

Zander, Britta / Balck, Friedrich / Rotthaus, Wilhelm und Strack, Micha
**Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der
stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 5, S. 325-341

urn:nbn:de:bsz-psydok-43019

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bränik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention)	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinary cooperation for child's benefit)	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents (“Autyn-groups”))	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit)	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families)	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”)	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services)	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families)	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients)	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines)	580

Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents)	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping)	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?)	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children)	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children)	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness)	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skills for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD))	607
Meyer, C.; Matzejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients)	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP))	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determination of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison)	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study)	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence)	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation)	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents)	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents)	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry)	325

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis)	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy)	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry)	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field)	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view)	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children)	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce)	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate)	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”)	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks)	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world)	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany)	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War)	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view)	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization)	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Silbing relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ (“The Celebration”))	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalla (1940-1945))	211
Woopen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis)	695

Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit (<i>W. Schweizer</i>)	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation (<i>L. Goldbeck</i>)	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter (<i>E. Butzmann</i>)	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie (<i>D. Irblich</i>)	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas (<i>M. Hartmann</i>)	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik (<i>J. Wiese</i>)	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen (<i>G. Fuchs</i>)	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 (<i>M. Hirsch</i>)	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie (<i>D. Gröschke</i>)	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings (<i>D. Gröschke</i>)	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie (<i>D. Gröschke</i>)	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie (<i>D. Irblich</i>)	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten (<i>W. Schweizer</i>)	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre (<i>H. Liebenow</i>)	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive (<i>D. Gröschke</i>)	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien (<i>J. Koch</i>)	384
Klaub, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten (<i>D. Irblich</i>)	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion (<i>C. Irblich</i>)	789
Mohr, A.: Peer-Viktimsierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen (<i>W. Schweizer</i>)	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis (<i>H. Heil</i>)	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV (<i>P. Dettmering</i>)	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin (<i>O. Bilke</i>)	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien (<i>D. Gröschke</i>)	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>K. Sarimski</i>)	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen (<i>B. Gussone</i>)	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche (<i>K.-H. Arnold</i>)	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft (<i>G. Nummer</i>)	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom (<i>M. Mickley</i>)	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch (<i>D. Irblich</i>)	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung (<i>K. Sarimski</i>)	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland (<i>D. Gröschke</i>)	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen (<i>M. Mickley</i>)	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine (<i>W. Schweizer</i>)	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld (<i>D. Gröschke</i>)	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (<i>K. Sarimski</i>)	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern (<i>H. Mackenberg</i>)	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht (<i>E. Bretz</i>)	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen (<i>D. Gröschke</i>)	680

Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel (<i>K. Waligora</i>)	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) (<i>K. Waligora</i>)	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) (<i>K. Waligora</i>)	390

Editorial / Editorial	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements	75, 151, 246, 396, 605, 795

Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Britta Zander, Friedrich Balck, Wilhelm Rotthaus und Micha Strack¹

Summary

The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry

This is a report on the findings of the effectiveness of the "Viersener Modell", a inpatient systemic child psychiatry model. The therapy effects were recorded, by means of self and therapists assessment, in several relevant areas of change. The index clients (ic) show typical characteristics of a child psychiatry population. The ic (n=43) and also their parents (37 mothers and 22 fathers) showed significant improvement on the level of psychiatric symptoms, individual problems and in general experience and behavior. The psychiatric symptoms that were conspicuous by both ic and parents at the beginning of therapy, were mainly inconspicuous at the end of the treatment (effectsize (es): $ic_{female, n=28} = .82$, $ic_{male, n=15} = .22$, $mothers_{without partner(accompanyng)} = .20$, $mothers_{with partner(accompanyng)} = .44$, $fathers = .44$). There was no essential improvement in the quality of the couples relationship, on the other hand the relationships were not clinically conspicuous at the beginning of therapy. Family members and therapists assessed quality of the treatment results and process mainly in accordance with our hypothesis. While the therapists noticed a significant improvement in the functioning of the family relationships (es=.87) at the end of the therapy, the parents (reported no difficulties in family functioning at the beginning of therapy) reported no essential improvement of family relationships in the follow-up questionnaire (n=32). The improvement of the problems and the assessment of the quality of the treatment results remained stable over an eight month period.

Zusammenfassung

Es werden die Ergebnisse der Evaluation eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie berichtet. Die Therapieeffekte wurden mittels Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumenten in mehreren relevanten (Verän-

¹ Unser besonderer Dank gilt den Therapeut(inn)en der Viersener Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern, die an der Untersuchung teilgenommen haben.

derungs-)Bereichen erfaßt. Die Indexklienten (IK) wiesen typische Charakteristika einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation auf. Sowohl bei den IK (N=43) als auch bei den Eltern (37 Mütter und 22 Väter) zeigten sich signifikante Verbesserungen auf der Ebene psychiatrischer Symptome, individueller Probleme und des allgemeinen Erlebens und Verhaltens. Die zu Therapiebeginn bei IK und Eltern klinisch auffälligen Skalenwerte der Symptomfragebögen waren zum Abschluß der Behandlung meist unauffällig (Effektstärken (d): IK_{weiblich, N=28} = .82, IK_{männlich, N=15} = .22, Mütter_{ohne Partner(begleitung)} = .20, Mütter_{mit Partner(begleitung)} = .44, Väter = .44). Keine wesentlichen Effekte fanden sich in der Qualität der Paarbeziehung, die von den Eltern insgesamt unauffällig beschrieben wurde. Die Ergebnis- und Prozeßqualität der Behandlung wurde von den Familienmitgliedern und Therapeut(inn)en überwiegend hypothesengemäß beurteilt. Während die Therapeut(inn)en eine bedeutsame Verbesserung der Funktionsfähigkeit des familiären Beziehungssystems (d = .87) zum Behandlungsabschluß wahrnahmen, schätzten die Eltern (N=32) die, zu Therapiebeginn allerdings nicht auffällig bewerteten, Familienbeziehungen nicht wesentlich gebessert ein. Die Problembesserung und die Beurteilung der Ergebnisqualität der Behandlung blieben über den Katamnesezeitraum von acht Monaten stabil.

1 Einleitung und Fragestellung

In der bisher umfassendsten Recherche konnte Schiepek (1999) anhand 26 kontrollierter Vergleichsgruppen-Studien, einer wesentlich größeren Zahl nicht kontrollierter Prä-Post-Untersuchungen und Katamnesen, etlicher Kasuistiken sowie einiger Metaanalysen die Effektivität der Systemischen Therapie, insbesondere die der systemischen Familientherapie, belegen. Die Systemische Therapie ist aber auch weiterhin gefordert, für verschiedene Settings und Kontexte, etwa für die systemische Einzeltherapie oder die Arbeit im stationären Bereich, Evaluationen vorzulegen.

