

Kirsten von Sydow<sup>1</sup> · Stefan Beher<sup>2</sup> · Jochen Schweitzer-Rothers<sup>3</sup> · Rüdiger Retzlaff<sup>4</sup>  
<sup>1</sup> Psychologisches Institut, Universität Hamburg · <sup>2</sup> Universität Mainz  
<sup>3</sup> Institut für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinik Heidelberg · <sup>4</sup> Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinik Heidelberg

# Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters

## Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien

In Deutschland ist systemische Familientherapie (FT) populär: 12% der approbierten Kinder-/Jugendlichen- und Erwachsenenpsychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen haben eine abgeschlossene systemische Therapieausbildung (Psychotherapeutenkammer NRW, 2004). Systemische Ansätze werden in Deutschland u. a. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig und erfolgreich eingesetzt. Im Jahr 1991 wurde FT als kassenfinanziertes Regelangebot u. a. für alle kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken eingeführt (BM für Gesundheit 1990). Auch international ist systemische FT in den USA und den meisten europäischen Ländern (z. B. Schweiz, Österreich, Schweden, UK) ein anerkanntes Psychotherapieverfahren (Conen 2002; Kaslow 2000, 2000; Pisarsky 2002).

Doch in Deutschland wurde ein Antrag der Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie (AGST) auf Anerkennung als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren (Schiepek 1999) vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie abgelehnt (WB 2000). Der damalige Antrag stützte sich auf 26 Studien zur Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenentherapie. Die Ablehnung wurde durch methodische Schwä-

chen eines Teils der eingereichten Studien und theoretische Schwächen des damaligen Antrags begründet. Doch schon damals konzidierte der WB:

➤ **Die Hinweise zur Wirksamkeit familientherapeutischer Interventionen (bei Kindern und Jugendlichen als Indexpatienten) sind jedoch viel versprechend...“ (WB 2000).**

In Deutschland wird auch aktuell davon ausgegangen, dass der Forschungsstand zur systemischen Therapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters unzureichend sei (z. B. Döpfner u. Lehmkuhl 2002).

Da sich die Forschung zur systemischen Therapie seit Schiepek (1999) beträchtlich weiterentwickelt hat, wollen wir hiermit einen aktuellen und systematischen Überblick (Metainhaltsanalyse) über vorliegende Wirksamkeitsstudien zur systemischen Therapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters vorlegen. Es werden dabei nur randomisierte, kontrollierte Outcome-Studien („randomized controlled trial“, RCT) berücksichtigt. Die systemische Therapie-

forschung zu Störungen des Erwachsenenalters wird in einem weiteren Artikel analysiert (Sydow et al. 2006).

### Definition und Kurzbeschreibung des Verfahrens

*Familientherapie* kann als jede Form von Psychotherapie definiert werden, die zusätzlich zu einem Indexpatienten (IP) weitere Familienmitglieder miteinbezieht und/oder auf die Interaktionen zwischen Familienmitgliedern fokussiert ist (Pinsof u. Wynne 1995, S. 586). Familientherapie wird als Oberbegriff für die therapeutische Arbeit mit hetero- oder homosexuellen Paaren bzw. Eltern(teilen) und Kindern sowie sonstigen Verwandten verwendet. Systemische FT lässt sich von psychodynamischer, kognitiv-behavioraler und psychoedukativer FT abgrenzen (Diamond u. Siqueland 2001; Lebow u. Gurman 1995; Scheib u. Wirsching 2004; Sydow 2000, 2006).

*Systemische Psychotherapie* lässt sich als eine Form von Psychotherapie definieren, deren Fokus auf dem sozialen Kontext einer psychischen Störung liegt. Es geht um die Wechselbeziehungen (in Verhalten und Wahrnehmung) zwischen zwei und

mehr Menschen, ihren Symptomen sowie ihrer weiteren Umwelt – sowohl darum, wie sich z. B. familiäre Interaktionen auf die Symptome eines Familienmitglieds auswirken, als auch umgekehrt um die Auswirkungen von Symptomen auf (andere) Familienmitglieder, deren Interaktionen und deren Sicht der Wirklichkeit. Deshalb werden nicht nur der IP, sondern auch seine Bezugspersonen (Familie, Freunde, Lehrer usw.) und etwaige weitere mitbeteiligte professionelle Helfer des Klienten entweder direkt „in vivo“ und/oder indirekt durch spezielle Fragetechniken zu ihrem Verhalten, zum mutmaßlichen Erleben und zu ihren Intentionen systematisch miteinbezogen. Die therapeutische Grundhaltung ist durch eine Orientierung am Anliegen und Auftrag der Klienten, an Respekt für die Ambivalenzen und Ängste der Klienten vor möglicher Veränderung, an den Ressourcen der Familie (neben ihren Problemen und Pathologien), an Allparteilichkeit/Neutralität, also dem Bemühen, allen (einschließlich der abwesenden) Familienmitgliedern/Beteiligten gleichermaßen Verständnis entgegenzubringen und durch den Einsatz von manchmal verblüffenden und humorvollen Interventionen gekennzeichnet (vgl. Sydow 2000, S. 297).

Es wird versucht, die familiären Interaktionen und Strukturen (z. B. zu durchlässige oder zu starre Grenzen zwischen Eltern und Kindern), dysfunktionale Lösungsversuche und zu starre, einschränkende Familienparadigmen und -narrative zu verändern. Wesentliche Elemente des praktischen Vorgehens sind systemische Fragen, positives Umdeuten, die Arbeit mit Genogrammen und Familienskulpturen, Aufgaben und Verschreibungen, kreative und lösungsorientierte Techniken sowie spezielle Schlussinterventionen oder die Inszenierung von Ritualen. Systemische Therapie lässt sich in unterschiedlichen *Settings* einsetzen. Bei kindlichen und jugendlichen IPs meist als (auch aufsuchende) FT, z. T. unter Einbeziehung von Bezugspersonen aus weiteren relevanten Lebenskontexten (Schule, „peers“, professionelle Helfer, Justizsystem), seltener auch als Einzel- oder Familiengruppentherapie.

Theoretische Grundlagen, Diagnostik (s. auch Cierpka 1996) und Interventionsmethoden der systemischen Therapie werden in Lehrbüchern dargestellt (Retzlaff

2002; Rotthaus 2002; v. Schlippe u. Schweitzer 1996; Sydow 2000, 2006; Wirsching u. Scheib 2002). *Systemische Therapien* („systems therapies“) stützen sich zentral auf die Systemtheorie und Kommunikationstheorie, auf ein breites Spektrum von Interventionsmethoden (strukturelle, strategische, lösungsorientierte, narrative), auf erkenntnistheoretische Ansätze (Konstruktivismus, sozialer Konstruktivismus) und bei der Behandlung von Krankheiten auf das biopsychosoziale Modell.

### Methode der Metainhaltsanalyse

Unser methodisches Vorgehen orientiert sich soweit wie möglich an den methodischen Anforderungen von Cochrane Collaboration (<http://www.cochrane.de>), „health technology assessment“ (HTA), den Leitlinien für evidenz-basierte Interventionen (z. B. Helou et al. 2000) und den Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirats (WB) Psychotherapie.

### Auffinden der Primärstudien

Die Studien wurden mithilfe von Datenbankrecherchen, Metaanalysen, Übersichtsartikeln sowie durch Querverweise in anderen Primärstudien identifiziert. Auch wurden zentrale Protagonisten der systemischen Psychotherapieforschung in den USA [Diamond, Henggeler, Liddle, Szapocznik, Wynne] und die Mitglieder der „American Family Therapy Academy“ (AFTA)] per E-Mail kontaktiert und um neue Publikationen gebeten, die evtl. noch nicht in Datenbanken zu finden sind.

### Datenbankrecherchen

Relevante Primärstudien wurden zunächst über Datenbankrecherchen (ISI Web of Science, PsycINFO, Psycindex, Medline, PsiTri bis einschließlich 12/2004) gesucht. Die Präzisierung eines Suchterms war problematisch, da relevante systemische Studien nicht alle unter einem einheitlichen Begriff zu finden sind. Recherchen nach globaleren Suchbegriffen („family therapy/intervention and trial“) identifizieren Tausende von Studien, die nicht mehr ausgewertet werden können. Bei einer Eingrenzung auf „systemic family therapy“ werden viele relevante Studien nicht identifiziert, auf die wir durch Querverweise ge-

stoßen sind. Deshalb wurden alle Querverweise auf relevante Primärstudien in den unten aufgeführten Metaanalysen und Übersichtsartikeln sowie die Ergebnisse zu gezielten Datenbankrecherchen zu allen berücksichtigten spezifischen systemischen Interventionen [z. B. „Multisystemic Therapy (MST)“, **■ Tabelle 1**] bzw. den Protagonisten der systemischen US-Forschung (Diamond, Liddle, Henggeler, Szapocznik) berücksichtigt.

### Metaanalysen und Cochrane Reviews

Metaanalysen und Cochrane-Reviews fassen den Forschungsstand zu einer bestimmten Fragestellung zusammen und berechnen dazu über alle relevanten Primärstudien hinweg die Effektstärke (*d*, „effect size“: ES). Positive ES lassen sich nach den Richtlinien von Cohen (1988, zit. nach Shadish u. Baldwin 2003) in „kleine“ (0,20), „mittlere“ (0,50) und große Effekte (0,80) einteilen. Die Ergebnisse der identifizierten Metaanalysen gehen mit in den Ergebnisteil ein (s. auch Sexton et al. 2003).

### Übersichtsartikel

Es wurden Übersichtsartikel berücksichtigt, die sich auf Wirksamkeitsstudien zu folgenden Themen beziehen. Wir referieren hier nur Publikationen ab 1999; weitere ebenfalls berücksichtigte ältere Arbeiten sind einer anderen Analyse zu entnehmen (Sydow et al. 2006):

- *Kinder- und Jugendlichen-therapie* allgemein (Döpfner 2003; Döpfner u. Lehmkuhl 2002; Weisz et al. 1998),
- *FTI-Interventionen* allgemein (Alexander et al. 2002; Asen 2002; Gurman u. Liddle 2002; Liddle et al. 2002; Scheib u. Balck 2002; Scheib u. Wirsching 2004), bei Problemen von Kindern und Jugendlichen (Carr 2000; Diamond u. Siqueland 2001);
- *systemische (Familien-)Therapie* allgemein (Schiepek 1999), bei Kindern und Jugendlichen (Cottrell u. Boston 2002; Malone 2001) und speziell MST (Borduin 1999; Henggeler 1999, 2004);
- Interventionen zur (familiärentherapeutischen) Behandlung *spezifischer Störungen in allen Altersgruppen* (verschiedene Störungen: Fonagy u. Roth 2004a, 2004b; Substanzstörun-

Psychotherapeut 2006 · 51:107–143  
DOI 10.1007/s00278-006-0480-3  
© Springer Medizin Verlag 2006

Kirsten von Sydow · Stefan Beher · Jochen Schweitzer-Rothers · Rüdiger Retzlaff

### Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters. Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien

#### Zusammenfassung

**Fragestellung.** Systemische Familientherapie (FT), ein in den USA und vielen europäischen Ländern wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren, ist bisher in Deutschland nicht anerkannt. Die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit systemischer FT soll systematisch analysiert werden.

**Methode.** Über Datenbankrecherchen und Querverweise in Metaanalysen und Reviews wurden alle bis Ende 2004 auf Englisch, Deutsch oder Spanisch publizierten kontrollierten, randomisierten (oder parallelisierten) Outcome-Studien zur systemischen FT bei klinischen Störungen des Kindes- und Jugendalters identifiziert und

diese systematisch inhaltsanalytisch ausgewertet (Metainhaltsanalyse).

**Ergebnisse.** Es wurden 47 RCTs („randomized controlled trials“; 90 Publikationen) zur systemischen FT bei klinischen Störungen kindlicher und jugendlicher Indexpatienten (IPs) identifiziert. Sehr gut belegt ist die Wirksamkeit von systemischer FT bei Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und jugendlicher Delinquenz, Substanzstörungen und psychischen Faktoren bei somatischen Krankheiten. Darüber hinaus liegen auch erfolgreiche systemische FT-Studien zu Depressionen, Suizidalität und schweren psychiatrischen Krisen, Hyperaktivitätsstörungen sowie Misshandlung/

Vernachlässigung von Kindern durch ihre Eltern vor. Die Ergebnisse sind meist auch zeitlich stabil über Katamnesezeiträume von bis zu 5 Jahren.

**Schlussfolgerungen.** Orientiert an den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats (WB) Psychotherapie scheint die Wirksamkeit systemischer Therapie derzeit für mindestens 3 Teilbereiche der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nachweisbar zu sein.

#### Schlüsselwörter

Systemische Therapie · Familientherapie · Randomized controlled trial/RCT

### Systemic family therapy with children and adolescents as index patients. A meta-content analysis of 47 randomized controlled outcome studies

#### Abstract

**Objective.** Systemic Family Therapy (FT) is recognized as a scientifically validated treatment in the US and many European countries, but not so in Germany.

**Method.** All randomized (or parallelized) controlled trials (RCT) evaluating Systemic FT with children and adolescent as index patients published in English, German or Spanish up to the end of 2004 were identified through data base searches and cross-references in other meta-analyses and reviews. A systematic meta-content analysis was performed.

**Results.** 47 RCT (90 publications) evaluating Systemic FT with child/adolescent index patients suffering from clinical disorders (ICD 10) were identified. Systemic FT is efficacious with regard to eating disorders, conduct disorders and juvenile delinquency, substance disorders and mental factors with regard to somatic disorders. There also exist reports about successful treatments of depression, suicidality/severe mental crisis, ADHD and child abuse/neglect. The results are stable across follow-up periods of up to 5 years.

**Conclusion.** According to the criteria of the German Scientific Advisory Board on Psychotherapy (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie) there seems to be good evidence for the efficacy of Systemic FT in at least three diagnostic groups relevant to psychotherapy with children and adolescents.

#### Keywords

Systemic therapy · Family therapy · Randomized controlled trial/RCT

gen: Rowe u. Liddle 2003) und bei Kindern und Jugendlichen (Depressionen: Cottrell 2003; dissoziale Störungen: Nock 2003; Drogenkonsumstörungen: Deas u. Thomas 2001; Ozechowski u. Liddle 2000);

Jeder Übersichtsartikel referiert immer nur einen Teil der bis dato vorliegenden systemischen Therapiestudien, ist also weniger vollständig als die hier vorgelegte Studie.

## Selektion der Primärstudien

### Forschungsmethodische Selektionskriterien

Es wurden alle bis Ende 2004 auf Deutsch, Englisch oder Spanisch publizierten RCT- (oder parallelisierten) Gruppenstudien berücksichtigt<sup>1</sup>, in denen der IP unter psychischen Störungen [z. B. nach „International Classification of Diseases- (ICD-)10“] oder unter klinisch bedeutsamen Problemen leidet. Studien über allgemeine Erziehungsprobleme wurden nicht berücksichtigt. Erforderlich waren auch minimale Angaben über Design (Zufallszuteilung?), Stichprobe (Alter, Geschlecht, Art der Störung) und die eingesetzten Interventionen (Vorgehen/Ansatz, Anzahl der Therapiesitzungen, Gesamtdauer der Intervention).

