

Erschienen/published/publicado in/en:

System Familie 6: 21-35, 1993.

Evaluation systemischer Therapien in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erste Ergebnisse

Kurt Ludewig

Zusammenfassung

Um die klinische Wirkung der in den 80er Jahren aufkommenden systemischen Konzepte zu erproben, führten wir zwischen 1981 und 1988 fünf Nachbefragungen an unserer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie durch. Die Ergebnisse erschienen bei aller Unzulänglichkeit klinischer Studien auf der Basis postalischer Nachbefragungen durchaus in sich konsistent und ermutigend: Trotz ungewöhnlicher Kürze (rund 3 Sitzungen im Durchschnitt) berichteten 50-60% der Antwortenden, zum Zeitpunkt der Befragung »das« Problem nicht mehr zu haben, und bis zu 75%, mit dem Zustand des Kindes zufrieden zu sein; sie beurteilten zudem die Therapien als hilfreich, die Therapiebedingungen als ebenfalls akzeptabel und »passend«.

Summary

In order to clinically test the effects of the emerging new systemic concepts of therapy during the eighties five follow-up studies were conducted between 1981 and 1988 at our Department for Child and Juvenile Psychiatry. Notwithstanding the deficiencies of clinical studies based on mailed inquiries the results seemed consistent and encouraging: In spite of unusual brevity - 3 sessions in the average - 50-60% of the reponders reported not to have »the« problem any longer, and up to 75% of them said to be satisfied with the pertaining child; besides, the therapies were generally rated as helpful, the treatment conditions likewise as acceptable and »fitting«.

Einleitung

1978 begannen wir an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Hamburg mit dem Projekt, die systemische Familientherapie nach Mailänder Modell klinisch umzusetzen. Bald darauf wurde erforderlich, bei den Klienten nach der Wirkung dieser Maßnahmen nachzufragen, um die neuen Konzepte und Methoden danach auszurichten. 1981 führten wir eine erste telefonische Nachbefragung durch, der sich nach und nach vier weitere Studien anschlossen. Die letzten beiden wurden als größere Katamnesen angelegt und unter Verwendung eines eigens erstellten Fragebogens durchgeführt. Parallel dazu wurde immer wieder versucht, das Verständnis von Evaluation dem systemischen Denken und den sich

wandelnden Bedingungen unserer Praxis anzupassen. Dieser Beitrag gibt in großen Zügen Verlauf und Ergebnisse dieses Vorhabens wieder¹.

1 *Evaluation in der Psychotherapie*

Das Projekt, Therapien »systemisch« zu bewerten, d.h. in Übereinstimmung mit den Prämissen systemischen Denkens (hier: konstruktivistisch, systemtheoretisch, kybernetisch 2. Ordnung, vgl. Ludewig 1992), erweist sich als schwieriges Unterfangen: Man kann auf vorhandene Überlegungen und methodische Instrumentarien nicht ohne weiteres zurückgreifen und Neues liegt noch nicht vor (vgl. Kriz 1991). Dabei muss man beachten, dass jede Wertzumessung (wertende Beschreibung) im kognitiven Bereich eines Beurteilers und im Kontext einer spezifischen Kommunikation entsteht, also subjekt- und kommunikationsgebunden ist und nur mit größter Vorsicht generalisiert werden kann.

1.1 Ausgangslage. Eine »systemische« Evaluationsforschung muss als Kommunikation - hier: im Sinne Luhmanns (1984) - über Kommunikationen aufgefasst werden: Sie muss verschiedene, voneinander unabhängige Kommunikationen verbinden, um die Wirksamkeit der einen, der Therapie, einzuschätzen. Daran beteiligt sind: Die Kommunikation, die Anlass zum Aufsuchen einer Therapie gibt (Problemsystem), die Kommunikation, die das Nachsuchen um Hilfestellung thematisiert (hilfesuchendes System), und die Kommunikation, die sich auf das Auflösen des Problemsystems richtet (Therapiesystem) (vgl. Ludewig 1992). Mit kommunikativen Phänomenen konfrontiert, kann der Forscher aus folgenden Möglichkeiten wählen: Er vertraut der internen Validität seines Forschungsdesigns, mit dem er selbst die Kontinuität der genannten Kommunikationen erstellt, oder er verlässt sich auf die Beurteilungen der Betroffenen - Klienten und Therapeuten -, oder er bevorzugt eine - multimethodale - Kombination dieser beiden Aspekte. Seine Entscheidung fällt also im Spannungsfeld zwischen einer auf Objektivierung und einer auf Kommunikation ausgerichteten Forschung.

Meta-Analysen zur Psychotherapieforschung haben gezeigt, dass Psychotherapie, unabhängig von den jeweiligen Methoden, als im allgemeinen hilfreich gelten kann: Sie erzielt bessere Ergebnisse als das Gros psychosozialer Maßnahmen und hat selten schädliche Effekte (vgl. z.B. Smith, Glass und Miller 1980; Wittmann und Matt 1986, Meyer et al. 1991). Die Bedeutung »unspezifischer« Faktoren der Patient-Therapeut-Beziehung wird dabei hervorgehoben (vgl. z.B. Bozok und Bühler 1988).

1.2 Evaluation in der Familientherapie. Die Familientherapie blieb, auch nach Meinung ihrer Verfechter, in ihrer Evaluationsforschung weit hinter den eigenen Ansprüchen zurück: Sie begnügte sich mit den geltenden Konzepten und Methoden, ohne sie im Lichte der eigenen Sichtweise zu hinterfragen oder neu zu bestimmen (vgl. z.B. Gurman u. Kniskern 1981a, Lebow 1981, Pinosof 1981, Rabin 1981). Die meisten Pioniere stützten sich zudem auf ihre klinischen Eindrücke und nur wenige waren bemüht, ihre Praxis zu beforschen (vgl. z.B. Haley 1969, Minuchin et al. 1983).

¹ Diese Untersuchungen wurden als psychologische Diplom-Arbeiten von Raili Ludewig (1984), Thomas Manthey (1987) und Stefan Scharowsky (1989) an der Universität Hamburg durchgeführt. Herrn Prof. Dr. Hugo Schmale, Psychologisches Institut der Universität Hamburg, danke ich an dieser Stelle herzlich für seine großzügige Unterstützung. Im klinischen Rahmen war der Umstand entscheidend, dass im Zeitraum 1983-1986 alle an unserer Ambulanz tätigen Therapeuten systemisch orientiert waren und in regem Austausch miteinander standen: Dres. med. Ulrich Hausa, Hans Kowerek und Thomas v. Villiez sowie die Dipl.-Psychologen Ludger Diekamp und ich selbst.

Die dazu gehörige Familienforschung beschränkte sich wiederum darauf, interaktionale Muster aufzudecken und sie nach der Differenz pathologisch/normal entsprechenden Diagnosen zuzuordnen, also die Psychodiagnostik mit familialen Aspekten anzureichern (z.B. Olson et al. 1983) oder um »Beziehungsstörungen« zu erweitern (z.B. Simon et al. 1989). Auf dieser Basis führte die familientherapeutische Evaluationsforschung zu widersprüchlichen Ergebnissen.

