

## sysTelios

- Ein Transparenzbeitrag

Seit 2007 bietet das Team der sysTelios Klinik tiefenpsychologisch fundierte, durch verhaltenstherapeutische Konzepte ergänzte und durch hypnosystemische, kompetenzaktivierende, ressourcen- und lösungsorientierte Ansätze optimierte Psychotherapie im stationären Rahmen an (Schmidt 2004, Schmidt, 2005; Herr, Schmidt & Schweizer, 2012). Im August 2011 erweiterten wir unseren stationären Rahmen von 27 auf 72 Klientenzimmer.

In anderen Settings wurde das therapeutische Konzept bereits erprobt, beforscht und die Wirksamkeit der Behandlung nachgewiesen (Herr, 2006; Schauer, 2000; Zwack, 2003). In der sysTelios Klinik erfolgt diese Art der Überprüfung seit dem Jahr 2010.

Um einen möglichst guten Beitrag zum öffentlichen Diskurs leisten zu können, stellen wir jährlich diesen Transparenzbeitrag auf unserer Homepage zur Verfügung. Es ist unser Wunsch, besonders unseren Klienten aber auch einer breiten Öffentlichkeit auf diese Weise die Möglichkeit zu geben, die Nachhaltigkeit unserer Therapiekonzepte einschätzen zu können. Da im wissenschaftlichen Bereich noch immer größtenteils die Annahme gilt, dass die Wirksamkeit von Psychotherapie anhand von Symptomreduktion gemessen und belegt werden kann, haben wir entsprechende Daten zu Grunde gelegt.

Natürlich wird diese Herangehensweise der Komplexität psychischer Veränderungsprozesse nicht hinreichend gerecht, da vielfältige andere Faktoren dabei nicht berücksichtigt werden. So kann ein Symptom zwar erhalten bleiben, die Auswirkungen sich aber durch das Entwickeln von verschiedenen Möglichkeiten im Umgang mit diesem verändern, oder, durch eine andere Sinnggebung für das Vorhandensein des Symptoms, diesem eine stabilisierende Wirkung auf der Beziehungsebene mit entsprechend anderen Auswirkungen gegeben werden.

Aufgrund dieser Überlegungen haben wir mit dem „Synergetischen Prozessmanagement“ (siehe z.B. Haken & Schiepek, 2010; Schiepek, Eckert & Kravanja, 2013) eine Evaluationsform in unseren klinischen Alltag eingeführt, welche es zum einen ermöglicht, die Komplexität psychotherapeutischer Prozesse in „real time“ zu erfassen, zeitnah in den Prozess zurückzumelden und für die Evaluation zu nutzen. Zum anderen macht dies eine prozessorientierte und dynamische Forschung zu Wirkfaktoren unseres Konzeptes möglich.

Mit dem vorliegenden Beitrag wollen wir interessierten Menschen (Klienten, Therapeuten, Institutionen) einen Einblick in die Rahmenbedingungen und Eckdaten unserer Arbeit sowie eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen anderer Kliniken ermöglichen.

Auf den folgenden Seiten finden Sie einen Überblick über Aufenthaltsdauer, soziodemographische Merkmale und Symptombilder unserer Klientinnen und Klienten. Des Weiteren stellen wir die Ergebnisse unserer Arbeit in Bezug auf Symptomreduktion vor und

diskutieren sie. Abschließend erfolgt ein Blick auf die von uns am Ende des Aufenthaltes erfragte Kundenzufriedenheit sowie ein Ausblick auf (Forschungs-)Projekte und Perspektiven, mit denen wir versuchen die Komplexität von therapeutischen Veränderungsprozessen angemessen differenziert zu erfassen.

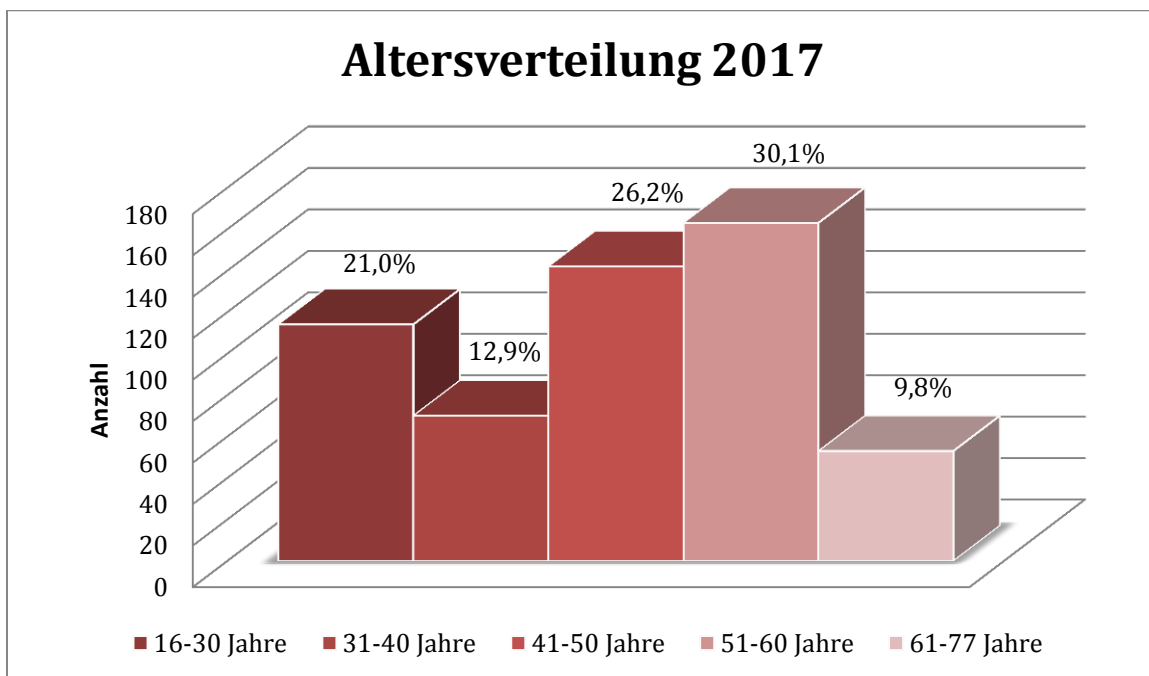
## ● Jahresbericht 2017

Im vorliegenden Jahresbericht sind Kennzahlen zu Merkmalen der im Jahr 2017 stationär in der sysTelios Klinik aufgenommenen Klientinnen und Klienten zusammengefasst. Konkret finden Sie hier Informationen zu:

- Alter
- Geschlechterverteilung
- Aufenthaltsdauer
- Symptombildern
- Symptomveränderung
- Effektstärken

