

WIRKSAMKEIT, EFFEKTIVITÄT UND EFFIZIENZ VON FAMILIENTHERAPIE

EFFICACY, EFFECTIVENESS AND EFFICIENCY OF FAMILY THERAPY

Hans-Peter Heekerens

Zusammenfassung

Es wird dargestellt, was unter Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz als unterschiedlichen Effekt-Indikatoren bei der Evaluation von Familientherapie zu verstehen ist. Einzelne familientherapeutische Entwürfe können danach unterschieden werden, ob sie als evidenzbasierte Modelle oder als Ansätze ohne bislang erfolgte Evidenzbasierung anzusehen sind. Es ist festzuhalten, dass es sehr wenige evidenzbasierte familientherapeutische Modelle gibt; sie sind wirksam, effektiv und effizient bei externalisierenden Störungen im Jugendalter. Ergänzend zur Outcome – wird auch die Prozessforschung zur Familientherapie ins Auge gefasst. Am Beispiel der Funktionalen Familientherapie wird gezeigt, wie Outcome- und Prozessforschung bei Familientherapie betrieben wird.

Schlüsselwörter Familientherapie – Wirksamkeit – Effektivität – Effizienz – Ergebnisforschung – Prozessforschung

Summary

This article shows what we mean by efficacy, effectiveness and efficiency in their role as different effect indicators in the evaluation of family therapy. We can differentiate between various family therapy approaches, whether they are based upon clear evidence or still operate without „scientific proof“ and evidence. It has become clear that there are not many distinct evidence-based family therapy models. They are efficacious, effective and efficient mainly with externalised disorders in adolescence. In addition to the analysis of the outcome, the process is also analysed in family therapy. The example of Functional Family Therapy shows how the outcome as well as the process analysis are used in family therapy.

Keywords family therapy – efficacy – effectiveness – efficiency - outcome research - process research

Einleitende Begriffsklärung

Die Begriffe „Wirksamkeit“, „Effektivität“ und „Effizienz“ mögen dem mit Evaluationsforschung nicht oder nur wenig vertrauten Leser als bloße Begriffsvariationen zur Bezeichnung ein und derselben Sache vorkommen. Und selbst in der mit Evaluationsforschung befassten Fachliteratur finden sich Gleichsetzungen und Verwechslungen. Deshalb hier vorweg eine kurze Klärung. Bei der Evaluation im Gesundheitswesen gibt es eine schon alte, in der angelsächsischen Literatur transportierte und auch bei der Evaluation von Psychotherapie übliche sowie in der Familientherapie gebräuchliche (Sexton et al., 2004) Differenzierung nach zwei Effekt-Indikatoren: Wirksamkeit (*efficacy*) und Effektivität (*effectiveness*). Damit werden Effekte danach unterschieden, ob sie in „Labor“-Studien (Wirksamkeit) oder in „Feld“-Untersuchungen (Effektivität) festgestellt wurden; die Unterscheidung der beiden Evaluationsformen fußt auf Differenzen in den Untersuchungsdesigns (ausführlich Heekerens, 2005a). Auf dem Gebiet der Psychotherapie ist die Erforschung der Wirksamkeit unter Labor-Bedingungen weitaus größer als die der Effektivität unter Feld-Bedingungen. Gering ist auch, um das Bild unterschiedlicher Gruppen von Effekt-Indikatoren und -Studien abzurunden, die Zahl der Untersuchungen, die sich mit Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten beschäftigt haben; solche Untersuchungen werden in der Regel als Studien zur Erforschung der Effizienz (*efficiency*) bezeichnet. Es ist nun aber gerade die Familientherapie, die bei der Erforschung so-

wohl der Effektivität als auch der Effizienz besser dasteht als die meisten anderen psychotherapeutischen Interventionsformen (Sexton et al., 2004). Beispiele dafür werden unten noch eigens genannt werden.

„Familientherapie“, um zu einer weiteren Begriffsklärung zu kommen, dient im vorliegenden Zusammenhang zur Bezeichnung einer bestimmten Interventionsform, sowohl nach der Seite des Behandlungs-Settings als auch nach der Seite des Behandlungs-Ansatzes hin (Heekerens, 2005b). Eine solche Begrifflichkeit, zu deren Realdefinition nachfolgend verschiedene unterscheidbare Ansätze und Modelle genannt werden, entspricht im deutschsprachigen Sprachraum der allgemeinen Begrifflichkeit und ist historisch gerechtfertigt, weil Familientherapie sich, historisch betrachtet, über diese doppelte Definition von anderen Behandlungsansätzen unterschied. Damit ist nicht verkannt, dass es diesseits wie jenseits des Atlantiks eine andere Sprachregelung gibt, nach der, wie etwa in der Leitlinie „Paar- und Familientherapie“ der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2000), Familientherapie und Systemische Therapie Verschiedenes bezeichnet; Familientherapie das Setting und Systemische Therapie den Ansatz.

Das geht einerseits mit einem breiten Begriff von Familientherapie einher, der im Grunde *alle* familienfokussierten Verfahren, also auch Elterntrainings, Familien-Psychoedukation, Angehörigenberatung und anderes mehr umfasst. Zum anderen geht mit der Trennung der Begrifflichkeit die Vorstellung

einher, mit Systemischer Therapie sei schon ein erkenntnis- und wissenschaftstheoretisch eigenständiger Ansatz für die Arbeit mit Einzelnen, Paaren, Familien und anderen Sozialverbänden gegeben. Dies aber kann noch keineswegs als ausgemacht gelten (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 1999); im Zusammenhang mit Therapie ist „systemisch“ kein trennscharfer Begriff, vielmehr „zeigt sich oft eine babylonische Bedeutungsvielfalt des Begriffes“ (Schlippe und Schweizer, 1996, S. 49). Zudem ist es so, dass die Systemische Therapie, als sie sich in Deutschland aufgefördert sah, ihre Wirksamkeit und Effektivität zu belegen, vornehmlich Evaluationsstudien zur Familientherapie in dem hier verwendeten Wortsinne vorlegte (Schiepek, 1999; Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 1999).

Auf Unterscheidung nach unterschiedlichen Klassen familienfokussierter Interventionen und nach Differenzierung zwischen unterscheidungsfähigen Ansätzen und einzelnen Modellen der Familientherapie drängt auch Sprenkle (2003), der derzeit in der *American Association for Marriage and Family Therapy* (AAMFT) die Rolle des Chefdenkers in Sachen Therapieevaluation innehat. Mit Seitenblick auf die Mitte der Neunziger von der AAMFT durchgeführte Bestandsaufnahme meint er, man könne das Zusammenfassen solch unterschiedlicher Klassen familienfokussierter Ansätze wie Elterntraining, Familien-Psychoedukation und Familientherapie so wie die damals Hauptverantwortlichen Pinsof und Wynne (1995) positiv als Indiz für den reichhaltigen Charakter des Feldes konnotierten; aber, so fügt er mahndend hinzu, in soweit, als dass sich darin spiegele, dass Familientherapeuten es nicht leisten, ihre einzelnen Ansätze und Modelle als distinktiv zu untersuchen, könne man das nicht gerade als Tugend ansehen (Sprenkle, 2003).