Auf der einen Seite schlossen Gurman und Kniskern (1981a), dass Familientherapie mindestens effektiver als keine Therapie sei, da zwei Drittel der behandelten Familien Besserung und nur 5-10% negative Effekte zeigten; sie sei zudem die Methode der Wahl bei Problemen des ehelichen und familiären Lebens sowie von Kindern und Jugendlichen. Demgegenüber mahnten Wells und Dezen (1978) zu einer bescheideneren Einschätzung: Familientherapie, vor allem die verhaltenstherapeutisch orientierte, sei wohl hilfreich, der endgültige Beweis für ihre allgemeine Effektivität stünde aber noch aus. Einige wenige Studien im deutschsprachigen Raum bewegen sich im so abgesteckten Rahmen (vgl. Klimek 1986, Weber et al. 1987, Weber und Stierlin 1989, Retzer et al. 1989, Disch und Hess 1988). Heekerens (1988) folgerte, dass die Familientherapie sich weitgehend, wenn nicht völlig ohne gesicherte ‚Erfolgsmeldungen‘ ausgebreitet hätte. Dagegen sehen Bommert et al. (1990) die Wirksamkeit der Familientherapie als gesichert an, am besten bei Beziehungsproblemen.

1.3 Elemente einer systemischen Evaluation. Die Entwicklung einer systemisch begründeten Evaluationsforschung und ihre Einbettung in eine umfassende klinische Theorie stehen noch an. Zum jetzigen Zeitpunkt lassen sich jedoch einige Elemente zusammentragen, die dazu dienen könnten. Einen ersten Schritt in diese Richtung gab Jay Haley (1977), als er »Symptome« als kommunikative Handlungen verstand, die nur im jeweiligen System Bedeutung haben, also keine isolierbare Informationseinheiten konstituieren, die man verrechnen oder vergleichen könnte. Dies kann mittlerweile wie folgt präzisiert werden: Das *Problem*, das zur Therapie führt, bzw. das »präsentierte Problem« im Sinne Wynnes 1988, ist das Thema einer Kommunikation (Problemsystem), das als solches einer eigenen Logik folgt und dem prinzipiellen Wandel von Kommunikationen unterworfen ist. Die Veränderung eines Problems im Verlauf oder nach einer Therapie lässt sich nur bedingt als »Erfolgskriterium« verwenden, zumal dies nur im Rahmen einer anderen Kommunikation festgestellt werden kann, die ebenfalls einer eigenen Logik folgt und so von jener unabhängig ist, die »das« Problem hervorbrachte: Problemdefinition zu Anfang und die Feststellung ihrer Veränderung am Ende finden in unterschiedlichen, voneinander unabhängigen Kommunikationen statt. Die dabei verwendeten Maßstäbe haben folglich nur im Bezug auf die jeweilige Kommunikation, die »Therapiebewertung« thematisiert, Bedeutung (vgl. Lebow 1981). Der Interpretation von Vergleichen, die etwa Zeitpunkte (vor/nach) oder Kollektive (Warte- oder Kontrollgruppen) angleicht, sind also enge Grenzen gesetzt.

Therapiebewertung wird als Kommunikation in Rahmen eines *ad hoc* gebildeten Sozialsystems vollzogen. Der Sinn der Kommunikation um das Thema »Therapiebewertung« wird davon geprägt, wie die Beteiligten den Kontext der Erhebung erkennen, beurteilen und bereit sind, sich mitzuteilen. Dabei können, je nachdem mit welchem Interesse evaluiert wird, verschiedene Kommunikationen mit je eigenem Sinn bzw. Thema entstehen. Diese Interessen können sein: Das gesellschaftliche am Schutz der Hilfesuchenden vor schädlichen und ineffektiven Maßnahmen; das wissenschaftliche an »anschlussfähigen« Erklärungen; das klinische Interesse des Therapeuten, sein Handeln zu orientieren, und das Interesse des Kunden, die erhaltene

Hilfe zu beurteilen und danach zu handeln. Eine Vermengung dieser Kommunikationen führt leicht zu irreführenden Reduktionen.

Im systemischen Verständnis strebt Therapie die Erfüllung eines »Auftrags« an, der die Ressourcen der Kunden mit den Möglichkeiten des Therapeuten im Hinblick auf die Auflösung eines Problemsystems koordiniert. Dementsprechend ist Therapie dann nützlich, wenn der Auftrag erfüllt wird. Da aber Nutzen allein das Ziel, jedoch nicht die Form der Maßnahme betrifft, sollte er mit anderen Kriterien ergänzt werden, die den systemischen Aspekt einbeziehen, z.B. Respekt und Schönheit. Wir orientieren demnach unsere Praxis der Therapie an folgenden Postulaten: Nutzen als Ziel, Respekt als Grundhaltung des Therapeuten und Schönheit als Gestaltungsprinzip der Interventionen; die Evaluation wiederum an der Erfüllung dieser Kriterien (vgl. Ludwig 1988).

Die ethischen und ästhetischen Kriterien kommen »atmosphärisch« zum Tragen und können dementsprechend nur global beurteilt werden. Der Nutzen einer Therapie resultiert aus implizit mitlaufenden Gewinn/Verlust-Abwägungen, die im Hinblick auf verschiedene Maßstäbe vollzogen werden, darunter: Die subjektiven Maßstäbe der Therapiekunden (Verringerung des Leidens, Entspannung einer problematischen Beziehung, Zunahme an Zuversicht usw. versus zeitliche und finanzielle, vor allem aber »persönliche« Beanspruchung), die übergeordneten gesellschaftlichen Maßstäbe (Verringerung des »Inanspruchnahmeverhaltens«, Zunahme an Belastbarkeit usw. versus soziale Kosten) und die Maßstäbe der Therapeuten (Erfüllung der methodischen Vorgaben und Kriterien). In der methodischen Vorgabe, die Therapiedauer möglichst kurz zu halten, sehen wir eine sinnvolle Möglichkeit, das im systemischen Denken zentrale ethische Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Menschen zu beachten: Mit einem Minimum an Einmischung Hilfe zu leisten. Dabei tragen wir auch dem empirischen Effekt Rechnung, dass die nach wenigen Sitzungen einer Psychotherapie bereits erreichte Besserung erst nach unverhältnismäßig mehr Sitzungen bedeutsam übertroffen werden kann (vgl. Howard et al. 1986).