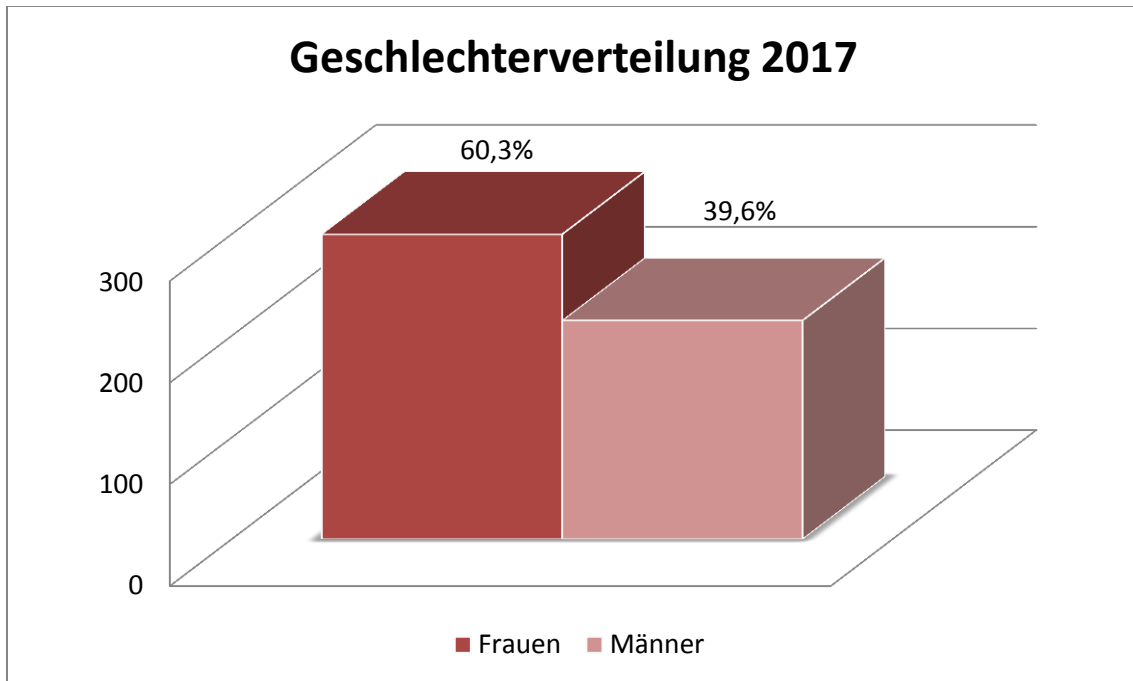
### Alter

Für den vorliegenden Transparenzbeitrag 2017 wurden die Angaben von 542 Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2017 in der sysTelios Klinik aufgenommen wurden, erfasst. Das Altersspektrum lag zwischen 16 und 84 Jahren, das Durchschnittsalter lag bei 44 Jahren. Der Altersschwerpunkt der bei uns aufgenommenen Menschen lag zwischen 51 und 60 Jahren (30,1%) sowie zwischen 41 und 50 Jahren (26,2 %). 21 % der Klientinnen und Klienten waren jünger als 30 Jahre, 9,8 % waren älter als 60 Jahre.



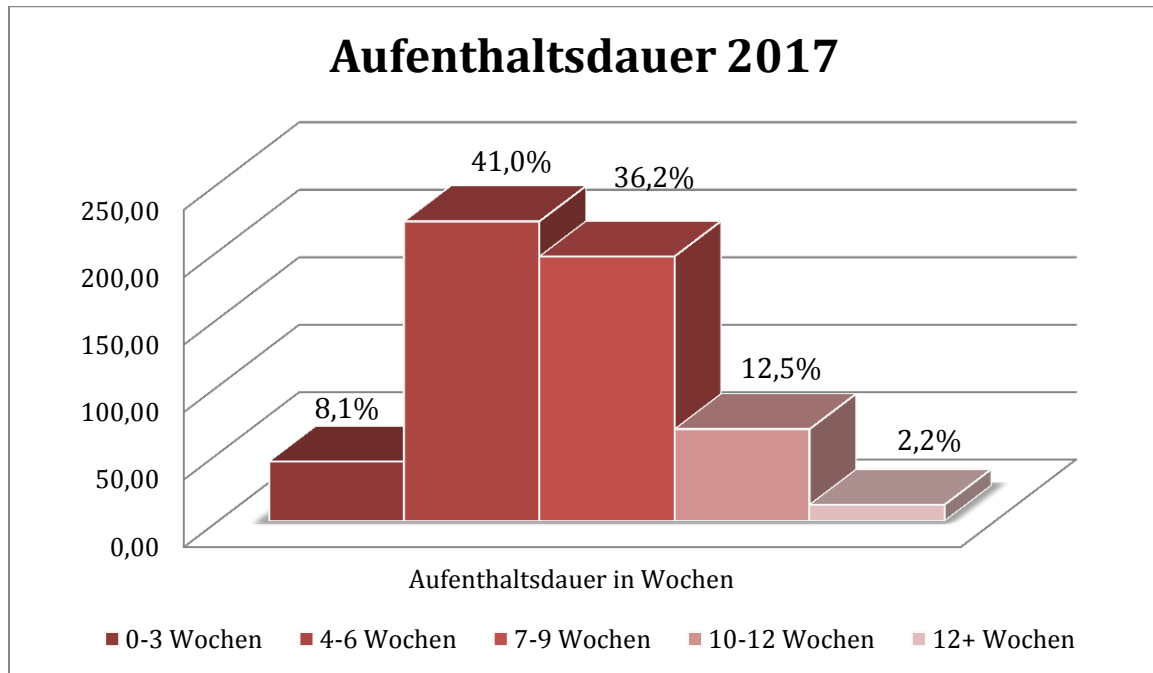
## Geschlechterverteilung

Von insgesamt 542 der im Jahr 2017 aufgenommenen Klienten waren 60,3% Frauen, 39,6 % waren Männer.



## Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer unserer Klientinnen und Klienten im Jahr 2017 betrug 6½ Wochen, wovon der größte Teil vier bis sechs Wochen bei uns blieb (41,0%). Eine Aufenthaltsdauer von mehr als 12 Wochen blieb die Ausnahme (2,2 %).



## Symptombilder

Menschen kommen zu uns, weil sie in verschiedenen Bereichen ihres Lebens Belastungen und Symptome erleben.

Symptombilder werden klassischerweise in Diagnosen zusammengefasst. Dies bringt einerseits den Vorteil der Vergleichbarkeit und Kategorisierung mit sich. Andererseits muss eine solche Ordnung immer auch Abstriche machen beim Erfassen des individuellen und komplexen Zusammenspiels innerpsychischer und sozialer/interpersoneller Wechselwirkungen. Aus systemischer Sicht verleitet klassische Diagnostik daher zu einer zu starken Vereinfachung individueller (Er-)Lebenswelten und diese so zu verdinglichen, als ob es „die Depression ist, die dazu führt, dass sich jemand so oder so erlebt“. Diese Reduktion der Komplexität birgt das Risiko in sich, zu sehr auf defizitäres Erleben zu fokussieren und die Störung allein im Individuum zu lokalisieren. Unser eigener therapeutischer Anspruch liegt jedoch gerade darin, die bisher erfolgten Festschreibungen (von außen und von innen, zum Beispiel „Mein Arzt hat gesagt, ich bin depressiv“ oder „Ich habe eine Panikstörung“) wieder zu „verflüssigen“, erlebte Unterschiede herauszuarbeiten und in entsprechende persönliche Kontextzusammenhänge zu setzen.

Aus diesen Gründen liegt unser Hauptaugenmerk weniger auf einer mehrtägigen Diagnostik als auf einer zeitnahen Veränderung des unerwünschten Erlebens, welches immer individuell ist.

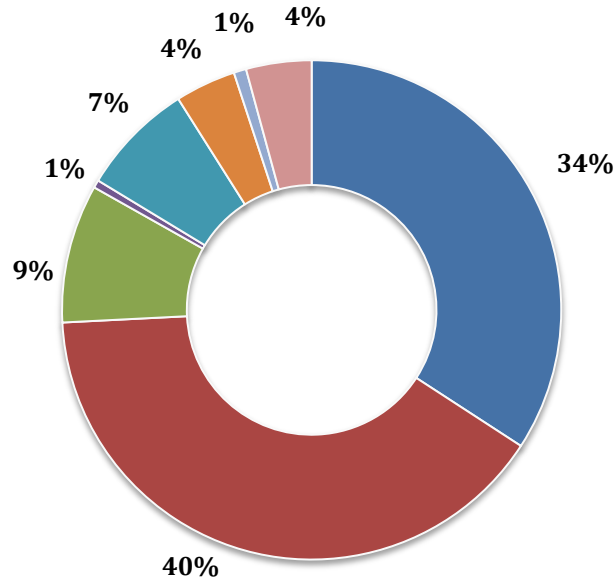
Dennoch ist es uns ein Anliegen und erscheint es auch lohnenswert, in diesem Bereich transparent und ankopplungsfähig zu sein. In der folgenden Darstellung finden Sie einen den wissenschaftlichen Standards entsprechenden Überblick der Symptombilder, mit denen Klientinnen und Klienten im Verlaufe des Jahres 2017 bei uns aufgenommen wurden.

