Vergleich zwischen Therapiebeginn und -ende ergaben sich folgende Veränderungen, die alle statistisch signifikant bis hochsignifikant waren:

Untersucherebene:

- Umstrukturierungen der Fokusse im Sinne von Verbesserung im Mittel um eine starke Effektstärke von 0,94.
- Erhebliche positive Veränderungen im Alltag der Patienten als Folge der Umstrukturierung mit einer sehr hohen Effektstärke von 1,48.

Therapeutenebene:

- Globale Einschätzung des Therapieergebnisses bei 75% der Patienten von deutlich positiv oder sehr positiv. Therapieergebnis bei Frauen tendenziell positiver.
- Einschätzung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses bei 55% der Patienten gut, sehr gut oder maximal.

Patientenebene:

- Global Severity Index (Schwere der Beeinträchtigung, BSS) sank hochsignifikant mit einer sehr hohen Effektstärke von 1,31 und erreichte bei Therapieende ein unauffälliges, der Durchschnittsbevölkerung entsprechendes Niveau.
- Die interpersonellen Probleme (IIP) sanken hochsignifikant mit einer mittleren Effektstärke, wobei diese schon bei Therapiebeginn eher im mittleren Bereich lagen und deshalb nicht mehr sehr stark absinken konnten.
- Über 90% der Patienten schätzten selbst am Therapieende das Resultat als deutlich positiv, sehr positiv oder maximal positiv ein.
- 80% aller Patienten schätzten das Verhältnis von Aufwand und Nutzen der Therapie als gut, sehr gut oder maximal ein. Hierbei muss bemerkt werden, dass entsprechend der Kostenregelungen und Versicherungsleistungen in der Schweiz alle Patienten einen erheblichen Teil der Kosten ihrer Psychotherapie selbst tragen mussten, einige sogar die gesamten Kosten. Die verbleibenden 20% schätzten immer noch das Kosten-Nutzen-Verhältnis als zufriedenstellend ein.

*Katamnese*daten

Zufriedenheit mit der Therapie und Besserung der Beschwerden blieben auch ein Jahr nach Ende der Therapie stabil, der Gesundheitszustand verbesserte sich sogar noch weiter. Subjektiv fühlten sich die Patienten weiterhin gut bis sehr gut und hatten teilweise den Eindruck von weitergehenden Verbesserungen nach Ende der Therapie. Die Einschätzung der Umstrukturierung ergab ebenfalls einen stabilen Befund. Diese Effekte waren, soweit untersuchbar, auch nach drei Jahren stabil. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen war bereits während der Therapie gering und dies blieb auch stabil. Mit nach der Therapie auftretenden Beschwerden konnten die Patienten mehrheitlich gut oder sehr gut umgehen.

Die Untersuchung kann also zeigen, dass Jung'sche Therapie für die untersuchten Patienten nützlich und effektiv war, darüber hinaus kam es tatsächlich zu Umstrukturierungen in der Persönlichkeit, wie dies psychoanalytische Therapie immer schon für sich beansprucht hat. Diese Veränderungen haben Auswirkungen im Alltagsleben und in den zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten. Die Vielzahl der eingesetzten Forschungsinstrumente sowie die Komplexität der Betrachtungsebenen und die lange Dauer bis zum Abschluss des letzten Falles (Beginn der Planung 1992, Rekrutierung der Teilnehmer 1997, Studienabschluss 2004) machen den enormen Aufwand, der in dieser Studie betrieben wurde, deutlich. Angesichts dieser Studie kann nun nicht mehr länger behauptet werden, Jung'sche Psychotherapie sei grundsätzlich nicht empirisch untersuchbar. Mittlerweile hat die Psychotherapieforschung im Bereich der psychodynamischen Verfahren so viele und differenzierte Forschungsinstrumente entwickelt, dass auch die Besonderheiten des analytischen Vorgehens angemessen methodisch erfasst werden können.

**San Francisco Psychotherapy Research Project
(Rubin/Powers, 2005)**

Die Studie an der Klinik des San Francisco Jung Institute, das eine lange Forschungstradition aufweist, war ursprünglich als eine prospektive outcome-Untersuchung mit vier Messzeitpunkten (Aufnahme, Beendigung, Ein-Jahres- und Fünf-Jahres-follow-up) geplant, in der Anlage der PAL-Studie sehr vergleichbar.

Design

Zu allen vier Messzeitpunkten beantworteten die Klienten die Symptomliste SCL-90-R und das Inventar interpersoneller Probleme (IIP). Zusätzlich füllten sie einen eigens für die Untersuchung entwickelten Fragebogen (PDS) aus, der sich aus soziodemographischen Daten, aber auch aus Fragen zur Therapiemotivation und zur Einschätzung des Erlebens der Therapie zusammensetzte. Der PDS wurde zu den späteren Messzeitpunkten jeweils aktualisiert. Die Therapeuten beantworteten ein eigens entwickeltes Messinstrument »Portrait of my practice« (POMP) und schätzten jeweils zu Beginn und Ende der Therapie die Klienten auf der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning, Achse V des DSM) ein, die eines der validesten Einschätzungsinstrumente für die psychische Belastetheit von Klienten darstellt. Die untersuchten Klienten wurden aus der Klinik des Instituts rekrutiert, die zu geringen Kosten Jung'sche Psychotherapie anbietet. Von den zum Zeitpunkt der Erhebung ca. 100 Patienten der Klinik konnten 57 für die Studie gewonnen werden. Die beteiligten Therapeuten waren 23 professionelle Analytiker des Instituts sowie 17 Ausbildungskandidaten und 7 Psychology Interns (etwa: Psychologen im Psychotherapiepraktikum).