Die vorliegende Untersuchung stellt einen ersten empirischen Beitrag zur Effektivität (Tauglichkeit bzw. Nützlichkeit im klinischen Alltag) systemischen Arbeitens in der *stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie* dar. Obwohl das Kosten-Nutzen-Verhältnis stationärer Psychotherapie immer kritischer angefragt werden dürfte (Bassler u. Hoffmann 1994), ist Evaluationsforschung in diesem Bereich, insbesondere bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, noch unterentwickelt (vgl. Strauß u. Burgmeier-Lohse 1994). Die Untersuchung wurde in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Rheinischen Kliniken Viersen durchgeführt. Hierbei handelt es sich um eine vergleichsweise große Institution (208 Behandlungsplätze, davon 38 teilstationär), mit weitem Einzugsbereich, vollem Versorgungsauftrag und bestimmten Schwerpunktaufgaben für das gesamte Rheinland. Das evaluierte „Viersener Modell“ stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein nach den Prämissen systemischer Therapie strukturiertes Behandlungskonzept, das eine Art Vorbildfunktion für die Umsetzung systemischer Sichtweisen in diesem Kontext hat. Ein wesentliches Behandlungselement sind die obligatorischen familientherapeutischen Sitzungen (eine ausführliche Darstellung des „Viersener Modells“ findet sich bei

Rotthaus 1999, eine Darstellung des systemischen Ansatzes bei v. Schlippe u. Schweizer 1996 oder Schiepek 1999).

Für die Familientherapie wird empfohlen, sowohl individuelle Charakteristika aller Familienmitglieder als auch dyadische Beziehungsmerkmale und komplexere Merkmale der Familienorganisation in ein Forschungsdesign einfließen zu lassen (vgl. Cierpka 1996; Mattejat 1986). Die vorliegende Untersuchung erfaßt auf individueller Ebene die Veränderung von *Symptomen*, *Problemen* und *allgemeinen Erlebens- und Verhaltensweisen* von Indexklienten (IK) und Familienmitgliedern. Im Gegensatz zu den eng umschriebenen psychiatrischen Symptomen können Probleme, die Klienten oder Familien in der Therapie „präsentieren“, ein weites Spektrum von Beziehungsschwierigkeiten bis hin zu krankheitswertigen Symptomen umfassen (vgl. Wynne 1988; Cierpka et al. 2000). Im Hinblick auf die Forderung nach Einbeziehung dyadischer Beziehungsmerkmale wurde die Veränderung der *Qualität der partnerschaftlichen Beziehung* der Eltern untersucht. Diese Variablenwahl ist durch die hohe Bedeutung der Partnerbeziehung für das generelle familiäre Klima, das elterliche Erziehungsverhalten und für die Art der Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kindern begründet. Als komplexes Systemmerkmal wurde die Veränderung der *Funktionalität des familiären Beziehungssystems* erfaßt. Diese läßt sich u.a. dadurch charakterisieren, wie lose oder eng der Zusammenhalt zwischen den Familienmitgliedern ist, in welchem Maße und mit welcher Klarheit und Eindeutigkeit kommuniziert wird, ob Konflikte zugelassen und auf welche Weise sie ausgetragen und gelöst werden, welche Kontrollmechanismen und Wertorientierungen vorherrschen und wie Aufgaben bewältigt und innerfamiliäre Rollen verteilt und ausgefüllt werden. Neben Veränderungen der genannten diagnostischen Indikatoren stellte die Beurteilung der Ergebnis- und Prozeßqualität der Behandlung ein weiteres Erfolgskriterium dar.

2 Methode: Untersuchungsdesign, Erhebungsinstrumente, Therapeut(inn)en- und Klient(inn)enstichprobe

2.1 Untersuchungsdesign

Die Untersuchung wurde in einem prospektiven Prä-Post-Follow-up-Design (zu Beginn, zum Abschluß und acht Monate nach Beendigung der Behandlung) unter klinischen Bedingungen auf der Datengrundlage einer weitgehend unselektierten, konsekutiven Stichprobe durchgeführt. Das Design entspricht der allgemeinen Forderung (z.B. Heekerens 1998; Märtens u. Petzold 1995; Seligman 1996; Shadish et al. 1993; Weisz et al. 1992) nach Ergebnisstudien (Effektivitätsstudien), die die Nützlichkeit von Psychotherapien nicht im Labor, sondern im realen klinischen Feld beurteilen (ökologische Validität). Die genannten Konstrukte wurden mittels Fragebögen multimethodal im Sinne indirekter und direkter Veränderungsmessungen und aus unterschiedlichen Beurteilerperspektiven (Selbstbeurteilung der Familienmitglieder, Fremdeinschätzung aus der Therapeut(inn)enperspektive) operationalisiert.

Die Auswertungen wurden mit konventionellen inferenzstatistischen Methoden vorgenommen (t-Tests für abhängige Daten, Varianzanalysen). Je mehr Einzelfallvergleiche an einer Stichprobe durchgeführt werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, daß durch α -Fehler-

Kumulierung zufällig signifikante Ergebnisse entstehen. Da die hierfür entwickelten Korrekturverfahren zu unrealistisch kleinen kritischen p-Werten führen (Irrtumswahrscheinlichkeit für einen β -Fehler steigt), wurde eine α -Fehler-Adjustierung nach Dayton (s. Bortz 1985, S. 321f.) nur im Falle einer Hypothesenprüfung über mehrere Skalen desselben Fragebogens vorgenommen. Die Effektstärke „d“, als Maß für die praktische Bedeutsamkeit (Hager 1996), wird in Anlehnung an die Arbeitsgruppe um Grawe (z.B. Grawe et al. 1994) nach der Formel $d = \frac{M_{\text{post}} - M_{\text{prä}}}{SD_{\text{prä}}}$ berechnet. Nach der Konvention von Cohen (1988) entspricht ein $d = .20$ einem kleinen, ein $d = .50$ einem mittleren und ein $d = .80$ einem großen Effekt. Da in Prä-Post-Effektstärken auch Veränderungen eingehen, die ohne eine Behandlung aufgetreten wären (z.B. aufgrund einer spontanen Remission), sind die gefundenen Effektstärken zu korrigieren. Der von Grawe et al. (1994) für Veränderungen in Kontrollgruppen durchschnittlich bestimmte Wert von $d = .36$ erscheint uns allerdings zu hoch. Es muß berücksichtigt werden, daß das Ausfüllen von Fragebögen oder allein die Tatsache, an einer Untersuchung teilzunehmen, Einfluß nimmt. Kontrollgruppen bilden selten allein Spontanremissionen ab, sie erhalten aus ethischen Gründen meist irgendeine Form „klinischen Managements“ (Hartmann u. Herzog 1995). Zu einer Verzerrung der Besserungsraten in Kontrollgruppenuntersuchungen trägt zudem eine Überrepräsentation von Analogstudien und das Überwiegen studentischer Populationen mit milder Symptomatik bei (Riedel u. Schneider-Düker 1991). Das Äquivalent einer „echten“ Spontanremission, mit dem die Wirkungen psychotherapeutischer Maßnahmen verglichen werden müssen, entspricht aus den genannten Gründen vermutlich einem geringeren als dem von Grawe et al. gefundenen Effekt. Hartmann und Herzog (1995), die an einer Stichprobe die Effektstärken von Kontrollgruppen ermittelten, empfehlen einen Wert um $d = .10$. Die im Ergebnisteil berichteten Effektstärken wurden um diesen Korrekturwert gemindert.

2.2 Erhebungsinstrumente

Tabelle 1 gibt synoptisch Auskunft über die Beurteiler, die Evaluationsaspekte und die zu den drei Meßzeitpunkten gewählten Evaluationsmaße.