Bei den Diagnosevergaben handelt es sich um die Erstdiagnose, welche bei Aufnahme der Klientinnen und Klienten gestellt wird. In den Grafiken wird die Verteilung der vergebenen Diagnosen im Jahr 2017 dargestellt.

Wie in der Grafik „Diagnosen in Prozent 2017“ deutlich wird, hat die große Mehrzahl unserer Klientinnen und Klienten mit Symptomen aus dem depressiven Formenkreis zu tun. Dazu gehören auch viele Menschen, die mit der Diagnose oder dem Erleben eines „Burn-out-Syndroms“ zu uns kommen. Da Burn-out nicht als behandlungsbedürftige Diagnose im allgemeinen Klassifikationssystem (ICD-10) enthalten ist, sind die meisten dieser Klienten der Diagnosekategorie „Depression“ zugeordnet.

## Diagnosen in Prozent 2017

- Episodische Depression
- Reizidivierende Depression
- Phobische-und Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Trauma-und Belastungsreaktion
- Somatoforme Störungen
- Essstörungen
- Sonstige



## Symptomveränderung

Die Grafiken zur „Symptomreduktion“ enthalten Informationen dazu, wie sich die Symptombelastung vom Beginn des Aufenthalts bei uns bis zum Ende des Aufenthalts verändert hat. Veränderungen im Bereich des Symptomerlebens werden in der sysTelios Klinik mit dem DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) und dem ISR (Tritt et al., 2008) erfragt.

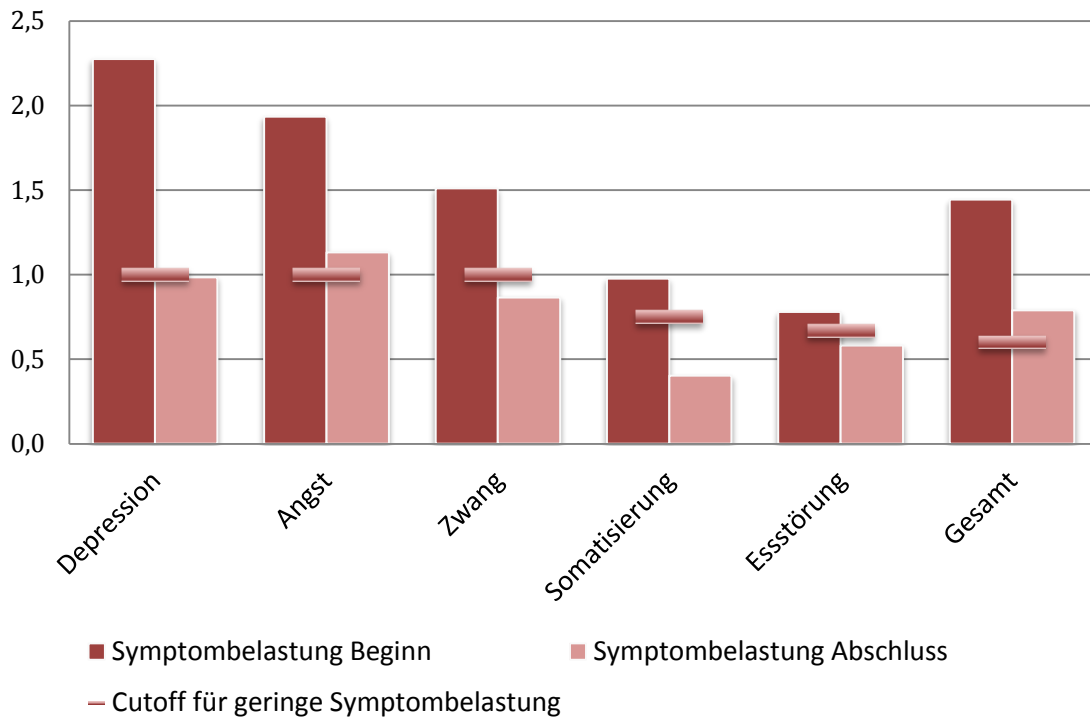
Während der DASS-21 Fragebogen („Depression-Anxiety-Stress-Scale“) Kennwerte für depressives Erleben sowie das Erleben von Angst- und Stresssymptomatik liefert, ermittelt der ISR (ICD-10-Symptom-Rating) verschiedene Symptomstärken, angepasst an die Diagnose- kriterien des ICD-10. Er setzt sich aus den Subskalen zu Depressions-, Angst- und Zwangssymptomatik, Somatoformen Störungen, Essstörungen und einem Gesamtwert zusammen.

Die folgenden Grafiken verdeutlichen, dass alle erfassten Klienten im Mittel in allen Symptombereichen eine deutliche Besserung während ihres Aufenthaltes erfahren haben. Diese Verbesserungen waren hochsignifikant ( $p > 0,001$ ). Die Grafik „ISR Symptomreduktion 2017“ beinhaltet zudem die skalenspezifischen Cutoff-Werte auf Basis einer repräsentativen Stichprobe (Tritt et al., 2008). Alle Skalen des ISR verbessern sich im Laufe der Therapie im Mittel an oder unterhalb der Schwelle für „geringe Symptombelastung“.

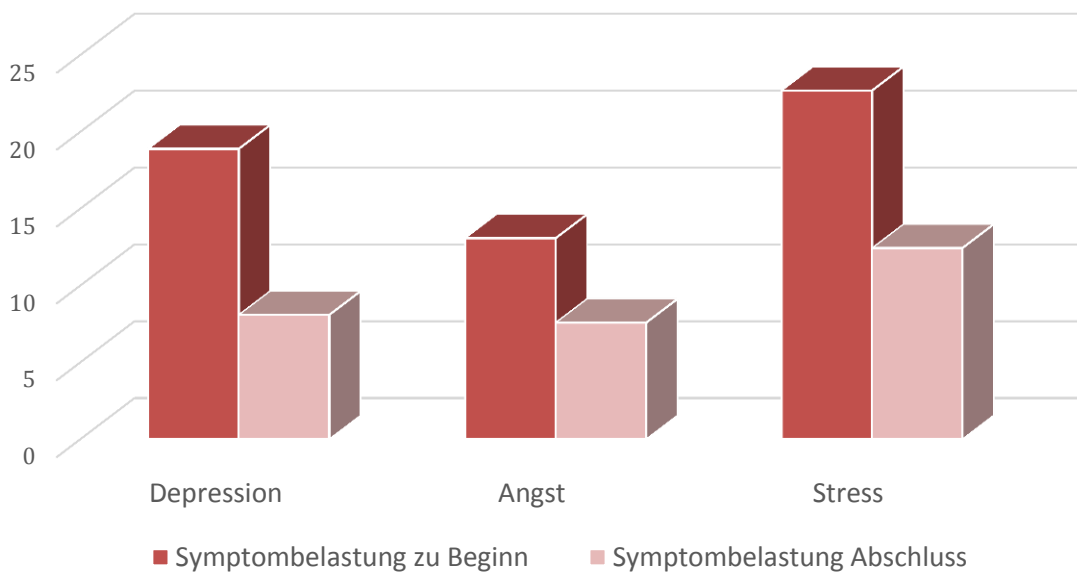
Übereinstimmend mit der Statistik der Diagnosen zeigt sich zudem, dass die Belastung durch depressive Symptomatik und Stresssymptomatik zu Aufenthaltsbeginn am stärksten ausgeprägt war, gefolgt von Angst- und Zwangssymptomatik.