Die Notwendigkeit einer auch unter Evaluationsgesichtspunkten differenzierten und differenzierenden Betrachtungsweise einzelner familientherapeutischer Ansätze und Modelle kann man nicht von vornherein mit dem Argument bestreiten, die verschiedenen psychotherapeutischen Treatments hätten doch erwiesenermaßen überhaupt keine differenziellen Effekte. Nachweisversuche in dieser Angelegenheit (etwa Luborsky et al., 2002) schließen die Familientherapie als Verfahren und das Gesamtgebiet der Störungen im Kindes- und Jugendalter – und nur dort gibt es eine solide Evaluation familientherapeutischer Ansätze und Modelle – aus der Betrachtung aus. Lassen wir einmal die Frage beiseite, ob es im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie denn nicht tatsächlich bedeutende differenzielle Effekte gibt, wenn man eine störungsspezifische Sichtweise einführt (Chambless, 2002); für den Bereich der Störungen im Kindes- und Jugendalter sind differenzielle Effekte unterschiedlicher Treatments jedenfalls klar nachweisbar (Weiss und Weisz, 1995; Weisz et al., 1995).

Familientherapeutische Ansätze und Modelle

Man kann die einzelnen familientherapeutischen Entwürfe nach zwei verschiedenen Gesichtspunkten grob unterteilen. Die eine Unterscheidung, die auf dem Feld der Psychotherapie auch sonst getroffen wird, ist die nach Entwürfen in der behavioralen und der nichtbehavioralen Tradition. Die andere Unterscheidung ist die nach dem Grad ihrer Evidenz-

basierung, ausgewiesen etwa durch das Maß ihrer wissenschaftlichen Anerkennung, wie sie nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz zu den vorrangigen Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) gehört. Und da zeigt sich, dass sich für das Feld der familientherapeutischen Entwürfe nach dem Grad der Evidenzbasierung eine Zweiteilung vornehmen lässt. Auf der einen Seite finden sich wenige familientherapeutische Ansätze, die durch hohen Konkretisierungsgrad auffallen, standardisiert und/oder manualisiert sind (das geht auch bei systemischer Familientherapie; Pote et al., 2003), den Forderungen entsprechen, die in der Evaluationsforschung an replizierbare Treatments gestellt werden, und dann auch empirisch evaluiert worden sind; diese Entwürfe werden im Weiteren als *Modelle* bezeichnet – entsprechend dem Vorschlag von Sexton, Alexander und Mease (2004) für das Gebiet der Familientherapie in der neusten Auflage des *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Auf der anderen Seite, die durch das Fehlen der Mehrzahl oder aller der vorhin genannten Merkmale gekennzeichnet ist, sind die meisten familientherapeutischen Entwürfe zu finden, die im Weiteren als *Ansätze* bezeichnet werden. Die Unterscheidung von Methoden nach dem Grad ihrer Evidenzbasierung, also die Unterscheidung in Modelle und Ansätze, führt zwar nicht zu genau demselben Ergebnis wie die Differenzierung nach familientherapeutischen Methoden in der behavioralen und der nichtbehavioralen Tradition, aber es zeigt sich doch eine große Überlappung.

Von den familientherapeutischen Ansätzen in der nichtbehavioralen Tradition sind zunächst einmal die „klassischen“ aus der Zeit vor Einführung des Autopoiesis-Gedankens in das (familien-)therapeutische Denken Anfang der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts zu nennen. Von diesen Entwürfen, die mehr oder minder stark vom systemischen Denken einer (siehe Kasten1) Kybernetik 1. Ordnung beeinflusst wurden, sind als bekannteste zu nennen:

- der experienzielle Ansatz (bekannteste Vertreterin: Satir),
- jener der Mehrgenerationenperspektive (Boszormenyi-Nagy und der frühe Stierlin),
- der strukturelle (Minuchin; differenziert entwickelte Spielart dieses Entwurfes mit befriedigender Evidenzbasierung ist das Modell der *Brief Strategic Family Therapy*),
- der strategische (Hauptvertreter: Haley) und
- der Mailänder (oder: der systemische im engeren Sinne).

Ihnen folgten

- die Ansätze der (siehe Kasten1) „Kybernetik 2. Ordnung“ (etwa Boscolo und Cecchin) einer- und
- die „narrativen“ Ansätze (etwa Anderson, Goolishian, White, de Shazer) andererseits.

Im deutschsprachigen Raum wird eine Reihe familienfokussierter Verfahren in der behavioralen Tradition praktiziert; die in den USA aus der Tradition der verhaltenstherapeutischen Elterntrainings (Heekerens, 2002a) entwickelten familientherapeutischen Entwürfe in der behavioralen Tradition aber sind wenig bekannt. Von ihnen sind zwei, die nach den oben genannten Kriterien als Modelle anzusehen sind, wegen ihrer zeitlichen Stabilität, ihrer breiten und guten Evaluation und der sich dabei zeigenden positiven Effekte hervorgehoben:

Kasten 1: Kybernetik 1. und 2. Ordnung (Schlippe und Schweizer, 1996, 53)

Kybernetik ist die Bezeichnung für ein wissenschaftliches Programm zur Beschreibung der Regelung und Steuerung komplexer Systeme. In der Familientherapie wurden die Konzepte der Kybernetik schon früh aufgenommen. Erst in der Rückschau zeigt sich, dass vielen der kybernetischen Konzepte die Vorstellung unterliegt, damit Aussagen darüber zu haben, wie ein System „wirklich ist“: es hat Grenzen, Regeln, Subsysteme, Koalitionen usw. Diese „Aussagen auf dem Niveau der Ereignisse“ werden heute als „Kybernetik 1. Ordnung“ bezeichnet und kritisch gesehen, da sie ein Denken in Begriffen von Kontrolle, Steuerung und Regelung implizieren. Bei der Kybernetik 2. Ordnung werden die kybernetischen Prinzipien auf die Kybernetik selbst bezogen (daher 2. Ordnung), es geht um die „Landkarten“, um die Fragen, wie menschliche Erkenntnis kybernetisch organisiert ist. Es wird bezweifelt, dass es „da draußen“ objektiv vom Therapeuten erkennbare Systeme „gibt“. Vielmehr müssen der Beobachter und seine Erkenntnismöglichkeiten als Teil des Kontextes, den er beobachtet, mitkonzeptualisiert werden. Zwangsläufig ergibt sich daraus eine Abgrenzung zu Modellen, die Hierarchie und Kontrolle implizieren.