Vorzeitige Beendigung des Projekts: Aufgrund personeller und organisatorischer Veränderungen in der Klinik des Instituts kam es zu einer vorzeitigen Beendigung des Projekts. Wegen der von den Autoren heftig beklagten geringen Bereitschaft der Analytikerschaft zur Teilnahme an der Studie musste das ursprünglich angestrebte Gruppen-Design in ein Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Design mit allen Fällen und Therapeuten reduziert werden. Bei Beendigung des Projekts hatten 39 Patienten die Therapie ordnungsgemäß beendet, nur sieben hatten follow-up-Daten nach einem Jahr geliefert und nur fünf beim follow-up fünf Jahre später. (Dies sind allerdings für so lange Katamnesen durchaus übliche drop-out-Raten. Follow-up bezeichnet eine Katamnese, d. h. eine Nachuntersuchung nach einem bestimmten Zeitraum nach Ende der Behandlung, also beispielsweise nach einem Jahr.) Insofern konnte die interne Validität der Untersuchung nicht gesichert werden und daher sind die statistischen Auswertungen nur sehr bedingt interpretierbar. Verglichen werden konnte überhaupt nur der Zustand zu Beginn und am Ende der Therapie. Im SCL-90-R (Symptombelastung) sowie im IIP (interpersonelle Probleme) kam es zu signifikanten Verbesserungen bei Therapieende. Mit allen Einschränkungen bezüglich Validität und Interpretierbarkeit der Ergebnisse weist die Untersuchung somit in Richtung einer Wirksamkeit der Jung'schen Therapie.

Katamnesestudie der Forschungsgruppe Analytische Psychologie Berlin

Ausgehend von dem »Verdikt« Grawes bemühte sich eine Forschungsgruppe aus Berliner Jungianern schon in den frühen 1990er Jahren um die Durchführung einer Studie zur Wirksamkeit und Stabilität Jung'scher Psychotherapien. In einer katamnestic, also retrospektiven Studie wurden ehemalige Patienten mit einem Fragebogen und teilweise auch anhand von Interviews untersucht (Keller et al., 1997). Die Patienten erhielten Fragebogeninstrumente zu folgenden Bereichen: soziodemographische Daten, aktueller Gesundheits- und Beschwerdestatus, globales Wohlbefinden, Lebensqualität, soziale Fähigkeiten, berufliche und familiäre Beziehungen, interpersonelle Probleme, Persönlichkeit, Psychotherapie, Wirkfaktoren, therapeutische Beziehung, Symptomcheckliste SCL-90-R, Fragebogen »Veränderung des Erlebens und Verhaltens« (VEV), Gießen-Test. Die Ergebnisse wurden zu den Erstanträgen der behandelnden Therapeuten an die Kassen zu Beginn der Therapien in Bezug gesetzt. Außerdem wurden die Krankenkassendaten der Patienten jeweils für die Zeiträume fünf Jahre vor und nach der Behandlung ausgewertet.

Stichprobe

Es wurden alle Mitglieder der DGAP angeschrieben, von denen letztlich 25% teilnahmen. Selektionseffekte wurden überprüft und konnten ausgeschlossen werden. Die teilnehmenden Therapeuten selbst dokumentierten alle 1987/88 beendeten Fälle anhand ihrer Erstanträge an die Krankenkasse und gaben eine Globaleinschätzung über den Therapieerfolg ab. Zwei Untersucher stellten anhand der Erstanträge eine ICD-Diagnose und beurteilten den Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). Die Verteilung der Störungsdiagnosen in der Stichprobe war: 46% affektive Störungen, 24% neurotische und somatoforme Störungen, 17% Persönlichkeitsstörungen. Von 353 so dokumentierten Fällen konnten 111 zur Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Selektionseffekte wurden überprüft, und es konnte eine Verzerrung festgestellt werden: In der Untersuchungsgruppe fanden sich weniger Therapieabbrecher als in der Gesamtgruppe, ansonsten aber war die Stichprobe vergleichbar. Die durchschnittliche Dauer der Behandlungen betrug 162 Sitzungen, Frequenz ein bis zwei Sitzungen pro Woche.

Ergebnisse

Der Grund der Behandlung, die anfängliche Problematik, war zum Untersuchungszeitpunkt für 70% der untersuchten Patienten gut, sehr gut oder völlig gebessert, für 23% etwas gebessert, für 6% unverändert und nur für 1% verschlechtert. Das aktuelle psychische Befinden schätzten die Patienten selbst im Vergleich zur Zeit vor der Therapie zu 94% als besser oder viel besser ein, 6% als unverändert oder verschlechtert, 89% erlebten die Therapie subjektiv als hilfreich. Auch von den beteiligten Therapeuten wurde der Erfolg der Therapien eingeschätzt, und zwar durchgängig als etwas weniger positiv. Es fand sich ein signifikanter statistischer Zusammenhang zwischen der positiven Einschätzung der Therapie durch die Patienten und der Dauer der Therapie, d. h., je länger die Therapie dauerte, desto positiver schätzten die Patienten den Erfolg ein. In allen untersuchten Dimensionen gibt es einen Anteil von ca. 10% der Patienten, die die Therapie als nicht hilfreich erlebten.

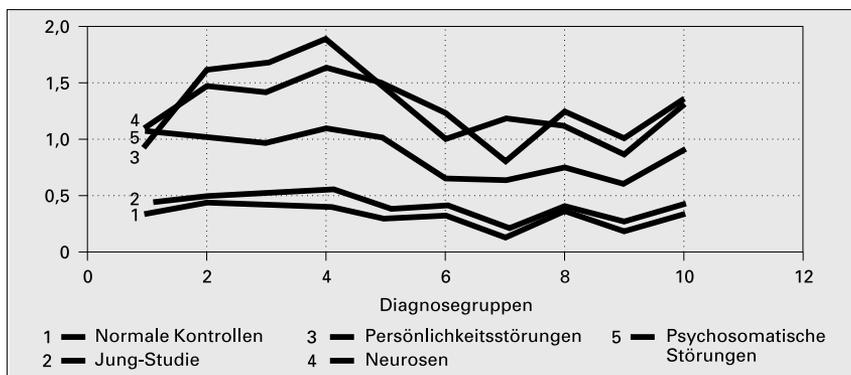


Abb. 2: SCL-90R-Skalen und globaler Kennwert der Berliner Katamnese-studie (Keller et al., 2001, S. 446)

Wie die Grafik zu den Daten des SCL-90-R (psychische Symptomatik) zeigt, konnte die Jung'sche Psychotherapie die ehemals deutlich belastete Patientengruppe in einen Bereich verschieben, der fast dem Status einer gesunden Vergleichsgruppe entspricht. Für die Berliner Teilstichprobe (in der auch Interviews durchgeführt werden konnten) konnte eine hochsignifikante Abnahme der Beeinträchtigungsschwere vom Therapiebeginn zur Nachuntersuchung festgestellt werden.