## ISR Symptomreduktion 2017



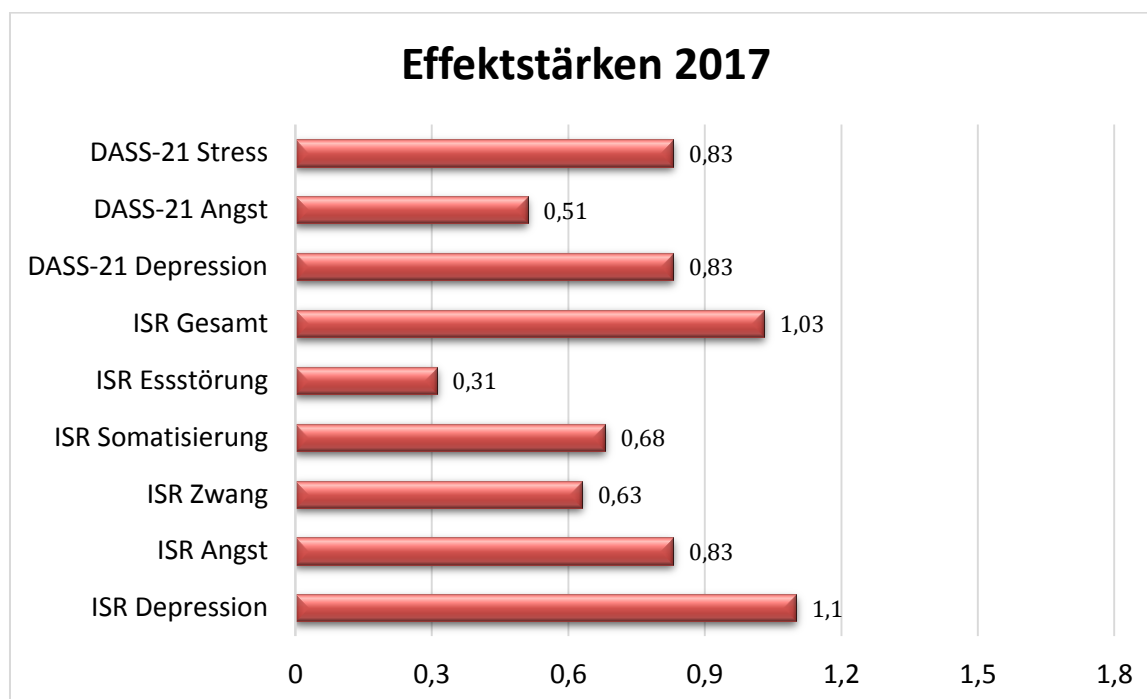
## DASS-21 Symptomrückgang 2017



## Effektstärken

Um die Stärke des symptomalen Rückgangs zwischen verschiedenen Tests und Kliniken vergleichbar zu machen, nutzt die Psychotherapieforschung das Maß der Effektstärken. Aus der Berechnung der Effektstärken (*Cohen's d*) für die oben dargestellten DASS-21 und ISR wird deutlich, dass auf allen Symptomebenen deutliche Verbesserungen erreicht werden konnten. Die stärksten Effekte konnten im Bereich des depressiven Erlebens auf der Depressionsskala des ISR ( $d = 1,1$ ) erzielt werden, gefolgt von der Angstskala ( $d = 0,8$ ) sowie der Stress- und Depressionsskala ( $d = 0,8$ ) im DASS-21. Des Weiteren nahm die allgemeine Symptombelastung ( $d = 1,03$ ) deutlich ab (ISR Gesamt). Für die hier verwendeten *Cohen's d* Effektstärken gelten Werte ab **0,3** als niedrig, ab **0,5** mittelgradig und Werte größer als **0,8** werden als hohe Effektstärken eingestuft (Cohen, 1988).

Aus statistischer Sicht ist anzumerken, dass niedrigere Ausgangswerte einer Skala die statistische Wahrscheinlichkeit für hohe Effektstärken mindern. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass es in den Bereichen, in denen Menschen bei Aufnahme im Durchschnitt weniger Symptombelastung erlebten (zum Beispiel Essstörungen), zu geringeren Effektstärken kommt, da der Spielraum für Veränderung in diesen Bereichen naturgemäß kleiner ist.



Für die hier verwendeten *Cohen's d* Effektstärken gelten Werte ab 0,3 als niedrig, ab 0,5 mittelgradig und Werte größer als 0,8 werden als hohe Effektstärken eingestuft (Cohen, 1988).

- Zufriedenheitsdaten 2017

Unser Umgang in sysTelios mit uns und mit unseren Klienten hat seinen Ursprung in unserer Grundannahme, dass Menschen als selbstorganisierende Systeme auch die jeweilige Wahrnehmung in ihrem Inneren selbst organisieren – und das unabhängiger von Äußerungen und Beweggründen im Außen, als wir uns das allgemein vorstellen. Insofern ist es in unseren Augen zwingend notwendig, in permanente Rückkopplung und Feedbackschleifen mit unseren Mitmenschen zu gehen.

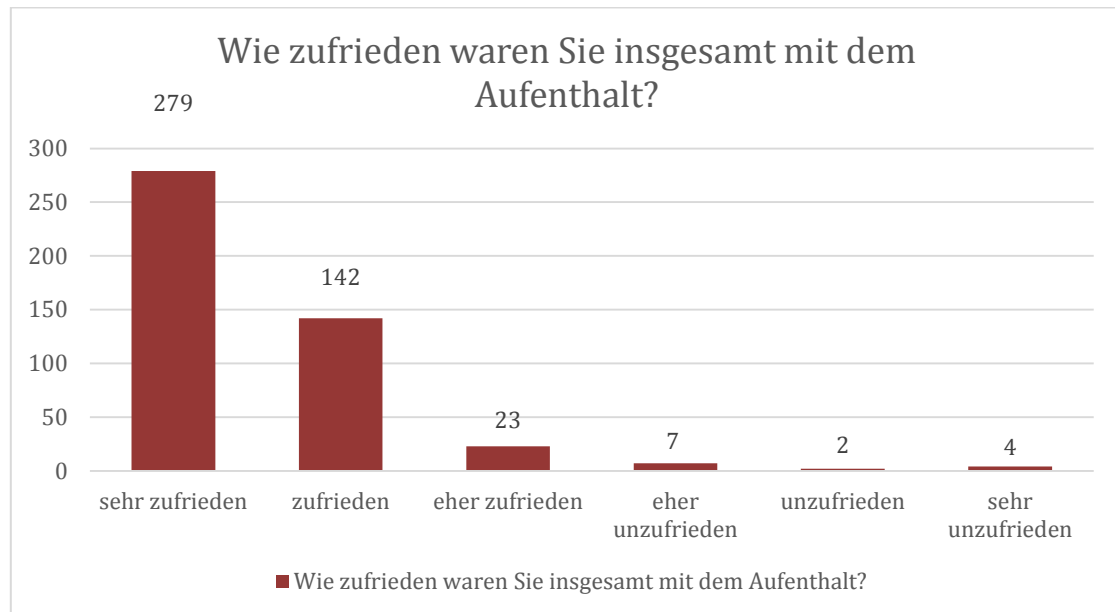
Das wollen wir im therapeutischen Prozess und im Klinikalltag immer wieder anbieten und umsetzen. Aus diesem Grund haben wir den „Zufriedenheitsfragebogen“ entwickelt, den unsere Klienten am Ende ihres Aufenthaltes ausfüllen und uns dankenswerter Weise zur Verfügung stellen. Diese Information hilft uns zum einen dabei, in innere und interne Dialoge miteinander einzutreten, um womöglich noch kraftvoller und ziieldienlicher mit unseren Klienten arbeiten zu können. Zum anderen hoffen wir, dadurch eine gute Möglichkeit gefunden zu haben, die „Wahrgebung“ der Menschen, die bei uns waren, in die Transparenz und Öffentlichkeit zu bringen.