- die *Multisystemic Therapy*/Multisystemische Therapie (MST; Swenson und Henggeler, 2005) und
- die *Functional Family Therapy*/Funktionale Familientherapie (FFT; Heekerens, 2002b; Heekerens, Funktionale Familientherapie, in diesem Heft).

Evidenzbasierte familientherapeutische Modelle

Aufs Ganze gesehen, ist die Evidenzbasierung familientherapeutischer Entwürfe (noch) sehr gering. Die Ablehnung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (1999), die Systemische Therapie als wissenschaftliches Verfahren anzuerkennen, ist ein bekannter Hinweis für diese Situation. Die wohl bekannteste Sammlung evidenzbasierter klinisch-psychologischer Interventionsformen stellt die Liste von *Empirically Supported Treatments* (ESTs) der Sektion Klinische Psychologie der *American Psychological Association* (APA) dar. Auch andere Forschergruppen unternahmen solche Versuche, darunter eine aus Großbritannien im Auftrag des *British National Health Service*. Die Ergebnisse dieser verschiedenen Arbeitsgruppen wurden von Chambless und Ollendiek (2001) in einer Übersicht vergleichend dargestellt, und wenn man in dieser Synopse nach klar identifizierbaren Modellen der Familientherapie sucht, findet man unter den evidenzbasierten Interventionsformen der zwei oberen „Güteklassen“ nur die FFT und die MST – und zwar für verschiedene *externalisierende* Auffälligkeiten bei Jugendlichen wie etwa Störungen des Sozialverhaltens, Delinquenz, Alkohol- und Drogenkonsum. Für diese Problemlagen wird der Ansatz der strukturellen Familientherapie, im vorliegenden Zusammenhang zum größeren Teil abgedeckt durch das Modell *Brief Strategic Family Therapy* (BSFT; Szapocznik und Williams, 2000), in die dritte „Güteklasse“ verwiesen; hier ist die Beweiskraft der vorliegenden Studien vor allem wegen mangelnder Absicherung der internen Validität nicht so durchschlagskräftig. Als Gegenprobe kann man das Ergebnis der jüngsten Gesamtbewertung der Wirksamkeit und Effektivität von Familientherapie in der neusten Auflage des *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* lesen: Nur die FFT und MST erfüllen die EST-Kriterien (Sexton et al., 2004).

Die Anerkennung der FFT und der MST als wirksame und effektive familientherapeutische Modelle wird dadurch unterstrichen, dass sie gleich zwei bestimmte „Gütesiegel“ erhalten haben. Das Zentrum für die Erforschung und die Prävention von Gewalttätigkeit der Universität von Colorado hat sich einen Namen gemacht damit, dass es das US-weit anerkannte und hoch geschätzte Gütesiegel *Blueprints for*

Violence Prevention vergibt. Von mehr als 600 Programmen zur Gewaltprävention wurden auf der Basis strikter wissenschaftlicher Standards zur Programmwirksamkeit und -effektivität nur 11 zu *Blueprints* erklärt, darunter zwei familientherapeutische Ansätze: die FFT und die MST (*Blueprints for Violence Prevention*, 2002). Die zweite Anerkennung kam von Seiten des *Department of Health and Human Services* der USA. Im Report des *Surgeon General* (2001) bekamen von allen auf Wirksamkeit und Effektivität hin beurteilten Treatments zu Jugendlichengewalt nur vier die Bestnote – darunter die FFT und die MST.

Zusammenfassend kann man sagen, dass von den familientherapeutischen Modellen derzeit als am besten evidenzbasiert anzusehen sind: die FFT, die MST und mit Einschränkung die BSFT (Cottrell und Boston, 2002; Sexton et al., 2004). Diese Beurteilung gründet nicht nur auf Nachweisen der Wirksamkeit in „Labor“-Studien, sondern auch auf denen der Effektivität in „Feld“-Untersuchungen. Ferner zeichnen sich diese drei Modelle durch hohe Effizienz aus – ein Merkmal, das sich auch bei anderen familientherapeutischen Ansätzen und Modellen zeigt (Heekerens, 1999; Sexton et al., 2004). Mit Blick auf die Problemlagen, in denen sich diese Modelle bewährt haben, sind es Auffälligkeiten, die dem Bereich der externalisierenden Störungen zuzuordnen sind (Kazdin, 1997; Sexton et al., 2004). Für diesen Störungskreis, namentlich für Verhaltensstörungen und Drogengebrauch im Jugendalter, gibt es weitere, ebenfalls der „pragmatischen“ Gruppe der familientherapeutischen Entwürfe zuzurechnende – im deutschsprachigen Raum so gut wie unbekannte – Modelle, die nach verschiedenen neueren Übersichtsarbeiten (Henggeler und Sheidow, 2003; Rowe und Liddle, 2003; Sexton et al., 2004) zur Wirksamkeit und Effizienz von Familientherapie erfolgversprechend sind: Die *Multidimensional Family Therapy* (Liddle, 2002) und das *Multidimensional* (oder: *Oregon*) *Treatment Foster Care* (Chamberlain und Mihalic, 1998).

Das deckt sich mit dem komplementären Befund, dass sich Familientherapie für den Bereich der internalisierenden Störungen (bislang) nicht als wirksam und effektiv erwiesen hat (Northey et al., 2003; Sexton et al., 2004). Was das Alter des jeweiligen Index-Patienten anbelangt, so ist generell festzustellen, dass angemessen kontrollierte Evaluationsstudien zur Familientherapie in dem hier verwendeten Sinne so gut wie ausschließlich bei Index-Patienten im Kindes- und Jugendalter durchgeführt wurden. Bei externalisierenden Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter erweisen sich zwei familienfokussierte Grundentwürfe als sicher evidenzbasiert: bei Ju-

gendlichen die familientherapeutischen Modelle FFT, MST und mit Einschränkung BSFT, bei Kindern hingegen Elterntrainings in der behavioralen Tradition (Northey et al., 2003). Ergänzend ist anzumerken, dass die Mehrzahl der familientherapeutischen Entwürfe – auch und gerade die im deutschen Sprachraum bekannten und praktizierten - bis heute nicht oder nicht angemessen, und dass heißt meist: ohne Kontrolle, evaluiert sind (was keineswegs bedeutet, dass ihre Nichtwirksamkeit oder Ineffektivität bewiesen wäre). Das sind von den "klassischen" die aus tiefenpsychologischer und humanistischer Tradition stammenden Ansätze sowie die der „Kybernetik 2. Ordnung“ und die „narrativen“. Die strategische und die Mailänder Methode sind so selten und so wenig systematisch evaluiert worden, dass über sie als je einzelne Ansätze (noch) keine definitive Aussage über ihre Evidenzbasierung getroffen werden kann.