Die Erfassung der von den IK und Geschwistern perzipierten Belastung durch psychische Symptome erfolgte mit dem *Fragebogen für Jugendliche* (YSR; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993), die von den Eltern mit dem *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis u. Melisaratos 1983), einer Kurzform der Symptom Check List 90-R (Derogatis 1977). Die Therapeutin/ der Therapeut vermerkte für den IK eine *klinisch-psychiatrische Diagnose* anhand der ersten Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS; Renschmidt u. Schmidt 1994). Zur Evaluation der Veränderung der aus Sicht der IK, der Familienmitglieder und der Therapeut(inn)en zu Therapiebeginn bestehenden Probleme wurden die *Problembeschreibungsmodule* (Md. 6-KJ, Md. 6, Md. 7) des Basisdokumentationssystems der „Multizentrischen Studie zur Versorgungsrelevanz und Effektivität der Paar- und Familientherapie/-beratung“ (Arbeitsgruppe Multizentrische Studie zur Versorgungsrelevanz und Effektivität der Paar- und Familientherapie/-beratung 1995) eingesetzt. Zum Abschluß der Therapie wurde von den IK und ihren Familienmitgliedern der *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens* (VEV; Zielke u. Kopf-Mehnert 1978) ausgefüllt. Die Einschätzung der Qualität der Paarbeziehung aus Sicht der Eltern wurde mit dem *Partnerschaftsfragebogen* (PFB; Hahlweg 1996) vorgenommen. Die Funktionalität der familiären Beziehungen aus Sicht der IK und der Familienmitglieder wurde mit dem *Allgemeinen Familienbogen* (FB-A; Cierpka u. Frevert 1994) erfaßt. Von den Therapeut(inn)en wurde das Beziehungssystem mit der *Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen* (GARF; Group for

Tab. 1: Übersicht über die Beurteiler, Evaluationsaspekte, Meßinstrumente und Meßzeitpunkte

Beurteiler	Evaluationsaspekt	Prä	Post	Katamnese
IK und Geschwister	Problembeeinträchtigung	Modul 6-KJ	Modul 6-KJ	
	Symptombelastung	YSR	YSR	
	Veränderungen des Erlebens und Verhaltens		VEV	
	Funktionalität der Familienbeziehungen	FB-A	FB-A	
	Ergebnis- und Prozeßqualität der Behandlung		FBB-J bzw. FBB-G	
Mütter und Väter	Problembesserung	Modul 6	Modul 6	KAT
	Symptombelastung	BSI	BSI	
	Veränderungen des Erlebens und Verhaltens		VEV	
	Qualität der Paarbeziehung	PFB	PFB	
	Funktionalität der Familienbeziehungen	FB-A	FB-A	FB-A
	Ergebnis- und Prozeßqualität der Behandlung		FBB-E	KAT
	Basisdokumentation			
Therapeutinnen /Therapeuten	Problembeeinträchtigung	Modul 7	Modul 7	
	Problembesserung		Modul 7	
	Funktionalität der Familienbeziehungen	GARF	GARF	
	Ergebnis- und Prozeßqualität der Behandlung		FBB-T	
	Diagnose	MAS/ICD-10		
	Basisdokumentation			

the Advancement of the Psychiatry, Committee on the Family 1996) beurteilt. Die GARF-Skala, die analog zur Achse V (Global Assessment of Functioning, GAF) des DSM-IV konstruiert worden ist, basiert auf den Dimensionen Problemlösung, Organisation und Emotionales Klima und bildet ein 100-Punkte-Kontinuum (je höher der Wert, desto optimaler die Funktionsfähigkeit), das sich in fünf Funktionsfähigkeits-Bereiche gliedert. Die Operationalisierung der Ergebnis- und Prozeßqualität der Behandlung aus der Sicht der IK, ihrer Familienmitglieder und der Therapeut(inn)en wurde mit den *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung* (FBB-J, -E, -T; Matzejat u. Renschmidt 1998) vorgenommen. Um die Stabilität der Behandlungseffekte ausgewählter Variablen evaluieren zu können, wurde für die Studie ein *Fragebogen zur Katamnese* (KAT) erstellt. Nachbefragt wurde entweder die Mutter oder der Vater des IK. Ergänzend wurde dem betreffenden Elternteil der FB-A zugesandt. Der katamnestiche Fragebogen beschränkt sich im wesentlichen auf die Beurteilung der ursprünglich zur Behandlung führenden Probleme (gemäß Problembeschreibungsmodule 6) und die Ergebnisqualität der Behandlung (gemäß FBB-E). Dar-

über hinaus wurden verschiedene Fragebögen zur Basisdokumentation eingesetzt, die dem Modulsystem der „Multizentrischen Studie zur Effektivität und Versorgungsrelevanz der Paar- und Familientherapie/-beratung“ (a. a. O.) entnommen wurden. Sie lieferten u. a. Informationen zur Institution, zu den beteiligten Therapeut(inn)en, zu soziodemographischen Familiencharakteristika und den durchgeführten Behandlungen.

2.3 *Therapeut(inn)en- und Klient(inn)enstichprobe*

An der Erhebung nahmen sieben Therapeut(inn)en – drei Ärztinnen, ein Arzt und drei Psychologinnen mit einem Durchschnittsalter von 38.3 Jahren (Spanne: 32-48) – der, für die Untersuchung in Frage kommenden, drei Aufnahmestationen der Jugendlichenabteilung (11-14 Jahre, 14-16 Jahre, 16-18/19 Jahre) teil. Drei Therapeut(inn)en verfügten über eine langjährige (12 bis 21 Jahre) Berufserfahrung, vier über Berufserfahrungen zwischen knapp 3 bis 5 Jahren. Fünf Therapeut(inn)en verfügten über eine abgeschlossene Ausbildung in systemischer Therapie/Familientherapie, zwei befanden sich in der Ausbildung. Sechs Therapeut(inn)en hatten noch mindestens eine andere psychotherapeutische Ausbildung begonnen bzw. abgeschlossen.

In die Stichprobe sollten alle zwischen dem 1. November 1995 und dem 31. Oktober 1996 auf den Stationen der Jugendlichenabteilung aufgenommenen IK und jene Familienmitglieder, deren Teilnahme an den Familiengesprächen vereinbart wurde, gelangen.² Von N=211 in diesem Zeitraum betreuten Familien, erfüllten N=83 (39.3%) die Untersuchungseingangskriterien. N=49 (59%) waren zu einer Teilnahme an der Untersuchung bereit und füllten die Fragebögen des Meßzeitpunkts „Prä“ aus. N=38 (45.8%) nahmen an der Abschlußbefragung („Post“) teil, N=32 (38.5%) auch an der Katamnese. Zusätzlich zu den 38 Familien lagen von N=5 IK (6%), deren Familien die Untersuchungsteilnahme abgelehnt hatten, die Prä-Post-Daten vor. Die Drop-outs gehen zum größten Teil auf eine Teilnahmeverweigerung oder Nichtrückgabe der Bögen zurück, die auch durch eine offensichtliche Überforderung vieler (Unterschichts-)Familien durch die Konstruktion und Formulierungen der Fragebögen erklärbar sind. Zum Teil waren auch die Therapeut(inn)en durch ihre tägliche Arbeit so belastet, daß das Weiterleiten der Bögen an die Familien vergessen wurde. Bei den Familien, die die Bögen zum Meßzeitpunkt „Post“ nicht ausfüllten oder die Nachbefragung ablehnten, spielt vermutlich Unzufriedenheit mit der Behandlung bzw. dem Behandlungsergebnis eine wesentliche Rolle. N=7 Familien beendeten die Behandlung nicht regulär, sondern brachen diese ab. Insgesamt gelang es den Therapeut(inn)en in einem durchschnittlichen Erhebungszeitraum von 11.9 Monaten 43 IK, 37 Mütter, 22 Väter und 16 Geschwister für die Prä-Post-Erhebung und 32 Eltern (Mutter oder Vater) für die Katamnese zu rekrutieren. Auf die nur sehr kleine Geschwisterstichprobe (16 Personen) wird hier nicht eingegangen (s. dazu Zander 1999).