### Interventionsbezogene Selektionskriterien

Orientiert an den in anderen Metaanalysen und Übersichtsartikeln verwandten Kriterien (Asen 2002; Cottrell u. Boston 2002; Grawe et al. 1994; Kazdin u. Weisz 1998; Shadish et al. 1993) operationalisieren wir „systemische Psychotherapie“ als familien- oder einzeltherapeutische<sup>2</sup> Interventionen, die Bezug auf mindestens einen der aufgeführten systemischen Autoren nehmen [(Tom) Anderson, Boszormeny-Nagy, de Shazer, Haley, Minuchin, Satir, Selvini-Palazzoli, Stierlin, Watzlawick, (Michael) White, Zuk] und/oder ihre Intervention durch mindestens einen der folgenden Begriffe spezifizieren: *systemisch*,

*strukturell, strategisch, triadisch, funktional, lösungsorientiert („solution focused“), narrativ, ressourcenorientiert, Mailänder, McMaster-Modell.*

Neben den „rein“ systemischen Ansätzen wurden auch systemisch integrative Ansätze berücksichtigt, sofern systemische Interventionen mindestens die Hälfte des entsprechenden Ansatzes auszumachen schienen (■ **Tabelle 1**). Nicht berücksichtigt wurden „rein“ und überwiegend (kognitiv-)behaviorale, psychoedukative oder psychodynamische Einzeltherapie (ET), Paartherapie (PT) und FT.<sup>3</sup> Familientherapiestudien ohne weitere Spezifikation der Intervention wurden mitaufgenommen und in ■ **Tabelle 2** mit „FT (?)“ gekennzeichnet.

### Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Bewertung der Primärstudien

Der WB Psychotherapie definierte 8 Anwendungsbereiche von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (WB 2000; ■ **Tabelle 2**). Die Wirksamkeit wird für jeden Anwendungsbereich getrennt überprüft und gilt pro Bereich als gegeben, wenn „in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit für Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist“ (mit mindestens einer erfolgreichen 6-Monats-Katamnese pro Bereich; WB 2004). Der WB erkennt Verfahren als wissenschaftlich an, die dieses Kriterium für mindestens 4 der 8 Anwendungsbereiche erfüllen. Unsere methodischen Kriterien (s. Abschn. „Forschungsmethodische Selektionskriterien“) orientieren sich bei allen Studien an den strengeren Kriterien, die der WB nur von neueren Studien verlangt (publiziert ab 1990; WB 2004).

## Ergebnisse

### Wirksamkeitsnachweise bezüglich kindlichen und jugendlichen Indexpatienten

Es werden zunächst die Ergebnisse globaler Metaanalysen zusammengefasst und

dann die Resultate zu einzelnen Diagnosegruppen dargestellt. Die Gliederung orientiert sich an ICD-10-Diagnosegruppen und den vom WB definierten 8 Anwendungsbereichen (WB 2000). Die Übersicht gibt einen Überblick über die Methodik und die Ergebnisse aller berücksichtigten Primärstudien, geordnet nach Störungsgruppen und Publikationszeitpunkten.

## Übersicht

Die vorliegenden 5 Metaanalysen zur globalen Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen erlauben keine Rückschlüsse auf die Wirksamkeit systemischer FT, weil FT ein Ausschlusskriterium war (Casey u. Berman 1985), aus ungenannten Gründen nicht berücksichtigt wurde (Weisz et al. 1987; Weisz et al. 1995) oder keine Angaben gemacht wurden, ob systemische FT-Studien enthalten sind, und keine entsprechenden Analysen durchgeführt wurden (Beelman u. Schneider 2003; Kazdin et al. 1990).

Grawe et al. (1994) berücksichtigten auch publizierte kontrollierte systemische FT-Studien (größtenteils zur KJPT), obwohl Kinder- und Jugendlichentherapie explizit ausgeschlossen worden war. Für ihre Metaanalyse schlossen sie alle bis 1991 publizierten Therapiestudien mit Wirkungsvergleichen ein: Vier Primärstudien zum Vergleich von systemischer Therapie mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) belegen eine etwa gleich starke Wirksamkeit beider Ansätze (Binomialtest  $z=1,14$ , Unterschied nicht signifikant). Nur eine Studie verglich systemische FT mit psychodynamischer (Spiel-)ET: Systemische FT war hier überlegen (Szapocznik et al. 1989, s. Abschn. „Störungen des Sozialverhaltens (F 91-92) und jugendliche Delinquenz“ und Übersicht).

Von den Metaanalysen zur globalen Wirksamkeit von FT verlangten 2 keine Randomisierung der Primärstudien (Hazellrigg et al. 1987:  $n=20$  Studien; Markus et al. 1990:  $n=19$  Studien). Deshalb gehen wir nur auf die neueste, umfassendste und methodisch stringenteste näher ein (Shadish et al. 1993, 1995/1997:  $n=163$  RCTs,  $n=101$  zu FT): Die Effektstärke von FT/PT insgesamt lag bei  $d=0,51$  (FT:  $d=0,47$ ). Das heißt, die Wahrschein-

<sup>1</sup> Da nur zwei von 49 Primärstudien parallelisiert statt randomisiert sind (Tabelle 2), sprechen wir im Titel und im Text von „randomisierten“ Studien.

<sup>2</sup> Dazu liegen nur 2 RCTs (Szapocznik et al. 1983, 1986) vor.

<sup>3</sup> Eine Liste der ausgeschlossenen Studien mit der Begründung für den Ausschluss ist bei der Erstautorin erhältlich.

Tabelle 1

## Berücksichtigte spezifische Systemisch(–integrativ)e Interventionen

Name der Intervention und Autoren	Fokus	Publizierte Manuale	Theoretische Grundlagen		Praxis
			Systemische	Sonstige	
<b>ABFT Attachment-Based Family Therapy</b> • Diamond, Siqueland & Diamond, 2003 • Diamond, Reis et al., 2002 • Diamond & Stern, 2003	Depressionen		Contextual FT Strukturelle FT MDFT	Bindungstheorie Emotionally Focused Therapy (EFT)	Setting: FT
<b>BFST Behavioral Family Systems Therapy</b> • Robin & Foster, 1989 • Robin et al., 1994, 1999	Anorexie		Strukturelle FT Strategische FT FFT	Lerntheorien & KVT	Setting: FT
<b>BSFT Brief Strategic Family Therapy</b> • (früher: Strategic Structural Systems Approach: • Szapocznik, Perez-Vidal et al., 1988 • Szapocznik & Williams, 2000	Störungen des Sozialverhaltens Substanzstörungen	Szapocznik & Kurtines, 1989 Szapocznik, Hervis & Schwarz, 2003 (frei im Internet erhältlich)	Strukturelle FT Strategische FT		Setting: FT
<b>FFT Functional Family Therapy</b> • Alexander & Barton, 1983 • Alexander, Sexton & Robbins, 2002	Störungen des Sozialverhaltens Substanzstörungen	Alexander & Parsons, 1982 Alexander et al., 2000 Sexton & Alexander, 2003	Strukturelle FT Systemtheorie	Lerntheorien & KVT	Setting: FT Sitzungszahl: 10–30 Dauer: 3–6 Monate
<b>Maudsley Approach FT</b>	Anorexie	Lock, le Grange et al., 2001	Strukturelle FT Strategische FT Mailänder Ansatz		Setting: FT, IP–ET + Eltern-PT/ET
<b>MDFT Multidimensional Family Therapy</b> • Liddle, 1999 • Liddle, Rowe et al., 2000	Substanzstörungen	Liddle, 2002b (frei im Internet erhältlich)	Strukturelle FT Strategische FT	Lerntheorien & KVT Bindungstheorie Entwicklungspsychol. Sozial-ökol. Theorien	Setting: FT, auch mit Peers, Lehrern
<b>MST Multisystemic Therapy</b> • Borduin, 1999; Henggeler, 1994, 1999 • Henggeler & Borduin, 1990 • Henggeler et al., 1998 • Sheidow, Henggeler & Schoenwald, 2003	Störungen des Sozialverhaltens Substanzstörungen Schwere emotionale Krisen	Henggeler, Schoenwald et al., 1998 Henggeler, Schoenwald et al., 2002	Systemtheorie Strukturelle FT	Soziale Lerntheorien Sozial-ökolog. Theorie	Setting: FT, seltener auch ET, PT; auch mit Peers, Lehrern Ressourcenorient.
<b>SBFT Systemic Behavioural Family Therapy</b> • Brent, Holder, Kolko et al., 1997	Depressionen		Strukturelle FT Strategische FT Systemtheorie FFT BFST	Lerntheorien & KVT	Setting: FT

## Anmerkungen:

Alle gelisteten Interventionen beziehen sich auf Störungen des Jugendalters (und des späten Kindesalters ab 11 Jahre).

KVT: Kognitive Verhaltenstherapie;

Literaturquellen: Bindungstheorie (Bowlby, 1969; Johnso & Whiffen, 2003); Sozial-ökologische Theorie (Bronfenbrenner, 1979); Systemtheorie (von Bertalanffy, 1968); Emotionally Focused Therapy (EFT) (Greenberg & Johnson, 1988);

Kontextuelle FT (Boszormenyi–Nagy & Sparks, 1984);

Strategische FT (Haley, 1976); Strukturelle FT (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981).

**Übersicht: Primärstudien (RCT) zur Wirksamkeit Systemischer (Familien-)Therapie bei kindlichen und jugendlichen Inexpatienten (IP) (47 RCT, 87 Publikationen)**

Autoren & Jahr	Land	Z	Stichprobe			Alter IP	Ge IP	Eth IP	Interventionen	
			N-IP		pt				Sitzungen	Dauer
			int.	beh.						
<b>1. Affektive Störungen (F30–39) &amp; Suizidalität (4 RCT, 20 Publ.)</b>										
Depresssionen (2 RCT, 12 Publ.)										
Brent, Holder et al., 1997	USA, Philadelphia	x	37		13–18	76%	83%	12,1	12–16 Wo	
Brent, Kolko et al., 1998										
Brent, Holder et al., 1999										
Brent, Kolko et al., 1999			35							
Birmaher et al., 2000										
Kolko, Brent et al., 2000										
Brent et al., 2001										
Stein, Brent et al., 2001			35							
Gaynor et al., 2003			(122)	(107)						(78)
Barbe et al., 2004			(12–16)							(12–16 Wo)
Diamond, Reis, Diamond, Siqueland & Isaacs, 2002	USA	x	16	16	14,9 (13–17)	78%	31%	8(3–12)	12 Wo	
Diamond, Siqueland & Diamond, 2003			16	16						–
Suizidalität (2 RCT, 8 Publ.)										
Harrington et al., 1998	UK	x	85		14,5 (10–16)	90%	k.A.	3,2+4	2 Mo?	
Harrington et al., 2000										
Byford, Harrington et al., 1999			77							
			(435)	(162)	(149)					
Henggeler, R. et al., 1999	USA	x	160	79 (57)	12,9(10–17)	35%	33%	92 h	4 Mo	
Schoenwald, Ward,				(56)						
Henggeler et al., 2000				(N=156)						
Henggeler, R. et al., 2003				z.T.: (156)						
Huey, Henggeler et al., 2004				N=116/115						
Sheidow, B. et al., 2004	=Medicaid Subsample									

Behandlungs- Bedingungen und Störungs- Diagnosen	Studien-Design				Ergebnisse bei Interventionsende	Follow-Up Ergebnisse	Bewertung
	Intent- to- treat Analyse	Manual	PT- Training	PT- Inte- grität			
<p>1. Cognitive-behavioral therapy (CBT ET: Beck)</p> <p>2. Systemic-behavioral FT (SBFT) = FFT + BFST</p> <p>3. Nondirective supportive therapy (NST ET)</p> <p>DSM-III-R: Major Depression; outpatients</p> <p>+ in allen 3 Gruppen</p> <p>initiale Family Psychoeducation</p>	x	x	MA	x	<p>Dropout: 1 = 2 = 3</p> <p>Functional impairment</p> <p>1 = 2 = 3 alle verbessert</p> <p>MDD vorhanden: 1 = 2 = 3;</p> <p>Remission: 1 &gt; 2, 3</p> <p>Symptomreduktion:</p> <p>1 = 2, aber 1 schneller</p> <p>Suizidalitäts-Reduktion:</p> <p>1 = 2 = 3</p> <p>Dropout akut Suizidaler:</p> <p>1 (8%) = 2 (6%) = 3 (9%)</p> <p>Mütterliche Depression moderiert Behandlungserfolg:</p> <p>- Mutter nicht depr.: 1 &gt; 2, 3</p> <p>- Mutter depr. (BDI): 2 &gt; 3 &gt; 1</p>	<p>2-Jahre:</p> <p>Depressionen:</p> <p>80% gebessert 1 = 2 = 3</p> <p>Familiy functioning:</p> <p>2 &gt; 1; Angstsymp.:</p> <p>1, 3 &lt; 2</p> <p>53% erhielten</p> <p>zusätzliche PT: 1 = 2 = 3</p> <p>-Akute Phase: 1 (11%) = 2 (11%) = 3 (14%)</p> <p>-Follow-Up Phase:</p> <p>1 (49%) = 2 (37%) = 3 (40%)</p> <p>Recurrence predicted by depressive symptom severity &amp; family difficulties at end of treatment</p>	+?
<p>1. Attachment-Based FT (ABFT) + 1 x Tel./Woche</p> <p>2. KG (Warteliste): 1 x Tel./Woche</p> <p>MDD (K-SADS) &amp; Delinquenz (47%)</p> <p>Eltern-BSI: Depression: 42%, Angst: 47%, Feindseligkeit: 37%</p>	-	x	MA, PhD	x	<p>MDD nicht mehr: 1 (81%) &gt; 2 (56%)</p> <p>Depressive Symptome: 1 &lt; 2</p> <p>Trait Angst: 1 &lt; 2</p> <p>Familien-Konflikt: 1 &lt; 2,</p> <p>Bindung IP-M: 1 &gt; 2</p> <p>Suizidalität IP: 1 &lt; 2</p>	<p>6-Monate: 1 &amp; inzwischen behandelte KG:</p> <p>87% nicht mehr MDD</p>	+
<p>1. Routine care &amp; FT (theoret. Orient.?)</p> <p>2. Routinebehandlung Nach Suizidversuch</p>	-	x	MA SW, PI, N PI, N	-	<p>Posttest, 2-, 6-Monats-Follow-UP:</p> <p>-Suizidgedanken, Hoffnungslosigkeit: 1 = 2</p> <p>-Compliance: 1 &gt; 2</p> <p>-Elternzufriedenheit: 1 &gt; 2</p>	<p>6-months: outcome 1 = 2</p> <p>cost effectiveness: 1 = 2</p> <p>suicidal ideation in subgroup without MDD: 1 &lt; 2</p>	+/-
<p>1. Multisystemic Therapy (MST) + Medikation (63-75%)</p> <p>2. Inpatient hospitalisation (VT Milieu Program) + Medikation (63-75%)</p> <p>Kandidaten für psychiatr. Notaufnahme KA &amp; JA (Suizidalität, Selbst-, Fremdgefährdung, Psychose)</p> <p>96% 1+ DSM-III-R Diagnosen</p>	-	x	MA	x	<p>Reduktion externalisier. Symptome: 1 &gt; 2</p> <p>Family functioning (Strukturiertheit):</p> <p>1 &gt; 2; School attendance: 1 &gt; 2</p> <p>Improving IPs self esteem: 1 &lt; 2</p> <p>Consumer satisfaction: 1 &gt; 2</p> <p>Hospitalisierte Tage 1 (44%, mean length 3.8 days) &lt; 2</p> <p>PT-Kosten: 1 (5.954 \$) = 2 (6.174 \$)</p> <p>PT- &amp; Out-of-home-placement-Kosten: 1 (8.017 \$) = 2 (7.878 \$)</p>	<p>4-Monate: Kosten-Effektivität:</p> <p>1 (MST: 1.617 US \$) günstiger als 2</p> <p>12-Monate: Kosten-Effektivität: 1 = 2</p> <p>Suizidversuche: 1 &lt; 2</p> <p>Generell deutliche Verbesserungen in 1 + 2</p> <p>1 wirkte schneller als 2</p> <p>- doch 1 Jahr später ist die Wirkung von 1 = 2 (in etwa)</p>	+

(Fortsetzung)

**Übersicht: Primärstudien (RCT) zur Wirksamkeit Systemischer (Familien-)Therapie bei kindlichen und jugendlichen Inexpatienten (IP) (47 RCT, 87 Publikationen)**

Autoren & Jahr	Land	Z	Stichprobe			Alter IP	Ge IP	Eth IP	Interventionen	
			N-IP		pt				Sitzungen	Dauer
			int.	beh.						
<b>2. Angststörungen (F40–42) (2 RCT, 2 Publ.)</b>										
Angststörungen										
Siqueland, Rynn et al., 2005	USA	x	6	5	(11)	14,9 (12–17)	27%	91%	14,(–16)	15(13–16)
<b>3. Essstörungen (F50) (6 RCT, 10 Publ.)</b>										
Essstörungen (6 RCT, 10 Publ.)										
Hall & Crisp, 1987	UK	x	k.A.	15	15	19,6 (13–27)	100%	k.A.	12	3–6 Mo
				15	15				12	3–6 Mo
				(30)	(30)					
Russell et al., 1987 Eisler, Dare et al., 1997 Dare, Eisler et al., 1990	UK	x	41	39		21,8(14–55)	7 M	k.A.	10,5	12 Mo
									15,9	12 Mo
Le Grange, Eisler et al., 1992	UK	x	18			15,3 (12–17)	89%	?!	8,6	6 Mo
									9,3	6 Mo
Robin, Siegel et al., 1994 Robin, Siegel & Moye, 1995 Robin, Siegel et al., 1999	USA	x	56	19	11	14(11–20)	100%	95%	k.A.	15,9 Mo (12–18)
				18	11				k.A.	4
				(37)	(22)					
				Unklar: N=37 oder N=22???						