Eine Evaluation, die sich als Kommunikation versteht, misst den sie erzeugenden, den Kommunizierenden, zentrale Bedeutung zu. Systemische Therapie wird mit dem Ziel durchgeführt, eine Leid auslösende und aufrechterhaltende Kommunikation zu beenden bzw. ein Problemsystem aufzulösen und nicht, um eine diagnostisch gefasste Krankheit oder Abweichung zu beseitigen. Da der so verstandene Anlass zur Therapie anders als eine Diagnose immer partikulär und systembezogen bleibt, können nur diejenigen über den Erfolg einer Hilfmaßnahme Auskunft geben, die das Problem erzeugten und um Hilfe suchten: die »Therapiekunden«. Nur diese können unter Rückgriff auf ihre Emotionen beurteilen, ob ihr Leid noch anhält. Das, was Hilfe ist, bestimmt daher immer nur derjenige, der sie verlangt und bekommt (vgl. de Shazer et al. 1986). In diesem Sinne bildet die *Kundenzufriedenheit* ein zentrales Kriterium für eine systemisch orientierte Therapieevaluation; dementsprechend wurde sie verschiedenen Arbeiten zugrundegelegt (vgl. z.B. Woodward et al. 1981; Green und Herget 1989; Miller u. de Shazer 1991).

2 *Eigene Untersuchungen*

Unsere seit 1980 durchgeführten Nachbefragungen waren als klinische Studien angelegt und hatten das Ziel, die Wirkung der Therapie global zu erkunden. Sie basierten alle auf Beurteilungen der ehemaligen Therapiekunden und betrafen ihr aktuelles Befinden sowie ihre Einschätzung der Therapiebedingungen.

2.1 Voruntersuchungen (1980-1982).

Die drei Pilotstudien erfassten insgesamt 44 Familien, die im Zeitraum 1980-1983 unsere Abteilung wegen Probleme mit einem Kind aufgesucht und ambulante oder poststationäre Familientherapie bekommen hatten (vgl. Ludewig et al. 1984, Ludewig und Schwarz 1984, R. Ludewig 1984). Das Ergebnis aller drei Erhebungen näherte sich bei einer durchschnittlichen Therapiedauer von 3-4 Terminen (maximal 8) dem bekannten Drei-Drittel-Verhältnis nach Psychotherapie an. Bei der letzten dieser Arbeiten wurde ein erster Versuch gemacht, die Bewertungskriterien - Nutzen, Respekt, Schönheit - zu operationalisieren; sie wurden Interviews zugrundegelegt, die unter Verwendung des »Familienbretts« im Hause der Befragten durchgeführt wurden (vgl. v.d. Berg et al. 1989). Mit Blick auf Nutzen wurden folgende Merkmale erfragt: Behebung/Linderung des Leidens, Anhalten der Veränderung, Ausbleiben weiterer Behandlungen, allgemeine Zufriedenheit mit dem Jetzt-Zustand und Therapiedauer. Der ethische Aspekt wurde über Fragen angesprochen, die sich auf den Umgang des Therapeuten mit den Kunden bezogen, vor allem hinsichtlich Respekt, Akzeptanz und Flexibilität. Die ästhetische Perspektive wurde im Sinne »epistemischer Aktivität« eines Therapeuten aufgefasst, der konstruktiv fragt, aktiv und kreativ umdeutet sowie »passend« mit gestaltet. Diese Mischung aus quantitativen, qualitativen und bildhaften Angaben diente später als Grundlage für die Erstellung des Fragebogens, der in den Katamnesen eingesetzt wurde.

2.2 Katamnesen (1983-1986).

Untersuchung A. Diese erste, größer angelegte Studie umfasste alle 189 Familien, die 1983 die Ambulanz unserer Abteilung aufgesucht und dort Therapie bekommen hatten. (Ausländische Familien, stationäre Aufnahmegespräche sowie Gutachten- und Konsiliarfälle wurden nicht berücksichtigt.) Ihnen wurde ein ad hoc erstellter Fragebogen ca. zwei Jahre nach Abschluss der Therapie zugesandt. Von den 151 postalisch erreichten Familien antworteten trotz zweimaligen Anschreibens nur 64 (Rücklauf: 42,4%). Dieser Rücklauf befriedigte zwar nicht, er unterschritt jedoch nicht wesentlich das übliche Maß bei ähnlichen Vorhaben (vgl. z.B. Atteslander und Kopp 1983). Die Verteilung der Antwortenden unterschied sich hinsichtlich folgender Merkmale nicht von der der Nicht-Antwortenden: Geschlecht und Alter des Kindes, zuständiger Therapeut (insgesamt vier), Anzahl der Termine (bei den Antwortenden: 38% ein Termin, 39% 2-3 Termine, 18% 4-6 Termine, 6% 7-12 Termine; durchschnittliche Therapiedauer: 2,9 Sitzungen), Zusammensetzung des Klientensystems und (grobe) diagnostische Zuordnung des Eingangsproblems (Schul- und Erziehungsprobleme, Einnässen, Einkoten, Magersucht, Suizidversuch, psychotische Krise und dissoziales Verhalten).

Ergebnisse. Bei einer Therapiedauer von durchschnittlich 2,9 Sitzungen (77% hatten bis zu drei Sitzungen) gaben 21,8% der Antwortenden an, das Problem sei bereits während, bei 29,7% erst am Ende der Therapie gelöst gewesen; dabei beurteilten 75,0% den Zustand des Kindes, welches damals das Problem hatte, zum Zeitpunkt der Nachbefragung als zufriedenstellend. Die Anzahl der teilnehmenden Familienmitglieder an der Therapie hatte keinen bedeutsamen Einfluss auf die Beurteilung der Therapie. Die Antworten einer nachträglichen telefonischen Anfrage bei 15 aus den Nicht-Antwortenden zufällig gewählten Familien stimmten in der Hauptsache mit denen der erfassten Stichprobe überein; sie hatten die Rücksendung einfach vergessen oder versäumt. Die Therapien wurden im allgemeinen als hilfreich bewertet, die getrennte Einbeziehung pragmatischer, ästhetischer und ethischer Gesichtspunkte als Gestaltungsprinzip des Fragebogens erwies sich jedoch als wenig fruchtbar; die Antwortenden unterschieden diese Aspekte, die für die Orientierung des Therapeuten sinnvoll erscheinen, nicht.

Untersuchung B. Diese Studie ist die letzte und umfassendste und wird daher ausführlicher beschrieben.