Anmerkungen zur Evidenzbasierung nach dem EST-Ansatz

Die vorgetragene Einschätzung der Wirksamkeit und Effizienz familientherapeutischer Ansätze und Modelle folgt im Wesentlichen der Grundlogik, wie sie im EST-Ansatz enthalten ist. Dies keineswegs in Unkenntnis der zum Teil berechtigten Kritik, wohl aber im Wissen darum, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie bei Anerkennungsverfahren eben dieser Grundlogik bei der Beurteilung der Wirksamkeit und Effektivität folgt. Auch jenseits des Atlantiks wird die Frage der Evidenzbasierung von Psychotherapie im öffentlichen Raum nach eben dieser Grundlogik behandelt. Und nicht zuletzt deshalb, eben um der Familientherapie die öffentliche Anerkennung als wirksame und effektive Interventionsform Geltung zu verschaffen, spricht sich Sprenkle (2003), der, wie oben schon erwähnt, derzeit in der *American Association for Marriage and Family Therapy* die Rolle des Chefdenkers in Sachen Therapieevaluation innehat, für Evaluation nach dem EST-Ansatz aus – trotz aller daran geäußerten und zu äußern Kritik, die auch er zur Kenntnis nimmt.

Es würde zu weit führen, die damit aufgeworfenen Fragen im vorliegenden Zusammenhang breit zu erörtern (ausführlich Heekerens, 2005a; Heekerens und Ohling, 2005; Tschuschke, 2005). Was hier aber geleistet werden kann und soll, ist, ein paar Diskussionspunkte zu benennen, die für die Frage der angemessenen Evaluation von Familientherapie von unmittelbarer Bedeutung sind.

Die Reaktionen auf die 1995 im *Clinical Psychologist* erfolgte Veröffentlichung einer Liste von *Empirically Supported Treatments* (EST-Liste; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) durch die (vom "behavioralen Lager" dominierte) Sektion Klinische Psychologie der *American Psychological Association* (APA) fielen heftig aus. Der Protest gegen den Vorstoß der Sektion Klinische Psychologie der APA kam von vielen Seiten, auch aus anderen (mehrheitlich dem „nichtbehavioralen Lager“ zugehörigen) Sektionen der APA selbst.

So legte die Sektion Psychotherapie der APA zu Beginn dieses Jahrzehnts die Arbeitsergebnisse ihrer Task Force zur Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie vor (Norcross, 2002). Dem EST-Ansatz wird vorgehalten, er igno-

riert mit seiner Fixierung auf Störungen einer- und Interventionstechniken andererseits, dass die Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels von 1. Interventionstechniken, 2. therapeutischer Beziehung, 3. Charakteristika des Klienten/Patienten auch jenseits seiner Störung und 4. komplexen Eigenschaften des Beraters/Therapeuten sei, der im EST-Ansatz nur als „Manual-gesteuerter Techniker“ in den Blick komme. Aber es gilt: Der EST-Ansatz wird nicht einfach für „falsch“ erklärt, wohl aber für völlig unzureichend. Der EST-Liste wird eine Sammlung von *Empirically Supported Relationships* (ESR-Sammlung) gegenübergestellt. Nur: Man kann und darf EST und ERS nicht wechselseitig ausspielen wollen; es liegt kein Ausschließungs-, sondern ein Ergänzungsverhältnis vor. Schon ein Jahr nach Veröffentlichung der ersten EST-Liste wurde auf Vorschlag des Präsidiums der Sektion Beratung der APA eine Task Force eingerichtet, deren erstes Ergebnis 2002 unter dem Titel *Principles of Empirically Supported Interventions in Counseling Psychology* (PESI-Ansatz; Wampold et al., 2002) öffentlich vorgelegt wurde. Dort wird der EST-Ansatz nicht einfach für „falsch“ erklärt, wohl aber betont, dass Psychotherapie dadurch in das Korsett des Managed-Care-Ansatzes eingeschnürt werde, somit gut in das medizinische Versorgungssystem, wie es sich momentan darstelle, passe, aber gerade dadurch den Charakter von Psychotherapie in einem breiteren Sinne, für den sich die Sektion Beratung stark mache, verfehle.

Es ist hier nicht der Ort, die angesprochenen Unterschiede zwischen dem EST- und dem PESI-Ansatz in der Tiefe auszuloten, die der Sache angemessen wäre. Man kann aber sagen, dass der PESI- gegenüber dem EST-Ansatz eine Reihe von Vorteilen birgt (Garfield, 2002), was auch bei der Evaluation von Familientherapie zum Tragen kommen kann. Sexton und Alexander (2002; weiterführend Sexton et al., 2004; kritisch Garfield, 2002) haben auf Einladung der PESI-Task Force den PESI- und den EST-Ansatz für familienfokussierte Verfahren miteinander verglichen und geben dem PESI-Ansatz eindeutig den Vorzug. Von den genannten Vorteilen sei nur einer genannt; er betrifft den „Interventionsanlass“. Dieser muss nach dem EST-Ansatz als Störung im Sinne von DSM-IV beziehungsweise ICD-10 auszuweisen sein. Die FFT hat sich sehr gut zur Eindämmung von Jugendlichendelinquenz bewährt. Jugendlichendelinquenz aber ist eine Kategorie des Rechts-, nicht des Gesundheitssystems, und sie geht nicht einfach auf in einer der Störungen, wie sie sich in der ICD-10 oder im DSM-IV finden. Und außerdem gibt es für Familientherapie Interventionsanlässe, die unterhalb der Reizschwelle von Störungen im Sinne von DSM-IV oder ICD-10 liegen – Hilfen bei familienzyklischen Übergängen etwa, bei denen es zu Problemen kommen kann, ohne dass Störungen mit Krankheitswert vorliegen.

Der PESI-Ansatz fordert ferner, Aussagen über die Wirksamkeit von Psychotherapie auf unterschiedlichen Spezifitätsleveln (beispielsweise von 1. Psychotherapie über 2. Familientherapie im Allgemeinen zu 3. familientherapeutischen Ansätzen und Modellen als Hilfe etwa bei Problemlagen des Kindes- und Jugendalters und 4. letztlich zu spezifischen Modellen der Familientherapie, beispielsweise bei Drogen-

gebrauch) und durch andere Formen der Datenaggregation (etwa durch Meta-Analysen) als im EST-Ansatz vorgesehen, zu treffen. Passend dazu hat die Shadish-Gruppe, die schon früher durch Meta-Analysen (auch) auf dem Gebiet der Familientherapie in Erscheinung getreten ist, die MAST-Strategie entwickelt (Shadish und Baldwin, 2003); MAST steht für *Meta-Analytically Supported Treatment*.