Uns ist es wichtig, unsere Ideen auch immer wieder bei uns selbst und in unserer Organisation anzuwenden und so auf den Prüfstand zu stellen. Wir sind überzeugt davon, dass es Wechselwirkungen zwischen unserem Therapiekonzept und unserer Organisationskultur gibt und dass wir durch Authentizität eine gute Wirksamkeit unterstützen können.

Sie finden hier die Ergebnisse aus den Zufriedenheitsdaten 2017, wo wir 457 Klienten im Anschluss an ihren Aufenthalt gebeten haben, 10 Fragen zu beantworten.

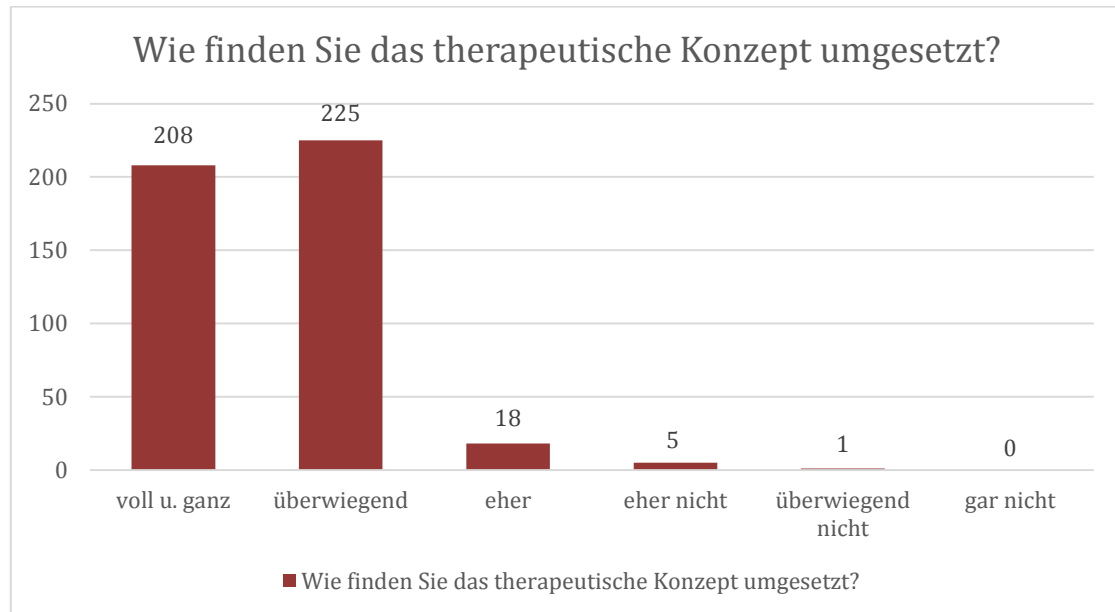
1. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Aufenthalt?

Diese und die folgenden Fragen sind klassische Zufriedenheits-Fragen, um sowohl eine gute Standortbestimmung als auch eine gute Ankoppelung an die Außenwelt zu erhalten.



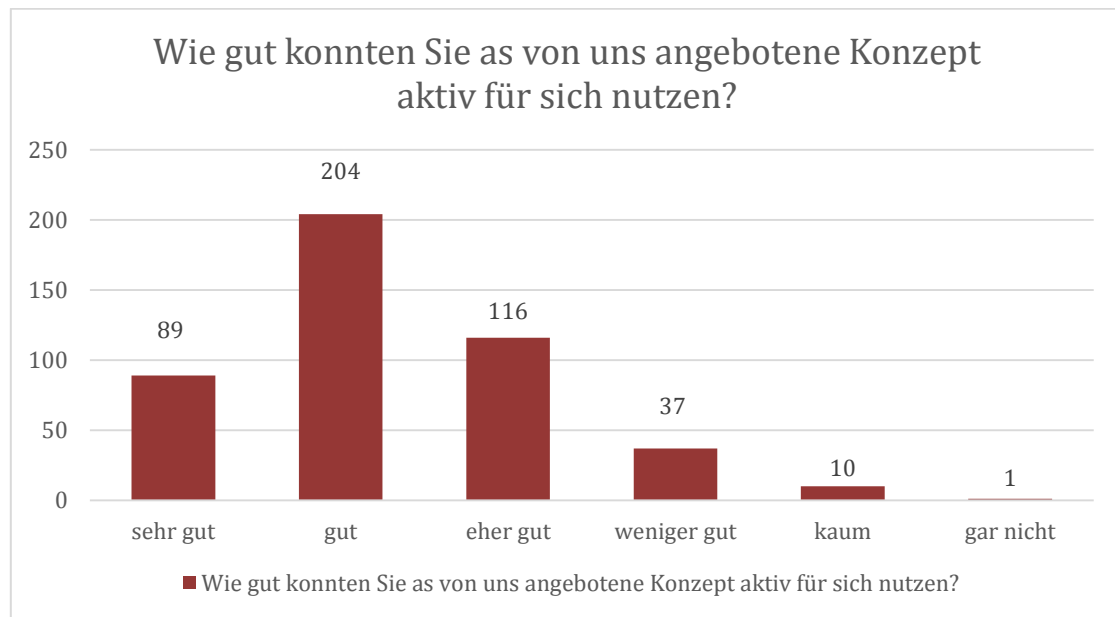
2. Wie sehr finden Sie das beschriebene therapeutische Konzept von uns umgesetzt?

Wir möchten ein möglichst hilfreiches therapeutisches Konzept nicht nur anbieten, sondern auch weiterentwickeln. Die Zufriedenheit unserer Klienten mit dem aktuellen Konzept dient uns als Wegweiser um zu sehen, ob wir gemeinsam in die richtige Richtung unterwegs sind.