Krankenkassendaten

Besonders wertvoll für eine Beurteilung des Therapieergebnisses war die Möglichkeit, in der Untersuchung auf ausführliche Krankenkassendaten, hier Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustage, der untersuchten Patienten zurückgreifen zu können.

Abb. 3

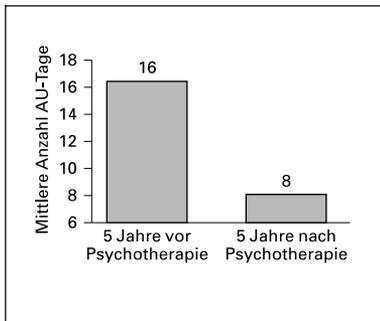


Abb. 4

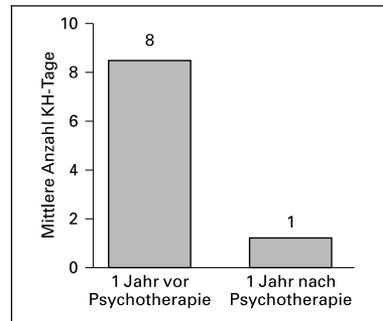


Abb. 3: Mittlere Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage, fünf Jahre vor und nach Therapie (n = 47), p = 0.057

Abb. 4: Mittlere Anzahl Krankenhaustage, ein Jahr vor und ein Jahr nach der Therapie, p = 0.037 (Keller et al., 2001, S. 445f.)

Die Grafiken zeigen, wie deutlich (und statistisch hochsignifikant) die Therapie sowohl die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit als auch die Inanspruchnahme von stationärer Behandlung reduziert hat. Vergleicht man die untersuchte Personengruppe mit dem Durchschnitt von Krankenkassenmitgliedern, so zeigt sich, dass die Therapiepatienten vor der Therapie deutlich häufiger krankgeschrieben bzw. stationär behandelt wurden als der Durchschnitt der Kassenpatienten, nach der Therapie deutlich weniger als der Durchschnitt.

Wie die folgende Grafik deutlich machen kann, sind die in der Berliner Jung-Studie (»Katamnese«) gemessenen Veränderungen nahezu identisch mit den Ergebnissen einer Vergleichsgruppe von stationärer Verhaltenstherapie. Die oft erhobene Behauptung, Verhaltenstherapie sei analytischer Therapie pauschal überlegen, kann also für die Berliner Jung-Studie als widerlegt gelten.

	Katamnese		Vergleichsgruppe	
	n	%	n	%
Positive Veränderung (Änderungswert >187)	78	70,3	105	73,9
Indifferent oder unbedeutende Veränderung (Änderungswert >150 und <187)	31	27,9	34	24,0
Negative Veränderung (Veränderungswert <150)	2	1,8	3	2,1
	Mittelwert ± SD	p	Mittelwert ± SD	p
	200,4 ± 24,3	<0,01	210,7 ± 32,1	<0,01

Abb. 5: VEV-Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Vergleich Katamnese (n = 111) mit stationärer VT-1-Jahres Katamnese (n = 142) (Zielke, 1993, S. 218)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der Nachbefragung sowohl die Zufriedenheit der Patienten mit der Therapie hoch war, die Symptombelastung deutlich von einem klinisch auffälligen in einen unauffälligen Normbereich reduziert werden konnte, im Erleben und Verhalten eine signifikante Verbesserung erreicht wurde und sich diese Verbesserungen auch deutlich in einer niedrigeren Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens niederschlugen, die nach der Therapie sogar unter dem Durchschnitt der Kassenpatienten insgesamt lagen. D. h., die Jung'sche Psychotherapie hat bei der deutlichen Mehrheit der Patienten zu einer Symptombefreiung, einem verbesserten Erleben und Verhalten, einer höheren Zufriedenheit und einer geringeren Krankheitsbelastung geführt und dem Gesundheitswesen eine Kostenreduktion erbracht. Die Jung'sche Psychotherapie hat sich also hier als wirkungsvoll erwiesen, wobei man die Güte der Daten unter der Einschränkung betrachten muss, dass es retrospektive Daten waren, möglicherweise eine gewisse Selektion von erfolgreicheren Behandlungen stattgefunden hat und eine Aussage über kausale Zusammenhänge nicht möglich ist.

Die Konstanz-Studie – Kosten und Nutzen ambulanter Psychotherapie

In der retrospektiven Befragung wurden zufallsgesteuert 20% der Mitglieder der DGPT sowie der DGIP wegen einer Teilnahme angeschrieben, worauf

66% antworteten (Breyer et al., 1997). Aus diesen beteiligten sich letztlich 90 Psychotherapeuten an der Fragebogenuntersuchung. Die Gründe für Nichtteilnahme konnten erhoben werden und zeigten keine systematischen Verzerrungen in der Auswahl der Teilnehmer. Die Therapeuten verteilten 979 Fragebögen an ehemalige Patienten, von denen 66% sich beteiligten. Die Studie ist deshalb aussagekräftig in Bezug auf Jung'sche Psychotherapie, weil knapp ein Fünftel der beteiligten Therapeuten einen jungianischen Hintergrund hatte und zugleich überprüft werden konnte, dass sich die Ergebnisse nicht zwischen den einzelnen beteiligten Schulen unterschieden. Zudem können die Ergebnisse der Studie aufgrund des naturalistischen Designs, der großen Stichprobe und des hohen Rücklaufs als repräsentativ für analytische Psychotherapie im deutschen Gesundheitswesen bezeichnet werden.