- *Stichprobe.* Die Untersuchung umfasste den Zeitraum 1984-1986, also drei vollständige Jahrgänge ambulanter Arbeit mit insgesamt 689 Patienten (Familien und Teilfamilien, gelegentlich einzelne Jugendliche und Eltern). Nach Ausschluss der stationären Aufnahmegespräche, der Gutachten- und Konsiliarpatienten sowie ausländischen und postalisch nicht erreichbaren Familien bildeten 377 Fälle das Grundkollektiv der Untersuchung. Ihnen wurde im Herbst 1988, also 1-4 Jahre nach Abschluss der Therapie, eine revidierte Version des Fragebogens samt Begleitschreiben und rückfrankiertem Umschlag zugesandt.
- *Rücklauf.* 161 ausgefüllte Fragebögen kamen zurück; die Rücklaufquote betrug somit 42,7% (46,4% bei Zuzählung von 14 unauswertbaren Antworten) und war also deckungsgleich mit der der Untersuchung A.
Hinsichtlich des Geschlechts des Kindes, des Jahrgangs, des Therapeuten und der groben diagnostischen Zuordnung (nach den Krankenakten) unterschied sich die Verteilung der Antwortenden von der aller anderen nicht. Allein hinsichtlich der Zahl der Termine trat ein signifikanter Unterschied auf: Bei den Antwortenden waren überproportional mehr Kunden mit einer längeren Therapiedauer (Vier und mehr Termine hatten 33,3% bzw. 18,3%).
- *Therapeuten.* Die Therapien wurden von fünf (männlichen) Therapeuten durchgeführt, drei Ärzten und zwei Psychologen. Alle beteiligten Therapeuten hatten als Kinderpsychiater oder Psychologe einen vergleichbaren Erfahrungshintergrund und teilten das gleiche systemische Therapiekonzept.
- *Diagnostische Zuordnung.* Die diagnostische Zuordnung wurde den Akten entnommen: 47,2% allgemeine Verhaltensauffälligkeit, 21,7% psychosomatische Probleme einschließlich Essstörungen, 14,3% Identitäts- und Entwicklungskrisen, 5,6% dissoziale Auffälligkeit, 5% Erziehungs- und Familienkonflikte, 3,7% hirnorganisch bedingte Auffälligkeit und 2,5% psychotische Krise. Die starke Besetzung der Kategorie »Verhaltensauffälligkeit« erklärt sich daher, dass die beteiligten Kliniker sie als Sammelbecken für alle nicht näher umschriebenen Phänomene verwendeten.
- *Anzahl der Termine.* Die Anzahl der Termine wies folgende Verteilung auf: 34,8% hatten einen Termin, 32,9% 2-3 Termine, 21,1% 4-6 Termine, 11,2% 7 und mehr Termine; **im Durchschnitt: 3,0 Termine.**
- *Die Antwortenden.* Etwa zur Hälfte (58,4%) antworteten nur die Eltern, bei 23,6% ein/beide Elternteil/e zusammen mit dem Kind, bei 6,8% das Kind allein und bei 11,2% unklar.

Fragebogenkonstruktion

Der Fragebogen der Untersuchung A wurde einer gründlichen Revision unterzogen, die Anzahl der Fragen vermindert und die Antwortform durch bipolare Formulierungen ersetzt, z.B. »Wir sehen der Zukunft entgegen mit Gelassenheit 2-1-0-1-2 mit Sorge«. 3/5 der Fragen bezogen sich auf den Verlauf der Therapie, der Rest auf den Zeitraum danach.

- *Faktorenanalyse.* Nach mehreren Faktorenanalysen, die das Ziel hatten, die Fragen nach ihrem korrelativen Zusammenhang Skalen zuzuordnen, wurde eine zweifaktorielle Lösung auf der Basis von 29 Evaluationsitems bevorzugt; die 7 Markieritems (s. unten) wurden dabei nicht einbezogen. Die zweifaktorielle Lösung erklärte 44,5% der Gesamtvarianz; die beiden Faktoren jeweils 32,6% und 12,0% (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1. Kennwerte des HEF-Skalen. Mittelwert (M), St.Abweichung (s), Reliabilitätsschätzung (α -Koeffizient), Eigenwert und %-Anteil der Faktoren.					
Skala	M	s	α -Koeff.	Eigenwert	%-Varianz
TB	74.42	18.15	.921	9.44	32.5
AZ	28.32	7.91	.852	3.46	12.0

Faktor I. Zufriedenheit mit den Therapiebedingungen. Dieser Faktor vereint sowohl nutzenbezogene als auch »atmosphärische« Beurteilungen: »Alles in allem waren die Gespräche für uns hilfreich« (.83), »die Empfehlungen des Therapeuten haben uns weitergebracht« (.79), »wir würden Bekannten von uns bei Schwierigkeiten solche Gespräche empfehlen« (.78), »die Empfehlungen des Therapeuten waren für uns passend« (.78), »die Atmosphäre während der Gespräche war für uns angenehm« (.70).

Faktor II. Zufriedenheit mit dem aktuellen Zustand: »Wir sind mit unserer jetzigen Situation im wesentlichen zufrieden« (.85), »wir sehen der Zukunft mit Gelassenheit entgegen« (.83), »der Druck des damaligen Problems ist spürbar kleiner geworden« (.75), »eventuelle jetzige Probleme in unserem Leben haben mit dem damaligen Problem nichts zu tun« (.65).

Der Hamburger-Evaluations-Fragebogen

Auf der Basis der Itemkennwerte (Schwierigkeit, Trennschärfe, vgl. Tab. 2) und der Faktorenladungen wurde ein Fragebogen zusammengestellt, der insgesamt 36 bipolare Fragen enthält und den Arbeitstitel »Hamburger-Evaluations-Fragebogen - HEF« trägt (vgl. Anhang).

Fragebogenskalen. Der H-E-F setzt sich zusammen aus zwei Skalen mit 21 bzw. 8 Items und sieben Markieritems (vgl. Tab. 3 und 4). Die Skalen sind: 1) Zufriedenheit mit den Therapiebedingungen (TB) und 2) Zufriedenheit mit dem aktuellen Zustand (AZ). Zu den sieben Markieritems gehören vier »Lösungsfragen«: »Das Problem war während der Therapie gelöst« (21), »am Ende der Therapie gelöst« (22), »ist jetzt gelöst« (36), und »dem damaligen Sorgenkind geht es jetzt zufriedenstellend« (33); zwei Fragen zum »Leidensdruck«: »Das Problem stand damals im Mittelpunkt unseres Zusammenlebens« (1) und »wir haben Hilfe auf eigenen Wunsch/auf Empfehlung anderer gesucht« (2); und eine Frage zur »Therapiedauer«: »Wir hätten gern mehr/weniger Gespräche gehabt« (34).

Ergebnisse

- »Problemlösung«². 47,8% der Antwortenden sehen das Problem zum Zeitpunkt der Befragung als gelöst an, 40,4% als noch vorhanden; zählt man die »unklar«-Antworten zu den positiven, sind es 59,6%, die nicht ausdrücklich das Problem als noch vorhanden betrachten. Die Lösung des Problems geschah in nur

² Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und der Tradition verwende ich den Begriff »Problemlösung«, obwohl er eine Endgültigkeit impliziert, die den betreffenden Bereich der Kommunikation überschreitet. An anderer Stelle sprach ich von »Problemverwindung«, um der grundsätzlichen Vorläufigkeit dieses Geschehens Rechnung zu tragen (vgl. Ludwig 1992).

wenigen Fällen (12,4 bzw. 16,1%) während oder am Ende der Therapie (vgl. Tab. 3).