Unter den Argumenten von Shadish und Baldwin (2003), die in ihrer Mehrzahl gegen den EST-Ansatz und weniger für die MAST-Strategie sprechen, findet sich eines, das bedacht sein will: das der statistischen Power. Da Psychotherapieforschung wenig gefördert wird – die Pharmaforschung bezahlen wir alle direkt oder indirekt beim Arzneimittelkauf – haben viele Evaluationsstudien eine (zu) kleine Probandenzahl (Sexton et al., 2004). Deshalb kann es vorkommen, dass ein „in Wahrheit“ wirksames oder effektives Treatment im Gruppenvergleich keine signifikanten Differenzen verbuchen kann (in der Statistik als Fehler Typ II bekannt), weder bei der ersten, noch bei der zweiten, dritten oder vierten Evaluationsstudie. Nach EST-Kriterien kann das Treatment seine Wirksamkeit/Effektivität nicht nachweisen. In einer Meta-Analyse der vier Studien aber könnte sich eine Gesamt-Effektstärke zeigen, die statistisch signifikant verschieden von 0 ist.

Die MAST-Strategie birgt aber eine Reihe von Risiken, von denen drei genannt seien. Zum einen nimmt sie – der Einwand ist als „Garbage-In-Garbage-Out“-Argument bekannt (vgl. Waldmann und Petermann, 2005) – Studien auf, deren interne Validität so wenig gesichert ist, dass sie nach den EST-Kriterien unberücksichtigt blieben (Sprenkle, 2003); damit ist die Frage der Gültigkeit der in Effektstärken dargestellten Ergebnisse offen. Ferner nivelliert sie die bei Betrachtung bestimmter Problemlagen offensichtlich vorhandenen Wirksamkeits- und Effektivitätsunterschiede zwischen einzelnen familientherapeutischen Modellen und Ansätzen (Sexton et al., 2004). Und schließlich birgt sie das Risiko eines Missverständnisses, das entstehen kann, wenn man nicht unterschiedliche Evaluationsstudien zu ein und demselben klar definierten Treatment zusammenfasst, sondern, was die Treatments betrifft, „Kraut und Rüben“ zusammenzählt.

Was mit dem Letzten gemeint ist, demonstrieren Shadish und Baldwin (2003) selbst, wenn sie etwa für den Bereich der Familientherapie den „systemischen“ (*systemic*) Ansatz als MAST erklären. Als Referenz jüngsten Datums wird dafür die Meta-Analyse der Shadish-Gruppe (Shadish et al., 1993) zur Familientherapie genannt. In dieser Meta-Analyse werden zwei identifizier- und benennbare Großgruppen familienfokussierter Interventionen benannt: die in der kognitiv-behavioralen Tradition („klassische“ behaviorale Elterntrainings) einerseits und andererseits die familientherapeutischen Ansätze und Modelle im hier verwandten Sinne, die unter „systemisch“ zusammengefasst werden. Aber „systemisch“ bedeutet nun gerade nicht, dass damit der ursprüngliche Mailänder Ansatz oder gar systemische Ansätze der „Kybernetik 2. Ordnung“ gemeint sind. Vielmehr findet sich darunter ein Sammelsurium doch höchst verschiedener Ansätze und Modelle (darunter beispielsweise auch die FFT). Man darf und muss doch angesichts dessen die Frage stellen, für wen es eine Information ist, dass die „systemische“ Familien-

therapie evidenzbasiert im Sinne der MAST-Kriterien sei: für potentielle Klienten-/Patienten-Familien, für die Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie, für die Gesundheitspolitik? Ist es für all diese Fälle nicht informativer, man kann die Evidenzbasierung eines Verfahrens kritisch prüfen anhand eines Evaluationsprogramms, wie es nachfolgend beispielhaft für die FFT dargestellt wird?

Evaluation eines familientherapeutischen Modells: das Beispiel FFT

Um zu zeigen, wie eine überzeugende Evaluation im Feld der Familientherapie aussehen kann, ist nachfolgend das Evaluationsprogramm der FFT mit seinen Ergebnissen skizziert. In Kasten 2 ist die Evaluation der FFT als Intervention bei Jugendlichendelinquenz, der Auffälligkeit, der das Hauptinteresse der FFT galt und gilt, dargestellt.

Die FFT zeigt sich aber nicht nur bei der komplexen externalisierenden Auffälligkeit „Jugendlichendelinquenz“ als wirksam und effektiv, sondern auch bei recht eng umschriebenen externalisierenden Auffälligkeiten. In quasiexperimentellen Studien zeigte sich, dass die FFT bei jugendlichem Alkohol- und Drogenmissbrauch so wirksam ist wie ein Elterntraining und dass Sozialarbeiter nach kurzem FFT-Training die Unterbringung bei Pflegefamilien von Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens deutlich absenken konnten (Heekerens, 2002b). In einer neueren experimentellen Studie (Waldron et al., 2001) wurden vier Treatments bei jugendlichem Drogenmissbrauch verglichen: FFT, FFT plus kognitiv-behaviorales Training für den Jugendlichen, kognitiv-behaviorales Training allein und eine Peergruppentherapie. Im 4-Monats-Follow-up zeigten sich die beiden ersten Treatments überlegen und im 7-Monats-Follow-up das zweite.

Für den Bereich der internalisierenden Auffälligkeiten scheint die FFT nicht die Methode der Wahl zu sein, und das gilt nach Auskunft der Evaluationsforschung für alle Formen der Familientherapie (zusammenf. Northey et al., 2003). In einer experimentellen Studie (Kolko et al., 2000) zur Wirksamkeitsprüfung bei rezidivierenden depressiven Störungen im Jugendalter wurden verglichen: ein familientherapeutisches Treatment, das die frühe Phase der FFT kombiniert mit einem Problemlösetraining in der mittleren Phase (vgl. den Beitrag zur FFT in diesem Heft), eine kognitiv-behaviorale und eine (als Placebo-Behandlung gedachte) nichtdirektive supportive Individualtherapie. Alle drei Treatments senkten das Selbstmordrisiko ab und hoben die familiäre Funktionsfähigkeit gleichermaßen an; aber die kognitiv-behaviorale Individualtherapie zeigte sich beim Blick auf die depressive Symptomatik überlegen – zumindest kurzfristig, denn beim Zwei-Jahres-Follow-up schnitten alle drei Ansätze gleich ab, und zwar gleich bescheiden.

