

Nachhaltigkeit Ambulanter Systemischer Therapie - Eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz

Grünwald, Hugo Stephan
Hochschule für Angewandte Psychologie HAP, CH-8032 Zürich

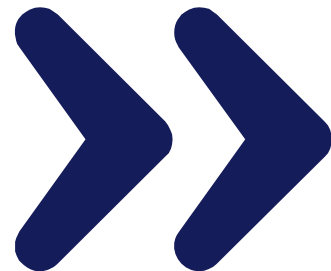
Stöcklin, Markus
Hochschule für Angewandte Psychologie HAP, CH-8032 Zürich

von Massenbach, Kai
Orgalife, CH-8451 Kleinandelfingen

Schlüsselworte zum Inhalt: Katamnese, Wirksamkeitsstudie, Systemtherapie, Qualitätssicherung, Nachhaltigkeit

Druckkorrekturen an:

Prof. Dr. Hugo S. Grünwald
Hochschule für Angewandte Psychologie HAP
Minervastrasse 30, Postfach
CH-8032 Zürich
hgruenwald@hapzh.ch



HAP

Hochschule für Angewandte Psychologie

Minervastrasse 30, Postfach, CH-8032 Zürich, Telefon +41 (0)44 268 33 10
Fax +41 (0)44 268 34 39, www.hapzh.ch Zürcher Fachhochschule



Zusammenfassung

In der vorliegenden Effectivness-Studie wird mit einem Prä-Post Design mit Katamnese die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von systemischen Therapien untersucht. In einer Dokumentationsphase von zwei Jahren haben 28 Therapeut/innen 89 systemische Behandlungen, die im Mehrpersonen-Setting durchgeführt wurden, dokumentiert. Ein Jahr nach Abschluss der Dokumentationsphase wird eine Nachbefragung bei den Patient/innen durchgeführt. Bei den Patient/innen handelt es sich um eine gemischte Population aus der Grundversorgung. Die Behandlungen sind mit durchschnittlich 10 Sitzungen, verteilt über 40 Wochen, insgesamt als Kurzzeit-Therapien einzuschätzen. In dieser kurzen Behandlungsdauer werden gute Effekte erzielt. Die Veränderung der Symptombelastung in der Katamnesegruppe erreicht in den Dimensionen des SCL-90-R mittlere bis hohe Effektstärken. Im Maß der mittleren Beschwerden (GSI von SCL-90-R) können 30.6% der Patient/innen als geheilt und 58.4% als geheilt oder verbessert beurteilt werden [1-3].

Effectiveness of Ambulant System Therapy – a Multicenter Studie in the German speaking Part of Switzerland

The present paper describes an effectiveness-study to analyze the effectiveness of system therapeutic treatments. In the documentation phase of two years 28 therapists documented 89 systemic therapies, that have been conducted in a multi person setting. One year after the end of the documentation phase a catamnesis was included to investigate the sustainability of the effects. The patients represent a general population of health care takers. With an average duration of 10 appointments over 40 weeks these treatments can be judged as brief psychotherapy. Good results have been achieved within this short period of treatment and sustained through the date of the catamnesis. The reduction of symptoms reached middle to high effectsizes in the dimensions of the SCL-90-R. Regarding the global severity index (GSI of SCL-90-R) 30.6% of the patients can be considered as cured and 58.4% as cured or improved.

Keywords: catamnesis, system therapy, effectiveness, quality assurance, sustainability

Einleitung

Das 1998 in der Schweiz in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) verlangt die Überprüfung der Wirksamkeit von medizinischen Leistungen. Die Erbringer von Leistungen im Gesundheitswesen sind damit aufgefordert die Qualität ihrer Leistungen zu sichern. Neben diesen gesetzlichen Rahmenbedingungen sind ökonomische Gründe ausschlaggebend, daß ein Ansteigen von Qualitätssicherungsbemühungen bei medizinischen und psychotherapeutischen Leistungserbringern festzustellen ist.

Die Psychotherapiemethoden, die für sich in Anspruch nehmen, zur Behandlung von psychischen Störungen wirksam zu sein, sind aufgefordert, Wirksamkeitsbelege zu liefern. Die systemische Therapie ist ein wichtiger Bestandteil psychiatrisch/psychotherapeutischer Praxis in der Schweiz. Trotz dieses hohen Verbreitungsgrades systemischer Praxis hat es bislang noch wenig breit angelegte Praxisstudien gegeben, die als primäres Ziel hatten, unter naturalistischen Bedingungen die Wirksamkeit für systemische Therapie zu untersuchen.



Zwischen den Vertretern der systemischen Ausrichtung herrscht eine uneinheitliche Auffassung, wie Wirksamkeitsforschung betrieben werden sollte. Der Hauptunterschied der verschiedenen Auffassungen besteht darin, ob im Sinne der „positivistisch ausgerichteten“ Wissenschaftslogik geforscht werden soll oder nicht. Immer wieder wird angemahnt, daß die lineare Ursache-Wirkungslogik der Komplexität der systemischen Theorie nicht gerecht werden kann. Alternative Forschungszugänge wie das Gewichten von Einzelfallanalysen oder mehr hermeneutisch verstehende Zugänge im Sinne einer qualitativen Forschung werden zwar versucht, haben aber nicht die Aussagekraft und die Zuschreibung von empirischen Wirksamkeitsbelegen, die der positivistischen Wissenschaftslogik entsprechen [4-9].

Zur Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapiemethoden werden zwei methodische Grundrichtungen unterschieden [10,11]:

- Efficacy-Studien sind vor allem gekennzeichnet durch Vorliegen von Kontrollgruppen, Randomisierung, und das Einhalten von Behandlungsmanualen im Sinne der Behandlungsintegrität mit einer spezifischen Methode. Die Stärke der Efficacy-Studie ist die hohe interne Validität. Bei den Efficacy-Studien sind die Gleichhaltung der äußeren Bedingungen ein Qualitätskriterium (Kriterium der Homogenität).
- Effectivness-Studien sind im Gegensatz zu Efficacy-Studien gekennzeichnet durch natürliche Praxisbedingungen, keine Randomisierung von Störungsbildern, klinische Alltagsrealität, breite Streuung von Therapeut/innenvariablen in der Grundversorgung. Die Stärke der Effectivness-Studie ist die hohe ökologische oder externe Validität. Bei den Effectivness-Studien ist ein möglichst unverfälschtes, natürliches Setting als relevantes Qualitätskriterium zu sehen. Die Untersuchung sollte im Rahmen von Grundversorgungsinstitutionen stattfinden, mit einer breiten Streuung von unselektionierten Patient/innen, unterschiedlichen Therapeut/innen und Praxissituationen unter Alltagsbedingungen (Kriterium der Heterogenität).

Um den Anforderungen der empirischen Forschung einerseits und der Nähe zur ambulanten psychotherapeutischen Praxis andererseits gerecht zu werden, haben wir uns für eine einfache Wirksamkeitsanalyse ohne Kontrollgruppe im Sinne einer Effectivness-Studie entschieden [10,12-14].