Behandlungs- Bedingungen und Störungs- Diagnosen	Studien-Design				Ergebnisse bei Interventionsende	Follow-Up Ergebnisse	Bewertung
	Intent- to- treat Analyse	Manual	PT- Training	PT- Inte- grität			
1. CBT 2. CBT + Attachment-Ba- sed FT (CBT-ABFT) DSM-IV generalized AD, seperation AD, seperation AD	-	x x	PhD, MA PhD, MA	(x) (x)	Anxiety disorder nicht mehr: 1 (67%) > 2 (40%)	6-Monate: Angst-Störung nicht mehr: 1 (100%) > 2 (80%)	-
1. Combined psychody- namic ET & FT (Palazzoli, Minuchin?) 2. Dietary advice (+ z.T. FB) Anorexia Nervosa	entfällt	-	PO  dietitians	- -	-	1 Jahr: Beide Gruppen verbessert Gewicht: 1 = 2, sex. & soz. Anpassung: 1 > 2 Geheilt: 1 (4 Frauen) > 2 (0 Frauen) – alle anderen benötigten weitere Therapie!	+
1. Maudsley Approach FT 2. Supportive ET Anorexia Nervosa (n=57) & Bulimie (n=23) (DSM-III-R) Ambulante Behandlung nach stationärer Therapie	-	(x) -	SW, PO SW, PO	- -	Gewicht: 1 > 2 (nur bei Anore- xie) 1 wirksamer 2 bei < 19 Jahre & nicht chron. ansonsten 2 wirksamer als 1 Nur 28% der Anorektikerinnen recovered	5-Jahre: Outcome: 1 > 2 bei jg., nicht chron. Pat. Alle Anorexie Pat. verbessert Weniger positiv bei Bulimie	+? nur jg. IP nur AN
1. Conjoint FT (Minuchin, Dare) 2. Separated FT: IP & Elternpaar getrennt beh. DSM-III-R Anorexia Nervosa	-	(x) (x)	PO, PI, SW PO, PI, SW	(x) (x)	Gewicht: beide verbessert 1 = 2 IP psychol. Symptome: beide verb. 1 = 2 Fam.interaktion: meist 1 = 2, jedoch elterl. Criticism: 1 > 2 (!)		(+)
1. Behavioral F Systems T (BFST) 2. Ego Oriented ET (EOIT) & Elterngespräche DSM-III-R Anorexia Nervosa Bei einem Drittel zusätz- lich auch stationäres Auffüttern.	-	x x	PhD, MA PhD, MA	x x	Posttreatment: 1 > 2 (Gewicht: BMI, Menstruation) 1 = 2 (Einstellungen, Depressionen, Ego-Funktion, Familienbeziehungen)	12-Monate: BMI: 1 > 2 (beide verbessert) Klinisch gebessert (Menstruation & Zielgewicht erreicht): 1 (82%) = 2 (50%)	+

(Fortsetzung)

**Übersicht: Primärstudien (RCT) zur Wirksamkeit Systemischer (Familien-)Therapie bei kindlichen und jugendlichen Indexpatienten (IP) (47 RCT, 87 Publikationen)**

Autoren & Jahr	Land	Z	Stichprobe			Alter IP	Ge IP	Eth IP	Interventionen	
			N-IP		pt				Sitzungen	Dauer
			int.	beh.						
Eisler, Dare et al., 2000	UK	x	43	40	36	15,5(11–17)	98%	k.A.	16,4	12 Mo.
									15,5	12 Mo.
Geist, Heinemaa et al., 2000	CAN	x				14,3(12–17)	100%		8	4 Mo
			(61)	(25)	(25)	14,9(12–17)			8	4 Mo
<b>4. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54) (6 RCT, 6 Publ.)</b>										
<b>Asthma</b>										
Lask & Matthew, 1979	UK	x	21		18	4–14	k.A.	k.A.	6	4 Mo.
				16	11				5	4 Mo.
Gustaffson et al., 1986	Schweden	x	9			9(6–15)	?!	?!	8,8(2–21)	6(–8) Mo.
			,(20)	8					?	6 Mo.
Onnis, Gennaro et al., 2001	Italien	p	10		10	9(2–15)	50%	k.A.	10–15	5–7 Mo
				10	10					
			(20)		(20)					
<b>Insulinabhängiger Diabetes Mellitus</b>										
Ryden et al., 1994	Schweden	x	9			12,8	67%	?!	6–11	5–11
				6		14,0	67%			
				10		12,6	70%			

Behandlungs- Bedingungen und Störungs- Diagnosen	Studien-Design				Ergebnisse bei Interventionsende	Follow-Up Ergebnisse	Bewertung
	Intent- to- treat Analyse	Manual	PT- Training	PT- Inte- grität			
1. Maudsley Approach FT: Conjoint 2. Separated FT: IP & El- tern getrennt beh. DSM-IV oder ICD-10 Anorexia Nervosa Ambulante PT nach 10 Wochen Klinikaufenthalt	-	-	-	-	Beide verbessert: 1 = 2 2 > 1 bei hohem Grad von mütterl. Kritik zu IP Symptomreduktion: 2 > 1 Stimmung, psychosex. Anpassung: 1 > 2	-	(+)
1. FT (?! Orientierung unklar) 2. Family group psy- choeducation Restrictive Essstörungen (DSM-IV) requiring hos- pitalisation treated first as in-, then as outpatients	-	-	-	-	Beides erfolgreich: Gewicht 1 = 2; keine psychol. Veränderun- gen bzgl. Ess-Pathologie in bei- den Gruppen Family psychopath./conflict in- creased posttreatment in both groups! Mehr als die Hälfte der Pat. wurde während/nach Therapie erneut stat. aufgenommen!		+
1. FT (focus: family sys- tem) 2. Standard medical treat- ment (control group) Asthma (grade C or D: McNicol & Williams, 1973; die 21 Kinder der Interv.gr. kamen aus 16 Familien)	-	(x)	-	-	-	1-Jahr: Respiratorische Funktion: 1 > 2 (z.T.) Keine Angaben zu psychol. & familiären Daten	+
1. FT (Minuchin) & med. Standardbehandlung 2. Med. Standardbehand- lung Asthma; nach 24 Mo. overcross-design	-	-	therapists, P	-	General paediatric assessment: 1 > 2 Daily functioning: 1 > 2	1-Jahr: Erfolg in Gruppe 1 beibehalten Dann Overcross-Design	+
1. Syst. Strukt. FT & med. Standardbehandl. 2. Medikamentöse Stan- dardbehandlung Schweres, chron. Asth- ma (mind. 5 stationäre Aufnahmen/Jahr!)	entfällt	-	FT	(x)	Anzahl Asthmaanfälle: 1 < 2 Medikation: 1 < 2 Fam. Beziehungsprobleme: 1 < 2	Erfolge in Interventions- gruppe bleiben über 2 Jahre stabil (kein stat. Test).	+
1. Struktural/strategic FT (Minuchin) & conv. Treat. (2. Pädiatr. Unterstüt- zung: Aufkl.) 3. Kontrollgruppe: med. Routinebehandl. Diabetes mellitus	-	-	PI	(x)	Diabetische Kontrolle: 1 > 2 Verhaltenssymptome: 1 < 2 Drop-out-Rate: 1 < 2	-	+

(Fortsetzung)

**Übersicht: Primärstudien (RCT) zur Wirksamkeit Systemischer (Familien-)Therapie bei kindlichen und jugendlichen Inexpatienten (IP) (47 RCT, 87 Publikationen)**

Autoren & Jahr	Land	Z	Stichprobe			Alter IP	Ge IP	Eth IP	Interventionen	
			N-IP		pt				Sitzungen	Dauer
			int.	beh.						
Wysocki et al., 2000	USA, Florida & Missouri	x	38	35	14,5(12–17)	61%	79%	10		
			40	39	14,1	62%	80%	10		
			41 (352)	41 (119)	14,3 (115)	51%	78%			
<b>Adipositas (Obesity)</b>										
Flodmark, Ohlsson et al. 1993	Sweden Malmö	x	25 ((50))	23	10–11	52%	k.A.	6+5,5 5,5	14–18 Mo.	
			(m) (49)	19 (44)	19 ((48)) (42)			k.A.		
<b>5. Hyperkinetische Störungen (F90): Aufmerksamkeitsdefizit- &amp; Hyperaktivitätsstörung (ADHD) (2 RCT, 3 Publ.)</b>										
Barkley et al., 1992	USA	x	22	20	12–17	8%	100%	8–10	8–10 Wo	
			(k.A.)	21	21			8–10	8–10 Wo	
			21 (64)	20 (61)			8–10	8–10 Wo		
Saile & Trosbach, 2001 Saile & Forse, 2002	BRD	p	k.A.	12	10,8(8–14)	0%	k.A.	18		
			k.A. (k.A.) (26)	12 (24)				18		

Behandlungs- Bedingungen und Störungs- Diagnosen	Studien-Design				Ergebnisse bei Interventionsende	Follow-Up Ergebnisse	Bewertung
	Intent- to- treat Analyse	Manual	PT- Training	PT- Inte- grität			
1. Behavioral family systems therapy (BFST) + Medical treatment 2. Educational support + Medical treatment 3. KG (Medical standard treatment) Insulin-dependent Diabetes mellitus	-	x	PO	(x)	Baseline: Grosse Gruppenunterschiede! (100 US\$ pro Fam. Für Completion of evaluat.) (1 + 2: zus. 100 \$ für Teiln. An 10 Sitzungen) Posttherapy: Fam.bez.: 1 besser 2, 3 Diabetische Kontrolle: 1 besser 2, 3 – nur bei Jungen & jungen Mädchen – Verschlechterung unter Bed. 1 bei älteren Mädchen	-	+/-
1. Structural-strategic FT + conv. treatm. (2.) 2. Conventional treatment (dietary counseling + medical checkups) 3. Untreated obese control group (matched) BMI = 25.1 +/- 2.0 SD	X	-	PO, P, D	(x)	BMI-Zunahme: 1 (0.66%) < 2 (2.31%) Subscapular skinfold thickness: 1 (-16,8%) > 2 (+6.8%)	1 year after the end of treatment: Mean BMI: 1 (25,8) < 2 (27.1) BMI-increase: 1 (+5.1%) < 3 (+12.0%) – other differences not significant Severe obesity (BMI > 30): 1 < 3	+ -
1. Behavior Management Training (BMT): nur Eltern 2. Problemlöse- & Kommunikations-Training: FT 3. Strukturelle FT (Minuchin) IP meist komorbid oppositional defiant disorder Ambulant	-	x x (x)	PhD-PO PhD-PO PhD-PO	x x x	Alle verbessert: Familie, Schul-Anpassung, Symptome Klinisch bedeutsame Verbesserungen nur bei 1/3. 1 = 2 = 3 Unklar ob Gruppen sich bzgl. Medikation unterschieden! Kooperation der Klienten: 2, 3 > 1; Väter dabei: 3 > 1, 2	3-Monate: Symptomatik gebessert, aber meist nicht geheilt: 1 = 2 = 3	+ -
1. Systemische FT, Eltern-PT 2. Behaviorale FT, Eltern-PT DSM-IV Aufmerksamkeitsdefizit- & Hyperaktivitätsstörung	-	x x	PO-PT PO-PT	x x	ADHD-Symptomatik: 1 = 2, beides verbessert Individuelle Autonomie: Mü: 1 = 2 beides verbessert, Väter: 1 (verbessert) > 2 (konstant) emot. Verbundenheit: Mütter: 1 = 2 verb., Väter: 1 > 2 Belohnendes Erz.verh.: Mütter 2 > 1, Väter: 2 = 1	-	+ -

(Fortsetzung)

**Übersicht: Primärstudien (RCT) zur Wirksamkeit Systemischer (Familien-)Therapie bei kindlichen und jugendlichen Inexpatienten (IP) (47 RCT, 87 Publikationen)**

Autoren & Jahr	Land	Z	Stichprobe			Alter IP	Ge IP	Eth IP	Interventionen	
			N-IP		pt				Sitzungen	Dauer
			int.	beh.						
<b>6. Störungen des Sozialverhaltens (F91–92) (15 RCT, 28 Publ.)</b>										
<b>Dissoziale Störungen &amp; jugendliche Delinquenz (17 RCT, 29 Publ.)</b>										
Alexander & Parsons, 1973	USA	x?	(99)		46	13–16	56%	k.A.	12–15	5–6 Wo
Parsons & Alexander, 1973										
Klein, Alexander et al., 1977	Utah				19					
					10					
					11					
					(86)					
Szykula et al., 1987	USA	x	39 37	27 29	27 22	9	63%	k.A.	6,5 9	
Wells & Egan, 1988	USA	x	k.A.		9	3–8	k.A.	k.A.	8–12	k.A.
			k.A.		10				8–12	k.A.
			(k.A.)	(24)	(19)					
Szapocznik, Rio et al., 1989	USA	x	31 27	26 26	26 26	9.2(6–11)	0%	0%	15(12–24) 21	
			30 (93)	17 (88)	17 (69)				14	
Borduin, H. et al., 1990	USA	x	8 8	8 8	8 8	14	0%	63%	37(21–49) 45	1–7 Mo k.A.
			(k.A.)	(16)	(16)					
Mann, Borduin et al., 1990 (Subsample von Borduin, Böaske et al., 1989???) N=156)	USA	x	30 29 (k.A.)	27 18 (16) (59+16)	27 18 (16), (45+16)	14,9(13–17)	17%	61%	21(5–34) 29(17–59) 0	k.A. k.A. –