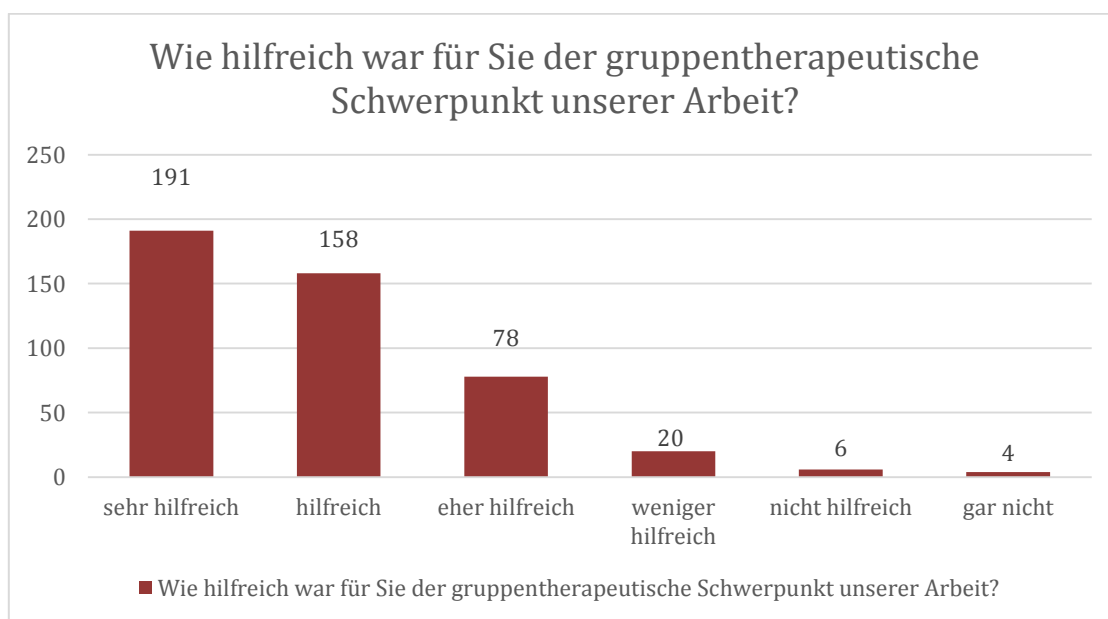
3. Wie gut konnten Sie das von uns angebotene Konzept aktiv für sich nutzen?

Ein Angebot kann noch so gut sein, wenn es nicht praktikabel und nutzbar ist, ist es nicht besonders hilfreich. Unser Ziel der nachhaltigen Gesundheitsentwicklung beruht in besonderem Maße auf der Grundlage eines an mit den Klienten gemeinsam erarbeiteten und an deren Zielen ausgerichteten Therapieprozesses. Diese Antworten helfen uns, gegebenenfalls noch einmal nachzuhaken und die Nutzbarkeit zu überprüfen.



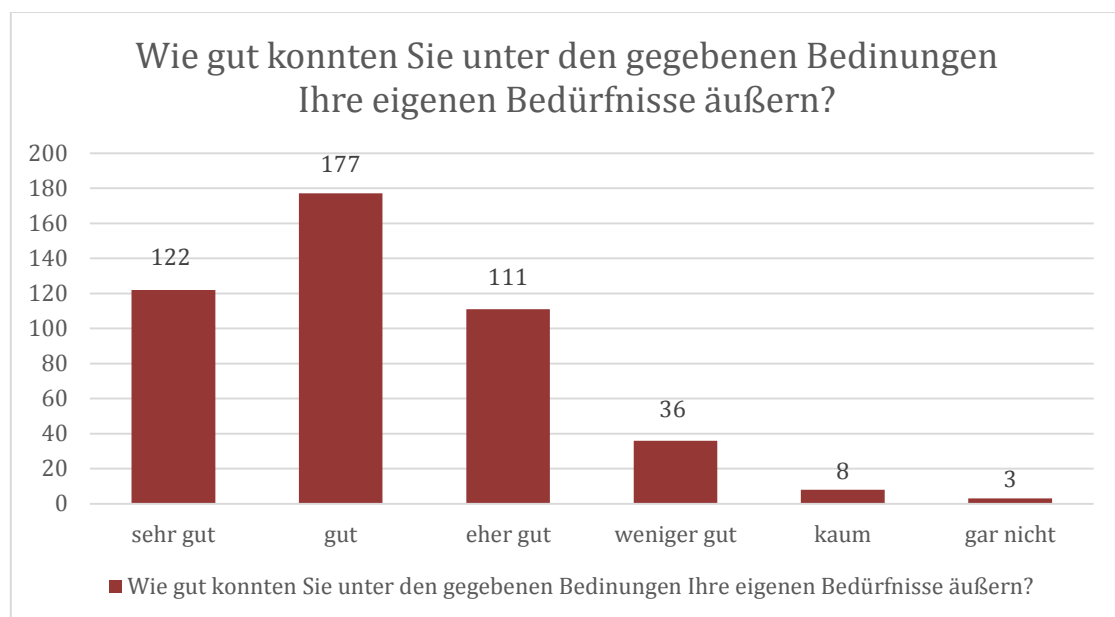
4. Wie hilfreich war für Sie der gruppentherapeutische Schwerpunkt unserer Arbeit?

Während ihres Aufenthaltes werden unsere Klienten in therapeutischen Kleinteams kontinuierlich begleitet. Neben Einzelsettings liegt ein deutlicher Schwerpunkt der therapeutischen Angebote in der Arbeit in den jeweiligen Bezugsgruppen, die sowohl mit den Therapeuten als auch innerhalb der Klientengruppe untereinander stattfindet. Eine Bewertung dieses Angebots mit Hilfe dieser Frage ist für eine Weiterentwicklung unseres Angebotes sehr wichtig und hilfreich.



5. Wie gut konnten Sie unter den gegebenen Bedingungen Ihre eigenen Bedürfnisse äußern?

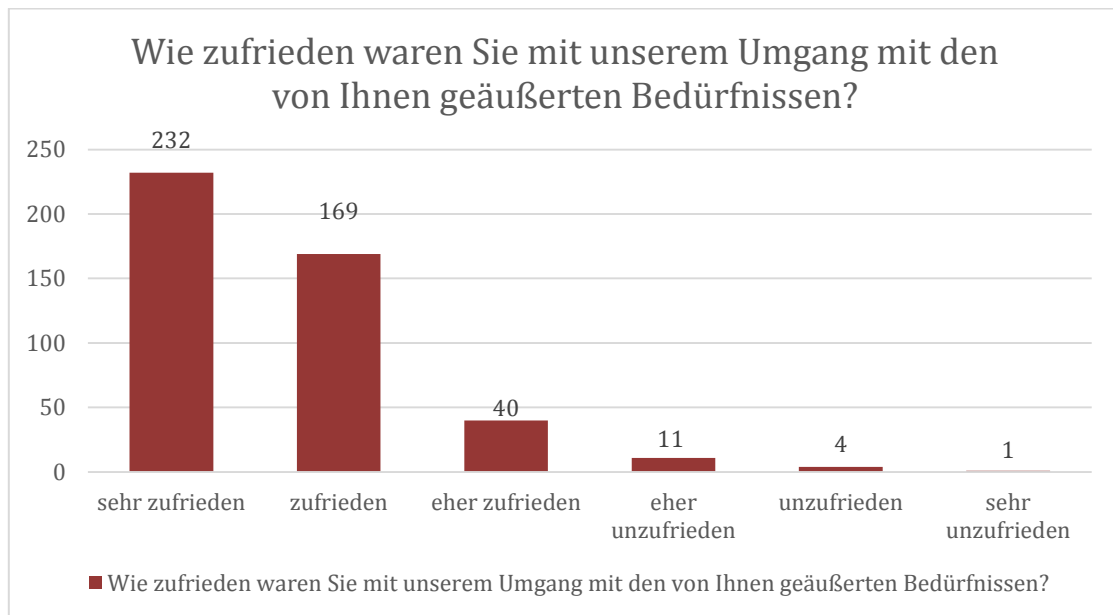
Grundlage der therapeutischen Arbeit in sysTelios ist der hypnosystemische Gedanke, der Kompetenzaktivierung mit Ressourcen- und Lösungsorientierung verbindet. In unserem Verständnis sollte ein therapeutischer Prozess daher immer gemeinsam mit dem Klienten gestaltet werden. Dazu ist es nötig, eine vertrauensvolle und wertschätzende Umgebung zu schaffen, in der das Äußern von Bedürfnissen zunehmend leichter fallen sollte. Insofern ist die Beantwortung dieser Frage für uns ein wertvoller Hinweis, inwieweit die Rahmenbedingungen für eine Vertrauenskultur geschaffen sind.