- *Zufriedenheit.* Obwohl nur 47,8% der Antwortenden das Problem gegenwärtig als »gelöst« ansehen, sind jedoch 65,8% mit dem jetzigen Zustand des Kindes zufrieden (bzw. 75,1% bei Zuzählung der »unklar«-Antworten zu den positiven, vgl. Tab. 3).

Tabelle 2. Kennwerte der HEF-Items.					
Faktorenladung und Itemkennwerte.					
Item-Nr. (HEF)	Faktorenladung		Itemkennwerte		
	I	II	M	s	r _{IT}
<u>Skala TB (Therapiebedingungen):</u>					
3	.69	.09	4.12	1.28	.65
4	.60	.15	3.55	1.42	.58
5	.78	.19	3.17	1.61	.77
6	.51	.09	3.25	1.46	.48
7	.64	.07	3.87	1.39	.60
8	.74	.16	3.09	1.51	.70
9	.25	-.06	4.53	.94	.21
10	.52	.06	4.14	1.29	.48
11	.47	.10	4.07	1.29	.45
12	.52	.17	2.99	1.14	.49
13	.59	-.07	2.97	1.53	.50
14	.36	.10	2.93	1.36	.33
15	.77	.14	3.57	1.34	.75
16	.23	.02	3.14	1.31	.21
17	.60	.22	3.83	1.43	.58
18	.70	.22	4.11	1.11	.69
19	.70	.25	3.67	1.44	.69
20	.73	.11	2.94	1.67	.69
27	.83	.13	3.59	1.58	.80
29	.58	-.25	2.86	1.39	.45
32	.78	.13	4.01	1.46	.75
<u>Skala AZ (Aktuelle Zufriedenheit):</u>					
23	.20	.77	3.30	1.34	.70
24	.17	.84	3.59	1.49	.78
25	.30	.49	3.14	1.18	.46
26	.02	.63	3.60	1.50	.51
28	.28	.75	3.98	1.25	.70
30	.04	.49	3.91	1.28	.40
31	.05	.83	3.73	1.45	.74
35	-.07	.65	3.07	1.71	.48

Tabelle 3. Fragen zu »Problemlösung«.						
Item-Nr.	Zeitpunkt d./Lösung	Itemkennwerte		% - Verteilung auf die Antworten		
		M	s	nein	unklar	ja
21	während	1.70	1.17	78.3	9.3	12.4
22	am Ende	1.86	1.29	75.2	8.7	16.1
36	jetzt	3.28	1.60	40.4	11.8	47.8
33	Zufriedenheit	3.73	1.47	24.9	9.3	65.8
Korrelation Item/Skala				Mittelwert-Vergleiche der Gruppen mit/ohne Problemlösung		
	TB	AZ		TB	AZ	
21	.40**	.32**		87.9 / 72.5**	34.2 / 27.5**	
22	.41**	.24**		86.3 / 72.1**	34.1 / 27.2**	
36	.19*	.71**		76.9 / 72.1	33.4 / 23.7**	
33	.30**	.78**		78.3 / 67.0**	32.2 / 20.7*	

- Therapiebedingungen (Skala TB).** Der Mittelwert dieser Skala liegt bei allen Antwortenden bei 74,4, auf der fünfstufigen Antwortskala bei 3,5 und neigt so zum positiven Pol. Die Korrelation der Fragen zur »Problemlösung« mit der Fragebogenskala TB zeigt, dass je eher die Problemlösung in direktem zeitlichem Zusammenhang mit der Therapie gesehen wird, desto besser die Therapiebedingungen beurteilt werden; wird dagegen das Problem erst nach Beendigung der Therapie gelöst, gehen die Einschätzungen über die Therapiebedingungen auseinander (vgl. Tab. 3, unten links). Dies wird noch deutlicher anhand der Mittelwertsvergleiche der Gruppen mit/ohne Problemlösung: Die Mittelwerte beider Gruppen gleichen sich an, wenn das Problem im nachhinein aufhört. Andererseits bewerten aber diejenigen, die mit dem jetzigen Zustand des Kindes zufrieden sind, die Therapiebedingungen deutlich besser.
- Zufriedenheit mit aktuellem Befinden (Skala AZ).** Die Zufriedenheit mit der jetzigen Situation neigt bei der Gesamtstichprobe der Antwortenden zum positiven Pol: Der Mittelwert von 28,32 entspricht 3,5 bei der fünfstufigen Antwortskala. Aktuelle Zufriedenheit und Problemlösung zum gegenwärtigen Zeitpunkt hängen deutlich zusammen; dies weist der Skala »Zufriedenheit mit dem aktuellen Zustand« eine augenscheinliche Validität zu.
- Leidensdruck.** Die Antwortenden, bei denen das damalige Problem im Mittelpunkt ihres Zusammenlebens stand (Item 1), beurteilten die Therapiebedingungen signifikant besser als jene, die vermutlich unter keinem so großem Leidensdruck standen (vgl. Tab. 4). In der Tendenz tritt dieser Zusammenhang auch bei denjenigen Antwortenden auf, die um Therapie auf eigenen Wunsch und nicht nur auf Empfehlung/Anweisung anderer nachgesucht hatten (Item 2). Der »Leidensdruck« schien sich günstig auf die Beurteilung der Therapie auszuwirken.
- Therapiedauer.** Der varianzanalytische Vergleich der Gruppen mit unterschiedlicher Therapiedauer (1 Termin, 2-3, 4-6, 7 und mehr Termine) erbrachte hinsichtlich beider Skalen keinen signifikanten Unterschied (vgl. Tab. 5). Die Mittelwerte beider Skalen deuten jedoch einen bimodalen Verlauf an: Therapien, die aus einem einmaligen Kontakt bestehen, und »längere« Therapien schneiden tendenziell besser ab als »mittellange«.

Tabelle 4. Fragen zu »Leidensdruck« und »Therapiedauer«.									
- Problem stand im Mittelpunkt (Item 1), - Therapie auf eigenen Wunsch (Item 2) und - Wunsch nach mehr Gesprächen (Item 34).									
Itemkennwerte			% -Verteilung auf Antworten			Korr.mit Skalen		Gruppen-M-Vergleiche	
Nr.	M	s	nein	unklar	ja	TB	AZ	TB	AZ
1	4.08	1.42	19.3	3.7	77.0	.21*	.08	76.4/67.8**	28.6/27.5
2	3.27	1.89	41.6	1.3	57.1	.14	.08	76.6/71.5	28.8/27.7
34	3.55	1.07	9.3	44.7	46.0	.24*	-.13	77.7/71.7*	27.0/29.4*

- Vergleich zweier Zeiträume.* Ein klinikinterner Vergleich von Daten der 70er und 80er Jahre zeigte zunächst keinen Unterschied hinsichtlich der durchschnittlichen Behandlungsdauer.