Behandlungs- Bedingungen und Störungs- Diagnosen	Studien-Design				Ergebnisse bei Interventionsende	Follow-Up Ergebnisse	Bewertung
	Intent- to- treat Analyse	Manual	PT- Training	PT- Inte- grität			
1. Behavioral Family Systems T (BFST) 2. Client-centered Family Groups 3. KG ohne Intervention 4. Church-sponsored eclectic-dynamic Family Counseling Delinquente Jugendliche	-	(x)	PhD students PhD, student MA	- - -	Fam.interaktion: 1 besser 2, 3	6-18 Monate: Delinquenz IP: 1 (26%) < 2 (47%), 3 (50%) < 4 (73%) 2,5-3,5 Jahre: Delinquenz Geschwister: 1 (20%) < 3 (40%) < 2 (59%), 4 (63%)	+
1. VT-FT 2. Strategic FT DSM-II Oppositional, conduct, ADHD, Angst u.a.	-	-	PO PO	x x	Postest: Beide Bedingungen wirksam. 1 = 2 bzgl. client satisfaction, perception of therapist, target complaint improvement, positive & negative side effects; bei Berücksichtigung des Schweregrads: wenn hoch: client satisfaction: 1 > 2 - alles andere gleich!	-	+
1. Elterntraining (soz. Lerntheorie) 2. Systems FT (Minuchin, Haley) DSM-III Childhood oppositional disorder	-	x	PhD-S PhD-S	- -	Verhalten Kind (compliance): 1 besser 2 (!)	-	-
1. Brief Strategic FT (BSFT) 2. Individual psychodynamic child therapy 3. Kontrollgruppe (Freizeitaktivitäten) DSM-III Dissoziale, Angst-, Anpassungsstörungen	-	(x) (x)	PO, SW PO, SW SW	x x -	Emot. & Verh.-Probleme verbessert: 1 = 2 > 3 Psychodynamik IP verbessert: 1 = 2 > 3 Dropout: 1 (16%) = 2 (4%) < 3 (43%) Familienbez.-FB: 1 = 2 = 3	1-Jahr: Emot. & Verh.-Probleme verbessert: 1 = 2 > 3 Psychodynamik IP verbessert: 1 = 2 > 3 Familienbez.-FB: 1 > 3 > 2 (= Verschlechterung!)	+
1. Multisystemic Therapy (MST) 2. ET: blend of PD, humanistic T & BT Jugendliche Sexualstraftäter	X	(x)	PhD-S MA	(x) -	-	3-Jahre (21-49 Monate): Rearrested for sex. Crimes: 1 (12,5%) < 2 (75%) Rearrested for nonsex. Crimes: 1 (25%) = 2 (50%)	+
1. Multisystemic Therapy (MST) 2. ET (k.A. zur Orientierung) (3. Keine Intervention: gesunde Jugendliche) Delinquente Jugendliche mit mind. 2 Verhaftungen; MST-Setting: IP, Vater & Mutter	-	(x)	PhD-S MA	(x) -	CSR behavior problems: 1 < 2 Familieninteraktion: 1 besser als 2	-	+

## Originalien

(Fortsetzung)

### Übersicht: Primärstudien (RCT) zur Wirksamkeit Systemischer (Familien-)Therapie bei kindlichen und jugendlichen Inexpatienten (IP) (47 RCT, 87 Publikationen)

Autoren & Jahr	Land	Z	Stichprobe			Alter IP	Ge IP	Eth IP	Interventionen	
			N-IP		Dauer				Sitzungen	
			int.	beh.						pt
Simpson, 1990	UK	x	45 42 (118)	42 (87)	(85)	9,2(3–16)	41%	k.A.	3(1–6+) 5(1–6+)	1–6+ Mo 1–6+ Mo?
Henggeler, Borduin et al., 1991: Studie 1 (Missouri) Borduin, Mann et al., 1995 (10-year-follow-up in preparation!)	USA Missouri	x	100 100 (200)	92 84 (176)	77 63 (140)	14,4	33%	70%	23,9 h (5–49) 28,6 h (15–72)	4 Mo.
Henggeler, Melton & Smith, 1992 Henggeler, Melton et al., 1993	USA S. Carolina	x	49 41	43 41 (84)	33 23	15,2	33%	42%	33 k.A.	13,4Wo k.A.
Scherer et al., 1994 Henggeler, Melton, Brondino et al., 1997 Huey et al., 2000: Sample 1 Diffusion Project	USA S. Carolina	x	k.A. k.A.	82 73 (155)	57/23 21	15,1(11–17)	18%	22%	k.A. k.A.	3,5 Mo 6 Mo
Henggeler, P. et al. 1996; Schoenwald, W. et al., 1996; Henggeler, P. et al. 1999; Brown et al., 1999; Huey et al., 2000: Sample 2 Schoenwald, W. et al., 2000; Henggeler, C. et al., 2002a CDA Project	USA S. Carolina	x	k.A. k.A.	58 60 (118)	54	15,7(12–17)	21%	47%	40 h k.A.	4 Mo (4–6 Mo) k.A.



Behandlungs- Bedingungen und Störungs- Diagnosen	Studien-Design				Ergebnisse bei Interventionsende	Follow-Up Ergebnisse	Bewertung
	Intent- to- treat Analyse	Manual	PT- Training	PT- Inte- grität			
1. Mailänder FT (MFT, Palazzoli) 2. Standardbehandlung in KJ-Psychiatrie (ET, Eltern-Psychoedukation, selten FT) Conduct oder gemischte Störungen	-	-	x	-	Symptomatik: Beide Gruppen deutlich gebessert. Weniger Behandlungsstunden nötig in 1 vs. 2. Familienbeziehungen: beide verb. 1 > 2	6-Monate: Symptom. Verbessert: 1 = 2 Eltern-Zufriedenheit mit Therapie: 1 = 2	+
1. Multisystemic Therapy (MST) 2. Individual counseling: eclectic blend of PD, GT, VT Serious, chronic juvenile offenders: 4,2 previous arrests	X	x	PhD-S MA	x -	Family functioning (cohesion, adaptab.): 1 > 2 Fam.-Interakt.-Beob.: 1 besser 2 Peer-Beziehungen: 1 = 2 Eltern- + IP-Symptomatik: 1 < 2	4-Jahre: drug-related arrests: 1 (4%) < 2 (16%) = treatment refusers (17%) (keine Urinalysen) kriminelles Verhalten: 1 < 2; Festnahmen: 1 (26%) < 2 (74%) Psychiatr. Symptome: Mütter 1 < 2, Väter: 1 = 2	+
1. Multisystemic Therapy (MST) 2. Usual services by Dept. of Youth Services Schwere jugendliche Straftäter Therapeuten: 33% schwarz	-	x	MA	(x)	MST-Wirkung: schwarze = kaukasische Fam.	59-Wochen: Verhaftungen: 1 < 2 Inhaftierungstage: 1 < 2 Child Self Report behavior problems: 1 < 2 Family cohesion: 1 (increase) > 2 (decrease) 2,4 Jahre Follow-Up: Keine erneute Festnahme: 1 (39%) > 2 (20%)	+
1. Multisystemic Therapy (MST) 2. Usual services by Dept. of Youth Services (13 Fälle ausgeschlossen: PT nicht manualtreu!) Gewalttätige & chronische Straftäter Familien erhalten pro Erhebung: 50.- \$	-	x	MA SW, pastoral counseling	x -	Sicht Mutter: aggr. Problemverh.: 1 < 2 Maternal distress: 1 < 2 Parental monitoring: 1 > 2 Mothers satisfaction with family task accompl.: 1 > 2	1,7-Jahre: days incarcerated: 1 < 2 criminal activity: 1 = 2 better outcomes if treatment adherence was high Family relations: 1 = 2 Peer relations: 1 = 2	+
1. Multisystemic Therapy (MST) 2. Usual community services Juvenile offenders mit substance abuse/dependence (DSM-III-R) 72% with psychiatric comorbidity Average: 2,9 vorherige Festnahmen	-	x	MA, BA	x	Therapie beendet: 1 (98%) 6 Monate: Drogenkonsum: 1 <= 2; Out-of-home placement: 1 (30 Tage) < 2 (66 T.) Kriminelle Aktivität: 1 = 2 (!) Kosten: 1 (3.928 \$) Schulbesuch: 1 (Zunahme) > 2 (konstant)	1-Jahr: Gefängnis-Tage: 1 < 2; Gesamte Kosten mental health & Gefängnis: 1 (6.027 \$) > 2 (5.150 \$) 4-Jahre (75 \$ gez.): Aggr. Kriminelle Akt.: 1 < 2 Eigentumsdelikte: 1 = 2 Drogen: self-report: 1 = 2; Urin-Kokain: 1 = 2 Urin-Cannabis-Abstinenz: 1 (55%) > 2 (28%) Psychiatrische Symptome: 1 = 2	+

(Fortsetzung)

**Übersicht: Primärstudien (RCT) zur Wirksamkeit Systemischer (Familien-)Therapie bei kindlichen und jugendlichen Indexpatienten (IP) (47 RCT, 87 Publikationen)**

Autoren & Jahr	Land	Z	Stichprobe			Alter IP	Ge IP	Eth IP	Interventionen	
			N-IP		pt				Sitzungen	Dauer
			int.	beh.						
Santisteban, Szapocznik et al., 1996 Santisteban, Coatsworth, et al., 2003	USA Florida	x	80	56	15,6(12–18)	30%	0%	11,2(4–20)	11.2(4–20) Wo	
			"	"				"	"	
			46 (193)	29 (126)				8,8(6–16)	16 Wo	
Coatsworth, Santisteban, McBride et al., 2001	USA	x	53	43	31	13,1(12–14)	25%	0%	8,7(1–27)	k.A.
			51 (104)	31 (4)					13 (44)	7,0 (0.3–23)
Wilmshurst, 2002	USA	x	50	48	38	10,4	19%	95%	k.A.	3 Mo
			36 (86)	34 (82)					27 (65)	11,1
Ogden & Halliday–Boykins, 2004	Norway Oslo	x	62 (104)	57 (100)	35 (92)	15,0(12–17)	37%	95%	k.A.?!	ca. 6 Mo

Behandlungs- Bedingungen und Störungs- Diagnosen	Studien-Design				Ergebnisse bei Interventionsende	Follow-Up Ergebnisse	Bewertung
	Intent- to- treat Analyse	Manual	PT- Training	PT- Inte- grität			
1. Brief Strategic FT (BSFT) + BSFT engagement 2. BSFT + Engagement as usual 3. Group counseling + Engagement as usual Conduct/anti-social disorder, delinquency + cannabis (ab)use	-	x	x	x x x	FT-Aufnahme: 1 (81%) > 2, 3 (60%) IP-Symptome (conduct, Delinquenz, Drogen): 1 + 2 stärker verbessert als 3 Fam.interaktion (IP-Kohäsion, FB-Interaktion): 1 + 2 stärker verbessert als 3 conduct disorder: 1+2 (46% verb., 5% verschl.) < 3 (0% verb., 11% verschl.) soz. Aggression: 1+2 < 3 Cannabis-Konsum: 1+2 (3,5 x geringer) < 3 subgroup: worse family functioning at intake: 1+2 (improved) > 3 (unchanged)	-	+
1. BSFT + BSFT engagement 2. Community Control treatment: ET + FT Klinische conduct disorders and/or internalizing d. (anxiety, depression)	X	x	-	x x	FT-Aufnahme/Engagem.: 1 (81%) > 2 (61%) FT-Abgeschlossen: 1 (71%) > 2 (42%) Schwere Fälle gehalten: 1 > 2		+
1. Family Preservation Program (FP): CBT 2. 5-Day Residential Program (SDR) + solution-focused FT Emotional & behavioral disorders, primär externalisierend, viele komorbid	-	x	N, BA N	x x	Klinische Symptomatik (Eltern-Sicht): 1 < 2 (!)	1-Jahr: Klinische Symptomatik (Eltern-Sicht): 1 < 2 (!)	-
1. Multisystemic Therapy (MST) 2. Usual Child Welfare Services (CS) Problem behavior (delinquency, antisocial behavior) adolescents referred to treatment	-	x	MA, BA SW etc.	(x)	Symptome-internalisierend: 1 < 2 Symptome-externalisierend: 1 < 2 (p=.07) Soziale Kompetenz Jugendl.: 1 > 2 Familie (Kohäsion, Adaptabilität): 1 = 2 Out-of-home placement: 1 < 2 Zufriedenheit mit Behandlung-Eltern: 1 > 2 (p=.07)	-	+

(Fortsetzung)

**Übersicht: Primärstudien (RCT) zur Wirksamkeit Systemischer (Familien-)Therapie bei kindlichen und jugendlichen Inpatienten (IP) (47 RCT, 87 Publikationen)**

Autoren & Jahr	Land	Z	Stichprobe			Alter IP	Ge IP	Eth IP	Interventionen	
			N-IP		pt				Sitzungen	Dauer
			int.	beh.						
Santisteban, Szapocznik et al., 1996 Santisteban, Coatsworth, et al., 2003	USA Florida	x	80		56	15,6(12–18)	30%	0%	11,2(4–20)	11.2(4–20) Wo
			"		"				"	"
			46 (193)	31 (126)	29 (85)				8,8(6–16)	16 Wo
Coatsworth, Santisteban, McBride et al., 2001	USA	x	53	43	31	13,1(12–14)	25%	0%	8,7(1–27)	k.A.
			51 (104)	31 (4)	13 (44)				7,0 (0.3–23)	k.A.
Wilmshurst, 2002	USA	x	50	48	38	10,4	19%	95%	k.A.	3 Mo
			36 (86)	34 (82)	27 (65)				11,1	15%
Ogden & Halliday–Boykins, 2004	Norway Oslo	x	62 (104)	38 (100)	57 (92)	15,0(12–17)	37%	95%	k.A.?!	ca. 6 Mo

Behandlungs- Bedingungen und Störungs- Diagnosen	Studien-Design				Ergebnisse bei Interventionsende	Follow-Up Ergebnisse	Bewertung
	Intent- to- treat Analyse	Manual	PT- Training	PT- Inte- grität			
1. Brief Strategic FT (BSFT) + BSFT engagement 2. BSFT + Engagement as usual 3. Group counseling + Engagement as usual Conduct/anti-social disorder, delinquency + cannabis (ab)use	-	x	x	x x x	FT-Aufnahme: 1 (81%) > 2, 3 (60%) IP-Symptome (conduct, Delinquenz, Drogen): 1 + 2 stärker verbessert als 3 Fam.interaktion (IP-Kohäsion, FB-Interaktion): 1 + 2 stärker verbessert als 3 conduct disorder: 1+2 (46% verb., 5% verschl.) < 3 (0% verb., 11% verschl.) soz. Aggression: 1+2 < 3 Cannabis-Konsum: 1+2 (3,5 x geringer) < 3 subgroup: worse family functioning at intake: 1+2 (improved) > 3 (unchanged)	-	+
1. BSFT + BSFT engagement 2. Community Control treatment: ET + FT Klinische conduct disorders and/or internalizing d. (anxiety, depression)	X	x	-	x x	FT-Aufnahme/Engagem.: 1 (81%) > 2 (61%) FT-Abgeschlossen: 1 (71%) > 2 (42%) Schwere Fälle gehalten: 1 > 2		+
1. Family Preservation Program (FP): CBT 2. 5-Day Residential Program (SDR) + solution-focused FT Emotional & behavioral disorders, primär externalisierend, viele komorbid	-	x	N, BA N	x x	Klinische Symptomatik (Eltern-Sicht): 1 < 2 (!)	1-Jahr: Klinische Symptomatik (Eltern-Sicht): 1 < 2 (!)	-
1. Multisystemic Therapy (MST) 2. Usual Child Welfare Services (CS) Problem behavior (delinquency, antisocial behavior) adolescents referred to treatment	-	x	MA, BA SW etc.	(x)	Symptome-internalisierend: 1 < 2 Symptome-externalisierend: 1 < 2 (p=.07) Soziale Kompetenz Jugendl.: 1 > 2 Familie (Kohäsion, Adaptabilität): 1 = 2 Out-of-home placement: 1 < 2 Zufriedenheit mit Behandlung-Eltern: 1 > 2 (p=.07)	-	+

(Fortsetzung)

**Übersicht: Primärstudien (RCT) zur Wirksamkeit Systemischer (Familien-)Therapie bei kindlichen und jugendlichen Inexpatienten (IP) (47 RCT, 87 Publikationen)**