Mit diesem Vorgehen werden auch die mit Effizienzstudien verbundenen Schwierigkeiten vermieden. Die ethischen Probleme der zufälligen Zuweisung fallen weg und der ökonomische Aufwand ist geringer, was die Durchführung der Untersuchung erleichtert [15].

Schiepek 1999 [5] stellt insgesamt 22 Studien vor, die Systemische Therapie generell auf Wirksamkeit im Sinne von nicht kontrollierten Studien untersuchen. In diesen 22 nicht kontrollierten Studien sind aber nur 4 Studien, die annähernd den methodischen Standards (Prä-Post Design, Multidimensionalität, verschiedene Auswertungsarten, klare Angaben von Therapeut/innendaten, Klientendaten etc.) entsprechen. Die meisten der aufgeführten Studien sind reine Katamnesestudien.



Methode

Untersucht werden systemische Behandlungen im Mehrpersonen-Setting. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit ein Fall Eingang in die Studie findet:

- Es liegt ein Psychotherapieauftrag vor
- Es werden zwei oder mehr Personen behandelt
- Es kann ein IP (identifizierte Patient/in) bestimmt werden, der mindestens 14 Jahre alt ist

Von der Studie ausgeschlossen werden folgende Fälle:

- Es handelt sich um eine Einzeltherapie
- Es kann kein IP bestimmt werden
- Es handelt sich nicht um eine Therapie (sondern um eine Abklärung, ein Gutachten etc.)
- Der IP ist jünger als 14 Jahre alt (der SCL-90-R ist für diese Altersklasse nicht normiert [16,17])
- Die Klienten sind mit der Verwendung der Daten nicht einverstanden

Die Falldokumentation erfolgt mit standardisierten Instrumenten nach einem vorgegebenen Ablaufschema. Um trotz der dezentralen Erhebung eine Fallselektion ausschließen zu können müssen alle Fälle, die in die Studie einfließen, bei Therapiebeginn der Studienleitung gemeldet werden [1].

Zur Beschreibung der Patient/innen wird von den Therapeut/innen eine Basisdokumentation erstellt. Zur Messung der Wirksamkeit werden der SCL-90-R und die Familienbögen (FB) [18] eingesetzt, die sowohl von den Patient/innen (IP) als auch von den Systemmitgliedern (SY) auszufüllen sind. Diese Erhebung erfolgt zu Beginn der Therapie, spätestens vor der vierten Sitzung und am Ende der Behandlung, nach der letzten Sitzung. Die Beurteilung der Therapeut/innen wird über die Diagnose nach ICD-10 und Beurteilungsskalen sowohl bei Beginn als auch beim Abschluß der Behandlung eingeholt. Die ICD Diagnosen wurden aufgrund der Praktikabilität in der Praxisstudie nicht überprüft. Die nicht überprüften ICD Diagnosen stellen ein Problem dar. Bei der Entscheidung wurde der ökologischen Validität des Praxisalltags gegenüber der Interraterreliabilität der Vorzug gegeben. Die Vertrauenswürdigkeit der Diagnosen ist über die Praxiszulassung der Therapeut/innen weitgehend gesichert. Folgende Skalen werden eingesetzt:

- Klinisches Urteil, CGI
- Funktionsniveau, GAF
- Funktionsniveau der Beziehungen, GARF



		Beginn der Therapie	Abschluss der Therapie	Katamnese
Fremd- einschätzung	nur IP	<ul style="list-style-type: none"> - Bado Eintritt - Diagnose (ICD-10) - CGI, GAF und GARF 	<ul style="list-style-type: none"> - Bado Austritt - Diagnose (ICD-10) - CGI, GAF und GARF 	
	IP Und SY	<ul style="list-style-type: none"> - SCL-90-R - FB 	<ul style="list-style-type: none"> - SCL-90-R - FB - ZUF8/K (Pati- ent/innenzufriedenheit) 	
Selbsteinschätzung	Nur IP		<ul style="list-style-type: none"> - VEV 	<ul style="list-style-type: none"> - SCL-90-R - FB - SF-36 - FVP - Bado (Selbstauss- kunft)

**Tabelle 1: Aufbau der Falldokumentation:
Indikatoren und Untersuchungsverfahren der Ergebnisqualität**

Für die Untersuchung der Nachhaltigkeit wird eine Katamnesebefragung bei den identifizierten Patienten durchgeführt. In der Nachbefragung werden der SCL-90-R und die Familienbögen (FB) erneut eingesetzt. Zusätzlich wird der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Nachbefragung mit dem SF36 [19] beurteilt und Angaben über die Lebenssituation seit Abschluss der Therapie erhoben. Des Weiteren wird ein selbst entwickelter „Fragebogen zur Veränderung bei Psychotherapie“ (FVP) eingesetzt, in dem die Patient/innen Attributionen über die subjektiv erlebte Veränderung angeben.

Die Erhebungszeitpunkte ergeben sich aus dem Behandlungsverlauf und der Entscheidung, eine Katamnese durchzuführen. Die Erhebung der Prä-Post-Untersuchung ist im ersten EAST Bericht ausführlich beschrieben. Die Befragung für die Katamnese wurde im April 2002 durchgeführt (Tab. 2).



Projektphase	Zeitpunkt
Start der Dokumentation von Therapien: Prä-Messung spätestens vor der 4. Sitzung	Oktober 1998
Post-Messung nach der letzter Sitzung (Abschluss)	
Ende der Dokumentationsphase:	Dezember 2000
Katamnese Befragung:	April 2002

Tabelle 2: Zeitraum der Befragungen

Durch dieses Vorgehen ergeben sich unterschiedliche Abstände zwischen dem Therapieabschluss und der Nachbefragung.

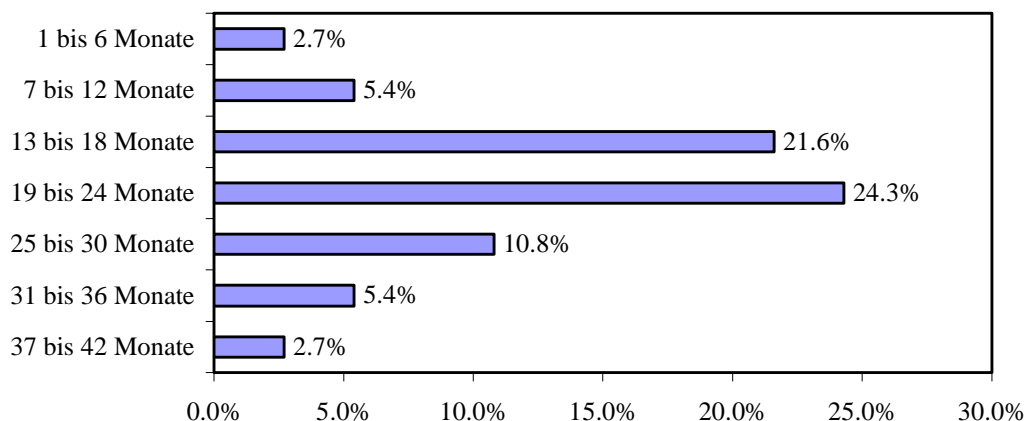


Abbildung 1: Dauer in Monaten seit Therapieabschluss¹

Drei Behandlungen (8.1%) wurden in den letzten 12 Monaten vor der Katamneseerhebung abgeschlossen. Die meisten Katamnesen (17) wurden zwischen 13 bis 24 Monaten (45.9%) nach Abschluss der Behandlung durchgeführt. Für vier Behandlungen liegt der Therapieabschluss zwischen 25 bis 30 Monate zurück (10.8%). Bei weiteren vier Behandlungen ist der Zeitraum zwischen Abschluss und Nachbefragung länger als 31 Monate (Abb. 1).