Wirkfaktoren der Familientherapie

Aus vielerlei Gründen ist das Wissen darüber, ob und in welchem Maße sowie in welcher Problemlage oder bei welcher Störung ein bestimmtes Treatment wirkt oder nicht, größer als die Kenntnis der Wirkfaktoren. Das gilt nicht nur für die familientherapeutischen Modelle (Sexton et al., 2004; Sprenkle, 2003) und das Anwendungsgebiet Problemlagen/Störungen

Kasten 2: Evaluation der FFT bei Jugendlichendelinquenz

Im Zentrum der seit über 30 Jahren laufenden Evaluationsarbeit steht die Wirksamkeits- und Effektivitätsprüfung der FFT bei der Prävention von oder der Rezidivismus-Vermeidung bei Jugendlichendelinquenz. Unter methodischen Gesichtspunkten betrachtet, zeichnet sich die Evaluation der FFT für das Gebiet Jugendlichendelinquenz durch folgende Merkmale aus (Heekerens, 2002b; Henggeler und Sheidow, 2003; Sexton und Alexander, 2000): Es gibt sowohl Wirksamkeits- als auch Effektivitäts-Studien. Die Designs der Studien sind quasiexperimenteller (parallelisierte Gruppen) beziehungsweise experimenteller (randomisierte Gruppenzuweisung) Art, oder es findet ein Vergleich der FFT mit einem Normwert (z.B. Rezidivismusrate im unbehandelten Fall) statt. Die Messzeitpunkte sind ganz überwiegend Follow-up-Messungen mit Zeiträumen von einem bis zu fünf Jahren. Es findet Variation sowohl bei den Therapeuten (von „angelerten“ bis hoch professionellen) als auch bei den Klienten (mit und ohne Verurteilung, unterschiedliche Schwere und Breite der Störung) statt, der Vergleich geschieht selten gegen Nicht-Behandlung, häufiger und in jedem Einzelfall immer (auch) gegen Alternativ-Behandlung (Individualtherapie, Bewährungshilfe), und bei Betrachtung der Erfolgskriterien wird fast nur die zentrale Problematik des jugendlichen (Index-)Patienten in den Blick genommen.

Was die Ergebnisseite für die Jugendlichendelinquenz anbelangt, so kann man sie folgendermaßen zusammenfassen (Heekerens, 2002b; Henggeler und Sheidow, 2003; Sexton und Alexander, 2000): Im Vergleich mit Nicht-Behandlung, alternativer therapeutischer Behandlung oder üblichen Maßnahmen der Jugendjustiz (Bewährungshilfe, stationäre Unterbringung) reduziert die FFT die Rückfallquote nachhaltig – der längste Untersuchungszeitraum beträgt fünf Jahre nach Behandlungsende - um 20 bis 60 Prozent auf Rückfallraten von im Mittel 20 Prozent. Der absolute - nicht der relative - Effekt ist bei schwerer Jugendlichendelinquenz geringer als bei leichter. Der Effekt ist nach Training in FFT und bei Treatment-Integrität erzielbar nicht nur von Klinischen Psychologen mit Master-Abschluss, sondern auch von Bachelor-Absolventen verschiedener Ausbildungsgänge (wie etwa Soziale Arbeit). Als „Streueffekt“ der FFT zeigt sich, dass noch nicht gerichtsauffällige Geschwister seltener vor Gericht kommen als bei alternativen Treatments.

Die jüngste Evaluationsstudie (Sexton und Alexander, 2000, 2002) verdient besonderer Beachtung, weil es sich beim *Family Project* um eine Effektivitäts-Studie unter Feld-Bedingungen handelt, bei der Gesichtspunkte der Effizienz besondere Beachtung fanden. Die 231 Familien, die von der Bewährungshilfe an das Projekt verwiesen wurden, schlossen zu 80 Prozent – und damit in deutlich höherem Maße als bei der üblichen Bewährungshilfe – die Gesamtmaßnahme ab. Die Rezidivismusrate der FFT-Gruppe lag nach einem Jahr bei knapp unter 20 Prozent und damit deutlich niedriger als im Fall der üblichen Bewährungshilfe (36 Prozent). Die Kosten der FFT, die in der Regel von einem Therapeuten in 12 Sitzungen innerhalb von drei Monaten durchgeführt wurde, lagen zwischen 700 und 1000 US-Dollar; das ist deutlich weniger als bei der üblichen Bewährungshilfe (6000 US-Dollar pro Jugendlichen) und sehr viel weniger als bei – im Übrigen recht ineffektiver – stationärer Behandlung (mindestens 13500 US-Dollar pro Fall).

gen im Kindes- und Jugendalter (Weersing und Weisz, 2002), sondern ganz generell für den Gesamtbereich der Psychotherapie (Scheithauer und Petermann, 2003). Nun gibt es davon freilich Ausnahmen, und die MST und die FFT sind für die Ergebnis- und die Prozessforschung solche Ausnahmen. Wie Prozessforschung bei einer bestimmten familientherapeutischen Methode aus sieht, ist in Kasten 3 am Beispiel der FFT dargestellt.

Die Erforschung von allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie ist, wie schon erwähnt, noch in den Anfängen. Verantwortlich dafür sind vielerlei Ursachen. Eine davon ist, dass aus einer Reihe unterschiedlicher Gründe Ergebnis- wie Prozessforschung meist Treatment- oder schulenspezifisch erfolgt; zur – wie lange auch immer dauernden – Entwicklung einer allgemeinen Psychotherapie ist die Identifizierung allgemeiner Wirkfaktoren aber unerlässlich. Dafür gibt es hoffnungsvolle Ansätze, auch für das Gebiet der Familientherapie. Auf der Basis einschlägiger Forschungsbefunde, darunter aus zahlreichen Studien zur FFT und MST, haben US-amerikanische Forscher (Diamond und Diamond, 2002; Sexton und Alexander, 2002; Sexton et al., 2004) eine Reihe von Wirkfaktoren der Familientherapie identifiziert, aus denen man nachfolgende Liste zusammenstellen kann: Treatment-Treue, eine gute therapeutische Allianz/ein solides Arbeitsbündnis (vgl. dazu ausf. Norcross, 2002), Reframing/Umdeuten (insbesondere bezüglich der Präsentier-Symptomatik), Redukti-

on von innerfamiliärer Negativität/Erhöhung binnenfamiliärer Re-Attachments während der Sitzungen, erfolgreiches Herauskommen aus einer „therapeutischen Sackgasse“ während der Sitzungen und Verbesserung der familiären Kompetenz im Interaktions- und Verhaltensbereich (insbesondere Aufbau eines funktionalen Elternsubsystems). Einige der genannten Faktoren erweisen sich schon beim ersten Blick als nicht spezifisch für Familientherapie, und es ist eine offene Forschungsfrage, welche der anderen denn tatsächlich Familientherapie-spezifisch sind. Und mit dem Stichwort „Spezifität“ sind wir denn auch schon beim nächsten Abschnitt angelangt.