Eine differenziertere Analyse zeigte jedoch, dass in den 70er Jahren aus den damaligen psychodynamischen und familienstrukturellen Perspektiven zum einen mehr Patienten ein einziges Mal gesehen (und gleich weiterverwiesen), zum anderen mehr Patienten über längere Zeiträume behandelt wurden als in den 80er Jahren. Mit anderen Worten: Wenige bekamen mehr, viele aber weniger. Nach Einführung der systemischen Therapie konnte der größte Teil der Hilfesuchenden vor Ort versorgt werden.

Tabelle 5. Verteilung der Termine.				
Anzahl der Termine			ø-Skalenscores	
	N	%	TB	AZ
1	56	34.8	75.52	28.96
2-3	53	32.9	71.45	28.00
4-6	34	21.1	75.26	27.29
≥ 7	18	11.2	78.11	29.17
Ges.	161	100.0	74.42	28.32
F-Test/Sign			.49ns	.74ns

3 Diskussion

Die Ergebnisse der Katamnesen dienen uns bei der Weiterentwicklung unseres theoretischen und praktischen Konzepts: Darin zeigten sie unmittelbar ihre Brauchbarkeit. Im übergeordneten wissenschaftlichen Diskurs muss dies jedoch im Hinblick auf folgende methodische und inhaltliche Gesichtspunkte diskutiert werden:

- Die Ergebnisse beruhen auf einer Rücklaufquote von nur 42%. Dies entspricht zwar den üblichen Erfahrungen mit postalischen Befragungen, bleibt aber dennoch gering und lässt den Wert der Therapien nicht schlüssig klären. Wenn mehr als 50% der Antwortenden das ursprüngliche Problem noch haben oder darüber unsicher sind, kann man Gewissheit nur darüber haben, dass im extrem ungünstigen Fall nur 20,4% aller Patienten ihr Problem gelöst hätten. Aber: Zum einen entsprachen sich die Ergebnisse beider voneinander unabhängig durchgeführter Katamnesen, zum anderen stimmten bei der

Untersuchung A die Beurteilungen von telefonisch angesprochenen Nicht-Antwortenden mit dem Fragebogenantworten überein. Darüber hinaus liegt kein mich überzeugender Grund vor, dass nur die zufriedenen Therapiekunden in toto ihren Dank ausgesprochen hätten, und nur Unzufriedene sich der Möglichkeit enthalten hätten, Kritik auszuüben.

- Von den Antwortenden gaben 50 bis 60% an, zum Zeitpunkt der Befragung »das« Problem nicht mehr zu haben, bis zu 75% beurteilten den gegenwärtigen Zustand des Kindes als zufriedenstellend, und nur rund ein Viertel zeigte sich grundsätzlich unzufrieden. Allerdings kam es in den meisten Fällen erst nach Beendigung der Therapie zur »Problemlösung«; die »Besserung« ist daher nicht ohne weiteres der Therapie kausal zuzuschreiben; dies war allerdings zu keiner Zeit intendiert! Weitere Einschränkungen liegen darin, dass diese Ergebnisse von Therapien stammen, die von nur wenigen Therapeuten einer einzigen Einrichtung durchgeführt wurden; ihre Verallgemeinerung wäre nur bei Replizierbarkeit möglich. Andererseits stammen diese Ergebnisse aber auch von der unselektierten Patientenschaft einer kinderpsychiatrischen Ambulanz. Dies hat vermutlich zur Folge, dass die Ergebnisse einerseits in unbekanntem Ausmaß von Prozessen überlagert sind, die auf die natürliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zurückgehen, andererseits aber auch von jenen Unveränderlichen beeinflusst sind, die Eltern immer wieder zum Aufsuchen einer Kinder- und Jugendpsychiatrie bewegen: Hyperkinese, hirnorganisch bedingte Lernstörung, Entwicklungsrückstände, genetische und hormonelle Entgleisungen usw. In diesen Fällen einigt man sich implizit auf den »Auftrag«, die Eltern zu beruhigen und die Situation im familiären Milieu zu entspannen; die »Therapie« (eigentlich: Beratung oder Begleitung, vgl. Ludewig 1992) hilft, das »Unabänderliche« zu ertragen. Dies dürfte mindestens einen Teil der Differenz erklären, dass viele Familien zwar »das« Problem als noch vorhanden ansahen, den Zustand des Kindes aber als gegenwärtig zufriedenstellend beurteilten.
- Die ungewöhnlich kurze Therapiedauer von durchschnittlich **drei Sitzungen** resultierte folgerichtig aus dem angewandten Therapiekonzept, aber auch aus kontextuellen Aspekten einer auf kurze Intervention ausgerichteten psychiatrischen Ambulanz. Daraus etwa ein Vergleich mit anderen Verfahren abzuleiten, hieße, unvereinbare Phänomene und Methoden in einen Topf zu werfen. (Im übertragenen Sinne: Eine dreitägige Urlaubsiebe ist nicht »besser« als eine dreijährige Liebesbeziehung, sondern anders!) Im Rahmen unseres Konzepts bestätigte uns dieses Ergebnis darin, ein wichtiges Kriterium in gewissem Umfang erfüllt zu haben: Mit einem Minimum an Einmischung hilfreich zu sein, also durch Kürze Respekt vor der Autonomie der Kunden zu wahren und pathologisierenden Tendenzen entgegenzutreten.
- Fast die Hälfte der Hilfesuchenden hätte gern mehr Gespräche gehabt. Dies heißt in der Mehrzahl der Fälle nicht, dass die Therapie im Hinblick auf den spezifischen »Therapieauftrag« nicht ausgereicht hätte. Nach allem, was wir diesbezüglich erfahren konnten, scheint es vielmehr zu bedeuten, dass viele Eltern eine längere Begleitung in Sachen Kindererziehung gewünscht hätten. Damals standen wir aber stark unter dem Einfluss kurztherapeutischer Konzepte und es galt zudem, unter Wahrung »puristisch-systemischer« Relikte aus der Mailänder Ära die therapeutische Maßnahme beim ersten Anzeichen einer Besserung zu beenden: Die Kunden sollten sich ungestört die Besserung selbst zuschreiben können, die Entstehung von Abhängigkeit sollte vermieden werden.