Die IK waren im Durchschnitt 15.4 Jahre (SD=1.6, Spanne: 12-18) alt, das weibliche Geschlecht überwog mit 65% (N=28 weiblich, N=15 männlich). Entgegen der sonst in kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen gefundenen Geschlechterverteilung

² Ausgeschlossen von der Untersuchung wurden 1. Familien, deren IK jünger als 12 Jahre war, 2. Familien, deren IK geistig- oder stark lernbehindert war, 3. IK bzw. Familien, welche aus anderen als den zuvor genannten Gründen nicht dazu in der Lage waren, die Fragebögen zu beantworten (aufgrund der psychischen Befindlichkeit, aus sprachlichen Gründen etc.), 4. Familien, deren IK in Notaufnahme ohne expliziten Therapievertrag aufgenommen wurde, 5. Familien, deren IK nicht explizit zur Behandlung, sondern (primär oder ausschließliche) aufgrund diagnostischer Fragestellungen aufgenommen wurde und 6. Kinder und Jugendliche, welche zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht in einer Familie (Ein- oder Zweielternfamilie) oder Ersatzfamilie (Adoptiv- oder Pflegefamilie) lebten.

(vgl. z.B. Presting et al. 1998; Remschmidt u. Walter 1989) waren nicht nur bei den älteren, sondern auch bei den jüngeren Kindern mehr weibliche IK vertreten. Alle IK waren deutsche Staatsbürger. Nur etwas über ein Drittel (37.2%, N= 16) der IK lebte bei beiden leiblichen Eltern. Die gleiche Anzahl wurde von einem alleinerziehenden Elternteil betreut; 16.3% (N=7) lebten gemeinsam mit dem Lebenspartner der Mutter; 9.3% (N=4) lebten bei Pflegeeltern bzw. den Großeltern. Die meisten IK waren Einzelkinder oder hatten ein Geschwister. Sie besuchten meist noch die Schule, am häufigsten die Hauptschule (25.6%) oder das Gymnasium (23.2%). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (s. Presting et al. 1998) gehörten sie häufiger sozial schwächeren und oberen als mittleren Schichten an.

Die Teilstichproben der teilnehmenden und nicht-teilnehmenden IK („Verweigerer“: N=15 weiblich, N=25 männlich) unterschieden sich nur hinsichtlich eines nahezu umgekehrten Geschlechterverhältnisses voneinander. In anderen soziodemographischen und in behandlungsrelevanten Merkmalen (Behandlungsdauer, Beendigung der Behandlung, Empfehlungen weiterführender Maßnahmen) sowie diagnostischen Charakteristika fanden sich keine wesentlichen Unterschiede. Für alle 43 an der Erhebung teilnehmenden IK wurde ein klinisch-psychiatrisches Syndrom beschrieben (für N=7 wurden zwei Diagnosen vermerkt). Mit 36% (N= 18) der Nennungen dominierten Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92), gefolgt von Anpassungsstörungen (F43) und Eßstörungen (F50) mit jeweils 16% (N=8). Affektive Störungen (F32) wurden bei 10% (N=5) diagnostiziert und jeweils bei 8% (N=4) Neurotische Störungen (F40, F41, F42) und Emotionale Störungen des Kindesalters (F93, F94). Für die verbleibenden 6% wurden sonstige Störungen (F21, F60, F98) angegeben.

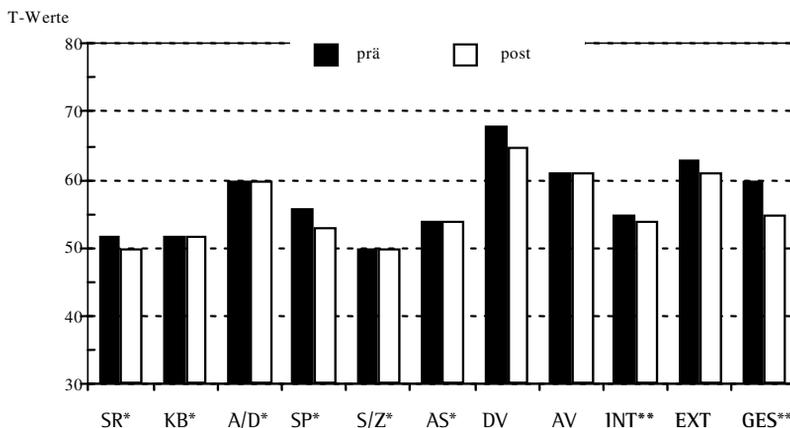
Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer betrug 14.9 Wochen (SD=8.6, Spanne: 4 bis 38.3 Wochen, Median= 12.2 Wochen). Im Durchschnitt wurden pro Behandlung 7.5 Familiengespräche (SD=2.6, Median=7), davon 7.2% reine Elterngespräche, mit einem mittleren zeitlichen Abstand von 15.6 Tagen (SD=3.7, Spanne: 3-15 Tage, Median=14 Tage) geführt.

3 Ergebnisse

3.1 Veränderung der Symptombelastung

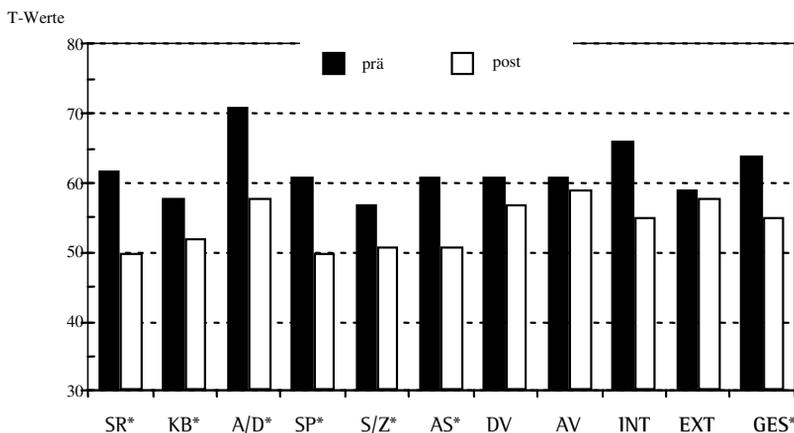
Die Ergebnisse des Fragebogens für Jugendliche (YSR) weisen die IK zu Beginn der Therapie als eine durch psychiatrische Symptome klinisch auffällig bzw. im Grenzbereich zur Auffälligkeit belastete Klientel aus (weibliche IK: $YSR_{\text{Gesamtwert}}=69.2$, $SD=22.5$, $T=64$; männliche IK: $YSR_{\text{Gesamtwert}}=54.1$, $SD=23$, $T=60$). Im Gegensatz zu den weiblichen IK, wo sich erhöhte Werte auf der übergeordneten Skala „Internalisierende Störungen“ zeigen, finden sich, in Übereinstimmung mit dem allgemeinen Geschlechtsrollenstereotyp, bei den männlichen IK erhöhte Werte auf der übergeordneten Skala „Externalisierende Störungen“ (s. Abb. 1 und 2). In der Stichprobe sind die männlichen IK durch psychiatrische Symptome nicht nur weniger belastet als die weiblichen, sondern sie scheinen auch etwas weniger belastet zu sein als die männlichen IK in einer von Döpfner et al. (1994, 1995) mit dem YSR untersuchten kinder- und jugendpsychiatrischen Population der Klinik und Poliklinik der Universität Köln, wo keine geschlechtsspezifischen Unterschiede für die Gesamtskala gefunden wurden. Diese Auffälligkeit korrespondiert mit der geschlechtsdifferenzierten Teilnahmebereitschaft: symptomatisch schwerer belastete männliche IK haben an der Erhebung selte-

ner teilgenommen (vgl. 2.3). Bei Therapieende zeigt sich die Symptombelastung der IK statistisch signifikant verbessert (43 IK: $p \leq .001$). Die T-Werte der YSR-Gesamtskala haben sich bei weiblichen und männlichen IK in den Normalbereich verschoben und liegen jeweils bei $T=55$ (s. Abb. 1 und 2).