Offene Fragen

Weniger noch als bei der Erwachsenenpsychotherapie wurden im Bereich der Psychotherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters Treatment-spezifische Effekte untersucht (Kazdin und Wassels, 2000; Kolko et al., 2000). So weit und so fern das bei der Evaluation von Familientherapie geschah, zeigte sich in der Regel kein Treatment-spezifischer Effekt. Familientherapeutische Modelle sind auch dann, wenn sie hinsichtlich der (zentralen) Auffälligkeit/Störung des Index-Patienten positive Effekte zeitigen, alternativen Behandlungsansätzen nicht überlegen bei Verbesserungen im familiären Gesamtsystem oder in Teilsystemen wie dem ehelichen oder elterlichen Subsystem oder einer intergenerationalen Dyade (zusammenf. Heekerens, 1999; ergänzend Kolko et al., 2000).

Kasten 3: Die Prozessforschung bei der FFT

Die Prozessforschung zur FFT ist zusammenfassend bei Robbins, Alexander und Turner (2000) dargestellt. In einer der ersten Publikationen zur FFT Anfang der Siebziger des letzten Jahrhunderts konnte mittels eines (modifizierten) Solomon-Viergruppen-Plans gezeigt werden, dass die FFT in Familien mit einem delinquenten Jugendlichen nicht nur deren Rückfallquote deutlich absenken, sondern auch die innerfamiliäre *Kommunikation* signifikant verbessern konnte. Als die Wirksamkeit der FFT hinreichend demonstriert worden war, machte man sich Ende der Achtziger daran, in vier auf einander bezogenen Experimenten mit verschiedenen Probandengruppen, meist Familien mit einem delinquenten Jugendlichen, den Zusammenhang zwischen Kommunikationsformen und -inhalten sowie vorgängigen Attributionsmustern zu analysieren. Dabei war zu demonstrieren, dass *Attributionsmuster* als Wirklichkeitskonstruktionen durch Umdeuten veränderbar sind, was sich in entsprechenden Veränderungen sowohl der Kommunikationsformen als auch der Kommunikationsinhalte niederschlägt. In der zweiten Hälfte der Neunziger konnte man dann unter den Realbedingungen von Psychotherapie nachweisen, dass *Reframing* als Veränderung von Attributionsen in der Eingangsphase der Therapie eine Intervention ist, die positive Wirkung entfaltet: (Index-)Patient und Eltern lassen sich dadurch in ihrem üblichen Muster der wechselseitigen Entwertungen, Vorwürfe und Verbitterungen unterbrechen.

Umdeuten oder Reframing ist eine in verschiedenen psychotherapeutischen Methoden zu findende therapeutische Technik der Beeinflussung der Wirklichkeitskonstruktion (Änderung der Kognition). Umdeuten scheint der größte gemeinsame Nenner verschiedener familientherapeutischer Methoden zu sein. In der Konzeption der FFT ist vorgesehen, dass vor der Veränderung des (Problem-)Verhaltens mit verhaltenstherapeutischen Mitteln eine Veränderung der Bedeutung des (Problem-)Verhaltens in Richtung auf beziehungsorientierte und nicht-vorwurfsvolle Erklärungen durch Umdeuten zu erfolgen habe; bei den traditionellen verhaltenstherapeutischen Elterntrainings wird Vergleichbares nicht ins Auge gefasst. Es ist eine Schwäche der Prozess- und Ergebnisforschung zur FFT, dass sie dieses für sie so zentrale Theorem nicht angemessen geprüft hat, wie es für die FFT ja überhaupt keine einzige Studie mit verschränkter Prozess-Ergebnis-Forschung gibt. Die Anlage einer entsprechenden Untersuchung hätte als Komponentenanalyse nach der *Dismantling/Constructive Treatment Strategy* erfolgen können, nach der ein klar identifizierbares Element des Behandlungspaketes (Umdeuten oder verhaltenstherapeutische Techniken) weggenommen oder hinzugefügt wird.

Das Ergebnis widerspricht insofern der von der Familientherapie genährten Erwartung, die für sich ja als Besonderheit reklamiert, ihre Interventionen würden nicht allein, ja nicht einmal primär auf den Index-Patienten, sondern auf das familiäre Gesamtsystem und/oder relevante Teilsysteme zielen. Die Gründe für das oben genannte und theoretisch wie praktisch überraschende Ergebnis liegen noch weitgehend im Dunkeln, weshalb die Frage, ob die Familientherapie Treatment-spezifische Effekte zeitigt, noch offen ist. Einen möglichen Grund aber kann man jetzt schon ausschließen: dass Familientherapie keinen positiven Effekt auf das familiäre Gesamtsystem oder dessen Teilsysteme hätte. Das hat sie, aber das ist auch bei anderen Treatments der Fall, und zwar nicht nur bei anderen familienfokussierten Treatments, wie etwa einem behavioralen Elterntaining (Kazdin und Wassels., 2000), sondern auch bei Individual-Treatments, wie etwa einem kognitiv-behavioraler Art (Kazdin und Wassels, 2000; Kolko et al., 2000).

Weersing und Weisz (2002) haben auf der Basis von Evaluationsstudien im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Vermutung geäußert, dass bei Interventionen, die nicht direkt auf den jeweiligen (Index-)Patienten abzielen, drei Größen als Mediatoren fungieren: elterliches Erziehungsmanagement, familiäres Funktionsniveau und Peer-Kontakt. Für ein familientherapeutisches Modell, nämlich die MST, hat die Arbeitsgruppe um Henggeler (Huey et al., 2000) diese Annahme für alle drei Faktoren nachgewiesen, und für ein behaviorales Elterntaining in der Tradition Pattersons haben Eddy und Chamberlain (2000) das für die beiden Faktoren „elterliches Erziehungsmanagement“ und „Peer-Kontakt“ schon belegt. Die offenen Fragen nach Spezifität, sowohl bei den Effekten als auch bei den Mediatoren, berühren die Iden-

tität der Familientherapie sowohl nach der Seite ihres Settings als auch nach der ihres theoretischen (systemischen) Ansatzes hin. Diese Fragen sind in den Kontext der Diskussion um die gemeinsamen Faktoren (in) der Psychotherapie zu stellen.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2000): Leitlinien Paar- und Familientherapie (<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/psytym025.htm>; S. 1-29; zuletzt aufgerufen am 07.01.2006)
- Blueprints for Violence Prevention (2002): Blueprints model programs overview (<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/model/overview.html>; 1 Seite; zuletzt aufgerufen am 07.11.2003).
- Chamberlain P, Mihalic S (1998): Multidimensional treatment foster care. Blueprints for violence prevention. Vol. 8. Bolder, CO, Center for the Study and Prevention of Violence
- Chambless DL (2002): Beware the Dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9:13-16
- Chambless DL, Ollendiek TH (2001): Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 52:685-716
- Cottrell D, Boston P (2002): Practioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 43:573-586
- Diamond GS, Diamond GM (2002): Studying a matrix of change mechanisms: An agenda for family-based process research. In: Liddle HA, Sansebastian DA, Levant RF, Bray JH (eds.): *Family psychology: Science-based interventions*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 41-66
- Eddy JM, Chamberlain P (2000): Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 2000, 68:857-863