Der größte Teil (90%) der Therapeut/innen rekrutiert sich aus der Schweizerischen Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung (SGS). Die Mitgliedschaft der SGS wird erworben durch das Einreichen eines entsprechenden Dossiers mit Qualifikationsbelegen zur Ausübung der systemischen Therapie. Einzelne Therapeut/innen die an der Untersuchung teilnehmen sind über Gemeinschaftspraxen oder Zentren in die Studie eingestiegen und sind nicht persönlich Mitglied der SGS. Diese Therapeut/innen sind vom

¹ Die Dauer seit Therapieabschluss wird von den Patient/innen eingeschätzt. Ein/e Patient/in schätzt die Dauer auf 48 Monate ein. Diese Einschätzung kann nicht stimmen, und wird daher nicht dargestellt.



jeweiligen Zentrumsleiter benannt worden und von diesem als Systemtherapeut/innen qualifiziert, was ihnen die Teilnahme an dieser Studie ermöglicht (weniger als 10 % der Therapeut/innen).

Die Zentren weisen den Therapeut/innen ein Kontingent von zu dokumentierenden Fällen zu. Die Therapeut/innen müssen alle Patient/innen von denen sie konsultiert werden melden, bis sie die ihnen zugewiesene Anzahl Fälle dokumentiert haben.

Ergebnisse

Von den 103 gemeldeten Fällen gehen 89 Falldokumentationen ein. Das entspricht einem Rücklauf von 86.4%. Von diesen Falldokumentationen können 81 (91%) ausgewertet werden.

Aus den 89 dokumentierten Therapien wurden die 63 erreichbaren Patient/innen zur Katamnese angefragt. Aus dieser Anfrage gehen 36 auswertbare Antworten ein (57.1%).

Alle Therapeut/innen sind Schweizer Bürger und 92.9% haben Deutsch als Muttersprache. 19 der 28 Therapeut/innen sind Männer, was mit 67.9% deutlich mehr als die Hälfte ist. Die Therapeut/innen sind zwischen 33 und 60 Jahre alt. Als Grundausbildung hat die Mehrheit der Therapeut/innen Medizin (39,3%) oder Psychologie studiert (25%). Die Gruppe der Therapeut/innen, die aus dem Bereich der Sozialarbeit stammt ist mit 21.4% fast ebenso groß, wie die Gruppe der Psychologen (Tab. 3).

Zwei Nennungen möglich	Anzahl Nennungen	Anteil % ²
Psychologiestudium	7	25.0
Medizinstudium	11	39.3
anderes Hochschulstudium	2	7.1
Schule für Sozialarbeit	6	21.4
andere	3	10.7
Total	26	92.9

Tabelle 3: Abgeschlossene Grundausbildung

Patient/innenmerkmale: Die in der Studie vertretenen Patient/innen sind bezüglich der Merkmale Alter und Geschlecht breit gestreut. Die Patient/innen sind im Durchschnitt 37 Jahre alt. Die jüngste Patient/in ist 14 die älteste 72 Jahre alt. Männer und Frauen sind zu je 50% in der Stichprobe vertreten. Die größte Gruppe der Patient/innen (36%) hat eine Berufslehre abgeschlossen, weitere 25% haben eine Ausbildung an einer Universität oder Fachhochschule vollendet. Rund 20% der Patient/innen verfügt über keine oder eine geringe berufliche Ausbildung (Tab. 4 und 5).

² Es sind zwei Nennungen möglich. Die Anteile berechnen sich mit der Basis 28 (Alle Therapeut/innen).



	Anzahl	Anteil %	Anteil % der gültigen Werte
Fachhochschulreife	6	6.7	7.1
Matura/Abitur	26	29.2	30.6
Noch in Schule	6	6.7	7.1
Primarschule/Hauptschule	15	16.9	17.6
Sekundarschule/mittlere Reife	32	36.0	37.6
Total	85	95.5	100.0
Keine Angabe	4	4.5	
Total	89	100.0	

Table 4: Höchste Schulbildung der Patient/innen

	Anzahl	Anteil %	Anteil % der gültigen Werte
Anlehre	5	5.6	6.1
Fachhochschule	8	9.0	9.8
Höhere Berufsschule	4	4.5	4.9
Keine	10	11.2	12.2
Lehre/Berufsschule	32	36.0	39.0
Meisterprüfung	4	4.5	4.9
Noch in Erstberufsausbildung	2	2.2	2.4
Universität	15	16.9	18.3
Andere	2	2.2	2.4
Total	82	92.1	100.0
Keine Angabe	7	7.9	
Total	89	100.0	

Table 5: Höchste Berufsausbildung der Patient/innen

Diagnosen und Behandlungsverläufe: Insgesamt sind alle Diagnosekategorien von F1 bis F9 vertreten. Hauptgewicht haben die Diagnosekategorien F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) mit 46% und F3 (affektive Störungen) mit 24% der Fälle, was in einer ambulanten Studie zu erwarten ist (Tab. 6). In kleinerem Ausmaß wurde auch die Diagnose Essstörungen (3), Persönlichkeitsstörungen (4) und Störungen durch psychotrope Substanzen (4) gestellt.

Innerhalb der Kategorien F3 und F4 ergaben sich bei zwei Störungsgruppen eine leichte Häufung (Tab. 7), nämlich F32 (einfache depressive Episode, 16%) und F43 (Anpassungsstörung, Belastungsreaktion,



28%). Weiter werden folgende Hauptdiagnosen gestellt: phobische Störung (3), Angststörung (3), somatoforme Störung (2), sowie andere neurotische Störungen F48 (6).