Ergebnisse

In den Selbsteinschätzungen der Patienten bezüglich generellem Wohlbefinden, somatischem und psychischem Befinden und Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen zeigten sich im Vergleich zwischen Therapiebeginn und -ende in allen Dimensionen hochsignifikante Verbesserungen. Beim Vergleich zwischen Therapieende und follow-up ergaben sich weitere signifikante Verbesserungen in allen Bereichen. Zusätzlich wurden Parameter der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens erfasst: Fehlzeiten aufgrund von Krankheit reduzierten sich um 60%, Inanspruchnahme stationärer Behandlung um 66%, Arztbesuche um 33-40%. Alle diese Reduktionen waren hochsignifikant und auch hier ergaben sich zwischen Therapieende und follow-up weitere signifikante Verbesserungen. In einer ökonomischen Auswertung konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass die Psychotherapie substantielle Kostenersparnisse für das Gesundheitswesen erbrachte. Diese waren umso höher, je schlechter der Gesundheitsstatus der Patienten zu Beginn der Therapie war.

Fazit

Zwar weisen die Autoren darauf hin, dass potentielle Selektionseffekte vorliegen könnten, im Sinne von Auswahl besonders motivierter und erfolgreicher Therapeuten oder besonders gut verlaufender Therapien. Trotzdem erbringt die Studie den substantiellen Nachweis, dass durch die analytischen Psychotherapien der Gesundheitsstatus der Patienten sich signifikant und deutlich verbessert hat. Zudem erweisen sich diese Effekte im follow-up über sechs Jahre hinweg nicht nur als stabil, es kommt hier sogar

insgesamt zu weiteren signifikanten Verbesserungen nach dem Ende der Therapie.

Studien zur Sandspieltherapie

Eine Studie untersuchte die Anwendung der Sandspieltherapie bei drei Kindern zwischen sechs und neun Jahren mit der Diagnose Zwangsstörung anhand einer Kombination von qualitativer und quantitativer Methodik (Melo da Matta, 2006). Die im Sandspiel gestellten Szenen und die verbalen Beschreibungen der Kinder dazu wurden zunächst qualitativ kategorisiert und dann quantitativ ausgewertet. Auf diese Weise kann eine Entwicklungslinie durch alle drei Therapien und die darin entstandenen Sandbilder nachgezeichnet werden. Es kann jeweils eine Entwicklung ausgehend von einem eher primitiven Ich-Zustand über eine Transformation von Abwehrformen hin zu einer größeren Ich-Stärke aufgezeigt werden und dass dies eng mit den entstandenen Sandbildern zusammenhängt. Jedoch wurde nicht nur die nur interpretativ nachzuzeichnende Persönlichkeitsstruktur der Kinder verändert, es kam in allen drei Fällen parallel zu einer völligen Remission der Zwangssymptomatik, die ursprüngliche Medikation konnte vollständig abgesetzt werden. Ein ähnliches Vorgehen wurde in einer Studie mit drei Frauen mit Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) umgesetzt (Yoshika, 2002). Auch hier konnte die aufgrund der psychosomatischen Diagnose hinter dem Symptom vermutete Psychodynamik in der Analyse der Sandbilder wiedergefunden werden, und es konnte den Patientinnen im Sandspieltherapieprozess ein Verständnis dieser Dynamik vermittelt werden. Allerdings hatte dies hier keinerlei Auswirkung auf die körperliche Symptomatik, die unverändert blieb.

Laufende Studie: Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP)

Die bisher referierten Studien werden dem höchsten Evidenzlevel von Kontrollgruppen-Designs nicht gerecht. Dieses ist dagegen bei der laufenden Praxisstudie ambulante Psychotherapie gegeben, die ein quasi-experimentelles Design verwirklicht. Die in der Schweizer Charta für Psychotherapie zusammengeschlossenen Verbände untersuchen die Wirksamkeit aller gängigen psychotherapeutischen Verfahren in der ambulanten Versorgung der Schweiz, die Analytische Psychologie bildet dabei eine eigene Stichprobe

(Tschuschke, 2007). Die Auswahl der Instrumente orientiert sich an den aktuellen Empfehlungen der Society for Psychotherapy Research und bezieht sich sowohl auf die Ergebnis- als auch auf die Prozessebene. Auf Seiten der Patienten wird gemessen: Selbsturteil über Therapieoutcome (OQ 45), Symptombelastung (BSI), Depressivität (BDI), Kohärenzgefühl (SOC-9), Inkongruenz (K-INK), Psychotherapiemotivation (FMP). Die Fremdbeurteiler nutzen ein klinisches Interview (SKID), Funktionsniveau allgemein (GAF-Skala) und Funktionsniveau der Beziehungen in Familie und Partnerschaft (GARF), Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Zudem werden auf beiden Ebenen Maße des Therapieprozesses und der -beziehung aufgenommen. Die Studie ist auf sieben Jahre angelegt (2006-2012), damit auch länger dauernde Therapien erfasst und die Katamnesen abgeschlossen werden können. Ergebnisse sind somit nach 2012 zu erwarten, womit dann auch ein Nachweis über die »efficacy« der Jung'schen Therapie vorläge.

Resümee zur Wirksamkeit der Jung'schen Psychotherapie und Ausblick

Ordnet man die oben dargestellten Untersuchungen in das Bewertungsschema der APA (American Psychological Association) ein, so ergibt sich folgendes Bild:

Level I (randomisierte Kontrollgruppenstudie): Keine, derzeit laufende PAP-Studie (Tschuschke, 2007), Ergebnisse nach 2012

Level II: PAL-Studie (Mattanza et al., 2006) und San Francisco Research Project (Rubin/Powers, 2005)

Level III (retrospektive Studie): Berliner Jung-Studie und Konstanz Studie mit sehr hohem methodologischem Standard

Zusätzliche Studien mit kleinen Stichproben: positive Effekte durch Sandspieltherapie, bei psychosomatischen Störungen etc.