Erläuterung: SR=Sozialer Rückzug; KB=Körperliche Beschwerden; A/D=Angst/Depressivität; SP=Soziale Probleme; S/Z=Schizoid/Zwanghaft; AS=Aufmerksamkeitsstörung; DV=Delinquentes Verhalten; AV=Aggressives Verhalten; * $p \leq .0064$ (Alpha-Fehler-Korrektur nach Dayton); INT=Internalisierende Störung; EXT=Externalisierende Störung; GES=Gesamtwert; ** $p \leq .001$ (Signifikanzberechnungen über Rohwerte)

Abb. 1: Rückgang der Symptombelastung (YSR) der weiblichen Indexklienten (N=28): Vergleich der T-Werte der Prä-/Post-Messungen



Erläuterung: s. Abb. 1; * $p \leq .10$ (Signifikanzberechnungen über Rohwerte)

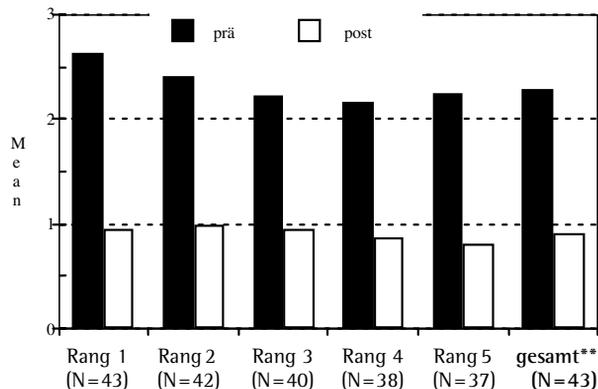
Abb. 2: Rückgang der Symptombelastung (YSR) der männlichen Indexklienten (N=15): Vergleich der T-Werte der Prä-/Post-Messungen

Es ergeben sich mittlere Effektstärken für die „Gesamtauffälligkeit“ ($d = .58$ bedeutet, daß es den in Viersen behandelten Kindern um gut eine halbe Standardabweichung besser geht als einer unbehandelten Kontrollgruppe bzw. als 72% vergleichbarer Kinder, die keine Behandlung erfahren haben) und für den übergeordneten Merkmalsbereich „Internalisierende Störungen“ ($d = .60$). Die Verbesserungen der „Internalisierenden Störungen“ gehen im wesentlichen auf die weiblichen IK zurück. Für die übergeordnete Skala „Externalisierende Störungen“ findet sich kein Effekt ($d = .06$); auch bei gesonderter Betrachtung der männlichen IK gilt $d = .15$ nicht einmal als kleiner Effekt. Insgesamt gesehen profitieren die männlichen IK mit einer Verbesserung ihrer Gesamtauffälligkeit von $d = .22$ deutlich geringer von der Behandlung als die weiblichen ($d = .82$); während bei den Klientinnen sechs von acht Skalen mittelgroße oder hohe Effektstärken aufweisen (der größte Effekt von $d = 1.02$ findet sich auf der Skala „Angst/Depressivität“), zeigt sich bei den Klienten lediglich auf einer Skala ein Effekt von mittlerer Größe ($d = .59$ auf der Skala „Delinquentes Verhalten“). Dieser Unterschied dürfte im wesentlichen auf die unterschiedlich starke Symptombelastung bei Behandlungsbeginn zurückzuführen sein.

Nach den Ergebnissen des Brief Symptom Inventory (BSI) lassen sich die Eltern als klinisch auffällig bezeichnen. Sowohl der Globale Schwere-Index der Mütter (GSI = .71, SD = .56) als auch der GSI der Väter (GSI = .55, SD = .39) verweist mit einem T-Wert von jeweils 62 auf eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung grundsätzlich erhöhte Symptombelastung (s. Franke 1995). Die GSI-Werte bleiben dabei unter den GSI-Durchschnittswerten ambulanter und stationärer klinischer Gruppen (s. Schauenburg u. Strack 1998), so daß die Mütter und Väter der Untersuchungsstichprobe zwar deutlich belasteter als sog. ungestörte Normalpersonen, aber weniger belastet als der durchschnittliche Psychotherapieklient einzuschätzen sind. Die Symptombelastung der Mütter und Väter hat sich im Verlaufe der Therapie statistisch signifikant verbessert (37 Mütter: $p \leq .05$; 22 Väter: $p \leq .001$). Die Effektstärken der Väter liegen im Durchschnitt höher als die der Mütter (Väter-GSI: $d = .44$; Mütter-GSI: $d = .20$). Bei den Vätern ließ sich der größte Effekt auf der Skala „Depressivität“ ($d = .54$), bei den Müttern auf der Skala „Somatisierung“ ($d = .38$) beobachten. Eine Differenzierung zwischen Müttern, die in Begleitung ihres Partners an den Familiengesprächen in der Klinik teilnahmen, und Müttern, die keinen Partner hatten bzw. von ihrem Partner nicht zu den Gesprächen begleitet wurden, ergab, daß bei den Müttern ohne Partner(begleitung) der T-Wert des GSI nur geringfügig von 63 auf 61 gefallen und nach wie vor im auffälligen Bereich war, während der T-Wert der Mütter mit Partnerbegleitung das Niveau ihrer Partner erreichte (die T-Werte des GSI waren von 61 bzw. 62 (Väter) auf jeweils 54 gefallen, die Effektstärke betrug wie die der Väter $d = .44$). Vielleicht konnten sich die gemeinsam an den Gesprächen teilnehmenden Paare wechselseitig effektiver stabilisieren. Unter Umständen bestanden die Symptome der Mütter ohne Partner(begleitung) auch schon über längere Zeit und waren damit veränderungsresistenter. Denkbar ist auch eine andere Symptomen-genese, die bei diesen Müttern vielleicht verstärkt im Zusammenhang mit individuellen Problemen zu sehen ist.

3.2 Veränderung der Problembeeinträchtigung und des allgemeinen Erlebens und Verhaltens

Während der Beeinträchtigungsgrad der im Problembeschreibungsmodul von den IK genannten Probleme zu Therapiebeginn im mittleren Bereich eingeschätzt wurde (MW=2.29, SD=.57; Skala: 0=gar nicht, 1=wenig, 2=mittel, 3=sehr), fühlen sie sich zum Abschluß der Behandlung durch ihre Probleme nur noch wenig beeinträchtigt (MW=.91, SD=.66; 43 IK: $p \leq .001$, s. Abb. 3).