	Anzahl	Anteil %	Anteil % der gültigen Werte
F1: Verhaltensstörungen durch Psychotrope Substanzen	4	4.5	4.8
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	2	2.2	2.4
F3: Affektive Störungen	20	22.5	24.1
F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	38	42.7	45.8
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	3	3.4	3.6
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4	4.5	4.8
F7: Intelligenzminderung	1	1.1	1.2
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3	3.4	3.6
Z6: Probleme im sozialen Umfeld und den Lebensumständen	8	9.0	9.6
Total	83	93.3	100.0
Keine Angabe	6	6.7	
Total	89	100.0	

Tabelle 6: Hauptdiagnose bei Beginn



	Anzahl	Anteil %	Anteil % der gültigen Werte
F32: Depressive Episode	13	14.6	15.7
F33: Rezidivierende depressive Episode	6	6.7	7.2
F34: Anhaltende affektive Störung	1	1.1	1.2
F40: Phobische Störung	3	3.4	3.6
F41: Andere Angststörung	3	3.4	3.6
F42: Zwangsstörung	1	1.1	1.2
F43: Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	23	25.8	27.7
F45: Somatoforme Störungen	2	2.2	2.4
F48: Andere neurotische Störungen	6	6.7	7.2
Total	58	65.2	69.9

Tabelle 7: Hauptdiagnose bei Beginn: Die wichtigsten Diagnose-Gruppen

Die meisten Therapien werden auf eigene Initiative der Patient/innen begonnen (84.2%). Bei einer Behandlung handelt es sich um einen Notfall, alle anderen Behandlungen können im Standard-Aufnahmemodus begonnen werden. Bei Abschluß der Therapien werden alle Behandlungen als ambulante Psychotherapie eingestuft, bis auf eine Behandlung, in der eine kombinierte Behandlung stationär-ambulante durchgeführt wurde.

Bei rund 90% der Patient/innen handelt es sich bei der aktuellen Behandlung um die erste Aufnahme im Zentrum bzw. in der Praxisgemeinschaft. Knapp 30% werden vom Hausarzt überwiesen. Bei 13.5% der Patient/innen wird begleitend eine somatische Behandlung durchgeführt. Das häufigste Setting ist die Paartherapie (78,7%).

Das methodische Vorgehen innerhalb der Behandlungen wird von den Therapeut/innen vor allem als interaktionell, strukturell-strategisch [20-22] (42.9%) und konstruktivistisch [23] (38.1%) beschrieben. Ebenfalls häufige methodische Ausrichtungen der Therapien sind Wachstum-Prozessorientierte [24] (25%), Lernorientierte [25] (17.9%) und gemischte Vorgehensweisen (21.4%). Selten ist die geschichtlich / analytische Ausrichtung [26] (2.4%).

Psychopharmaka wurden in 14 der 89 Therapien eingesetzt (15.7%). Bei den meisten Therapien haben sich keine Komplikationen ereignet (86.5%). In einem Fall wird von einem Suizidversuch berichtet. Die meisten Therapien werden regulär abgeschlossen (70.8%), bei weiteren 6.7% wird die Falldokumentation vorzeitig abgeschlossen, damit der Fall in die Studie aufgenommen werden kann. 15 Patient/innen entscheiden sich, die Therapie abzubrechen (16.9%) und weitere 4 entscheiden sich für einen Therapieunterbruch (4.5%). Die Patient/innen, welche die Therapie abbrechen oder unterbrechen, unterscheiden sich in den soziodemographischen Variablen und der Belastung bei Therapiebeginn nicht von denen, die regulär abschliessen.



Die Therapien umfassen im Durchschnitt knapp 11 Therapiesitzungen und erstrecken sich über fast 40 Wochen. Neben diesen niedrigen Durchschnittswerten fällt die große Streuung auf. Die kürzeste Therapie umfaßt nur zwei Sitzungen, die längste Behandlung erstreckt sich über die gesamte Projektlaufzeit (Tab. 8).

	N	Min	Max	Mittelwert	SD
Behandlungsdauer in Wochen	85	2	126.0	39.6	30.1
Anzahl Therapiesitzungen	75	2	41.0	10.9	8.0
Anzahl verrechnete Therapiestunden	88	1	34.0	9.7	7.4

Table 8: Behandlungsdauer

Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Behandlungen: Die Veränderungen werden einerseits qualitativ anhand der Veränderung der Lebensumstände beschrieben, aber auch quantitativ bewertet. Die quantitative Bewertung stützt sich einerseits auf die Beurteilung durch die Therapeut/innen und andererseits auf die Ergebnisse der Selbsteinschätzung. Die Fremdeinschätzungen durch die Therapeut/innen liegen nur für die Prä-Post Untersuchung vor [1,2] und werden hier nicht weiter besprochen. Aufgrund der starken Reduktion der Stichprobe bis zur Katamnese wird auch ein möglicher Selektionseffekt untersucht.

Selektionseffekt: Die Patienten der Katamnesegruppe haben im Durchschnitt eine deutlich längere Behandlung mit deutlich mehr Sitzungen hinter sich als die nicht antwortenden Patient/innen (Unterschiede auf dem 1% Niveau signifikant, Abb. 2).

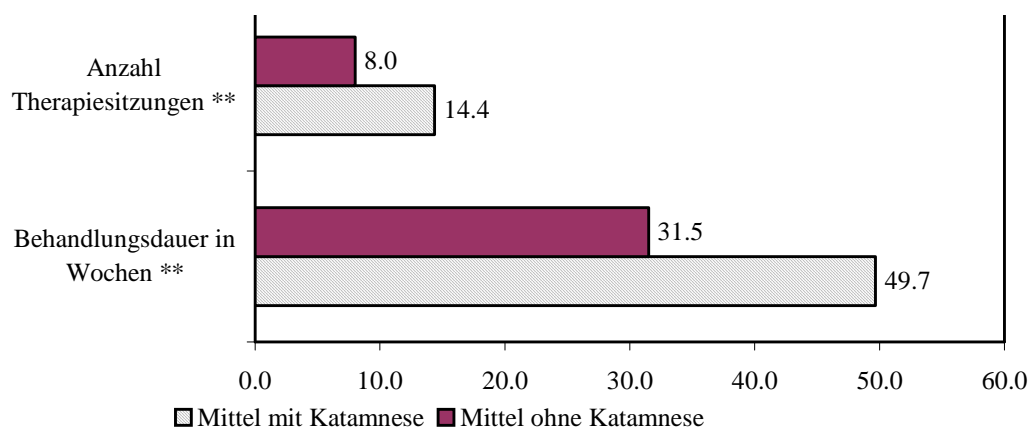


Abbildung 2: Unterschiede in der Behandlungsdauer der Gruppen

Die Katamnesegruppe wird im Durchschnitt während 49.7 Wochen mit 14.4 Sitzungen länger und mehr behandelt als die Patient/innen, die sich nicht an der Nachbefragung beteiligen. Die Therapien der nicht antwortenden Patient/innen wurden durchschnittlich nach 31.5 Wochen mit 8 Sitzungen abgeschlossen (Abb. 2).



Bei den Skalen des SCL-R90 zeigt sich, dass die Gruppe, die für die Katamnese erreicht werden kann, in der Prä-Befragung höhere Werte erreicht als die Gruppe, die für die Katamnese nicht erreicht werden kann. Signifikant werden diese Unterschiede aber nur in den Skalen Ängstlichkeit und phobische Angst. Nur in den Skalen Aggressivität und paranoides Denken haben die Patient/innen ohne Katamnese bei Therapiebeginn leicht höhere Werte. Insgesamt hat die Katamnesegruppe bei Therapiebeginn eine höhere Symptombelastung.