Autoren & Jahr	Land	Z	Stichprobe			Alter IP	Ge IP	Eth IP	Interventionen		
			N-IP		pt				Sitzungen	Dauer	
			int.	beh.							
<b>7. Substanzstörungen (F1, F55) (12 RCT, 18 Publ.)</b>											
<b>Drogenmissbrauch</b>											
Szapocznik et al., 1983	USA Florida	x	18			17,0(12–17)	22%	11%	4–12	?!	
Szapocznik et al., 1986			19 (62)						(37)	8–12 (4–12)	?! (4–12)
Szapocznik, Perez-Vidal, Brickmann et al., 1988	USA	x	52	52	12–21	33%	0%	2,5+?	3 Wo		
			56 (108)	22				2,3+?	3 Wo		
Friedman, 1989	USA Philadelphia	x	k.A.	(169)	85	17.9(14–21)	39%	90%	k.A.	24 Wo	
					50 (135), =Fol- low Up					24	24 Wo
Lewis, Piercy et al., 1990 Trepper, Piercy et al., 1993	USA IN & Illinois	x	(151)		44	16,1 (11–22)	24%	96%	11(–12)	12 Wo	
					40					..(–12)	12 Wo
					(84)					19	12 Wo
Henggeler, Borduin et al., 1991: Studie 2 (South Carolina)	USA S. Carolina	x	randomly assigned with re- placement until 23 families per group		28	15,1	28%	26%	36 h	4 Mo	
Joanning, Quinn, et al., 1992	USA Texas	x	40	40	31	15,4(11–20)	40%	68%	7–15	7–15 Wo	
			52	52	23					12 x 1,5 h	12 Wo
			42 (134)	42	28					6 x 2,5 h	12 Wo

Behandlungs- Bedingungen und Störungs- Diagnosen	Studien-Design				Ergebnisse bei Interventionsende	Follow-Up Ergebnisse	Bewertung
	Intent- to- treat Analyse	Manual	PT- Training	PT- Inte- grität			
1. Conjoint BSFT (FT; Minuchin, Haley) 2. One-person BSFT (ET; Minuchin, Haley) Illegal (& legal) drug use	-	-	MA	x	Beide Gruppen verbessert: Drogenkonsum, Komorbidität, Verhaltens- probleme: 1 = 2	6–12–Monate: 2 besser als 1 (Drogenkon- sum, Problemverh.) (keine Urinalysen)	+
1. BSFT & BSFT engagement 2. BSFT & engagement as usual (empathy & support) Konsum illegaler Drogen (& Verhaltensprobleme)	-	x	PhD	x	FT aufgenommen: 1 (93%) > 2 (42%) Therapie beendet: 1 (77%) >>> 2 (25%) Drogen–Abstinenz: beide Gruppen verbessert		+
1. ET + GT + Functional FT 2. ET + GT + Parenting groups (Roger) Illegale Drogen, ambulante Therapie	-	x	FT	x	Elternbeteiligung: 1 (93%) > 2 (67%)	9–Monate post Int.: 1 = 2; beides wirksam bzgl. Drogenkonsum & Befin- den (keine Urinalysen) & Familienbeziehungen Elternzufriedenheit: 1 = 2	+
1. Purdue Brief FT (PBFT) (= structural, strategic, functional & VT) 2. Family drug psychoeducation 3. ET (treatment as usual, TAU) „trouble because of drug or alcohol use“	-	-	-	-	Drogenkonsum: 1 = 3 < 2 Klin. sign. Abnahme Drogenkon- sum: 1 (55%) > 2 (47%) Kosteneffektivität: 1 > 3	-	+
1. Multisystemic therapy (MST) 2. Usual juvenile justice services Juvenile offenders	-	(x)	MA education probation officers	(x)	Konsum soft-drugs (Alkohol, Cannabis): 1 < 2	-	+
1. Family Systems Therapy (FST, Minuchin, Haley, Selvini-Palazzolli) 2. Adolescent Group Therapy (AGT) 3. Family Drug Education (multifamily) Missbrauch illegaler Drogen (39% juristische Probleme deshalb)	-	x	PhD–S	x)	Retention: 1 (78%) > 3 (67%) > 2 (44%) Abstinenz: 1 (54%) > 3 (28%) > 2 (16%) (Zufällige Urinalysen & self-report) Familien functioning: 1 = 2 = 3 alle z.T. verbessert	-	+

(Fortsetzung)

**Übersicht: Primärstudien (RCT) zur Wirksamkeit Systemischer (Familien-)Therapie bei kindlichen und jugendlichen Inexpatienten (IP) (47 RCT, 87 Publikationen)**

Autoren & Jahr	Land	Z	Stichprobe			Alter IP	Ge IP	Eth IP	Interventionen	
			N-IP		Dauer				Sitzungen	
			int.	beh.						pt
Liddle, Dakof et al., 2001	USA California	x	182	47		15,9(13–18)	20%	51%	12–16 9 x 90 Min.	5 Mo (4–6 Mo) 16 Wo.
Waldron et al., 2001	USA New Mexico	x				15,6	20%	38%	12 12 24 12	3 Mo 3 Mo 3 Mo 3 Mo
Dennis, Titus, Diamond, et al., 2002	USA multi-site	x	702	202		12–18	27%	61%	1)5,0 (5) 2)3,8 (5)	6 Wo
Diamond, Godley, Liddle et al., 2002	Illinois Philadelphia			96					9,2 (12)	12 Wo
French et al., 2002	Trial 1: Interv.			102					21,6 (18)	12 Wo
French et al., 2003	1, 2, 3			100					7,9 (14)	14 Wo
Dennis, Godley et al., 2004 Cannabis Youth Treatment Study (CYT)	Trial 2: Interv. 1, 4, 5			100 (600)					9,5 (14)	14 Wo
Liddle, 2002a	USA North Philadelphia	x	112			15,4(13–17)	19%	28%		
				112 (224)						



Behandlungs- Bedingungen und Störungs- Diagnosen	Studien-Design				Ergebnisse bei Interventionsende	Follow-Up Ergebnisse	Bewertung
	Intent- to- treat Analyse	Manual	PT- Training	PT- Inte- grität			
1. Multidimensional FT (MDFT) 2. Adolescent Group Therapy (AGT) 3. Multifamily educational intervention (MEI) Cannabis-, Alkohol-, Polydrug-Mißbrauch	-	x x	MA, PhD MA, PhD	(x) (x)	Retention: 1 (73%) > 3 (65%) > 2 (52%) Drogen: Alle drei verbessert, 1 > 2, 3	1-Jahr: Drogen-Konsum: alle gebessert 1 > 2 > 3 Schul-Performanz: 1 (verbessert) > 2, 3 (konstant) > drop outs (verschl.) Family functioning (behavioral rating): 1 > 2, 3 Drop out: 2 > 1, 3	+
1. CBT-ET + Motivational-Enhancement Intervention (MET) 2. Functional Family Therapy (FFT) 3. FFT + CBT-ET 4. Psychoeducational Gruppen Therapie DSM-IV-illegaler Substanz-Mißbrauch/ Abhängigkeit (+ ca. 1 komorbide Diagnose)	X	x x x	PhD, MA PhD, MA PhD, MA	x x x	Familien erhielten pro Erhebung 75-90 US \$ 4-Monate: Tage mit Cannabis-konsum: 2, 3 (reduziert) < 1, 4 (konstant) Klinische Veränderungen: Minimaler Drogen-Konsum (max 10% der Tage): 2, 3, 1 > 4 Family conflict scores: 1 = 2 = 3 = 4	7-Monate: Tage mit Cannabis: 3, 4 < 2, 1 Klinische Veränderungen: Minimaler Drogen-Konsum (max 10% der Tage): 2, 3, 4 > 1 Family conflict scores: 1 = 2 = 3 = 4	+?
1. Motivational Enhancement ET (MET) + CBT-ET+GT (MET/CBT5) (2. MET + CBT-ET+GT (MET/CBT12)) (3. MET + CBT-ET+GT (MET/CBT12) + Family Support Network: Parent educ. GT (FSN)) 4. Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA): 10 x ET + 4 x PT/FT 5. Multidimensional FT (MDTF) DSM-IV cannabis abuse or dependence (95% weitere Störungen)	X	x x x	MA, BA, PhD MA, BA, PhD MA, BA, PhD	x x x	Trial 2 (Interventionen 1, 4, 5): Kosten für Treatment Episode: 4 < 1 < 5 Kosteneffektivität: 4, 1 > 5 Therapie beendet: 5 (70%) = 1 (60%) = 4 (61%) (Pb erhielten 25-50\$ pro Follow-Up-Assessment)	12-Monate: Abstinente Tage: Alle gebessert Trial 2: 4 (265) = 5 (257) = 1 (251) Recovery eingetreten (d.h. keine Substanzprobl. + living in the community): Alle gebessert 4 (34%) = 1 (23%) = 5 (19%) Benefit-cost-analysis: 3 > 1 > 5 Standort entscheidend, nicht Bedingung! 5: weitere Abnahme des Drogenkonsums im Follow-Up-Zeitraum	+?
1. Multidimensional FT (MDFT) 2. CBT ET Substance dependence (88%), abuse (32%) 2,5 DSM-IV diagnosis average	-	x x	- -	x x	Drogenkonsum: 1 = 2 (beide verbessert) externalisierende & internalisierende Probleme 1 = 2	6- & 12-Monate: Weitere Verbesserungen nur in 1, aber nicht in 2 12 Monate: Cannabis Abstinenz: 1 (64%) > 2 (44%)	+

**Übersicht: Primärstudien (RCT) zur Wirksamkeit Systemischer (Familien-)Therapie bei kindlichen und jugendlichen Indexpatienten (IP) (47 RCT, 87 Publikationen)**

Autoren & Jahr	Land	Z	Stichprobe			Alter IP	Ge IP	Eth IP	Interventionen	
			N-IP		pt				Sitzungen	Dauer
			int.	beh.						
Liddle, Rowe et al., 2004	USA Florida	x	39	39		13,7(11–15)	27%	3%	1,7 h/Wo.	3–4 Mo. 3–4 Mo.
			41 (80)	38						
Rowe, Liddle et al., 2004	USA Florida	x	(k.A.)	k.A.	k.A.	15 (12–17)	18%	17%	10(–24) 10(–24)	10 Wo (–24 Wo) 10 Wo (–24 Wo)
				k.A. ,(182)	k.A. (k.A.)					

**8. Weitere klinisch bedeutsame Symptome (1 RCT, 1 Publ.)**
**Körperliche Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern durch ihre Eltern (1 RCT, 1 Publ.)**

Brunk, Henggeler & Whelan, 1987	USA	x	k.A.	21	16	k.A.	76%	57%	8	8 Wo
				22	17 (33)				8	8 Wo

Erste Spalte: x Artikel liegt mir in Originalfassung vor; a: Abstract liegt mir vor.

Aufgeführt in: G: Grawe et al., 1994 (Psychotherapie-Metaanalyse, die die Grundlage des Psychotherapeutengesetzes ist; Studien bis Ende 1983;

8 Studien/Anhang A & 5 Studien/Anhang B); SS: Stanton & Shadish (Metaanalyse zur FT bei illegalem Drogen-Mißbrauch);

S: Schiepek, 1999 (Antrag auf Zulassung der Systemischen Therapie beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie; Studien bis einschl. 1997);

PT: In der Datenbank PsiTri (Psychological Trials) berücksichtigt.; CR: Im jeweiligen Cochrane Review berücksichtigt

Z: Zufallszuteilung (random assignment): x: ja; p: parallelisierte Gruppen, m: matched samples. (Wenn nein / nicht erwähnt wurde die Studie ausgeschlossen);

N-IP Stichprobengröße: Anzahl der Indexpatienten; i: intendiertes N; b: behandeltes N/t1–Daten liegen vor; pt: N beim Post–Test

A: Alter: Durchschnitt oder Spannweite; Ge: Geschlecht: Anteil weiblicher Teilnehmer in %. Eth: Ethnie: Anteil weisser/kauasischer Teilnehmer in %.

Sitz: Anzahl der Therapiesitzungen; Dauer: Gesamtdauer der Intervention in Monaten; EB: Einzelberatung; ET: Einzeltherapie; FT: Familientherapie;

PT: Paartherapie. „Intent-to-treat“-Analyse realisiert: x: ja; -: nein / nicht erwähnt. Manual: Manual vorhanden?

x: ja; (x): Publikation zum Therapieansatz wird genannt, unklar ob „richtiges“ Manual; -: nein / nicht erwähnt.

PT-Training: Angaben zum Psychotherapie-Training & Ausbildung der Therapeuten? x: ja; MA: Master-Abschluss; PhD: Philosophical Doctor;

PhD–S: PhD student; P: Paediatrician; Pl: (Child) Psychiater; PO: (Clinical) Psychologe; PO-PT: Psychologische Psychotherapeuten;

SO: (Psychiatric) Social Worker; D: Dietitian; N: (Psychiatric) Nurse / child care worker; FT: Family Therapist (keine weiteren Angaben zur Ausbildung);

–: nein / nicht erwähnt. PT-Integrität: Wurde die Manualtreue bzw. „adherence“ der Therapeuten zum geplanten Vorgehen systematisch überprüft?

x: ja: wissenschaftliche Prüfung; (x): ja, „nur“ durch Supervision; -: nein: nicht geprüft / nicht erwähnt.

Bewertung: +: Beleg für die Wirksamkeit von Systemischer Therapie (ST); +?: eingeschränkter Beleg für die Wirksamkeit von ST;

+/-: Studie mit teils positiven, teils negativen Befunden für ST; -: Studie mit negativen Befunden für ST (weniger wirksam als Alternativ-Interventionen);

???: Interventionsspezifische Ergebnisse unklar oder nicht publiziert.

Behandlungs- Bedingungen und Störungs- Diagnosen	Studien-Design				Ergebnisse bei Interventionsende	Follow-Up Ergebnisse	Bewertung
	Intent- to- treat Analyse	Manual	PT- Training	PT- Inte- grität			
1. Multidimensional FT (MDFT) 2. Adolescent Group CBT Substance abuse & behavioral problems	-	x	MA	x	Cannabis & Alkohol-Konsum: 1 < 2 Individuelle, Peers, Schule: 1 besser 2 Familie: 1 besser 2 (1: zunehmende Kohäsion, 2 abnehmende Kohäsion; Konflikt unverändert: 1=2); Delinquenz gesunken 1 = 2 PT vollendet: 1 (97%) > 2 (72%)	-	+
1. Multidimensional FT (MDFT) 2. CBT ET Substance use disorder (Diagnostic Interview for Children, DISC) 1+ comorbid psychiatric disorder: 88% Abhängigkeit von Opiaten oder multiplen Substanzen (ICD-10, DSM-IV)	-	x	MA, PhD MA, PhD	x	1 = 2 generell schwacher Erfolg; entscheidend: Komorbidität:	12-Monate: 1 = 2 Erfolg: exclusive substance abusers > Substanz- + externalisierende Probleme > Substanz- + extern. + intern. Probleme	+
1. Multisystemic Therapy (MST) 2. VT-Elterntaining (Gruppen T)	-	(x)	-	-	Beides führt zu Verbesserungen Elterl. Symptome, Stress & Familien-Stress: 1 = 2 Verbesserung von Fam.probl. & Eltern-Kind-Interaktion: (Therapeuteneinschätzung & Verhaltensbeobachtung): 1 > 2 Soziale Probleme: 1 > 2	-	+

lichkeit, dass es einem familien-/paartherapeutisch behandelten Menschen besser geht als einem aus einer unbehandelten Kontrollgruppe, lag bei 67% – also höher als in den meisten medizinischen und pharmazeutischen Wirksamkeitsstudien. Beim Vergleich der relativen Wirksamkeit verschiedener FT-Orientierungen gegenüber einer unbehandelten Kontrollgruppe schnitten die behavioralen Interventionen ( $n=40$ ,  $d=0,56$ ) noch besser ab als die systemischen ( $n=14$ ,  $d=0,28$ ). Doch beim direkten Vergleich gegeneinander war verhaltenstherapeutische FT generell *nicht* wirksamer als systemische FT. Nach Berücksichtigung potenziell konfundierender methodischer Aspekte verschwanden in der Regressionsanalyse alle Schuleneffekte. Einen positiven Effekt hatte die Standardisierung mithilfe des Manuals. Spezifische Metaanalysen fließen in die folgenden Abschnitte mit ein.