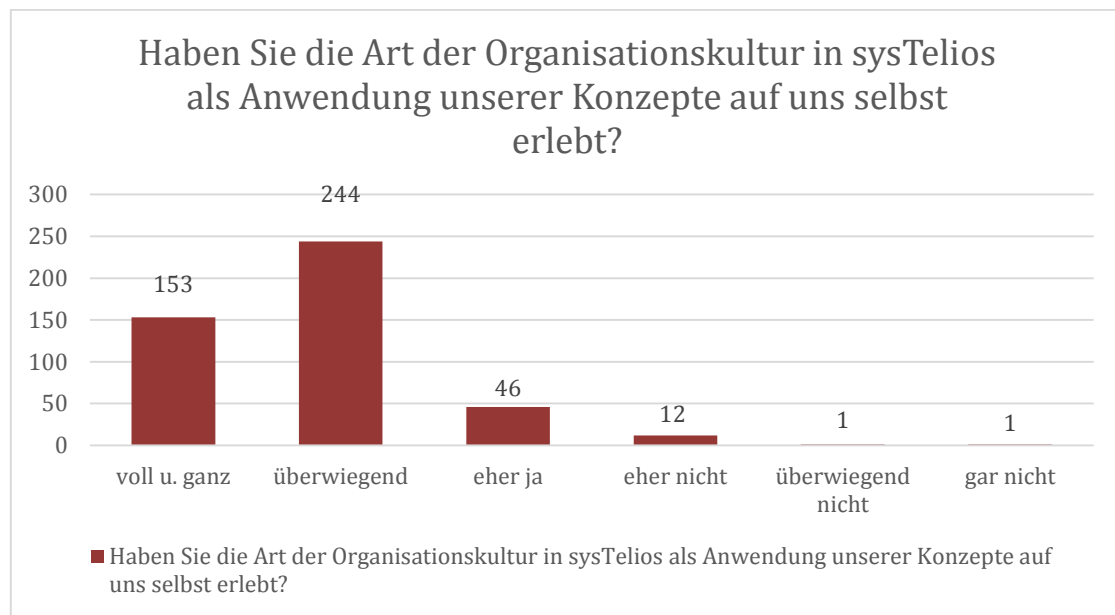
6. Wie zufrieden waren Sie mit unserem Umgang mit den von Ihnen geäußerten Bedürfnissen?

Diese Frage schließt direkt an Frage 5 an und bezieht sich auf das Erleben der Klienten in einem auf Augenhöhe basierenden und vertrauensstiftenden Umfeld.



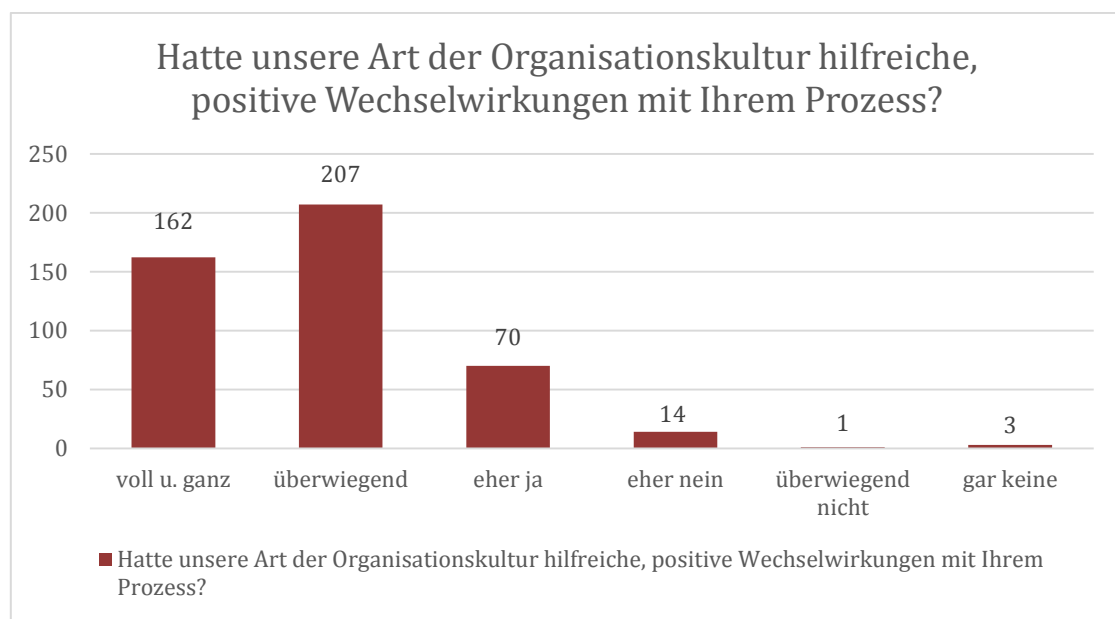
7. Haben sie die Art der Organisationskultur in sysTelios als Anwendung unserer Konzepte auf uns selbst erlebt?

Die grundlegende Haltung, mit der wir unseren Klientinnen und Klienten begegnen spiegelt sich auch in unserer Organisationkultur und dem Umgang mit und in unserem Team wieder. Augenhöhe, Wertschätzung und Transparenz sollen sich daher nicht nur im therapeutischen, sondern auch in unserem Organisationskontext wiederfinden lassen. Um eine mögliche Betriebsblindheit zu vermeiden ist es uns daher wichtig zu erfahren, ob das für unsere Klientinnen und Klienten erlebbar wird.



8. Hatte unsere Art der Organisationskultur hilfreiche, positive Wechselwirkungen mit Ihrem Prozess?

Wenn wir unserem Konzept von wertschätzender Kooperation, Mitgestaltungsmöglichkeiten und Selbstorganisation als Basis unserer Zusammenarbeit folgen, wäre es wünschenswert und zu erwarten, dass die von uns gelebte Struktur auch Wechselwirkungen mit dem therapeutischen Prozess unserer Klientinnen und Klienten hat. Daher haben die Antworten dieser Frage eine hohen Grad an Informationsgehalt für uns. Eine Kongruenz von Form und Inhalt und eine authentisch gelebte hypno-systemische Haltung ist Grundlage unserer Arbeit.

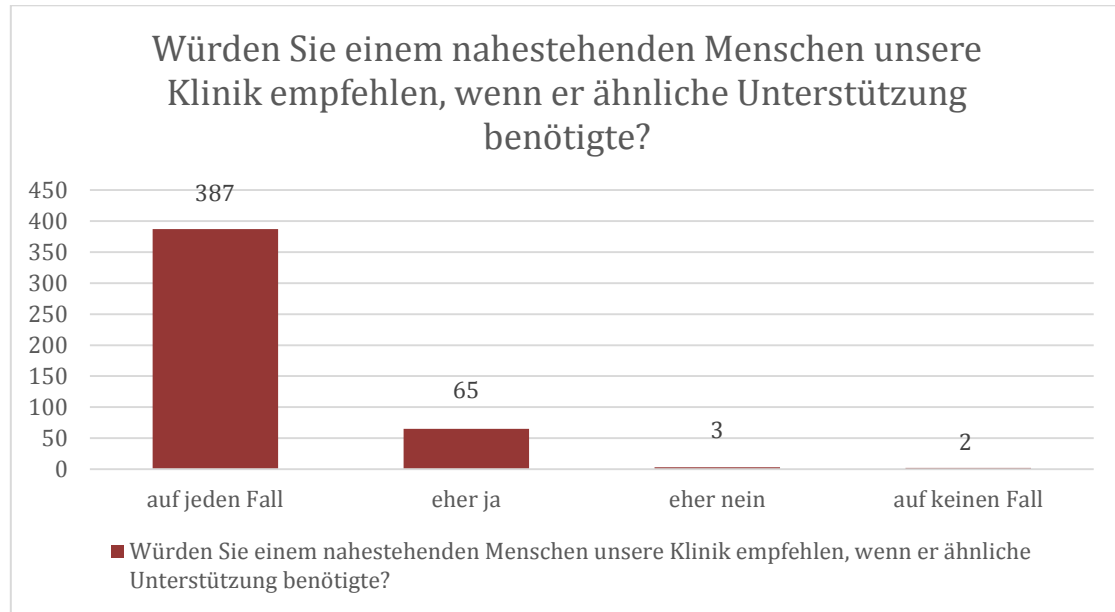


9. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Unterstützung bräuchten?