Bei den Familienbogen zeigt sich, dass die Patient/innen, die in der Katamnesegruppe sind, bei Therapiebeginn in allen Skalen deutlich (signifikant) niedrigere Werte hatten als die Patient/innen, die nicht in der Katamnese vertreten sind (Tab. 9). Dabei ist zu beachten, dass alle Patient/innen, die sich getrennt haben, in der Gruppe ohne Katamnese sind.

z-Werte Prä-Messung	Mittel mit Katamnese	Mittel ohne Katamnese	p	sig
Aufgabenerfüllung	0.8	1.4	0.041	*
Rollenverhalten	0.7	1.7	0.003	**
Kommunikation	0.8	1.7	0.009	**
Emotionalität	0.6	1.6	0.018	*
Beziehungsaufnahme	0.9	2.2	0.001	**
Kontrolle	0.2	1.5	0.000	***
Übereinst. Werte u. Normen	0.9	1.7	0.002	**

Table 9: Vergleich Katamnesegruppe und nicht erreichbare Patient/innen (FB)

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Behandlung bei Behandlungsende zeigen sich keine Unterschiede zwischen der Katamnesegruppe und den nicht antwortenden Patienten. Beide Gruppen geben bei Abschluss der Behandlungen eine durchschnittliche Zufriedenheit von 5.8 an (5 entspricht „mittel zufrieden“ und 6 entspricht „ziemlich zufrieden“).

Lebensveränderung: Betrachtet man die Veränderungen in den Lebensumständen, so stehen die Bereiche Beziehung, Wohnen und Arbeit im Vordergrund.



Lebensveränderung	Bei Therapieabschluss	Bei Nachbefragung
Trennung	13.5%	8.3%
Scheidung	4.5%	8.3%
Wieder mit ihrem Partner zusammen	2.2%	5.6%
Neue Partnerschaft eingegangen	2.2%	5.6%
Beziehungssituation unverändert	71.9%	69.4%
Lebt neuerdings allein	13.5%	8.3%
Lebt wieder mit dem Partner	2.2%	2.8%
Mit einem Partner zusammengezogen	2.2%	5.6%
Wohnsituation unverändert	74.2%	58.3%

Table 10: Lebensveränderungen bei Therapieabschluss und bis zur Nachbefragung

Die Veränderungen im Bereich der Beziehungen und des Wohnens sind sowohl von Beginn der Therapie bis zum Abschluss als auch in der Zeit bis zur Nachbefragung sehr ähnlich. Die häufigste Veränderung in den Beziehungen ist die Trennung oder Scheidung. Einige Patient/innen sind wieder mit ihrem Partner zusammen oder sind eine neue Partnerschaft eingegangen. Bei den meisten Patient/innen bleibt die Beziehungssituation jedoch unverändert (Tab. 10).

Von den 9 Patient/innen, die zu Beginn der Therapie zu 80-100% arbeitsunfähig waren, sind bei Abschluß der Therapie 7 wieder arbeitsfähig (77.8%). Bei der Nachbefragung geben 16.7% der Patient/innen an, dass sie die Arbeitszeit erhöht haben und 2.8% sagen, dass sie die Arbeitszeit reduziert haben.

Ergebnisse der Selbstbeurteilung in der Symptombelastung: Um die Nachhaltigkeit zu beurteilen, werden die Werte der Katamnese-Stichprobe zu allen drei Erhebungszeitpunkten verglichen.

Mit z-Werten von 3.3 (Depressivität) und 3.5 (Ängstlichkeit) haben die Patient/innen der Katamnese-Gruppe bei Therapiebeginn Werte, die deutlich über denen der Normstichprobe liegen. Mit einer mittleren Belastung (GSI) von 3.4 bringen die Patient/innen insgesamt hohe Belastungen mit. Auch nach der Behandlung sind die Werte noch höher als in einer gesunden Population, aber sie sind wesentlich niedriger als zu Beginn der Therapie. Nach der Konvention von Cohen [27] entspricht eine Effektstärke (ES) ≥ 0.2 einem kleinen, eine ES ≥ 0.5 einem mittleren und eine ES ≥ 0.8 einem grossen Effekt. Die Veränderungen während der Therapie weisen mittlere bis hohe Effektstärken auf und sind in allen Dimensionen signifikant. Nach der Behandlung nimmt die Belastung bis zur Nachbefragung wieder leicht zu. Die Wirkung der Behandlung bleibt aber auf dem Niveau von mittleren bis hohen Effektstärken erhalten. Nur in der Dimension paranoides Denken kann die Verbesserung nicht gehalten werden (Tab. 11).



	Mittelwert (z-Werte)			Effektstärke			Signifikanz		
	Prä (t1)	Post (t2)	Kat. (t3)	t1-t2	t2-t3	t1-t3	t1-t2	t2-t3	t1-t3
Somatisierung	2,1	0,4	1,0	0,60	-0,20	0,41	***	*	**
Zwanghaftigkeit	2,3	0,6	0,9	0,87	-0,14	0,73	***	ns	**
Unsicherheit	2,3	0,6	0,9	0,72	-0,14	0,58	***	ns	**
Depressivität	3,3	0,9	1,3	0,94	-0,16	0,78	***	ns	***
Ängstlichkeit	3,5	1,1	1,2	0,71	-0,02	0,69	***	ns	***
Aggressivität	1,8	0,6	0,7	0,61	-0,01	0,60	***	ns	**
Phobische Angst	3,2	0,9	0,9	0,56	0,00	0,56	***	ns	***
Paranoides Denken	1,7	0,4	1,1	0,68	-0,35	0,33	***	**	ns
Psychotizismus	2,4	0,6	1,2	0,73	-0,22	0,51	***	*	**
Mittlere Belastung (GSI)	3,4	1,0	1,4	0,88	-0,15	0,73	***	ns	***
Anzahl Beschwerden (PST)	2,0	0,9	1,1	0,82	-0,17	0,65	***	ns	**
Stärke der Beschwerden (PSDI)	2,4	0,4	0,8	0,95	-0,16	0,79	***	ns	***

Tabelle 11: Veränderungen in der Symptombelastung (SCL-90-R)

Bei der globalen Beurteilung kann es sein, daß einige gut verlaufene Therapien eine Gruppe von schlechten Therapieverläufen verdecken. Mit der Berechnung der klinischen Signifikanz [28] werden die Ergebnisse der einzelnen Therapieverläufe in den Vordergrund gerückt.

Der Gesamtindex (GSI) der Symptomveränderung zeigt einen Wert von 30.6% wirklich geheilten Patient/innen. 27.8% sind verbessert aber noch nicht im Bereich von wirklich geheilt. Das heißt, insgesamt verbessern sich 58.4% der Patient/innen vom Beginn der Therapie bis zum Zeitpunkt der Katamnese (Tab. 12).