Insgesamt haben wir 47 RCTs (90 Publikationen) zur systemischen FT bei Störungen kindlicher und jugendlicher IPs identifiziert (s. Übersicht). Die Studien zur Schizophrenie (F 2) beziehen sich auf junge Erwachsene und werden deshalb an anderer Stelle analysiert (Sydow et al. 2006).

### Affektive Störungen (F 30–39) und Suizidalität

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT; „cognitive behavioral therapy“, CBT) ist bei „major depression“ im Posttest etwas effektiver als Systemisch-Behaviorale FT (SBFT) oder supportive ET (Brent et al. 1997). Doch bei der 2-Jahres-Follow-up-Untersuchung ergaben sich – konträr zu den Hypothesen der Untersucher, die die KVT favorisierten – gar keine Wirksamkeitsunterschiede mehr: Alle 3 Interventionen waren gleichermaßen wirksam (Brent et al. 1999; Birmaher et al. 2000). „Attachment based family therapy“ (ABFT) bewirkt klinisch signifikante Besserungen bei 82% der Interventionsgruppe (vs. 56% der Wartegruppe); die Erfolge sind über 6 Monate zeitlich stabil (Diamond et al. 2002, 2003; s. Übersicht).

*Suizidalität* ist eng mit Depressionen verknüpft: Die nur 3- bis 4-stündige Intervention von Harrington et al. (1998, 2000) konnte bei Jugendlichen nach einem Suizidversuch die Suizidalität nicht stärker

senken als die Routinebehandlung. Doch eine weitaus intensivere Multisystemische Therapie (92 Stunden) war bei suicidalen Jugendlichen kurzfristig sogar noch schneller wirksam als eine stationäre Therapie, nach einem Jahr ebenso wirksam und reduzierte nachweislich die Anzahl der nachfolgenden Suizidversuche (Huey et al. 2004; s. Übersicht).

### Angststörungen (F40–42)

Sowohl KVT, als auch ABFT kombiniert mit KVT (CBT-ABFT) waren bei der Behandlung von Jugendlichen mit Angststörungen erfolgreich, die „reine“ KVT allerdings noch etwas mehr als die Kombinationsbehandlung. (Primäre Angststörung bestand nicht mehr bei der 6-Monats-Follow-up-Untersuchung: KVT 100%, CBT-ABFT 80%). Allerdings waren IPs und Eltern mit der familientherapeutischen Komponente am zufriedensten und die Halterate („retention rate“) war bei CBT-ABFT noch höher als bei der KVT (Siqueland et al. 2005).

### Essstörungen (F 50)

Systemische FT ist im internationalen Kontext der wichtigste Ansatz zur Therapie von Magersucht im Jugendalter: In einem aktuellen Überblick werden 9 RCTs zur *Anorexie* gelistet, 7 zur systemischen FT und nur 2 zur KVT (Krautter u. Lock 2004; s. Übersicht). Systemische FT mit strukturellen Methoden hat nachweislich noch etwas stärkere Effekte als KVT, psychodynamische Therapie oder kognitiv-analytische Therapie. Dabei ist wesentlich, dass IPs und Familie behandelt werden, *nicht* jedoch, dass alle Betroffenen gemeinsam therapiert werden. Aussichtsreich ist auch die getrennte Behandlung von IPs und Angehörigen (Fonagy u. Roth 2004b). Insbesondere bei jugendlichen ( $\leq 18$  Jahre) noch nicht chronifizierten Patientinnen (Krankheitsdauer  $< 3$  Jahre) ist systemische FT einer ET überlegen (Dare et al. 1990). Etwa 65% der jugendlichen Magersuchtpatientinnen werden mit systemischer FT geheilt (Lock et al. 2001; s. Übersicht).

Die Ergebnisse zur Wirksamkeit systemischer FT sind bei jugendlichen *Bulimie*-Patientinnen bisher weniger überzeugend als die anderer Ansätze (KVT, IPT; Fonagy u. Roth 2004 – jedoch: Sydow et al. 2006).

### Psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei somatischen Krankheiten (F 54)

Ein Cochrane-Review über die Wirksamkeit von FT bei *Asthma* im Kindesalter (Panton u. Barley 2004) identifiziert nur 2 randomisierte Studien – beide zu systemischer FT. Die Ergebnisse ließen sich nicht statistisch zusammenfassen. Im Vergleich zur medizinischen Standardbehandlung ergaben sich in der einen Studie signifikante Verbesserungen bezüglich „gas volume“, „peak expiratory flow rate“ und „daytime wheeze“ (Lask u. Matthew 1979), in der anderen ebenso Vorteile bezüglich der (blind eingeschätzten) generellen klinischen Beurteilung und der Zahl der funktionell beeinträchtigten Tage der Patienten (Gustafsson et al. 1986). Auch eine dritte Studie belegt die Überlegenheit von systemischer FT gegenüber medizinischer Standardbehandlung allein (Onnis et al. 2001; s. Übersicht).

„Behavioral Family Systems Therapy“ (BFST) verbessert die Beziehungen zwischen dem Jugendlichen und den Eltern und reduziert *diabetesspezifische Konflikte*. Auch in Hinblick auf die psychische Anpassung an die Erkrankung und die diabetische Kontrolle war BFST der medizinischen Standardbehandlung und einer psychoedukativen Intervention überlegen – allerdings nur in 3 der 4 untersuchten Subgruppen. Bei älteren Mädchen dagegen zeigten sich eher negative Effekte (Wysocki et al. 2000). Eine weitere Studie belegt auch eine erhöhte diabetische Kontrolle bei systemischer FT mit vorwiegend strukturellen Techniken vs. Routinebehandlung (Ryden et al. 1994; s. Übersicht).

Systemische FT ist auch bei *Adipositas* wirksamer als eine kinderärztliche und diätetische Standardbehandlung allein (Flodmark et al. 1993).

### Hyperkinetische Störungen (F 90)

Eine US-Studie belegt im Posttest und im 3-Monats-Follow-up-Test, dass systemische FT mit strukturellen Methoden ebenso hilfreich ist wie Verhaltensmanagementtraining (nur für die Eltern) oder Problemlöse- und Kommunikationstraining für die gesamte Familie. In

**Tabelle 2 Zusammenfassung des Forschungsstands anhand der WB-Kriterien (WB (2000a, 2004))**

RCTs		
Anwendungsbereiche der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie	Anzahl	Erfolgreich
1. Affektive Störungen (F 3) und Belastungsstörungen (F 43); Suizidalität	4	3
2. Angststörungen (F 40–42) u.a. (F 93)	1	–
3. Dissoziative, Konversions-, somatoforme Störungen (F 44, F 45, F 48) und andere neurotische Störungen (F 48)	–	–
4. Essstörungen (F 50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 51, F 52); psychische/soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F 54)	12	11
5. Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (hyperkinetisch: F 90, Sozialverhalten: F 91–92, F 94, 98), Tic-Störungen (F 95)	17	15
6. Autistische Störungen (F 84)	–	–
7. Persönlichkeits- u. a. Störungen (F 60, F 62, F 63, F 64–66, F 68–69), Abhängigkeiten und Missbrauch (F 1, F 55), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F 2)	12	12
8. Intelligenzminderung (F 7), hirnorganische (F 0) und Entwicklungsstörungen (F 80–83, F 88–89)	–	–
Weitere klinisch bedeutsame Symptome: körperliche Miss-handlung oder Vernachlässigung von Kindern	1	1
<b>SUMME</b>	<b>47</b>	<b>42</b>

Anzahl RCT: Anzahl kontrollierter, randomisierter (oder parallelisierter) Primärstudien.

Erfolgreiche RCT: Anzahl der RCT, in denen systemische PT/FT/ET besser oder ebenso erfolgreich war wie etablierte Interventionen (z. B. psychodynamische ET, KVT ET, nichtdirektive ET, Familienpsychoedukation, Gruppentherapie; Antidepressiva) oder signifikant besser als Kontrollgruppen ohne Behandlung, oder medizinische Routinebehandlung (einschließlich Antipsychotika, Methadonsubstitution). In **Table 1** in Spalte „Bewertung“ markiert mit „+“, „+?“ oder „(+)“; nichterfolgreiche RCTs sind dort markiert mit „–“, „+/-“.

Fettdruck: markiert Anwendungsbereiche mit guter Forschungslage.

allen 3 Gruppen gab es Besserungen, aber mehrheitlich keine Heilung (Barkley et al. 1992). In einer deutschen Studie war systemische FT in Bezug auf die ADHD-Symptomatik ebenso wirksam wie verhaltenstherapeutische FT (Saile u. Forse 2002; s. Übersicht).

### Störungen des Sozialverhaltens (F91–92) und jugendliche Delinquenz

Wir haben zu diesem Problembereich 15 RCTs identifiziert (s. Übersicht). In den USA gelten 2 systemische Ansätze als das Optimum bei der Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens und jugendlicher Delinquenz, nämlich Multisystemische Therapie (MST) und „Functional Family Therapy“ (FFT; s. Übersicht).

Am besten evaluiert ist die MST von Henggeler et al. (s. Übersicht). Ein Cochrane-Review ( $n=8$  Studien, 4 zu systemischer FT: 3 MST, 1 BFST) leitet folgende Befunde ab: Obwohl kurzzeitig aus den gepoolten Befunden keine signifikante Überlegenheit der MST gegenüber einer Standardbehandlung (Bewährungshilfe) bezüglich jugendlicher und elterlicher psychischer Gesundheit, familiären Beziehungen und dem familiären Funktionieren belegt werden kann, ergeben 1- bis 3-Jahres-Follow-up-Daten eine klare Überlegenheit von MST gegenüber der Standardbehandlung: Nach MST ist das Risiko einer erneuten Verhaftung für ehemalige jugendliche Delinquente klar reduziert (gilt auch bei Alexander u. Parsons 1973), ebenso auch die in Institutionen verbrachte Zeit (z. B. Gefängnis) sowie die selbstberichtete kriminelle Aktivität der IPs (Woolfenden et al. 2004). Eine Metaanalyse zu 7 MST-Primärstudien belegt ähnlich positive Effekte mittlerer Größe von MST im Posttest ( $d=0,55$ ,  $p<0,05$  vs. andere Interventionen; Curtis et al. 2004). Das wird auch in 2,5- und 4-Jahres-Follow-up-Studien nachgewiesen (Borduin et al. 1995; Henggeler et al. 1993). Die reduzierte Zeit in Institutionen (z. B. pro Jahr 32 Tage weniger im Gefängnis; Henggeler et al. 1997) belegt, dass systemische FT auch für die Gesellschaft eine günstige Kosten-Nutzen-Relation hat. Vollender der MST hatten erwartungsgemäß die beste Prognose. Aber selbst MST-Abbrecher hatten nach durchschnittlich

nur 4 Stunden Therapie immer noch eine bessere Prognose als ET-Abbrecher (Borduin et al. 1995).

Systemische FT reduziert sogar auch das delinquente Verhalten der Geschwister von IPs 3 Jahre nach der Intervention (20% nach FT, 40% in der Kontrollgruppe ohne Intervention – 59% in der klientenzentrierten und 63% in der psychodynamischen Intervention; Alexander u. Parsons 1973).

Die meisten vorliegenden Studien beziehen sich auf Jugendliche, die bereits Kontakt mit dem Rechtssystem hatten. Es wird allerdings auch belegt, dass durchschnittlich 6,5 Stunden systemische FT mit strategischen Techniken bei Kindern im Grundschulalter ähnlich wirksam sind wie 9 Stunden VT-FT (Szykula et al. 1987).

### Substanzabhängigkeit und -missbrauch (F 1, F 55)

Eine Metaanalyse belegt, dass systemische FT ( $n=15$  FT-Studien, davon 11 systemische) bei Jugendlichen ( $d=0,39$ ,  $p<0,05$ ) im Posttest wirksamer ist als ET, Gruppentherapie oder familienbezogene psychoedukative Interventionen – auch in Follow-up-Erhebungen bis zu 4 Jahre später (Stanton u. Shadish 1997).

Auch die von uns analysierten 12 RCTs (s. Übersicht) belegen, dass systemische FT mehr Jugendliche mit Substanzproblemen erreicht als jedes andere Behandlungsangebot (Therapieengagement: Szapocznik et al. 1988; Santisteban et al. 1996). Die Abbruchquoten sind gering (Joanning et al. 1992), da in systemischer FT üblicherweise 70% bis über 90% der Patienten/Familien in der Therapie gehalten werden können (Henggeler et al. 1996; Ozechowski u. Liddle 2000), also deutlich mehr als in anderen Suchttherapieansätzen (60–65%; Williams et al. 2000). Auch in der einzigen deutschen Studie konnten 72% der jungen Opiatabhängigen in der systemisch-strukturellen FT gehalten werden (Thomasius 2004; kein RCT). Systemische FT führt zu signifikanten Reduktionen des Substanzkonsums (Rowe u. Liddle 2003) und ist nachweislich wirksamer als KVT-ET (Liddle 2002; Waldron et al. 2001), Gruppentherapie für Jugendliche (Joanning et al. 1992; Liddle et al. 2001) oder psychoedukative Familienberatung (Joanning et al. 1992; Liddle et al. 2001). „Multidimensio-

nal Family Therapy“ (MDFT) unterschied sich im 12-Monats-Follow-up der „Cannabis Youth Treatment Study“ bezüglich der klinischen Wirksamkeit (abstinente Tage; „recovery“) nicht signifikant von einer verhaltenstherapeutischen Intervention (MET/CBT5) und dem mehr psychoedukativen „Adolescent Community Reinforcement Approach“ (ACRA).

Die Therapieergebnisse systemischer FT werden über 6–12 Monate nach Beendigung der Therapie aufrechterhalten (s. Übersicht; Friedman 1989; Henggeler 1991; Ozechowski u. Liddle 2000; Szapocznik et al. 1983, 1986). Die Metaanalyse von Stanton und Shadish (1997) zeigt, dass die Überlegenheit (systemischer) FT über andere Therapieansätze bereits im Posttest besteht, diese jedoch noch stärker ist, wenn längere Follow-up-Zeiträume geprüft werden. In einer Studie von Liddle (2002) z. B., war systemische FT kurzfristig ebenso wirksam wie KV-ET. Doch im Follow-up-Zeitraum verbesserte sich die FT-Gruppe weiter, während die KVT-Gruppe unverändert blieb (Liddle 2002). Auch in der CYT-Studie reduzierten die Jugendlichen in der MDFT-Gruppe ihren Cannabiskonsum vom 3- zum 12-Monats-Follow-up (Dennis et al., zit. nach Rowe u. Liddle 2003, S. 101). In einer 4-Jahres-Follow-up-Studie wird belegt, dass Urinproben in der MST-Stichprobe eine signifikant höhere Cannabisabstinenz belegen (55%) als in der „Community-services-as-usual“-Gruppe (28%; Henggeler et al. 2002).

Sonstige Verhaltensprobleme werden durch systemische FT ebenso oder sogar noch stärker gesenkt als durch etablierte Standardbehandlungen. Psychiatrische Komorbidität (z. B. dissoziale Störungen, Delinquenz) wird durch systemische FT gesenkt (Henggeler et al. 1991, 1999; Liddle 2002; Liddle et al. 2001). Belegt sind auch positive Effekte auf den Schulbesuch und den Schulerfolg (Brown et al. 1999; Liddle et al. 2001). Die Familienbeziehungen verbessern sich nur unter FT, nicht unter VT-Gruppentherapie oder „multifamily drug education“ (Liddle et al. 2001; Schmidt et al. 1996; Waldron et al. 2001). Die Verbesserungen bezüglich Drogenkonsum und „daily functioning“ sind klinisch bedeutsam (s. Übersicht; Liddle et al. 2004; Ozechowski u. Liddle 2000).