Erläuterung: Skalenwert 0=gar nicht; 1=wenig; 2=mittel; 3=sehr; für die einzelnen Ränge gilt $p \leq .001$ (Alpha-Fehler-Korrektur nach Dayton: $p \leq .0102$); ** $p \leq .001$

Abb. 3: Rückgang der Problembeeinträchtigung (Md.6-KJ) der Indexklienten (N=43): Vergleich der Mittelwerte über die fünf Problemrangplätze der Prä-/Post-Messung

Die gefundene Effektstärke ist beachtlich (gesamt: $d=2.32$, für die jeweiligen Rangplätze: $d > 1.40$). Das auf Rangplatz 1 genannte Problem ist zum Abschluß der Behandlung auch am effektivsten gebessert. Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich nicht (Interaktion zwischen Geschlecht und Meßzeitpunkten: $F(1;41)=.19$, $p=.66$). Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Mütter (N=37) und Väter (N=22) durch perzipierte Probleme vermindert sich ebenso bedeutsam ($p \leq .001$, $d > 2.8$). Auch aus Sicht der Therapeut(inn)en hat sich die Problembeeinträchtigung derjenigen 36 IK, für die Probleme unter den fünf wichtigsten genannt wurden, bedeutsam verringert ($p \leq .001$, $d=1.48$). Hinsichtlich der Geschlechter finden sich keine Unterschiede in den Beurteilungen ($F(1;34)=.24$, $p=.70$). Da von den Therapeut(inn)en für Väter (und Geschwister) der IK so gut wie keine Probleme angegeben wurden, kann nur die Beurteilung der Veränderung der Problembeeinträchtigung der Mütter (N=23) berichtet werden. Auch diese hat sich aus Therapeut(inn)ensicht zum Abschluß der Therapie mit einer erheblichen Effektstärke gebessert ($p \leq .001$, $d=1.83$). Einen ebenfalls bedeutsamen Beeinträchtigungsrückgang geben die Therapeut(inn)en für jene 17 Familien an, für die sie Probleme auf der Ebene des Paar- und Familiensystems beschrieben hatten ($p \leq .001$, $d=4.9$, die ungewöhnlich hohe Effektstärke resultiert hier aus der geringen

Streuung der Präwerte). Ein Einwand gegen die hier berichteten Effektstärken könnte mit der Regression zur Mitte argumentieren, da hier nur Werteveränderungen jener „Fälle“ betrachtet werden, für die zum Meßzeitpunkt Prä hohe Ausprägungen (Probleme) vorlagen.

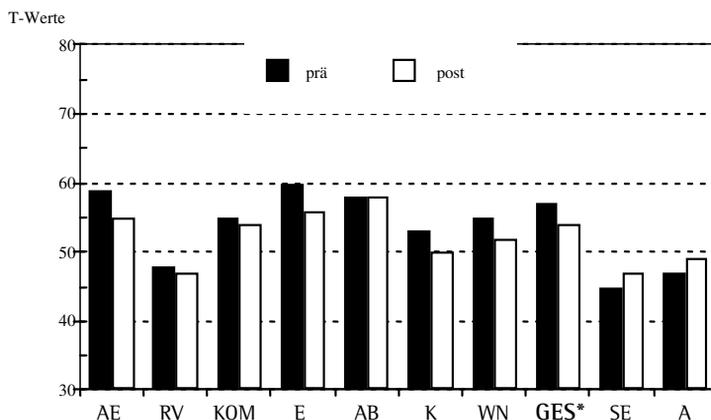
Retrospektiv geben im Durchschnitt sowohl die IK als auch ihre Eltern auf dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) bedeutsame Veränderungen in Richtung größerer Entspannung, Gelassenheit und Optimismus an. Der über alle IK gemittelte Veränderungsscore des VEV erreicht einen Gesamtwert von 218 Punkten ($SD=43.61$), was einer signifikanten Verbesserung auf dem 0.1%-Niveau entspricht. Zwischen den Geschlechtern finden sich keine Unterschiede ($t(41)=.33$, $p(\text{zweiseitig})=.75$). Bei den Müttern liegt der gemittelte Veränderungsscore des VEV bei einem Gesamtwert von 207 Punkten ($SD=42.10$, 0.1%-Niveau), bei den Vätern bei 195 Punkten ($SD=29.14$, 1%-Niveau).

3.3 *Veränderung der Funktionalität der Familienbeziehungen und der Qualität der Paarbeziehungen*

Im Gegensatz zu den auf individueller Ebene dokumentierten Verbesserungen finden sich bezüglich der Funktionalität der familiären Beziehungen kaum nennenswerte Effekte. Allerdings wurde diese zu Therapiebeginn, und zwar entgegen den Erwartungen und auch den Einschätzungen der Therapeut(inn)en, von den Familienmitgliedern im Durchschnitt unauffällig beschrieben. Die IK schätzen zum Abschluß der Therapie ihre Familien statistisch tendenziell funktionaler ein (43 IK: $p=.06$), die Effektstärke ist aber nicht bedeutsam ($d=.10$; keine Geschlechtsinteraktion $F(1;41)=.12$, $p=.73$). Die in Abb. 4 bei den Einzelskalen beobachtbaren Verbesserungen sind nach Korrektur des Alphafehlers (nach Dayton: $p\leq .0057$) nicht überzufällig, die Effekte nach Effektstärkenminderung unwesentlich. Bei der einzigen zu Behandlungsbeginn mit ihrem T-Wert im Grenzbereich zur Auffälligkeit liegenden Skala „Emotionalität“ deutet sich eine Verbesserung an ($p=.01$, $d=.20$).

Auch die Mütter ($N=37$) und Väter ($N=22$) nehmen die Funktionalität der familiären Beziehungen unverändert wahr. Betrachtet man wiederum Mütter mit und ohne Partner(begleitung) gesondert, so zeigt sich, daß Mütter ohne Partner(begleitung) ihre Familien nicht nur zu Behandlungsbeginn auffällig dysfunktional beschreiben, sondern zu Behandlungsabschluß die gesamtfamiliäre Funktionalität (FB-A-Gesamtwert) auch deutlich gebessert ($d=.43$) wahrnehmen. Abgesehen davon, daß sich dysfunktionale Einschätzungen leichter zum Positiven verändern als im Normalbereich liegende, könnte eine mögliche Erklärung hierfür sein, daß die beim IK wahrgenommene Besserung stärker auch auf dem Familienbogen zum Ausdruck gebracht wurde. Häufig bildeten die Mütter ohne Partnerbegleitung gemeinsam mit ihrem Kind „die Familie“, so daß eine Besserung des Kindes als eine deutliche Besserung des familiären Zusammenspiels erlebt worden sein könnte.

Die Therapeut(inn)en geben im Durchschnitt eine bedeutsame Verbesserung der Funktionsfähigkeit des familiären Beziehungssystems an (GARF: $p\leq .001$, $d=.87$). Zum Abschluß der Therapie liegen immerhin vier Familien (9%), gegenüber keiner Fa-



Erläuterung: AE=Aufgabenerfüllung; RV=Rollenverhalten; KOM=Kommunikation; E=Emotionalität; AB=Affektive Beziehungsaufnahme; K=Kontrolle; WN=Werte und Normen; GES=Gesamtwert; SE=Soziale Erwünschtheit; A=Abwehr; * $p \leq .10$ (Signifikanzberechnungen über Rohwerte)

Abb. 4: Verbesserung der Funktionalität der Familienbeziehungen (FB-A) aus Sicht der Indexklienten (N=43): Vergleich der T-Werte der Prä-/Post-Messungen

milie zu Therapiebeginn, im obersten Funktionsfähigkeitsbereich der GARF-Skala (81-100 Punkte). 14 Familien (32.6%) gegenüber zuvor fünf Familien werden im nächst höheren Wertebereich zwischen 61-80 eingestuft. Die Frage, ob der für die Untersuchung gewählte FB-A die Funktionalität bzw. Dysfunktionalität des Beziehungssystems nicht sensibel genug abzubilden vermochte, relevante Familienfunktionen durch das Instrument nicht erfaßt werden, die Therapeut(innen) das familiäre System zu Beginn unangemessen kritisch beurteilten oder aber sich die Familien aus bestimmten Gründen nicht „trauten“, Familienprobleme einzugestehen, kann aus den Daten nicht beantwortet werden.