Anteil	Geheilt	Verbessert aber noch nicht geheilt	Unverändert	Testneutral	Verschlechtert
Somatisierung	13,9%	22,2%	25,0%	30,6%	8,3%
Zwanghaftigkeit	16,7%	27,8%	33,3%	13,9%	8,3%
Unsicherheit	25,0%	19,4%	27,8%	19,4%	8,3%
Depressivität	19,4%	36,1%	16,7%	13,9%	13,9%
Ängstlichkeit	19,4%	33,3%	19,4%	22,2%	5,6%
Aggressivität	11,1%	22,2%	33,3%	30,6%	2,8%
Phobische Angst	27,8%	13,9%	30,6%	25,0%	2,8%
Paranoides Denken	16,7%	16,7%	27,8%	19,4%	19,4%
Psychotizismus	13,9%	25,0%	33,3%	22,2%	5,6%
Mittlere Belastung (GSI)	30,6%	27,8%	13,9%	19,4%	8,3%

Table 12: Anteil der Patient/innen, die als geheilt, verbessert oder verschlechtert eingestuft werden (Katamnesegruppe zwischen Therapiebeginn und Katamnese)

Ergebnisse der Selbstbeurteilung FB Zweierbeziehung: Die Patient/innen der Katamnesegruppe befinden sich im Vergleich zu einer gesunden Population im Grenzbereich einer gesunden Funktionalität. Die Dysfunktionalität ist aus Sicht der Indexpatient/innen nicht gravierend. Da bei Therapiebeginn nur eine geringe Dysfunktionalität besteht, können in diesem Bereich auch nur geringe Veränderungen erwartet werden. Das Bild bei der Post-Messung zeigt, daß im Bereich der Beziehungen bis zum Ende der Therapie nur leichte Veränderungen zu beobachten sind. Zwischen Therapieabschluss und der Nachbefragung findet im Bereich der Beziehungsdimensionen eine weitere Entlastung statt. Die Veränderungen sind jedoch insgesamt aufgrund der geringen Belastung bei Therapiebeginn mit Ausnahme beim Rollenverhalten nicht signifikant (Tab. 13).



	Mittelwert (z-Werte)			Effektstärke			Signifikanz		
	Prä (t1)	Post (t2)	Kat. (t3)	t1-t2	t2-t3	t1-t3	t1-t2	t2-t3	t1-t3
Aufgabenerfüllung	0,8	0,3	0,4	0,4	-0,1	0,3	ns	ns	ns
Rollenverhalten	0,7	0,2	0,3	0,5	-0,1	0,3	ns	ns	*
Kommunikation	0,8	0,6	0,5	0,3	0,1	0,4	ns	ns	ns
Emotionalität	0,6	0,4	0,3	0,3	0,1	0,4	ns	ns	ns
Beziehungsaufnahme	0,9	0,9	0,6	0,0	0,2	0,2	ns	ns	ns
Kontrolle	0,2	0,3	-0,2	-0,1	0,4	0,3	ns	ns	ns
Übereinst. Werte u. Normen	0,9	1,1	0,9	-0,2	0,2	0,1	ns	ns	ns

Table 13: Veränderungen in den Familienbogen Zweierbeziehung (FBZ)

Gesundheitszustand nach Therapieabschluss (SF-36): Als Vergleich für die Ergebnisse des SF-36 wird die gesunde Normpopulation herangezogen [19]. Für drei Skalen ergeben sich positive z-Werte, was bedeutet, dass die Werte der Katamnese-Gruppe höher sind als die der Normpopulation (Tab. 14). Dies weist auf eine gute Lebensqualität in den Skalen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Schmerzen und allgemeine Gesundheit hin. Der Unterschied ist jedoch nur für die allgemeine Gesundheit signifikant. In allen anderen Skalen weisen die Katamnese-Ergebnisse auf eine leicht schlechtere Lebensqualität hin. Nur für die Skalen Vitalität, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden sind die Werte signifikant. Allgemein zeigt sich, dass die körperbezogenen Skalen (Funktionsfähigkeit, Schmerzen und allg. Gesundheit) eher höhere Werte erreichen als die Skalen der emotionalen und sozialen Bereiche.

	Mittel Kat.	Mittel Normpop.	Z-Wert	+/-	Sig
Körperliche Funktionsfähigkeit	86.08	83.81	0.096	+	ns
Körperliche Rollenfunktion	75.00	81.24	-0.18	-	ns
Körperliche Schmerzen	78.16	77.15	0.036	+	ns
Allgemeine Gesundheit	74.28	66.21	0.383	+	*
Vitalität	54.58	61.79	-0.36	-	*
Soziale Funktionsfähigkeit	82.99	87.67	-0.24	-	ns
Emotionale Rollenfunktion	76.58	88.22	-0.41	-	*
Psychisches Wohlbefinden	66.78	72.81	-0.35	-	*

Table 14: Gesundheitszustand zur Zeit der Nachbefragung SF36



Körperlich sind die Patient/innen recht fit. Sozial und emotional liegen die Patient/innen in einem Bereich, der leicht unter dem Durchschnitt liegt.

Attribution der Veränderung der Lebensqualität: Mit dem „Fragebogen zur Veränderung bei Psychotherapie“ (FVP) wird untersucht, auf welche Faktoren die Patienten die Veränderungen in der Lebensqualität zurückführen. In einer ersten Frage wird jeweils die Veränderung in einem Bereich eingeschätzt. Diese eingeschätzte Veränderung wird in den Folgefragen mit möglichen Einflussfaktoren in Verbindung gebracht. Als Einflüsse werden unterschieden: der Patient / die Patientin selbst, die Umgebung des Patienten / der Patientin und die Psychotherapie.

Die meisten Patient/innen schätzen ihre Lebensqualität in den drei Bereichen besser ein (Tab. 15). In allen Dimensionen (körperliche Befindlichkeit, emotionale Befindlichkeit und wichtigste Beziehungen) sehen die Patient/innen in erster Linie sich selbst als Verantwortliche für die Verbesserung und an zweiter Stelle die zurückliegende Psychotherapie. Die Patient/innen, die im Bereich der wichtigsten Beziehungen eine Verschlechterung empfinden, machen in diesem Bereich eine leicht andere Ursachenzuschreibung. Wie die anderen sehen sie ihren eigenen Einfluss an erster Stelle. Der Therapie schreiben sie hingegen nur einen kleinen Einfluss auf die Verschlechterung zu. Der Einfluss des Umfeldes wird leicht höher eingeschätzt als bei den Verbesserungen.