In einer deutschen Studie (kein RCT) führten durchschnittlich 8 Stunden systemische FT dazu, dass 55% der Therapiebeender den Konsum von Opiaten, Sedativa und Kokain einstellten. Es besserten sich auch die Familienbeziehungen, Selbstwert sowie psychische Gesundheit von IPs und Eltern. Verglichen mit deutschen „Treatment-as-usual-Daten“ ergibt sich eine etwas höhere Wirksamkeit der systemischen FT bei kürzerer Behandlungsdauer sowie einer Stundenzahl, die der ET-Behandlung ähnelt. Ein Vergleich mit einer stationären Therapiegruppe (therapeutische Gemeinschaft) ergab noch häufigere Verbesserungen des Suchtstatus in der stationären Gruppe (79% vs. 58%) – allerdings nur bei Therapievollendern. Das waren 72% der FT- und nur 37% der stationären Gruppe, sodass eine „Intent-to-treat-Analyse“ vermutlich zu positiven Ergebnissen für die FT käme. Auch im 2-Jahres-Follow-up-Nachweis sind die Resultate der FT stabil oder sogar weiter gebessert (Thomasius 2004).

Nach dem US-Forschungsstand und den amerikanischen Behandlungsempfehlungen gehören familiensystemische Interventionen zu den erfolgversprechendsten Ansätzen bei der Behandlung adoleszenter Substanzstörungen (Deas u. Thomas 2001; Ozechowski u. Liddle 2000; Rowe u. Liddle 2003). Familiäre Interventionen gelten bei diesem Störungsbild als essentielle Behandlungskomponente (Bukstein et al. 1997). Vonseiten der US-Regierung werden als „evidence-based“ Interventionen bei Substanzstörungen insbesondere familiensystemische Ansätze, wie die MST propagiert und gefördert (s. Übersicht; National Institute on Drug Abuse 1999; Center for Substance Abuse Prevention 2000).

### Klinisch bedeutsame Symptome

Außer den bereits diskutierten Befunden zur Suizidalität (s. Abschn. „Affektive Störungen (F 30-39) und Suizidalität“) liegt nur noch eine weitere Studie zur Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern durch ihre Eltern vor: Verhaltenstherapie-Eltern-Training und MST führen beide gleichermaßen zu Verbesserungen der elterlichen Symptomatik. Multisystemische Therapie verbessert die Eltern-Kind-Interaktion (auch in Fremdbeobachtung) noch stärker, während VT die sozia-

len Probleme der Familie noch stärker reduziert (Brunk et al. 1987; **■ Tabelle 2**).

### Forschungsergebnisse zu unerwünschten Wirkungen, Therapeuten- und Klientenvariablen

Es liegen bislang keine Befunde über *unerwünschte Wirkungen* von systemischer FT vor.

Systemische FT bewirkt Verbesserungen im Erziehungsverhalten und in den Familienbeziehungen (z. B. Abnahme verbaler Aggressionen, Zunahme von „monitoring“, mehr familiäre Kohäsion). Diese Veränderungen sind – moderiert über eine abnehmende Bindung an delinquenten Gleichaltrige – mit Abnahmen der Symptomatik von Jugendlichen assoziiert (Huey et al. 2000: MST; Schmidt et al. 1996: MDFT).

*Therapeutenverhalten und Therapieprozessvariablen* wie klare Zielorientierung, Manualtreue und ein therapeutischer Fokus auf Veränderungen der intra- und extrafamiliären Interaktionen, sind in der systemischen FT mit verbesserten Familienbeziehungen, reduzierter Bindung an delinquente Peers und Reduktionen von Problemverhalten beim IP assoziiert (Henggeler et al. 1997; Huey et al. 2000: MST/Störungen des Sozialverhaltens). Allerdings dürfen Therapeuten erst dann versuchen, aktiv familiäre Interaktionen zu verändern, wenn sie *zuvor* eine Vertrauensbeziehung zu den Familienmitgliedern aufgebaut haben. Ansonsten wirken solche Interventionen eher negativ (Huey et al. 2000).

*Positives Umdeuten* („*therapist reframes*“) ist die *einzigste* Intervention, die in der ersten Sitzung zu positiven Reaktionen bei delinquenten jugendlichen IPs führt (Robbins et al. 1996) und Reframing ist auch die *einzigste* Intervention, die in der Therapiesitzung effektiv defensive Interaktionen zwischen IPs und Eltern unterbrechen kann (Robbins et al. 2000: FFT).

Bei initial schwacher therapeutischer Allianz gelingt es, diese zu verbessern, wenn der Therapeut die Erfahrungen des Jugendlichen beachtet, dem IP dabei hilft, subjektiv bedeutsame Therapieziele zu formulieren oder der Therapeut sich selbst als Verbündeten des IP präsentiert (Diamond et al. 1999, 2000: MDFT-Videoanalyse). Therapeutische Sackgassen wer-

den erfolgreich dadurch aufgelöst, dass der Therapeut den negativen Affekt aktiv blockiert, von ihm ablenkt oder ihn durcharbeitet, den Ausdruck von Gefühlen wie Trauer, Bedauern oder Verlust, fördert, auf die Eltern-Kind-Interaktion fokussiert, die elterliche Empathie für den Jugendlichen stärkt oder die elterlichen Anstrengungen unterstützt, das Verhalten des Jugendlichen in den Griff zu bekommen (MDFT-Videoanalyse: Diamond u. Liddle 1996, 1999).

Die (durch Supervisoren eingeschätzte) Kompetenz der Therapeuten steht in direktem Zusammenhang mit den Rückfallraten jugendlicher IPs mit dissozialen Störungen („highly competent“ 14%, „competent“ 17%, „borderline“ 25%, „not competent“ 29%). Nur die beiden kompetenten Gruppen unterboten die Rückfallrate der „Treatment-as-usual“-Kontrollgruppe (22%; Sexton u. Alexander 2003: FFT).

Die Wirksamkeit von MST/MDFT bei Sozialverhaltens- oder Substanzstörungen wird *nicht* moderiert durch (*IP*-)Klientenvariablen, wie Ethnizität, Geschlecht, Alter, soziale Schicht, Einkommen der Familie, juristische Probleme vor Therapiebeginn oder Familienstruktur, Alter und Psychopathologie der Eltern (Borduin et al. 1995; Dakof et al. 2001). Jugendliche, die unter Depressionen und einer komorbiden Angststörung leiden, werden am wirksamsten durch KVT behandelt. Systemisch-behaviorale FT ist jedoch wirksamer als KVT, wenn die Mutter des IP unter Depressionen leidet (Brent et al. 1998).

### Forschungsergebnisse zu Kosten-Nutzen-Analysen

Kosten-Nutzen-Analysen von systemischer FT bei jugendlichen IPs wurden bisher nur in den USA realisiert. Wegen der Unterschiede zwischen dem US- und dem deutschen Gesundheitssystem sind sie nur eingeschränkt vergleichbar. Alle Untersuchungen beziehen sich auf die Behandlung von Substanz- und/oder dissozialen Störungen im Jugendalter.

Multisystemische Therapie reduzierte bei Jugendlichen mit Substanz- und dissozialen Störungen die Folgekosten in den 6 Monaten nach Behandlungsende (Gefängnisaufenthalte, stationäre medizinische/therapeutische Behandlung) stärker als ei-

ne ambulante Standardbehandlung. Durchschnittlich 40 Stunden intensive MST kosteten für 59 Familien 231.781 US\$. Über ein Jahr hinweg kostete die gesamte „Mental health“-/psychiatrische Behandlung der Jugendlichen der Interventionsgruppe zwar mehr (5068 US\$/IP) als die der Kontrollgruppe (Standardbehandlung durch Bewährungshelfer 3368 US\$), doch aufgrund der signifikant häufigeren Inhaftierungstage der Kontrollgruppe ergeben sich als Gesamtkosten/IP 6027 US\$ (MST) vs. 5150 US\$ (Kontrollgruppe), d. h. die MST-Kosten werden schon innerhalb eines Jahres fast vollständig durch die relativ geringeren Folgekosten aufgehoben (Schoenwald et al. 1996).

Eine Kosten-Nutzen-Analyse der Effekte unterschiedlicher Interventionen zur Reduktion jugendlicher Delinquenz ergab, dass 2 Formen systemischer FT (MST, FFT) die wirksamsten Therapien sind, die mit den größten Kostenersparnissen einhergehen. Die Kostenersparnis für MST und FFT rangierte zwischen 13.908 US\$ und 21.863 US\$/Fall (Aos u. Barnoski 1998; zit. nach Sexton et al. 2003).

Die CYT-Studie verglich 5 ambulante Therapieansätze (s. Übersicht). In Trial 2 wurden 3 Interventionen direkt miteinander verglichen: MDFT (12–15 Sitzungen), „motivational enhancement treatment und cognitive behavioral therapy“ (MET/CBT5; 5 Sitzungen) und ACRA (10 IP-Einzelgespräche, 4 Elterngespräche). Eine durchschnittliche MDFT-Therapie kostete 2012 US\$ (French et al. 2002). Im 12-Monats Follow-Up-Nachweis (Trial 2) waren die Kosten pro abstinentem Tag und Person „in recovery“ für MDFT (10,4 US\$/11,8 US\$) signifikant höher als bei MET/CBT5 (9,0 US\$/6,6 US\$) und ACRA (6,6 US\$/4,5 US\$; Dennis et al. 2004). Die Kosten-Nutzen-Analyse ergab inkonsistente Resultate, da die Effekte stärker nach Forschungszentren als nach Therapierichtungen variierten. Bei MDFT insgesamt ergab sich (wie bei ACRA) keine signifikante Veränderung, da bei einem Zentrum (Children's Hospital in Pennsylvania) eine Zunahme (!) der Folgekosten auftrat, während diese beim anderen Zentrum sanken. Dieselbe Kinderklinik bewirkte auch in einer CBT-Bedingung eine Zunahme der Folgekosten (!; French et al. 2003).

### Diskussion

Seit dem Antrag auf Anerkennung der systemischen Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren beim WB Psychotherapie (Schiepek 1999) hat sich der Forschungsstand deutlich verbessert: Während sich damals nur 19 Studien (auch auf Kinder- und Jugendliche bezogen und diese nur z. T. randomisiert und auf klinische Störungen (vs. allgemeine Erziehungsprobleme) bezogen waren, ergibt die hier vorgestellte Metaanalyse, dass bis Ende 2004 insgesamt 47 kontrollierte, randomisierte (oder parallelisierte) Studien zur Wirksamkeit von systemischer Therapie bei klinischen Störungen kindlicher/jugendlicher IPs vorliegen. Der derzeitige Stand der Forschung lässt sich folgendermaßen zusammenfassen (vgl. auch Pinsof u. Wynne 1995):

1. Systemische Therapie ist wirksam: In 42 der 47 RCTs war die systemische Intervention eindeutig wirksamer als Kontrollgruppen ohne Intervention, medizinische Routinebehandlungen oder ähnlich wie oder stärker wirksam als andere etablierte Interventionen (z. B. KVT-/psychodynamische ET; VT-FT/-Eltern-Training, Familienpsychoedukation, Gruppentherapie; stationäre Therapie).
2. Systemische Therapie ist nachweislich bezüglich Störungen des Sozialverhaltens, Substanzstörungen, Essstörungen, psychischen und sozialen Faktoren bei somatischen Krankheiten, hyperkinetischen Störungen und Depressionen wirksam.
3. Es existieren keine Hinweise, dass Systemische Therapie schaden könnte.
4. Systemische Therapie ist nicht immer hinreichend: Bei schweren und/oder organischen Störungen ist die Kombination mit anderen psychotherapeutischen oder pharmakologischen Interventionen optimal (Sydow et al. 2006).
5. Systemische FT kann Menschen mit psychischen Störungen besser ansprechen und in Therapien halten als andere therapeutische Ansätze: Die Drop-out-Raten sind bei systemischer FT

- meist geringer als bei anderen Interventionen (Coatsworth et al. 2001; Santisteban et al. 1996; Stanton u. Shadish 1997; Szapocznik et al. 1988). Es gelingt gerade, Familien mit Jugendlichen, die besonders schwere dissoziale Störungen zeigen, verstärkt in der Therapie zu halten, während alternative Therapieangebote eher Familien mit schwächer ausgeprägten Problemen erreichen (Coatsworth et al. 2001). Auch die „Kundenzufriedenheit“ ist bei systemischer FT meist höher als bei anderen Interventionen (Harrington et al. 1998; Henggeler et al. 1996; Szapocznik et al. 1988).
6. Ressourcenorientierung ist eine hoch wirksame „Technik“ der systemischen FT (s. auch Grawe u. Grawe-Gerber 1999).
  7. Positive Schläfereffekte: In mehreren Studien erwies sich systemische FT kurzfristig als ebenso oder etwas weniger wirksam als VT oder andere Ansätze, war beim 1- oder 2-Jahres-Follow-Up-Nachweis jedoch gleichwertig oder überlegen (Brent et al. 1998; Liddle 2002; Szapocznik et al. 1989).
  8. Das Einbeziehen der Eltern durch systemische Fragen/Interventionen ist nachweislich für den Therapieerfolg wesentlich, nicht aber die gemeinsame physische Präsenz von IPs und Eltern im Therapieraum (Eisler et al. 2000; Robin et al. 1994, 1999; Szapocznik u. Williams 2000).
  9. Zu bestimmten Störungsbildern liegen bisher noch keine (z. B. somatoforme Störungen) oder nur einzelne systemischen RCT vor (z. B. Angststörungen).
  10. Systemische FT ist kostengünstig. Das belegen jedenfalls US-Studien.
  11. Die Evidenz für die Wirksamkeit systemischer FT ist noch besser für Störungen von Kindern und Jugendlichen belegt als für Störungen von Erwachsenen.

Sehr gute Belege für die anderen Methoden gegenüber gleichwertige oder aber überlegene Wirksamkeit systemischer FT bei Kindern und Jugendlichen existieren in Hinblick auf folgende Störungen (s. Übersicht und **■ Tabelle 2**; Asen 2002;

Cottrell u. Boston 2002; Schizophrenie: s. Sydow et al. 2006):

- a) *Dissoziale Störungen und Delinquenz*: Systemische FT (insbesondere MST) reduziert nachweislich die Zeit, die jugendliche Delinquente in Institutionen verbringen und die Wahrscheinlichkeit weiterer Festnahmen und wirkt damit auch für die Gesellschaft Kosten sparend (s. auch Woolfenden et al. 2004; Curtis et al. 2004).
- b) *Drogenkonsumstörungen*: Systemische FT ist der am besten untersuchte Therapieansatz mit den positivsten Ergebnissen (s. auch Deas u. Thomas 2001; Stanton u. Shadish 1997).
- c) *Essstörungen* (s. auch Krautter u. Lock 2004).
- d) *Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen* (Asthma, Diabetes mellitus, Adipositas).
- e) *Depressionen und Suizidalität*.

In Hinblick auf *differenzielle Indikationen* gilt (Asen 2002; Cottrell u. Boston 2002):

- Bei *dissozialen Störungen* jüngerer Kinder sind Elterntrainings die Methode der Wahl; doch bei älteren Kindern und Jugendlichen sowie bei Familien mit multiplen und komplexen Problemen ist systemische FT indiziert (Sexton et al. 2003).
- Bei *Essstörungen* ist systemische FT besonders empfehlenswert, wenn die Störung noch nicht stark chronifiziert ist und der Erkrankungsbeginn vor dem 19. Geburtstag war. Auch bei älteren, chronifizierten Anorektikerinnen ist systemische FT/PT hilfreich (Dare et al. 2001), aber bisher weniger gut erforscht. Zur systemischen Therapie bei Bulimie sind die bisherigen Befunde widersprüchlich (Russell et al. 1987; Eisler et al. 1997; Espina-Eizaguirre et al. 2000, 2001).