- Die angedeutete bimodale Verteilung der Scores beider Skalen TB und AZ auf die Anzahl der Termine könnte darauf hindeuten, dass es sich hierbei um unterscheidbare soziale Prozesse handelt: Während Einmal-Therapien (vgl. Talmon 1991) fast ohne Beziehungsaufnahme ablaufen und »längere« Therapien eher auf einer Beziehung beruhen, dürften »mittellange« Therapien eher frustrieren, wenn das Beziehungsangebot zu schnell beendet wird. Dies deckt sich mit der Mitteilung von einigen Antwortenden, dass die Therapie zwar hilfreich aber zu kurz gewesen sei.
- Die insgesamt positive Beurteilung der Therapiebedingungen, selbst beim Nicht-Erreichen einer Problemlösung, bestärkte uns darin, Therapie auch nach ethischen und ästhetischen Aspekten auszurichten. Hierzu passend wurde kürzlich der Effekt »atmosphärischer Wärme« auf systemisches Arbeiten nachgewiesen (vgl. Green u. Herget 1991). Diese Ergebnisse entlasten zudem von der Sorge, bei »falscher« Indikation unangenehme oder gar schmerzliche Erlebnisse zu verantworten.
- Evaluationsergebnisse, die allein auf Selbstbeurteilung beruhen, genügen nicht ohne weiteres den Kriterien der Objektivität, Replizierbarkeit, Vergleichbarkeit usw. Dieser allgemeine Einwand trifft hier jedoch nur bedingt zu, da systemische Therapeuten die Erfüllung eines mit den Hilfesuchenden frei vereinbarten Auftrags anstreben und nicht die Beseitigung einer diagnostisch gefassten Krankheit oder Abweichung, deren Existenz und Vergehen von außenstehenden Experten »fachkundig« festzustellen und zu bestätigen wäre. Da Therapieaufträge immer partikulär auf ein System bezogen sind, überlassen systemische Therapeuten es den Kunden zu entscheiden, ob ihr ursprüngliches Leid noch besteht oder ein inzwischen verändertes Ziel erreicht wurde oder nicht. Bei unseren Katamnesen betrachteten wir die Antworten unserer Kunden als ihre kommunikative Anschlussbildung an unsere Anfrage, d.h. als ihren Beitrag zu einer ad hoc geführten Kommunikation mit dem Thema »Therapiebewertung«.

Literatur

- Atteslander P, M Kopp (1984): Befragung. In: Roth E (Hrsg): Sozialwissenschaftliche Methoden. Oldenbourg, München Wien.
- Berg H vd, M Bökmann, R Ludewig, K Ludewig (1989): (Re-)Konstruktion familiärer Geschichte unter Verwendung des Familienbretts. Methodische Zugänge. Familiendynamik 14: 127-146.
- Bommert H, T Henning, S Wälte (1990): Indikation zur Familientherapie. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln.
- Bozok B, KE Bühler (1988): Wirkfaktoren der Psychotherapie - spezifische und unspezifische Einflüsse. Fortschritte Neurol Psychiat 56: 119-132.
- de Shazer S, IK Berg, E Lipchik, E Nunnally, A Molnar, W Gingerich, M Weiner-Davis (1986): Kurztherapie - Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. Familiendynamik 11: 182-205.
- Disch J, T Hess (1988): »Gute« und »schlechte« systemorientierte Therapien: Eine katamnestiche Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium. Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiat 37: 304-310.
- Green R-J, M Herget (1989): Outcomes of systemic/strategic team consultation: I/II. Family Process 28: 37-58/419-437.
- Green R-J, M Herget (1991): Outcomes of systemic/strategic team consultation: III. The importance of therapist warmth and active structuring. Family Process 30: 321-336.
- Gurman AS, DP Kniskern (1981a): Family Therapy Outcome Research: Knowns and Unknowns. In: Gurman und Kniskern (eds), S 742-775
- Gurman AS, DP Kniskern (eds) (1981): Handbook of Family Therapy. Brunner/Mazel, New York.
- Haley J (1969): Experiment with abnormal families: Testing done in a restricted communication setting. In: Winter WD, AJ Ferreira (eds): Research in Family Interaction. Science & Behavior, Palo Alto, S 285-301.
- Haley J (1977): Direktive Familientherapie. Pfeiffer, München.
- Heekerens HP (1988): Systemische Familientherapie auf dem Prüfstand. Z Klin Psychol 17: 93-105.
- Howard KI, SM Kopta, MS Krause, DE Orlinsky (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. Amer Psychol 41: 159-164.
- Klimek S (1986): Ergebnisse einer empirischen Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit von systemischer Familientherapie. In: Reiter L (Hrsg): Theorie und Praxis der systemischen Familientherapie. Facultas, Wien, S 154-164.
- Kriz J (1991): Probleme systemisch-empirischer Forschung. System Familie 4: 236-242.
- Lebow J (1981): Issues in the assessment of outcome in family therapy. Family Process 20: 167-188.
- Ludewig K (1988): Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. System Familie 1: 103-114.
- Ludewig K (1992): Systemische Therapie. Grundlagen Theorie Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Ludewig K, R Schwarz: Ambulante Familientherapie: Versuch einer empirischen Bewertung. In: Remschmidt H (Hrsg): Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Bd 1. Enke, Stuttgart, S 99-107.
- Ludewig K, R Schwarz, H Kowerk (1984): Systemische Therapie mit Familien mit einem ,psychotischen' Jugendlichen. Familiendynamik 9: 108-125.
- Ludewig R (1984): Versuch einer systemischen Beurteilung von familientherapeutischen Prozessen. Psychol Dipl-Arb, Hamburg.
- Luhmann N (1984): Soziale Systeme. Suhrkamp, Frankfurt.
- Manthey T (1987): Analyse subjektiver Beurteilungen systemisch orientierter Gespräche. Psychol Dipl-Arb, Hamburg.
- Meyer, A.-E., R. Richter, K. Grawe, J.-M. Graf v.d. Schulenburg, B. Schulte: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1991.
- Miller G, S de Shazer (1991): Jenseits von Beschwerden: Ein Entwurf der Kurztherapie. In: Reiter L, C Ahlers (Hrsg): Systemisches Denken und therapeutischer Prozess. Springer, Berlin Heidelberg, S 117-135.

- Minuchin S, B Rosman, L Baker (1983): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Olson DH, CS Russell, DH Sprenkle (1983): Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process* 22: 69-83.
- Pinsof WM (1981): Family therapy process research. In: Gurman und Kniskern (eds), S 699-741.
- Rabin C (1981): The single-case design in family therapy evaluation research. *Family Process* 20: 351-366.
- Retzer A, FB Simon, G Weber, H Stierlin, G Schmidt (1989): Eine Katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. *Familiendynamik* 14: 214-235.
- Scharowsky S (1989): Systemische Familientherapie aus Sicht der Klienten. Psychol Dipl-Arb, Hamburg.
- Simon FB, G Weber, H Stierlin, A Retzer, G Schmidt (1989): »Schizo-affektive« Muster: Eine systemische Beschreibung. *Familiendynamik* 14: 190-213.
- Smith ML, GV Glass, TI Miller (1980): *The Benefits of Psychotherapy*. Johns Hopkins Univ Press, Baltimore London.
- Talmon M (1990): *Single-Session Therapy*. Jossey-Bass, San Francisco Oxford.
- Weber G, H Stierlin (1989): *In Liebe entzweit*. Rowohlt, Reinbek.
- Weber G, FB Simon, H Stierlin, G Schmidt (1987): Die Therapie der Familien mit manisch-depressivem Verhalten. *Familiendynamik* 12: 139-161.
- Wells RA, AE Dezen (1978): The results of family therapy revisited: The nonbehavioral methods. *Family Process* 17: 251-274.
- Wittmann WW, GE Matt (1986): Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychol Rundschau* 37: 20-40.
- Woodward CA, J Santa-Barbara, DL Streiner, JT Goodman, S Levin, NB Epstein (1981): Client, treatment, and therapist variables related to outcome in brief, systems-oriented family therapy. *Family Process* 20: 189-197.
- Wynne LC (1988): Zum Stand der Forschung in der Familientherapie: Probleme und Trends. *System Familie* 1: 4-22.