Es liegen keine eigenen Wirkungsnachweise für die Jung'sche Psychotherapie vor, die den höchsten Kriterien Ia (Evidenz aus mindestens einer Metaanalyse mit mindestens drei RCTs) oder Ib (Evidenz aus mindestens einer RCT oder einer Metaanalyse mit weniger als drei RCTs) genügen, wie überhaupt für die Jung'sche Therapie keine Studien mit Randomisierung oder Kontrollgruppen vorliegen. Die Ergebnisse der PAP-Studie allerdings werden, sobald sie vorliegen, diesem Evidenzniveau I entsprechen, da sie eine Kontrollgruppe mitführen. Die PAL-Studie Version Schweiz als naturalistisches, prospektives Design entspricht einer Evidenz Stufe II und

verwirklicht hier ein hohes methodisches Niveau; man kann sogar sagen, dass durch die Kontrolle und den Nachweis, dass keine systematische Verzerrung bei der Stichprobenbildung vorliegt, sowie durch die Sorgfältigkeit der Datenerhebung und die verschiedenen Datenperspektiven der Mangel des Fehlens einer Randomisierung ausgeglichen wird. Die Studie des San Francisco Jung Institute entspricht in ihrer ursprünglichen Anlage ebenfalls einem Design der Stufe II, konnte dieses aber nicht vollständig zu Ende bringen, daher bestehen hier Einschränkungen in Validität und Interpretierbarkeit der Ergebnisse. Insbesondere die prospektive Anlage und ihre Praxisnähe macht aber beide Studien besonders aussagekräftig.

Die katamnestischen Daten der Forschungsgruppe Analytische Psychologie Berlin und der Konstanz-Studie entsprechen dem Niveau III (Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien). Besonders aussagekräftig ist hier, dass beide Studien auf Krankenkassendaten rekurriert haben, die besonders valide, da externe und nicht interpretationsbedürftige Kriterien darstellen.

In der Terminologie des APA-Bewertungsmaßstabs ist also bisher der Nachweis der Wirksamkeit der Jung'schen Psychotherapie nicht erbracht, da dieser nur über randomisierte Kontrollgruppen-Designs realisiert werden kann. Die Jung'sche Therapie steht jedoch unmittelbar vor dieser Schwelle, und zwar sowohl in zeitlicher Hinsicht (nach 2012 werden die Daten der PAP-Studie vorliegen) als auch in inhaltlicher Hinsicht: Da alle aufgeführten Studien einhellig eine positive Wirkung der Jung'schen Therapie zeigen können, und dies mehrfach in methodisch guten Untersuchungen, ist damit der Nachweis der effectiveness, d. h. der Effizienz der Methode, schon erbracht, und das mit guten und z. T. sogar hohen Effektstärken. Darüber hinaus kann sogar ein positiver Kosten-Nutzen-Effekt durch mehrere Studien belegt werden. In allen Studien wurden durch die Jung'sche Psychotherapie durchgängig Verbesserungen erreicht, keine berichtet von Verschlechterungen. Die positiven Wirkungen konnten auch durchgängig auf verschiedenen Untersuchungsebenen festgestellt werden, sowohl in der subjektiven Zufriedenheit der Patienten als auch in der Symptomreduktion wie auch in der Senkung der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens. Diese Eindeutigkeit in der Richtung des Ergebnisses über alle Studien, ganz verschiedener Stichproben und Designs hinweg ist ein sehr starker Beleg für die positive Wirkung der Therapie – man findet nämlich sonst in der Psychotherapieforschung sehr schnell widersprüchliche Ergebnisse, sobald man eine gewisse Zahl von Studien erreicht. Forschungslogisch steht eigentlich nur der Beweis aus, dass die erreichten positiven Effekte auf die angewandte Methode allein und ausschließlich zurückzuführen sind.

Stabilität der Veränderungen

In mehreren Untersuchungen kann belegt werden, dass sich die Wirkung der Psychotherapie auch nach Ende der Therapie weiter verbessert, bei Erfassung von follow-ups gibt es regelmäßig weitere Verbesserungen auf den erfassten Dimensionen zwischen Therapieende und Katamnese. Überdies können alle Untersuchungen belegen, dass die therapeutischen Erfolge über längere Zeiträume stabil bleiben, was viele Untersuchungen über andere psychotherapeutische Verfahren nicht zeigen können.

Selbst in den strengen Maßstäben der nomothetischen positivistischen Forschung lässt sich also schon jetzt eindeutig sagen: Die Jung'sche Psychotherapie ist bei einer Bandbreite von Störungen, wie sie im Alltag der psychotherapeutischen Versorgung üblich sind, eine effiziente Methode, die bei einem Großteil der behandelten Patienten zu deutlichen Verbesserungen führt und dabei ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis erreicht.

Die Jung'sche Psychotherapie kann diese positiven Effekte in der Mehrzahl durch niederfrequente Psychotherapien mittlerer Dauer (gemessen an den Maßstäben psychoanalytischer Therapien), im Mittel mit ca. 90 Stunden, erreichen. Zusätzlich kann gezeigt werden, dass diese Effekte über lange Zeiträume stabil bleiben. Der Vorwurf eines unangemessen hohen Aufwandes durch hohe Stundenzahlen betrifft die Jung'sche Psychotherapie also nicht.

Ebenso trifft der Vorwurf nicht mehr, die Jung'sche Psychotherapie entziehe sich einer empirischen Überprüfung. Die Zahl und Güte der dargestellten Studien widerlegt dies mittlerweile klar. Die Jung'sche Gemeinschaft hat sich der empirischen Erforschung ihrer Methode geöffnet und kann schon in der Zwischenbilanz gute Ergebnisse vorlegen. Die laufenden und geplanten Projekte zeigen darüber hinaus, dass dies kein Strohfeder ist, sondern Ausdruck eines ernsthaften Interesses, Erkenntnisse über Wirkung und Prozess der eigenen Methode zu gewinnen und sich dabei an aktuelle Entwicklungen in der Forschung anzuschließen.