Diese und die letzte Frage gehören in die Kategorie der klassischen Zufriedenheitsbefragung.



10. Würden Sie einem nahestehenden Menschen unsere Klinik empfehlen, wenn sie (oder er) ähnliche Unterstützung benötigen würden?



## ● Ausblick

Um die Evaluation unserer Arbeit weiter zu verbessern, planen wir zukünftig für alle bei uns aufgenommenen Klientinnen und Klienten eine 1-Jahres-Katamnese zu erheben. So können wir auch die Nachhaltigkeit unserer Arbeit überprüfen, denn Therapie ist nur dann als wirksam zu bezeichnen, wenn sie langfristig einen Unterschied im Leben der Betroffenen macht.

Wie an einigen Stellen schon angedeutet, stellt uns aus systemischer Sicht die alleinige Betrachtung von „Vorher-Nachher-Vergleichen“ auf der Symptomebene als einzig „objektives Maß“ der Realitätsbeschreibung und Erfolgsmessung nicht zufrieden, da dies immer auch relevante Informationen ausschließt. Allzu leicht vergisst man, dass ausgefüllte Fragebögen keineswegs das Ausmaß der „Belastung“ eines Menschen objektiv „erfassen“, sondern bestenfalls eine Selbstbeschreibung innerhalb vorgegebener Kategorien zu einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb eines bestimmten (Erwartungs-) Kontextes darstellen.

Feedbackprozesse darüber, ob und wie wir als Therapeutinnen und Therapeuten mit unseren Angeboten und Fragen die Realitätskonstruktionen und „Wahrgebungen“ unserer Klienten beeinflussen, sind elementarer Bestandteil unserer täglichen Arbeit. Dabei geht es uns auch um die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit unserer Klienten für ihre individuellen Prozesse und um das gemeinsame Entwickeln eines roten Fadens in der Therapie.

Wichtig sind uns dabei Feedbackschleifen auf der sogenannten Mikroebene (Eins-zu-Eins-Setting), in dem wir die gemeinsame Arbeit immer mit unseren Klientinnen und Klienten auf ihre unmittelbaren und langfristigen Auswirkung im Erleben hin überprüfen. So gestalten wir den gemeinsamen Verlauf entlang hilfreicher individueller Prozesse im direkten Gespräch von Mensch zu Mensch.

Die Prozessreflexion in der Gruppe dient demselben Zweck auf einer übergeordneten Makroebene: Gemeinsam mit allen Klienten und Klientinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen der eigenen Bezugsgruppe wird wöchentlich reflektiert, welche Bedingungen sich als hilfreich erweisen und was jede und jeder Einzelne an Unterstützung von sich und anderen brauchen könnte, um weiterhin den therapeutischen Prozess zielförderlich gestalten und erleben zu können.

Auf dieser Makroebene der Prozessbegleitung sind viele Zusammenhänge jedoch nicht mehr intuitiv-kommunikativ erfassbar, da die Komplexität der Einflussfaktoren und Interaktionen enorm ansteigt. Hier kommt das SNS (Synergetisches Navigationssystem, Schiepek, 2008) zum Einsatz, welches seit Januar 2010 als Baustein unseres Behandlungskonzeptes eingesetzt wird. Diese internetbasierte Plattform ermöglicht es, Prozessverläufe individuell und in „real-time“ detailliert zu erfassen und zu begleiten. Klientinnen und Klienten beantworten dazu täglich eine Reihe von individuellen sowie von uns im Team entwickelten Fragen zu den Bereichen Klima in der Klinik, Beziehungsqualität mit den Mit Klienten und mit den Therapeuten, Symptome und Belastungserleben, Emotionserleben, Metaperspektive, Selbstwahrnehmung, Selbstfürsorge sowie Selbstwirksamkeit und Zielerreichung.

Das tägliche Beantworten der Fragen am Ende des Tages dient als Selbstreflexionsschleife. Die aufbereiteten Daten werden von Klienten und Therapeuten gemeinsam als zusätzliche Informationsquelle zur Prozessgestaltung in 2-wöchentlich stattfindenden Reflexionsgesprächen genutzt. Dabei geht es immer darum, gemeinsam optimale Rahmenbedingungen für selbstorganisierte Lern- und Entwicklungsprozesse der Klientinnen und Klienten zu schaffen.

Im Sinne einer systematischen Begleitung des Therapieverlaufs bietet die hoch aufgelöste Prozessdiagnostik neue Möglichkeiten der inhaltlich und individuell „maßgeschneiderten Therapie“, bei der man auf Besonderheiten des Einzelfalles schnell aufmerksam wird und flexibel eingehen kann. So wird es leichter, sich auf sich verändernde Zielvorstellungen der Klientinnen und Klienten oder auftretende Komplikationen einzustellen und adaptiv darauf zu reagieren. Zudem entsteht die Möglichkeit, Therapieerfolg nicht mehr nur auf der Basis von „Vorher-Nachher- Vergleichen“ zu untersuchen, sondern Veränderungsmuster jedes einzelnen Klienten im Verlauf des Aufenthaltes detailliert nachzuvollziehen. Der Einsatz des SNS beantwortet also nicht nur die Frage „Hat es geholfen?“. Mit seiner Hilfe kann auch detailliert nachvollzogen werden, „Was hat wann geholfen?“ und erweitert so die Spielräume für innovative Therapieprozessforschung.

**Stand: November 2018**

## Literatur

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Haken, H. & Schiepek, G. (2010, 2. Aufl.). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe (1. Aufl. 2006).

Herr, A. (2002). *Zur Wirksamkeit von stationärer Psychotherapie bei depressiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen*. Diplomarbeit.

Herr, A., Schmidt, G. & Schweizer, J. (2012, im Druck). *Systemische Gruppenpsychotherapie*. In: Strauss, B. & Mattke, D. (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie*. Heidelberg: Springer

Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Scale*, Sydney: Psychology Foundation of Australia.

Schauer, D. (2000). *Zur Evaluation stationärer hypno-systemischer Therapie: Ein Pilotprojekt in der Fachklinik am Hardberg*. Diplomarbeit.

Schiepek, G. (2008). *Psychotherapie als evidenzbasiertes Prozessmanagement. Ein Beitrag zur Professionalisierung jenseits des Standardmodells*. *Nervenheilkunde*, 27(12), 1138-1146.

Schiepek, G., Eckert, H. & Kravanja, B. (2013). *Grundlagen systemischer Therapie und Beratung*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Schmidt, G. (2004). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Heidelberg: Auer.

Schmidt, G. (2005). *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung*. Heidelberg: Auer.

Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Zacharias, I., Söllner, W. & Loew, T. (2008): *Entwicklung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR)*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*; 54, 420-429.

Zwack, J. (2003). *Evaluation des hypno-systemischen Therapiekonzeptes der Fachklinik am Hardberg in Hinblick auf seine Effektivität bei Patientinnen mit Essstörungen*. Diplomarbeit, Universität Mannheim, Mannheim.