ANHANG

Der Hamburger Evaluationsfragebogen HEF: Vorläufige Fassung

Anweisung

wie wir Ihnen in unserem Begleitbrief mitteilen, möchten wir Sie nun bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Füllen Sie den Fragebogen bitte auch dann aus, wenn Sie nur zu einem Gespräch bei uns gewesen sind. Bitte beantworten Sie alle Fragen, und versuchen Sie nach Möglichkeit, ein »unentschieden« zu vermeiden. Wenn Sie die Fragen mit mehreren Familienmitgliedern gemeinsam ausfüllen, einigen Sie sich bitte bei jeder Frage auf eine Antwort.

Bitte lesen Sie immer erst den ganzen Satz durch und überlegen dann, ob Sie sich für die linke oder rechte Seite entscheiden. Die Zahlenskala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils bis 2 nach links oder rechts: »2« bedeutet »ja, stimmt«, also eine weitgehende Zustimmung zur linken oder rechten Aussage. »1« bedeutet »eher ja«, also eine mäßige Zustimmung zur linken oder rechten Aussage. »0« bedeutet »unentschieden«, also »weiss nicht«, »sowohl...als auch«, »neutral«.

Bitte kreuzen Sie entsprechend Ihrer Antwort eine der fünf Zahlen an und gehen dann zur nächsten Frage weiter.

A. FRAGEN ZUM VERLAUF DES GESPRÄCHS/DER GESPRÄCHE

1. Als wir damals Rat suchten, stand das Problem in unserem Zusammenleben im Mittelpunkt 2-1-0-1-2 nicht im Mittelpunkt.
2. Aufgesucht haben wir die Gespräche hauptsächlich auf eigenen Wunsch 2-1-0-1-2 auf Empfehlung/Anweisung anderer.
3. In den Gesprächen fühlten wir uns vom Therapeuten geachtet 2-1-0-1-2 bevormundet,
4. Der Therapeut orientierte sich vor allem an unseren Zielen 2-1-0-1-2 an seinen Zielen.
5. Die Empfehlungen des Therapeuten haben uns weitergebracht 2-1-0-1-2 nicht weitergebracht.
6. Der Therapeut handelte spontan aus der Situation heraus 2-1-0-1-2 nach Regeln und Techniken.
7. Dass der Therapeut mit uns hauptsächlich gemeinsam gesprochen hat, war sinnvoll 2-1-0-1-2 nicht sinnvoll.
8. Die Empfehlungen des Therapeuten auszuprobieren, brachte uns neue Einsichten 2-1-0-1-2 keine Veränderung.
9. Die Verantwortung für Entscheidungen überließ der Therapeut uns 2-1-0-1-2 übernahm der Therapeut selbst.
10. Der Therapeut verteilte seine Aufmerksamkeit auf uns gleichmäßig 2-1-0-1-2 ungleichmäßig.
11. Die Fragen des Therapeuten bezogen sich auf Wesentliches 2-1-0-1-2 auf zu Vieles.
12. Die Empfehlungen des Therapeuten auszuprobieren, machte Spaß 2-1-0-1-2 keinen Spaß.
13. In den Gesprächen entdeckten wir Dinge, auf die wir von selbst auch gekommen wären 2-1-0-1-2 nicht gekommen wären.
14. Der Therapeut beurteilte unsere Art zu leben anders als wir 2-1-0-1-2 so wie wir.
15. Die Empfehlungen des Therapeuten waren für uns unpassend 2-1-0-1-2 passend.
16. Der Therapeut hat uns ermuntert, eigene Lösungen auszuprobieren 2-1-0-1-2 seine Empfehlungen auszuführen.
17. Das Verhalten des Therapeuten hat uns verwirrt 2-1-0-1-2 nicht verwirrt.
18. Der Therapeut zeigte zu uns Vertrauen 2-1-0-1-2 kein Vertrauen.
19. Die Atmosphäre während der Gespräche war für uns angenehm 2-1-0-1-2 unangenehm.
20. Während der Zeit der Gespräche hat sich unsere Art, das Problem zu sehen, verändert 2-1-0-1-2 nicht verändert.
21. Das Problem war schön während der Gespräche gelöst 2-1-0-1-2 nicht gelöst.

B. FRAGEN ZU DER ZEIT NACH DEN GESPRÄCHEN BIS HEUTE

22. Das Problem war am Ende der Gespräche gelöst 2-1-0-1-2 nicht gelöst.
23. Im Vergleich zu anderen Familien haben wir in letzter Zeit weniger Probleme 2-1-0-1-2 mehr Probleme.
24. Wir sind mit unserer jetzigen Situation im wesentlichen zufrieden 2-1-0-1-2 unzufrieden.
25. Die Kontakte unserer Familie mit Verwandten, Bekannten, Kollegen usw. haben sich seit den Gesprächen verbessert 2-1-0-1-2 nicht verbessert.
26. Als nach den Gesprächen andere Probleme bei uns auftraten, konnten wir uns selbst helfen 2-1-0-1-2 mussten wir uns erneut in Beratung/Behandlung begeben.
27. Alles in allem waren die Gespräche für uns hilfreich 2-1-0-1-2 nicht hilfreich.
28. Der Druck des damaligen Problems ist spürbar kleiner geworden 2-1-0-1-2 größer geworden.
29. Ohne die Gespräche hätte sich das Problem nicht gelöst 2-1-0-1-2 auch gelöst.
30. Um neu auftretende Probleme zu lösen, sehen wir heute eher eigene Möglichkeiten 2-1-0-1-2 keine Veränderung.
31. Wir sehen der Zukunft entgegen mit Gelassenheit 2-1-0-1-2 mit Sorge.
32. Wir würden Bekannten von uns bei Schwierigkeiten solche Gespräche empfehlen 2-1-0-1-2 nicht empfehlen.
33. Unserem Kind, das damals das Problem zeigte, geht es heute zufriedenstellend 2-1-0-1-2 nicht zufriedenstellend.
34. Wir hätten gern mehr Gespräche gehabt 2-1-0-1-2 weniger Gespräche gehabt.
35. Eventuelle jetzige Probleme in unserem Leben haben mit dem damaligen Problem zu tun 2-1-0-1-2 nichts zu tun.
36. Das damalige Problem haben wir heute nicht mehr 2-1-0-1-2 immer noch.

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Psych., Dr. phil. Kurt Ludewig
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Universität Hamburg
Martinistr. 52, D - 2000 Hamburg 20
und
Institut für systemische Studien e.V.
Sophienallee 24, D - 2000 Hamburg 20