Wirkung der therapeutischen Arbeit mit Träumen

Es gibt bislang keine systematische Untersuchung aus dem Jung'schen Bereich zur Wirkung der Jung'schen Arbeitsweise mit Träumen. Allerdings liegen mittlerweile zum einen eine Fülle an Untersuchungen aus der empirischen Traumforschung vor, die im Großen und Ganzen Jungs Sichtweise auf den Traum überraschend deutlich bestätigen (siehe dazu ausführlich

Roesler, 2010). In seiner fundierten Abhandlung über den heutigen Stand des Wissens bezüglich Träumen fasst Ermann (2005) die empirischen und neurowissenschaftlichen Erkenntnisse zum Träumen und seiner Funktion für die Psyche folgendermaßen zusammen:

Beim Träumen werden Informationen aus ganz verschiedenen Wahrnehmungs- und Erinnerungsbereichen miteinander verknüpft. Dabei werden unverarbeitete Tageseindrücke aus dem Wachsein im Schlaf wahrgenommen, z. B. eine Kränkung, eine Versuchungssituation, eine Aufgabe, die nicht bewältigt wurde. Diese Wahrnehmungen aktivieren die für die Traumentstehung zuständigen Zentren, die nun beginnen, mit verschiedenen Gedächtnisspeichern in Verbindung zu treten und dort Informationen aufzurufen.

Ermann argumentiert weiter, dass dabei Gedächtnisinhalte aktiviert werden, die dem Tagesrest ähnlich seien. Dazu gehören Erlebnisse und Gefühlszustände, aber auch Konflikte und Probleme ebenso wie Bewältigungsstrategien und Lösungen. Er fährt fort:

Als Ergebnis des Traummechanismus entsteht etwas Neues, das eine bessere Lösung enthält als die unverarbeitete anfängliche Information [...] Die Funktion des Traummechanismus ist vor allem die Informationsverarbeitung als Problembewältigung durch Neubewertung. Es ist eine Hinführung zu kreativen Lösungen und das Einüben von Bewältigungen. (S. 68)

Mit diesem Zitat eines Freudianers wird zudem deutlich, dass sich die Sicht auf den Traum in der Freud'schen Tradition stark der Jung'schen angenähert hat. Offenbar ist das Gehirn im Schlaf im Gegensatz zum Wachbewusstsein in der Lage, größere Bereiche und mehr Funktionen gleichzeitig zu aktivieren und miteinander zu verknüpfen. Dadurch ist es möglich, eher als im fokussierten Wachbewusstsein zu neuen Lösungen zu kommen. Dies wird auch durch die Übersichtsarbeiten der empirischen Traumforscherin Deirdre Barrett (2001) bestätigt: Im Traum kann das Gehirn in einen Verarbeitungsmodus wechseln, in welchem es nicht mehr wie im Wachzustand dauernd neuen Input verarbeiten muss; dadurch hat es größere Kapazitäten frei, um sich mit ungelösten Problemen zu beschäftigen und diese kreativ zu bearbeiten. Dies alles bestätigt nun doch überraschend eindeutig Jungs Thesen, dass im Schlaf das Unbewusste über eine größere Informationsmenge und Verknüpfungskapazität als das begrenzte Bewusstsein verfügt und so eher zu Lösungsvorschlägen oder zumindest Hinweisen an das Bewusstsein fähig ist, die die Gesamtpsyche und ihre Situation berücksichtigen, so dass Probleme des Wachlebens im Traum auf eine kreative Weise

bearbeitet werden, Träume also psychologische Bedeutung haben und der psychischen Selbstregulation dienen.

Glücklicherweise hat eine Forschungsgruppe um Clara Hill seit 1992 systematische Studien über die Wirkung der therapeutischen Arbeit mit Träumen durchgeführt, und dies nach einem Modell, das dem Jung'schen doch sehr ähnlich ist (Hill, 1996). Diese Untersuchungen zeigen insgesamt, dass die grundlegenden Vorgehensweisen bei der Jung'schen therapeutischen Arbeit mit Träumen sinnvoll und wirksam sind:

- Mit den Träumen des Klienten zu arbeiten und nicht nur mit Erlebnissen oder Problemen des Wachlebens, erbringt einen deutlichen Nutzen, und dieser kann auch nicht auf Zuwendung des Therapeuten oder Projektionsprozesse zurückgeführt werden;
- verschiedene Studien können zeigen, dass diejenigen Probanden, die sich an ihre Träume bewusst erinnern und diese dann mit dem Therapeuten besprechen können, mehr von der Therapie profitieren; d. h., es genügt nicht, einfach nur zu träumen, das Jung'sche Konzept des Dialogs zwischen Bewusstsein und Unbewusstem macht Sinn;
- es ist sinnvoll, Assoziationen und Verbindungen zum Wachleben zu erheben;
- es ist sinnvoll und nützlich, Traumelemente entsprechend der Deutung auf der Subjektstufe als Persönlichkeitsanteile des Träumers zu deuten;
- es werden durch diese Art der Traumarbeit tatsächlich Einsichten gefördert, diese beziehen sich auch wirklich auf Probleme des Träumers und führen zu verändertem Verhalten und zu Symptombesserung;
- es wird auch die Jung'sche Auffassung bestätigt, dass ein hohes Interesse des Klienten an seinen Träumen sowie eine Identifikation des Therapeuten mit seinem Modell der Traumarbeit förderlich sind;
- Bestätigung findet auch das Jung'sche Konzept der Bedeutung des Initialtraums für den Therapieverlauf.