	Stark besser	Wenig besser	Etwa gleich	Wenig schlechter	Stark schlechter
Veränderung körperliche Befindlichkeit	40,5%	37,8%	16,2%	2,7%	2,7%
Veränderung seelische Befindlichkeit	41,7%	38,9%	16,7%	2,8%	0,0%
Veränderung Zufriedenheit mit den wichtigsten Beziehungen	37,8%	35,1%	16,2%	2,7%	8,1%

Tabelle 15: *Subjektive Einschätzung der Veränderung der Lebensqualität seit Therapieende*

Einfluss der Trennung auf den Therapieerfolg: Die Patient/innen in der Katamnesegruppe haben im Vergleich zu der ursprünglichen Stichprobe eine höhere Symptombelastung und eine niedrigere Disfunktionalität in den Beziehungsdimensionen. Gleichzeitig hat sich ein grosser Teil der Patient/innen, die bei Therapieende neu getrennt oder geschieden waren, nicht an der Katamnese beteiligt. Diese Situation legt es nahe, den Einfluss der Trennung auf den Therapieerfolg näher zu betrachten. Die Ergebnisse der Prä-Post Untersuchung werden in zwei Gruppen gegliedert betrachtet. Der Gruppe Patient/innen mit Trennung werden die 19 Patient/innen zugeordnet, die bei der Postbefragung oder der Nachbefragung angeben, neu getrennt oder geschieden zu sein. Die 70 Patient/innen, die keine Trennung oder Scheidung angeben, werden der Gruppe ohne Trennung zugeordnet.

Im Bereich der Symptombelastungen unterschieden sich die beiden Gruppen bei Therapiebeginn nur unwesentlich. Beim Vergleich der Wirksamkeit der Behandlung zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Patient/innen der Gruppe mit Trennung haben am Ende der Therapie eine leicht höhere Symptombelastung als bei Beginn. Bei den Patient/innen ohne Trennung sinkt die Symptombelastung deutlich. Es werden mittlere bis hohe Effektstärken erzielt und die Veränderungen sind signifikant (Tab. 16).



	ohne Trennung (n=70)				mit Trennung (n=19)			
	Mittel Prä z	Mittel Post z	ES	Sig	Mittel Prä z	Mittel Post z	ES	Sig
Somatisierung	1,6	0,3	0,5	***	1,1	3,4	-1,0	ns
Zwanghaftigkeit	1,9	0,5	0,7	***	1,5	3,0	-0,8	ns
Unsicherheit	2,0	0,6	0,6	***	1,8	3,3	-1,0	ns
Depressivität	2,9	0,9	0,8	***	3,1	3,6	-0,2	ns
Ängstlichkeit	2,7	0,9	0,6	***	2,7	3,9	-0,5	ns
Aggressivität	1,9	0,8	0,5	***	2,5	5,3	-1,2	ns
Phobische Angst	2,2	0,7	0,4	***	1,7	4,7	-1,1	ns
Paranoides Denken	1,9	0,5	0,7	***	1,7	3,4	-0,7	ns
Psychotizismus	2,6	0,8	0,4	**	1,4	4,4	-1,5	ns
Mittlere Belastung (GSI)	3,4	0,9	0,5	***	2,8	4,9	-1,0	ns
Anzahl Beschwerden (PST)	1,7	0,7	0,7	***	1,8	0,5	0,9	**
Stärke der Beschwerden (PSDI)	2,5	0,9	0,5	*	2,1	4,7	-1,8	ns

Tabelle 16: Einfluss einer Trennung auf die Symptomveränderung (SCL-90R)

Im Bereich der Beziehungsdimensionen unterscheiden sich die beiden Gruppen bei Therapiebeginn deutlich. Die Patient/innen, die sich später trennen werden, beginnen die Therapie mit einer deutlich höheren Disfunktionalität in den Beziehungsdimensionen. Die Unterschiede sind in allen Dimensionen signifikant. Der Vergleich der Wirkung zeigt, dass die Therapie bei denen, die sich trennen, die Disfunktionalität nicht abgebaut werden kann, sondern steigt. Die Patient/innen, die sich nicht trennen, können einen Teil der Disfunktionalität in der Beziehung abbauen (Tab. 17).



	ohne Trennung (n=54)				mit Trennung (n=19)			
	Mittel Prä z	Mittel Post z	ES	Sig	Mittel Prä z	Mittel Post z	ES	Sig
Aufgabenerfüllung	1,0	0,5	0,4	ns	2,0	1,8	0,1	ns
Rollenverhalten	1,1	0,6	0,4	**	1,9	2,0	-0,1	ns
Kommunikation	1,1	0,7	0,4	ns	2,3	2,3	0,0	ns
Emotionalität	0,9	0,5	0,3	ns	2,3	2,5	-0,1	ns
Beziehungsaufnahme	1,3	0,9	0,2	ns	3,3	3,7	-0,3	ns
Kontrolle	0,8	0,5	0,2	ns	1,8	2,3	-0,3	ns
Übereinst. Werte u. Normen	1,2	1,3	0,0	ns	2,0	2,1	-0,1	ns

Tabelle 17: Einfluss einer Trennung auf die Beziehungsdimensionen (FB)

Diskussion

Zur Dokumentation: Diese Studie soll ein breites Abbild systemischer ambulanter Praxis in der deutschsprachigen Schweiz geben. Diese Praxisstudie ist bewußt auf Heterogenität in den zu behandelnden Störungsgruppen angelegt. Systemische Therapie im interpersonellen Setting wird bei einem breiten Spektrum von klinischen Störungen angewendet. Gleichzeitig zeigt sich ein Schwerpunkt bei den Diagnosengruppen affektive Störungen und neurotische Belastungsreaktionen (F3-/F4-Gruppen). Diese Häufung von F3 und F4 Diagnosen entspricht dem ambulanten Setting.

Die Rücklaufquote kann mit 86.4% als hoch bewertet werden. Eine Abbruchrate von 16,8 % zeigt, daß eine hohe Compliance erreicht werden konnte. Das deutet darauf hin, dass die Therapeut/innen sich gut in die Situation im System einfühlen können und sich an den Zielen des Systems orientieren. Die starke Reduktion der Stichprobe in der Katamnesebefragung ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Katamnese im ursprünglichen Design nicht geplant war. 24 Fälle konnten nicht weiterverfolgt werden, weil Personen (Therapeut/in oder Patient/in) nicht erreicht werden konnten.

In solchen Praxisstudien besteht eine besondere Schwierigkeit, Behandlungsintegrität zu erfassen und zu kontrollieren. Unser Ansatz berücksichtigt drei verschiedene Ebenen:

- Nur Therapeut/innen, die der Schweizerischen Gesellschaft für Systemische Therapie zugehörig waren, wurden in diese Studie aufgenommen. (Wenige Ausnahmen wurden durch SGS-Mitglieder supervidiert.)
- Die Therapeut/innen mussten in der Therapeut/innen-Basisdokumentation ihren Ausbildungsweg und ihren Ausbildungsstand deklarieren sowie ihre Schwerpunktsetzung im Rahmen des systemischen Arbeitens.
- Die Therapeut/innen mussten auf jeden Fall bezogen deklarieren, mit welchem methodischen Ansatz sie in dieser speziellen Situation (Fragestellung, Setting etc.) gearbeitet hatten.



Eine weitere Überprüfung der Behandlungsintegrität mit zusätzlichen methodischen Aufwendungen wurde in Anbetracht der Komplexität der Praxissituationen nicht durchgeführt. Die vorliegenden Angaben zum Vorgehen in den Behandlungen lassen darauf schließen, daß die Behandlungsintegrität mit den verschiedenen systemischen Ansätzen in den Behandlungen gegeben ist.