Die Ergebnisse des Partnerschaftsfragebogens (PFB) weisen weder in der Wahrnehmung der Mütter (N=28) noch in der Wahrnehmung der Väter (N=21) eine nennenswerte Durchschnittsänderung auf. Allerdings waren die T-Werte beider PFB-Skalen („Streitverhalten“, „Gemeinsamkeit/Kommunikation“) zu Therapiebeginn klinisch unauffällig. Wenn man nur die Paare, die gemeinsam an den Gesprächen teilnahmen (und die Fragebögen ausfüllten, N=21 von 24 Paaren), betrachtet, so ist bei der von den Frauen beurteilten partnerschaftlichen Gemeinsamkeit und Kommunikation zumindest eine Tendenz auszumachen ($d=.19$).

3.4 Ergebnis- und Prozeßqualität der Behandlungen

Die durch die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-J, -E, -T) operationalisierten Aspekte der Ergebnis- und Prozeßqualität wurden von den Familienmitgliedern als überwiegend erfolgreich und zufriedenstellend bewertet. Die über alle Skalen

gemittelte Gesamtbeurteilung der Behandlung durch die IK (N=43) entspricht der „Note gut“. Deutliche Behandlungsfortschritte werden gleichermaßen für den eigenen Therapieerfolg und, wenn auch etwas schwächer, für den Therapieerfolg bezüglich der Familienbeziehungen konstatiert. Die „besten Noten“ werden für die Beziehung zur Therapeutin/ zum Therapeuten, die schlechtesten für die allgemeinen Rahmenbedingungen der Behandlung vergeben. Diese Ergebniskonstellation fand sich auch bei einer in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Marburg behandelten Stichprobe (s. Matzejat u. Renschmidt 1998), so daß es sich hier vermutlich um institutionsübergreifende, für den stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext spezifische, Beurteilungstendenzen handelt. Die Geschlechter unterscheiden sich in der Gesamtbeurteilung nicht (weiblich: MW=2.87, SD=.57; männlich: MW=2.71, SD=.46; $t(41)=.93$, $p(\text{zweiseitig})=.36$). Auch die Mütter (N=37, MW=3.26, SD=.51) und Väter (N=22, MW=3.03, SD=.53) bewerten die Behandlung insgesamt als gut. Im Hinblick auf den Therapieerfolg des IK und die Entwicklung der Beziehung zu ihm/ihr werden deutliche Behandlungsfortschritte konstatiert, wobei die Beurteilungen der Väter kritischer ausfallen als die der Mütter. Von Müttern und Vätern werden ebenfalls deutliche Fortschritte bezüglich der Familienbeziehungen beschrieben, die aber absolut etwas niedriger bewertet werden. Der eigene Therapieerfolg wird von Müttern und Vätern als „nur teilweise erfolgreich“ eingeschätzt. Wieder sind Väter in ihrem Urteil etwas kritischer als Mütter. Mit Abstand am positivsten wird der Verlauf der Behandlung beurteilt, wobei auch hier die mütterliche Bewertung günstiger als die väterliche ausfällt.

Mit der als teilweise erfolgreich bzw. teilweise zufriedenstellend bewerteten Ergebnis- und Prozeßqualität fällt das Therapeut(inn)enurteil kritischer als das der Familie aus, die niedrigere Bewertung entspricht dabei den inhaltlichen Vorhersagen. Insgesamt zeigen sich die Therapeut(inn)en „mäßig“ zufrieden mit der Behandlung (MW=2.44, SD=.38, N=43). Der Therapieerfolg der IK wird günstiger beurteilt („deutliche Fortschritte“, MW=2.66, SD=.76) als der Therapieerfolg hinsichtlich der Familie (MW=2.32, SD=.64), wobei der Therapieerfolg bezüglich der Familienbeziehungen höher als der für die Mütter und dieser höher als der für die Väter bewertet wird. Die Kooperation mit den IK und die Kooperation mit den Vätern wird weniger zufriedenstellend erlebt als die Kooperation mit den Müttern.

3.5 *Katamnestiche Ergebnisse*

Die in der Katamnese nachuntersuchten Variablen haben sich aus Sicht des jeweils befragten Elternteils (N=32) im wesentlichen als stabil erwiesen. Die Problembesserung (Problembeschreibungsmodul 6) ist nicht nur stabil geblieben, sondern etwa dreiviertel der genannten Probleme haben sich noch weiter gebessert. 87% der nachbefragten Eltern berichten von zusätzlichen positiven Veränderungen beim IK; nur 19% schildern neue Probleme in der Familie. Die familiären Beziehungen werden von den befragten Eltern gegenüber Therapiebeginn nun statistisch signifikant funktionaler eingeschätzt (FB-A-Gesamtwert: $p \leq .05$). Allerdings ist die Effektstärke nicht bedeutsam ($d=.14$). Die Beurteilung der Ergebnisqualität und die Zufriedenheit mit der Behand-

lung sind im Verlauf der poststationären Zeit tendenziell zurückgegangen ($p \leq .10$), werden aber insgesamt immer noch als überwiegend erfolgreich bzw. als zufriedenstellend bewertet. Unverändert hoch wird von den Eltern dabei der Therapieerfolg des IK beurteilt.

4 Diskussion

Studien ohne Kontroll- oder Vergleichsgruppendesign können Schwächen in der internen Validität aufweisen. Der Gefahr einer Effektstärkenüberschätzung durch spontane Remissionen und andere nicht kontrollierbare Einflußfaktoren wurde in der vorliegenden Untersuchung durch eine Minderung der errechneten Effektstärken begegnet. Eine, in jeder Beziehung weit aufwendigere Vergleichsgruppenuntersuchung hätte sicher noch aussagefähigere Ergebnisse geliefert und auch die Beantwortung weiterführender Fragestellungen (z.B. nach Wirkunterschieden und der differentiellen Indikation) ermöglicht. Zu der konstatierten Stabilität der Veränderungen ist einschränkend zu sagen, daß über die Hälfte (56%) der nachuntersuchten Familien poststationär, in der Regel auf Empfehlung der Klinik, beraterische oder therapeutische Hilfe beanspruchte. Die Stabilität der Effekte und darüber hinaus beobachtbare Verbesserungen könnten also auch durch diese Maßnahmen erklärt werden.

Die differenzierte Beantwortung der einzelnen Fragebögen durch die Familienmitglieder läßt nicht auf einen unspezifischen „Hello-Goodbye-Effekt“ bzw. eine willkürliche Beantwortung schließen. Die Konsistenz der Ergebnisse erweist sich als hypothesengerecht. Beispielsweise zeigen IK, die im Symptomfragebogen (YSR) starke Verbesserungen angeben, dies auch im allgemeinen Erleben und Verhalten (VEV; $r = .43$).

Aufgrund vergleichender Betrachtungen mit Inanspruchnahmepopulationen kann, abgesehen von den a priori festgelegten Selektionskriterien und der stärkeren Präsenz des weiblichen Geschlechts, in bezug auf soziodemographische und diagnostische Charakteristika und die Symptomausprägung der IK von einer „typischen“ kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel gesprochen werden. Zur Frage der Stichprobenselektion und damit der Generalisierbarkeit der Ergebnisse liefern die Daten nur einen Hinweis auf Unterschiede zwischen den IK von Untersuchungs- und „Reststichprobe“: v.a. die schwerer gestörten männlichen IK scheinen teilweise aus der Stichprobe herausgefallen zu sein. Auch hierüber hinaus ist eine Selektion der Stichprobe, eine Verzerrung der Ergebnisse zum Positiven, nicht auszuschließen. Immerhin 37% der Familien, die die Eingangskriterien erfüllten, konnten bereits zum Meßzeitpunkt Prä nicht zu einer Studienteilnahme motiviert werden (s. 2.3). Möglicherweise haben überwiegend die Kompetenten (die auch kompetent mit ihren Problemen umgehen können und leichter motivierbar sind) und mit der Behandlung Zufriedenen an der Studie teilgenommen.