Es entstehen durch diese Ergebnisse aber auch deutliche Fragen an die Jung'sche Methodik: Aus Hills Untersuchungen folgt, dass es für eine effektive Arbeit mit Träumen besonders wichtig ist, den Klienten dahin zu bringen, aus dem Verständnis des Traumes auch explizit neue Handlungsoptionen zu entwickeln. Dies ist im eher zurückhaltenden Jung'schen Vorgehen in der Regel nicht der Fall.

Auswirkungen auf die interne Diskussion unter Jungianern

Die vorgestellten Arbeiten widerlegen m. E. eindeutig das Argument, empirische Psychotherapieforschung könne niemals die Eigenart der Jung'schen Psychotherapie erfassen. Es ist vielmehr eine Frage, ob man sich des Gegenstandes annimmt und Methoden auswählt bzw. entwickelt, die die Angemessenheit an den Gegenstand herstellen. Dass dies möglich ist, konnte hoffentlich mit den dargestellten Untersuchungen belegt werden. Mittlerweile kann man dem entgegenhalten, dass so nur argumentiert, wer nicht über den Stand der Psychotherapieforschung, die zahlreichen, spezifisch für psychodynamische Therapieforschung entwickelten Instrumente und die modernen qualitativen Forschungsmethoden informiert ist.

Dass bei der Erforschung der Jung'schen Psychotherapie die Auswirkung der Gegenwart eines »beobachtenden Dritten« im analytischen Prozess beachtet und reflektiert werden kann und muss, konnten die dargestellten Untersuchungen ebenfalls überzeugend zeigen (vgl. Mattanza et al., 2006; Heisig 2001). Teilweise wurde erheblicher methodischer Aufwand betrieben, um nachzuweisen, dass sich durch den Einsatz der Forschungsinstrumente weder für die Patienten noch für den therapeutischen Prozess eine negative Auswirkung ergab (vgl. z. B. Rubin/Powers, 2005). Dies widerlegt das häufig von Jungianern vorgebrachte Argument, die Besonderheit des therapeutischen Raumes (das »vas hermeticum«) werde durch die Beobachtung eines Dritten gestört oder sogar zerstört.

Neben diesen für uns Jungianer sehr erfreulichen generellen Ergebnissen gibt es einige interessante Konsequenzen aus den Untersuchungen, die die Beachtung jungianischer Therapeuten und Therapeutinnen finden sollten:

1. Ein auffallendes und sich durch alle dargestellten Untersuchungen hindurch ziehendes Ergebnis ist, dass die befragten Patienten subjektiv den Erfolg der Therapie und ihre Zufriedenheit positiver einschätzen, als es die objektiven Messdaten der Untersucher ergeben. Dies ist ein starkes Argument für die größere Beachtung der subjektiven Zufriedenheit der Patienten – letztlich ist im Bereich der Behandlung seelischer Probleme die Subjektivität der Behandelten ja das Entscheidende.

2. In allen dargestellten Untersuchungen, die mit größeren Stichproben arbeiten, gab es durchgängig einen Anteil von 10-20% der Patienten, denen die Jung'sche Therapie offenbar nicht helfen konnte. Dies wirft m. E. die Frage auf, ob die von uns angebotene Methode auch für alle Patienten geeignet ist. Eine Einstellung, unsere Methode sei generell die beste und für jeden ohne Ansehen der Person geeignet, lässt sich m. E. vor diesem empirischen Hintergrund nicht verantworten. Es bedarf hier weiterer syste-

matischer Forschung, um zu allgemeinen Aussagen darüber zu kommen, welche Eigenschaften auf Seiten der Patienten eine erfolgreiche Anwendung der Jung'schen Therapie wahrscheinlich machen. Ebenso wäre es interessant zu untersuchen, welche Personengruppe von sich aus aktiv eine Jung'sche Psychotherapie aufsucht, aus welchen Motiven dies geschieht und ob bei diesen Personen die Methode möglicherweise auch wirksamer ist – oder vielleicht auch gerade nicht!

3. Weiterhin fällt auf, dass die meisten Untersuchungen eine durchschnittliche Dauer der Jung'schen Therapien von ca. 90-100 Stunden ergeben. Dies entspricht dem Typus sogenannter mittelfristiger niederfrequenter Therapien innerhalb des psychodynamischen Spektrums. M. E. ist bisher viel zu wenig diskutiert worden, dass der Jung'sche Ansatz schon seit Jungs Zeiten hier eine sehr ökonomische Form der analytischen Behandlung entwickelt hat, auch eine Form der Intervalltherapie. Wir sollten uns mit den Hinweisen in Theorie und Geschichte der Praxis der Jung'schen Psychologie beschäftigen, die verschiedene Arbeitsformen beschreiben: z. B. sehr niederfrequente Therapien mit wochenlangen Abständen zwischen den Sitzungen, dem Erteilen von »Hausaufgaben« (Malen, Traumtagebuch, Aktive Imagination etc.) zwischen den Sitzungen, Wechsel zwischen hochfrequenten und niederfrequenten Phasen u. a. m. Ich persönlich bin überzeugt, dass hier noch manche therapiemethodischen Schätze zu heben sind, die einmal einer systematischen Darstellung bedürfen. Jung'sche Psychotherapeuten sollten den Wert einer Therapie, die mit überschaubarem Aufwand positive und stabile Effekte erreicht, innerhalb einer von Kostendruck und Effizienzforderungen beherrschten Debatte, viel mehr herausstellen.

Ausblick

Wie oben deutlich wurde, verwendeten verschiedene Untersuchungen standardisierte Erhebungsinstrumente wie beispielsweise den SCL-90-R oder die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning). Diese Instrumente gehören zu den am häufigsten eingesetzten in der klinischen Forschung und bieten daher die Möglichkeit des Vergleichs mit Normgruppen bzw. Normwerten, zugleich sind sie wenig aufwändig im Einsatz. Ich halte es für denkbar, es an den Ausbildungsinstituten für die Kandidaten zur Regel zu machen, diese Instrumente bei ihren Ausbildungsfällen einzusetzen. Auf diese Weise würden mit der Zeit Daten für eine größere Stichprobe gebildet. Auch könnten diese standardisierten Daten mit einem genuin jungianischen Forschungsinstrument, dem Assoziationsexperiment, kombiniert werden.