Zu den Behandlungen: Aufgrund der Verteilung der soziodemographischen Größen kann gefolgert werden, daß sich eine breite Streuung von Patient/innenmerkmalen in dieser Stichprobe befindet. Eine Selektion im Sinne der YAVIS-Patient/innen (jung, attraktiv, verbal gut kommunizierend, intelligent, hoher sozialer Status) kann ausgeschlossen werden. Damit stellen diese Systemtherapien einen Teil der psychotherapeutischen Grundversorgung dar.

Mit durchschnittlich 10 Sitzungen und einer Dauer von 40 Wochen können diese systemischen Behandlungen als effiziente Therapien beurteilt werden. Systemtherapeutische Praxis ist demnach eine Praxis der Kurzzeit-Therapie. Einerseits ist die Anzahl der Therapiestunden relativ gering, andererseits sind die Zeiträume im mittelfristigen Bereich anzusiedeln.

Zu den Ergebnissen: Die multidimensionale Erfassung und Überprüfung systemisch orientierter, ambulanter Therapie zeigt eine generelle Wirksamkeit dieser Behandlungen. Die erreichten Effekte können nicht durch Zufall oder Spontanremission erklärt werden. Man kann auch festhalten, dass die erreichten Effekte anhalten.

Im Bereich der Veränderungen auf der Beziehungsebene können bei den Patient/innen, die sich nicht trennen, schwache Verbesserungen der Funktionalität beobachtet werden. Die Paare, die sich trennen, treten die Therapie mit einer höheren Disfunktionalität der Beziehung an. Diese Patient/innen können nicht von der Behandlung profitieren. Sie verzeichnen bei Abschluss der Therapie sowohl eine leicht höhere Symptombelastung (ns) als auch einen leichten Anstieg in der Disfunktionalität der Beziehungsdimensionen.

Aufgrund dieser Ergebnisse kann das Ideal systemtherapeutischer, beziehungsstruktureller Veränderungen nach abgeschlossener Therapie vorläufig nicht bestätigt werden. Dieses Ergebnis kann ein Hinweis darauf sein, dass sich die Beziehungen weniger oder langsamer verändern als in der Diskussion des systemischen Ansatzes allgemein angenommen wird. So zeigt sich in einer Katamnese, die 1-9 Jahre nach Abschluss durchgeführt wurde, dass die Patient/innen und Angehörigen die Wirkung der Behandlung auf die Beziehung weniger positiv einschätzen als die Wirkung auf die persönliche Entwicklung [29]. Das würde darauf hindeuten, dass die Therapeut/innen die Veränderungen der Beziehungen etwas zu optimistisch eingeschätzt haben.



Literaturverzeichnis

- ¹ Grünwald H S, von Massenbach K. Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie - Eine Multizentrierter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. 2001
- ² Grünwald H S, von Massenbach K. Katamnese Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie - Eine Multizentrierter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. Onlinepublikation: www.orgalife.ch/east.html, 2003
- ³ Grünwald H S, von Massenbach K. Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie - Eine Multizentrierter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2003; 53: 326-333
- ⁴ Margraf J, Hoffmann S O. Systemische Therapie. *System Familie* 2000; 13: 77-83
- ⁵ Schiepek G: Die Grundlagen der systemischen Therapie: Theorie - Praxis – Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1999
- ⁶ Ochs M, von Schlippe A, Schweitzer-Rothers J. Evaluationsforschung zur systemischen Paar- und Familientherapie - Methodik, Ergebnisse und Kritik von Sekundäranalysen. *Familiendynamik* 1997; 22: 34-63
- ⁷ von Schlippe A, Schweitzer J: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1996
- ⁸ Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel - Von der Profession zur Konfession. Göttingen: Hogrefe, 1994
- ⁹ Heekerens H P. Systemische Familientherapie auf dem Prüfstand. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1988; 17: 93-105
- ¹⁰ Shadish W R, Ragsdale K, Glaser R R, Montgomery L M. Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie. *Familiendynamik* 1997; 22: 5-33
- ¹¹ Pinsof W M, Wynne L C. The Efficacy of Marital and Family Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 1995; 21: 4-8
- ¹² Märtens M, Petzold H. Psychtherapieforschung und Kinderpsychotherapeutische Praxis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1995;44: 302-321
- ¹² Seligman, M E P. Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports-Studie. *Integrative Therapie* 1996; 2-3: 264-287
- ¹⁴ Weisz J R B, Donenberg G R. The lab versus the clinic – Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Journal of Psychology* 1992; 47: 1578-1587
- ¹⁵ Wiegand-Grefe S, Zander B, Cierpka M. Paar- und Familientherapie – ein effektives Behandlungsverfahren?. *System Familie* 2002;27: 129-145
- ¹⁶ Derogatis L R: SCL-90-R Administration, scoring and procedures manualI for the r(evised) version. Johns Hopkins University (School of Medicin), 1977
- ¹⁷ Franke G: SCL-90-R Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Göttingen: Beltz, 1995



- 18 Cierpka M, Frevert G. Die Familienbögen - Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Göttingen: Hogrefe, 1994
- 19 Bullinger M, Kirchberger I. Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Medical Outcome Trust, 1995
- 20 Haley J: Problem Solving Therapy. San Francisco: Josey Bass, 1976
- 21 Haley J: Direktive Familientherapie. München: Pfeiffer, 1977
- 22 Minuchin S, Fishman H C: Praxis der Familientherapie. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1983
- 23 Selvini Palazoli M, Boscolo L, Cecchin C, Prata G. Hypothesisieren – Zirkularität – Neutralität. Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. Familiendynamik 1981; 6, 123-139.
- 24 Satir V: Conjoint Familytherapy. Palo Alto: Science and Behaviour Books, 1967
- 25 Hallweg K.: Partnerschaftliche Interaktion. Empirische Untersuchung zur Analyse und Modifikation von Beziehungsstörungen. München: Rötger, 1986
- 26 Massig A, Reich G, Sperling E, (1994) Die Mehrgenerationen-Familientherapie 3. Auflage, Van den Hoek und Ruprecht, Göttingen
- 27 Cohen J: Statistical power analysis for behavioral science. New York: Academic Press, 1988
- 28 Jacobson N S, Truax P. Clinical Significance - A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991; 59: 12-19
- 29 Meier B, Röskamp A, Riehl-Emde A, Willy J. Trennung nach Partherpie im Urteil der PatientInnen – Eine Katamnesestudie. System Familie 2002;27: 160-185

Literatur aus PPM Artikel, die hier nicht Zitiert ist.

Grünwald H S, Hegemann U, Eggel T, Anthienen L. Ergebnisqualität systemischer Therapie. System Familie 1999;12: 17-24

Grünwald H S, Anthienen L. Qualitätssicherung in der ambulanten Psychiatrie - Ein Praxismodell am Psychiatriezentrum Oberwallis (PZO). Psychoscope 1997; 18 (2): 7-10

Howard K I, Lueger R J, Maling M S, Martinovic Z. A phase model of psychotherapy outcome - causal mediation of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1993; 61: 678-685