Die Wahl der Meßinstrumente ist im wesentlichen positiv zu bewerten. Bezüglich der Familienbeziehungen gehen allerdings Selbstbeschreibungen und Therapeut(inn)ensicht stark auseinander. Folgt man den Angaben der Therapeut(inn)en und zieht die oftmals schwierigen familiären Verhältnisse, in denen stationär behandelte Kinder und Jugendliche leben (vgl. z.B. Mattejat 1993), hinzu, so ist eher anzuneh-

men, daß die Familien der Untersuchungsstichprobe dysfunktionaler waren, als dies im FB-A zum Ausdruck kam. Auch im Partnerschaftsfragebogen (PFB) wurden so gut wie keine Auffälligkeiten und zudem keine therapeutischen Effekte sichtbar. Vielleicht ist die Wirkung der Familiengespräche im partnerschaftlichen Bereich doch geringer als vermutet wurde, insbesondere wenn hauptsächlich die gesamtfamiliäre Ebene fokussiert wird. Es muß jedoch berücksichtigt werden, daß der PFB bei der Follow-up-Befragung nicht eingesetzt wurde. Zukünftige Studien sollten neben defizitorientierten auch (verfahrenspezifische) Aspekte wie die Aktivierung von Ressourcen oder die Lebensqualität abbilden. Zu bedenken ist dabei, daß Befragungen eine zusätzliche Belastung für die Familien darstellen, die Meßbatterie also nicht beliebig vergrößerbar ist.

Unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen hat die vorliegende Untersuchung anhand des „Viersener Modells“ deutliche Hinweise für die Effektivität systemischen Arbeitens in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie geliefert. Der von Protagonisten der Familientherapie formulierte Anspruch einer gleichzeitigen Entlastung und positiven Beeinflussung mehrerer Systemmitglieder (z.B. Pinsof u. Wynne 1995) konnte empirisch belegt werden. Nicht nur die Gruppe der hier untersuchten stationär behandelten Kinder und Jugendlichen ab 12 Jahren, sondern auch ihre Eltern haben in unterschiedlichen Bereichen im Mittel deutlich von dem Behandlungsansatz profitiert. Dies trifft aus Therapeut(inn)ensicht auch für die familiären Beziehungen zu. Alleinerziehende Mütter sind allerdings am Ende der Behandlung, trotz verschiedener Verbesserungen, immer noch symptomatisch beeinträchtigt. Diese Personengruppe könnte durch flankierende Angebote (z.B. Einzel- oder Gruppengespräche) zusätzlich unterstützt werden. Die Studie sollte dazu anregen, auch in anderen Untersuchungen die Familienmitglieder obligatorisch miteinzubeziehen.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993): Fragebogen für Jugendliche. Deutsche Bearbeitung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist. Einführung und Anleitung zur Handauswertung (bearbeitet von Döpfner, M.; Melchers, P.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familienagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Multizentrische Studie zur Versorgungsrelevanz und Effektivität der Paar- und Familientherapie/-beratung (1995): Das Basisdokumentationssystem (Version 2.0). Göttingen: Multizentrische Studie zur Versorgungsrelevanz und Effektivität der Paar- und Familientherapie/-beratung (unveröffentlicht).
- Bassler, M.; Hoffmann, S.O. (1994): Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut* 39: 174-176.
- Bortz, J. (1985): Lehrbuch der Statistik. Berlin: Springer.
- Cierpka, M. (1996): Familiendiagnostik. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin: Springer, S. 1-22.
- Cierpka, M.; Frevert, G. (1994): Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Cierpka, M.; Wiegand-Grefe, S.; Zander, B. (2000): Mit welchen Problemen kommen Paare und Familien zu uns? *Familiendynamik* 25: 70-94.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Derogatis, L.R. (1977): SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the r(evised) version. John Hopkins School of Medicine, Eigendruck.

- Derogatis, L.R.; Melisaratos, N. (1983): The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine* 13: 595-605.
- Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G. (1994): Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G. (1995): Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica* 41: 221-244.
- Franke, G. (1995): SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual. Weinheim: Beltz-Test.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on the Family (1996): Global Assessment Of Relational Functioning Scale (GARF): 1. Background and rationale. *Family Process* 35: 155-172.
- Hager, W. (1996): Einführung in die Testplanung (Testplanung 1). Göttingen (unveröffentlichtes Manuskript, Version 8.2).
- Hahlweg, K. (1996): Der Partnerschaftsfragebogen (PFB). In: Hahlweg, K.: Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe, S. 7-31.
- Hartmann, A.; Herzog, T. (1995): Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 24: 337-343.
- Heckerens, H.-P. (1998): Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47: 589-606.
- Märtens, M.; Petzold, H. (1995): Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44: 302-321.
- Mattejat, F. (1986): Verfahrensspezifische Evaluationskriterien. In: Remschmidt, H.; Schmidt, M. (Hrsg.): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 46-69.
- Mattejat, F. (1993): Subjektive Familienstrukturen. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1998): Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Pinsof, W.M.; Wynne, L.C. (1995): The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy* 21: 585-613.
- Presting, G.; Höger, C.; Witte-Lakemann, G.; Specht, F.; Rothenberger, A. (1998): Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ergebnisse einer multizentrischen Dokumentation. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 26: 97-112.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M.H. (Hg.) (1994): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber.
- Remschmidt, H.; Walter, R. (1989): Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Stuttgart: Enke.
- Riedel, H.; Schneider-Düker, M. (1991): Kontextbedingungen „kontrollierter“ und „unkontrollierter“ Psychotherapieforschung. *Psychologische Rundschau* 42: 19-28.
- Rotthaus, W. (1999): Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: modernes lernen.
- Schauenburg, H.; Strack, M. (1998): Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinischsignifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 48: 257-264.
- Schiepek, G. (1999): Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. v.; Schweitzer, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seligman, M.E.P. (1996): Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports-Studie. *Integrative Therapie* 2-3: 264-287.
- Shadish, W.R.; Montgomery, L.M.; Wilson, P.; Wilson, M.R.; Bright, L.; Okumabua, T. (1993): Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 992-1002.
- Steiner, E. (1991): Zur praktischen Evaluation systemischer Therapie. In: Reiter, L.; Ahlers, C. (Hg.): Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß. Berlin: Springer, S. 243-262.

- Strauß, B.; Burgmeier-Lohse, M. (1994): Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie. Ein Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung im stationären Feld. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 44: 184-192.
- Weisz, J.R.; Weiss, B.; Donenberg, G.R. (1992): The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist* 47: 1578-1585.
- Wynne, L.C. (1988): The „presenting problem“ and theory-based family variables: Keystones for family therapy research. In: Wynne, L. (ed.): *The state of the art in family therapy research. Controversies and recommendations*. New York: Family Process Press, p. 89-108.
- Zander, B. (1999): Evaluation eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diss. Universität Hamburg.
- Zielke, M.; Kopf-Mehnert, C. (1978): *Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. Manual. Weinheim: Beltz.

Anschrift der Verfasser/innen: Dr. Britta Zander, Institut für Beratung und Therapie von Eltern und jungen Menschen, Adelheidstr. 28, 65185 Wiesbaden.