Darüber hinaus wäre es interessant, in detaillierten Prozessstudien, z. B. per Mikroanalyse von Videoaufzeichnungen des Therapiegeschehens, genauer zu untersuchen, was jungianische Praktiker eigentlich genau tun, wenn sie therapieren. Möglicherweise würde dabei auch deutlich, dass es große Unterschiede zwischen Therapeutenpersönlichkeiten gibt – genau wie Jung es immer betont hat, dass nämlich die Persönlichkeit des Therapeuten entscheidender ist als Methode oder Technik.

Literatur

- Barrett, D. (2001): *The committee of sleep. How artists, scientists, and athletes use dreams for creative problem-solving*. New York, Crown.
- Breyer, F.; Heinzel, R.; Klein, T. (1997): »Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland«. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2: 59-73.
- Ermann, M.; Feidel, R.; Waldvogel, B. (2001): *Behandlungserfolge in der Psychotherapie*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Ermann, M. (2005): *Träume und Träumen*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Heisig, D. (2001): »Wandlungsprozesse durch die therapeutische Beziehung«. *Analytische Psychologie*, 32: 230-251.
- Hill, C. E. (1996): *Working with dreams in psychotherapy*. New York, Guildford Press.
- Junghan, M. (2002): »Die Anwendung der Strukturachse der OPD in der Analytischen Psychologie«. In: Rudolf, G.; Grande, T.; Henningsen, P. (Hrsg.): *Die Struktur der Persönlichkeit*. Stuttgart, Schattauer: 90-114.
- Keller, W.; Dilg, R.; Westhoff, G.; Rohner, R.; Studt, H. H. und die Arbeitsgruppe in der Analytischen Psychologie (1997): »Zur Wirksamkeit ambulanter jungianischer Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestiche Studie«. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Stuhr, U. (Hrsg.): *Psychoanalysen im Rückblick – Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamnestiche Forschung*. Gießen, Psychosozial: 432-454.
- Keller, W.; Dilg, R.; Westhoff, G.; Rohner, R.; Studt, H. H. (2001): »Wirksamkeit und Kosten-Nutzenaspekte ambulanter (jungianischer) Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestiche Studie«. In: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. (Hrsg.): *Langzeit-Psychotherapie: Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart, Kohlhammer: 343-355.
- Kleeberg, A.; Schreiber, S.; Schwinger, T. (2003): »Symbole als Ausdruck der therapeutischen Beziehung. Eine empirische Untersuchung zur Schattensymbolik in einer jungianischen Psychotherapie«. *Analytische Psychologie*, 34: 266-297.

- Krapp, M. (1997): »Pictorial-hermeneutic, qualitative methods«. In: Mattoon, M. A. (Hrsg.): *Open questions in Analytical Psychology*. Einsiedeln, Daimon: 581-586.
- Matta da, M. (2006): *The use of sandplay therapy in the treatment of children with obsessive-compulsive disorder*. Dissertation, Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo.
- Mattanza, G.; Jakobsen, T.; Hurt, J. (2006): »Jung'sche Psychotherapie ist effizient«. In: Mattanza, G.; Meier, I.; Schlegel, M.: *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie*. Basel, Karger: 38-82.
- Lambert, M. J. (Hrsg.) (2004): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change 5*. New York, Wiley.
- Morrison, K. H.; Bradley, R.; Westen, D. (2003): »The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: a naturalistic study«. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76: 109-132.
- Muller, M. (2001): *A psychosomatic study of patients with vitiligo from an analytical approach*. PhD thesis in Clinical Psychology, Pontificia Universidade Católica de São Paulo.
- Roesler, C. (2010): *Analytische Psychologie heute. Der aktuelle Stand der Forschung zur Psychologie C. G. Jung's*. Basel/Freiburg, Karger.
- Rubin, S. I.; Powers, N. (2005): »Analyzing the San Francisco Psychotherapy Research Project«. Projektbericht, San Francisco, <http://www.sirseth.net/doc/SFresearch.pdf>, Zugriff: 9.11. 2009.
- Rudolf, G.; Dilg, R.; Grande, T.; Jakobsen, T.; Keller, W.; Krawietz, B.; Langer, M.; Stehle, S.; Oberbracht, C. (2004): »Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: die Praxisstudie analytische Langzeittherapie«. In: Gerlach, A.; Schlösser, A.; Springer, A. (Hrsg.): *Psychoanalyse des Glaubens*. Gießen, Psychosozial: 515-528.
- Tavares, M. L. (2002): *The patient's psyche in cancer terminal phase*. Dissertation, Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo.
- Tschuschke, V. (2007): »Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz«, www.psychotherapieforschung.ch/downloads/Konzept-PAP-S-2007.pdf, Zugriff: 22.11.2009.
- Westen, D.; Morrison, K. (2001): »A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies«. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 875-899.
- Yoshika, M. L. (2002): *A psychosomatic study of women with polycystic ovary syndrome (PCOS) through sandplay therapy*. Dissertation, Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo.
- Zielke, M. (1993): *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim, Beltz.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Bewertungsmaßstab für klinische Studien gemäß *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (Lambert, 2004)

Abb. 2: SCL-90R-Skalen und globaler Kennwert der Berliner Katamnese studie (Keller et al., 2001, S. 446)

Abb. 3: Mittlere Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage, fünf Jahre vor und nach Therapie (n = 47), p = 0.057

Abb. 4: Mittlere Anzahl Krankenhaustage, ein Jahr vor und ein Jahr nach der Therapie, p = 0.037 (Keller et al., 2001, S. 445f.)

Abb. 5: VEV-Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Vergleich Katamnese (n = 111) mit stationärer VT-1-Jahres Katamnese (n = 142), (Zielke, 1993, S. 218)