- Garfield SL: Some comments on „Principles of empirically supported interventions in counseling psychology. *Counsel Psychol* 30:292-301
- Heekerens H-P (1999): Familientherapie – Zum Stand der Evaluationsforschung. In: Petzold H, Märten M (Hrsg.): *Wege zu effektiven Psychotherapien*. Bd. 1. Opladen: Leske und Budrich, S. 401-424
- Heekerens H-P (2002a): Verhaltenstherapeutische Elterntrainings. In: Sulz SKD, Heekerens H-P (Hrsg.): *Familien in Therapie*. München: CIP Medien, S. 229-241
- Heekerens H-P (2002b): Die Funktionale Familientherapie. In: Sulz SKD, Heekerens H-P (Hrsg.): *Familien in Therapie*. München: CIP Medien, S. 159-183
- Heekerens H-P, Ohling M (2005): Therapieevaluation: eine Sach- und Beziehungsklä rung. *Gesprächspsychotherapie und Personen-zentrierte Beratung* 36:5-11
- Heekerens H-P (2005a): Vom Labor ins Feld: Die Psychotherapie-evaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut*
- Heekerens H-P (2005b): Familientherapie/Systemische Therapie. In: Petermann F, Reinecker H (Hrsg.): *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (Handbuch der Psychologie Bd. 1)*. Göttingen: Hogrefe, S. 708-716
- Henggeler SW, Sheidow AJ (2003): Conduct disorder und delinquency. *J Marital Fam Ther* 29:505-522
- Huey SJ, Henggeler SW, Brondino, MJ, Pickrel, SG (2000): Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *J Consult Clin Psychol* 68:51-467
- Kazdin AE (1997): Practioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *J Child PsycholPsychiatry* 38:161-178
- Kazdin AE, Wassels G (2000): Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:414-420
- Kolko DJ, Brent DA, Baugher M, Bridge J, Birmaher B (2000): Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation, and moderation. *J Consult Clin Psychol* 68: 603-614.
- Liddle HA(2002): Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users. *Cannabis Youth Treatment series*. Vol. 5. Rockville, MD: Center for Substanc Abuse Treatment
- Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt, JT, Seligman DA, Krause ED (2002): The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9:2-12
- Norcross JC (ed.) (2002): *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press
- Northey WF, Wells KC, Silverman WK, Bailey CE (2003): Childhood behavioral and emotional disorders. *J Marital FamTher* 29:523-545
- Pinsof WM, Wynne LC (eds.) (1995): *Family therapy effectiveness: Current research and therapy*. Washington, DC: American Association for Marriage and Family Therapy
- Pote H, Stratton P, Cottrell D, Shapiro D, Boston P (2003): Systemic family therapy can be manualized: research process and findings. *J Fam Ther* 25:236-262
- Robbins MS, Alexander JF, Turner CW (2000): Disrupting defensive and family interactions in family therapy with delinquent adolescents. *J Fam Psychol* 14:688-701
- Rowe CL, Liddle HA (2003): Substance abuse. *J Marital Fam Ther* 29:97-120
- Scheithauer H, Petermann F (2003): Wirksame und effektive psychotherapeutische Interventionen im Kindes- und Jugendalter. In: Petermann F (Hrsg.): *Kinderverhaltenstherapie*. 2., völlig veränderte Aufl. Hohengehren: Schneider, S. 328-357
- 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
- Sexton TL, Alexander JF (2000): *Functional family therapy*. *Juvenile Justice Bulletin* (http://www.ncjrs.org/html/ojjdp/jjbul2000_12_4/contents.html; ohne Paginierung; zuletzt aufgerufen am 07.11.2003)
- Sexton TL, Alexander JF (2002): Family-based empirically supported interventions. *Counsel Psychol* 30:238-261
- Sexton TL, Alexander JF, Mease AL (2004): Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In: Lambert MJ (ed.): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, pp. 590-646
- Shadish WR, Baldwin SA (2003): Meta-analysis of MFT interventions. *J Marital Fam Ther* 29:547-570
- Shadish WR, Montgomery LM, Wilson P, Wilson MR, Bright I, Okwumabua T (1993): Effects of family and marital therapies: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 61:992-1002
- Sprenkle DH(2003): Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *J Marital Fam Ther* 29:85-96
- Surgeon General (2001): *Youth violence: A report of the Surgeon General*. Department of Health and Human Services. Washington: US Government Printing Office
- Swenson CC, Henggeler SW (2005): Die multisystemische Therapie: Ein ökologisches Modell zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei Jugendlichen. *Familiendynamik* 30:128-144
- Szapocznik J, Williams RA (2000): Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clin Child Fam Psychol Rev* 3:117-134
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995): Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *Clin Psychol* 48:3-23
- Tschuschke V (2005): *Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin – Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge*. *Psychotherapeutenjournal* 4:106-115
- Waldmann H-C, Petermann F (2005): Metaanalyse und klinische Signifikanz. In: Petermann F, Reinecker H (Hrsg.): *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (Handbuch der Psychologie Bd. 1)*. Göttingen: Hogrefe, S. 101-111
- Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, Turner CW, Peterson TR (2001): Treatment outcome for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessment. *J Consult Clin Psychol* 69:802-813
- Wampold BE, Lichtenberg JW, Waehler CA (2002): Principles of empirically supported interventions in counseling psychology. *Counsel Psychol* 30:197-217
- Weersing VR, Weisz JR (2002): Mechanisms of action in youth psychotherapy. *J Child Psychol Psychiatry* 43:3-29
- Weiss BH, Weisz JR (1995): Relative effectiveness of behavioral and nonbehavioral child psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 63:317-320
- Weisz JR, Weiss B, Han SS Granger DA, Morton T (1995): Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychol Bull* 117:450-468
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (1999): *Gutachten zur Systemischen Therapie als wissenschaftliches Psychotherapie-verfahren* (<http://www.wbpsychotherapie.de/Homepage/Pub/SystemTher.html>; S. 1-4; zuletzt aufgerufen am 11.10.2003).

Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Heekerens

Fachhochschule München, Fachbereich Sozialwesen

Am Stadtpark 20, 81243 München

Tel: 089-12652312 • E-Mail: heekeren@fhm.edu