### Zusammenfassung des Forschungsstands orientiert an den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Unsere Analyse stützt sich auf 47 randomisierte, kontrollierte Outcome-Studien zur Kinder- und Jugendlichenthera-

\* Primärstudie: wird in der Übersicht dargestellt und im Ergebnisteil berücksichtigt;

\*\* Metaanalyse/Cochrane-Review: wird im Ergebnisteil berücksichtigt.



pie (90 Publikationen) – also auf mehr als doppelt so viele Originalstudien wie der Antrag von Schiepek (1999). Die wissenschaftliche Wirksamkeit systemischer Therapie müsste für 3 der vom WB definierten 8 Anwendungsbereiche der KJPT nachweisbar sein (■ **Tabelle 2**: Bereiche 4, 5 und 7). Ein weiterer Bereich ist grenzwertig einzuschätzen (1. Depression sowie Suizidalität). Zu 4 Anwendungsbereichen konnten keine (3, 6, 8) oder keine hinreichenden RCTs identifiziert werden (2).

## Forschungsbezogene Implikationen

Die systemische FT-Forschung hat in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht. Das wird darin deutlich, dass inzwischen zur Kinder- und Jugendlichentherapie 47 und zur Erwachsenentherapie 26 (Sydow et al. 2006) kontrollierte, randomisierte oder parallelisierte Studien identifiziert werden können. Das sind (74 RCTs) etwa 3-mal so viele Studien wie im Antrag von Schiepek (1999). Auch qualitativ hat sich die Lage deutlich verbessert (s. auch Lebow u. Gurman 1995):

1. Die Interventionen werden klarer beschrieben (in 26 RCTs wurden „richtige“ Manuale eingesetzt) und die Behandlungsintegrität empirisch geprüft (22-mal).
2. Es werden zunehmend Intent-to-treat-Analysen eingesetzt (7-mal).
3. Der Einsatz multipler Datenquellen hat sich durchgesetzt (z. B. Selbst-, Fremdbeurteilung, physiologische Daten, Krankenkassendaten).
4. Statt nur 2 (Prä-, Post-)Erhebungen werden multiple Messungen mit längeren Follow-Up-Intervallen von bis zu 5 Jahren realisiert.
5. „Dismanteling-Studien“ untersuchen, welchen Einfluss einzelne Behandlungskomponenten haben (z. B. positive Umdeutungen; Robbins et al. 1996, 2000).
6. Die systemischen Interventionen werden mit etablierten und standardisierten Alternativinterventionen verglichen (z. B. KVT-ET, PD-ET, KVT-FT).

7. Zunehmend werden Populationen und klinische Probleme untersucht, die einer normalen klinischen Inanspruchnahmepopulation ähneln.
8. Es liegen mehr standardisierte, methodisch brauchbare Verfahren vor, die Therapieprozess und -ergebnis angemessen abbilden können.

Allerdings gilt diese optimistische Einschätzung nicht für Deutschland, das in Bezug auf systemische Psychotherapieforschung leider immer noch ein Entwicklungsland ist. Nur eine Studie erfüllte unsere methodischen Kriterien (s. Übersicht). Umso wichtiger ist mehr systemische Therapieforschung in den deutschsprachigen Ländern, die anspruchsvolleren methodischen Anforderungen genügt (Diamond et al. 1996; Kazdin 2000; Lebow u. Gurman 1995; Pinsof u. Wynne 1995). Konkrete methodische Kriterien für Outcome-Studien werden an anderer Stelle aufgeführt (Sydow et al. 2006). Daneben wird auch noch mehr systemische Grundlagenforschung benötigt (Sydow 2000, 2002, 2006).

## Problembereiche

### Systemische vs. integrative Therapie

Durch die Entwicklung integrativer, empirisch bewährter multimethodaler Therapieansätze verwischen die Grenzen zwischen verschiedenen Therapieschulen immer mehr (Döpfner 1993). Viele der in den USA evaluierten wirksamen neuen FT-Programme (■ **Tabelle 1**) sind integrativ ausgerichtet. Meist beruhen sie auf einer Mischung aus systemischen und kognitiv-behavioralen Ansätzen; seltener werden auch bindungstheoretische Ansätze berücksichtigt.

In Anbetracht der dominierenden Integration haben wir nur Ansätze berücksichtigt, die entweder durch Namen, Bezug auf systemische Autoren oder aber in Theorie und Interventionen mindestens zu 50% als systemisch gekennzeichnet sind (s. Abschn. „Interventionsbezogene Selektionskriterien“). Unsere Zuordnung wird auch durch einen Review-Artikel zur VT-FT gestützt, der *keinen* der hier referierten Ansätze erwähnt (nur psychoedukative und andere hier nichtberücksichtig-

te multimodale Therapieansätze; Hahlweg et al. 2000).

## Gelten die US-Ergebnisse auch in Deutschland?

Die Wirksamkeit systemischer Interventionen ist unabhängig vom kulturellen und ethnischen Hintergrund der Klienten (Borduin et al. 1995; Dakof et al. 2001). Die Wirksamkeit systemischer Interventionen wird durch 14 europäische RCTs belegt (UK, Schweden, Norwegen, Spanien, Italien, Deutschland: Saile u. Forse 2002; s. Übersicht) sowie durch weitere erfolgreiche deutsche/europäische systemische Therapiestudien, die unsere methodischen Kriterien (Randomisierung!) nicht erfüllten und deshalb nicht in der Metainhaltsanalyse berücksichtigt wurden (z. B. Thomasius 2004).

## Fazit für die Praxis

**Der Forschungsstand belegt, dass systemische FT u. a. bei Substanz-, Ess-, dissozialen, organischen sowie depressiven Störungen hoch wirksam ist.**

## Korrespondierender Autor

PD Dr. Kirsten von Sydow

Psychologisches Institut, Universität Hamburg, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg  
E-Mail: kirsten.von.sydow@uni-hamburg.de

## Danksagung

Für Hilfe bei der Literaturbeschaffung danken wir Claudia Borgers und Pia Weber (Universität Duisburg-Essen) sowie folgenden Wissenschaftlern in Deutschland (Prof. Dr. Arist von Schlippe, Prof. Dr. Michael Scholz, Dr. Saile, Prof. Dr. M. Wirsching), den USA (den Professoren Michael Dennis, Guy Diamond, Scott W. Henggeler, Anne E. Kazak, Dr. Judith Landau, Dr. Howard Liddle, Jose Szapocznik, Lyman Wynne und ihren Mitarbeiterinnen), Schweden (Prof. Carl-Erik Flodmark, Prof. Ulf Malm) und Finnland (Prof. Paul Knekt).

**Interessenkonflikt:** Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

## Literatur<sup>4</sup>

- Alexander JF, Parsons BV (1973)\* Short-term behavioral intervention with delinquent families: impact on family process and recidivism. *J Abnorm Psychol* 81(3):219–225
- Alexander JF, Parsons BV (1982) *Functional family therapy: principles and procedures*. Brooks & Cole, Monterey, CA
- Alexander JF, Pugh C, Parsons B, Sexton TL (2000) *Functional family therapy*. In: Elliott D (ed) *Book three: blueprints for violence prevention*, 2nd edn. Venture, Golden, CO
- Alexander JF, Sexton TL, Robbins MS (2002) The developmental status of family therapy in family psychology intervention science. In: Liddle HS, Santisteban D, Levant R, Bray J (eds) *Family psychology intervention science*. American Psychological Association, Washington, DC
- Aos S, Barnoski R (1998) *Watching the bottom line: cost-effective interventions for reducing crime in Washington*. Institute for Public Policy, Washington State, RCW 13.40.500
- Asen E (2002) Outcome research in family therapy. *Adv Psychiatr Treat* 8:230–238
- Barbe RP, Bridge J, Birmaher B, Kolko D, Brent DA (2004)\* *Suicidality and its relationship to treatment outcome in depressed adolescents*. *Suicide Life Threat Behav* 34(1):44–55
- Barkley RA, Guevremont DC, Anastopoulos A, Fletcher KF (1992)\* A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol* 60(3):450–462
- Beelmann A, Schneider N (2003)\*\* *Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen: Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung*. *Z Klin Psychol Psychother* 32(2):129–143
- Birmaher B, Brent DA, Kolko D et al. (2000)\* *Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 57(1):29–36
- Borduin CM (1999) *Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:242–249
- Borduin CM, Henggeler SW, Blasko DM, Stein R (1990)\* *Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders*. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 34(2):105–113
- Borduin CM, Mann BJ, Cone LT, Henggeler SW, Fucci BR, Blasko DM, Williams RA (1995)\* *Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence*. *J Consult Clin Psychol* 63:569–578
- Boszormenyi-Nagy I, Sparks GM (1984) *Invisible loyalties*. Brunner & Mazel, New York
- Bowlby J (1969) *Disruption of affectional bonds and its effects on behavior*. *Can Ment Health Suppl* 59:12
- Brent DA, Holder D, Kolko D et al. (1997)\* *A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy*. *Arch Gen Psychiatry* 54(9):877–885
- Brent DA, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Bridge J, Roth C, Holder D (1998)\* *Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(9):906–914
- Brent DA, Kolko DJ, Birmaher B, Baugher M, Bridge J (1999)\* *A clinical trial for adolescent depression: predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trial*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(3):263–270
- Brent DA, Birmaher B, Kolko DJ, Baugher M, Bridge J (2001)\* *Subsyndromal depression in adolescents after a brief psychotherapy trial: course and outcome*. *J Affect Disord* 63(1–3):51–58
- Bronfenbrenner U (1979) *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University Press, Cambridge, MA
- Brown TL, Henggeler SW, Schoenwald SK, Brondino MJ, Pickrel SG (1999)\* *Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile delinquents: effects on school attendance at posttreatment and 6-month-follow-up*. *Children Serv Soc Pol Res Pract* 2(2):81–93
- Brunk M, Henggeler SW, Whelan JP (1987)\* *A comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect*. *J Consult Clin Psychol* 55(2):171–178
- Bukstein OG, the Work Group on Quality Issues (1997) *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 [Suppl 10]:140–156
- Bundesministerium (BM) für Gesundheit (1990) *Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung-Psych-PV)*. *Bundesgesetzblatt, Teil I*. 18.12.1990
- Byford S, Harrington R, Torgerson D et al. (1999)\* *Cost-effectiveness analysis of a home-based social work intervention for children and adolescents who have deliberately poisoned themselves. Results of a randomized controlled trial*. *Br J Psychiatry* 174:56–62
- Carr A (2000) *Evidence based practice in family therapy and systemic consultation. I Child-focused problems*. *J Fam Ther* 22:29–60
- Casey RJ, Berman JS (1985)\*\* *The outcome of psychotherapy with children*. *Psychol Bull* 98(2):388–400
- Center for Substance Abuse Prevention (2000) *Strengthening America's families: model family programs for substance abuse and delinquency prevention*. Department of Health Education, University of Utah, N215 HPER, Salt Lake City, UT 84112
- Chambless DL, Hollon SD (1998) *Defining empirically supported therapies*. *J Consult Clin Psychol* 66(1):7–18
- Cierpka M (Hrsg) (1996) *Handbuch der Familiendiagnostik*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Coatsworth JD, Santisteban DA, McBride CK, Szapocznik J (2001)\* *Brief strategic family therapy versus community: engagement, retention and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity*. *Fam Process* 40:313–332
- Conen M-L (2002) *Zur Situation systemischer Therapie in Europa*. *Z Syst Ther* 20:88–100
- Cottrell D (2003) *Outcome studies of family therapy in child and adolescent depression*. *J Fam Ther* 25(4):406–416
- Cottrell D, Boston P (2002) *Practitioner review: the effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents*. *J Child Psychol Psychiatry* 43:573–586
- Curtis NM, Ronan KR, Borduin CM (2004)\*\* *Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies*. *J Fam Psychol* 18(3):411–419
- Dakof GA, Tejada M, Liddle HA (2001) *Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment*. *J Am Acad Child Psychiatry* 40(3):274–281
- Dare C, Eisler I, Russell GFM, Szmulker GI (1990)\* *The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa*. *J Marital Fam Ther* 16(1):39–57
- Deas D, Thomas SE (2001) *An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment*. *Am J Addict* 10(2):178–189
- Dennis M, Titus J, Diamond GS et al. (2002)\* *The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans*. *Addiction* 97 [Suppl 1]:16–34
- Dennis M, Godley SH, Diamond G et al. (2004)\* *The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials*. *J Subst Abuse Treat* 27(3):197–213
- Diamond G, Siqueland L (2001) *Current status of family intervention science*. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 10(3):641–661
- Diamond G, Serrano AC, Dickey M, Sonis WA (1996) *Current status of family-based outcome and process research*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(1):6–16
- Diamond G, Siqueland L, Diamond GM (2003)\* *Attachment-based family therapy for depressed adolescents: programmatic treatment development*. *Clin Child Fam Psychol Rev* 6(2):107–127
- Diamond GM, Liddle HA, Hogue A, Dakof GA (1999) *Alliance building interventions with adolescents in family therapy: a process study*. *Psychotherapy* 36:355–368
- Diamond GM, Diamond GS, Liddle HA (2000) *The therapist-parent alliance in family based therapy for adolescents*. *J Clin Psychol* 56(8):1037–1050
- Diamond GS, Liddle HA (1996) *Resolving therapeutic impasses between parents and adolescents*. *J Consult Clin Psychol* 64(3):481–488
- Diamond GS, Liddle HA (1999) *Transforming negative parent-adolescent interactions: from impasse to dialogue*. *Fam Process* 38:5–26
- Diamond GS, Godley SH, Liddle HA, Sampl S, Webb C, Tims FM, Meyers R (2002)\* *Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment interventions*. *Addiction* 97 [Suppl 1]:46–57
- Diamond GS, Reis B, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L (2002)\* *Attachment based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:1190–1196
- Döpfner M (2003) *Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?* *Psychother J* 4:258–266
- Döpfner M, Lehmkuhl G (2002) *Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. *Psychol Rundsch* 53(4):184–193
- Eisler I, Dare C, Russell GFM, Szmulker G, Grange D le, Dodge E (1997)\* *Family and individual therapy in anorexia nervosa: a five-year follow-up*. *Arch Gen Psychiatry* 54(11):1025–1030
- Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Grange D le (2000)\* *Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions*. *J Child Psychol Psychiatry* 41(6):727–736
- Flodmark CE, Ohlsson T, Ryden O, Sveger T (1993)\* *Prevention of progression to severe obesity in a group of obese schoolchildren treated with family therapy*. *Pediatrics* 91(5):880–884
- Fonagy P, Roth A (2004a) *Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen: Teil I*. *Psychother J* 3(3):204–218
- Fonagy P, Roth A (2004b) *Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen: Teil II*. *Psychother J* 3(4):300–314
- French MT, Roebuck MC, Dennis ML et al. (2002)\* *The economic cost of outpatient marijuana treatment for adolescents: findings from a multi-site field experiment*. *Addiction* 97 [Suppl 1]:84–97

- French MT, Roebuck MC, Dennis ML, Godley SH, Liddle HA, Tims FM (2003)\* Outpatient marijuana treatment for adolescents: economic evaluation of a multisite field experiment. *Eval Rev* 27(4):421–459
- Friedman AS (1989)\* Family therapy vs. parent groups: effect on adolescent drug abusers. *Am J Fam Psychol* 8:390–416
- Gaynor ST, Weersing VR, Kolko DJ, Birmaher B, Heo J, Brent DA (2003)\* The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: a comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *J Consult Clin Psychol* 71(2):386–393
- Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzmann DK (2000)\* Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry* 45(2):173–178
- Grange D le, Eisler I, Dare C, Russell GFM (1992)\* Evaluation of family therapy in anorexia nervosa: a pilot study. *Int J Eat Disord* 12(4):347–357
- Grawe K, Grawe-Gerber M (1999) Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44:63–73
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994)\*\* Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Greenberg LS, Johnson SM (1988) Emotionally focused therapy for couples. Guilford, New York
- Gurman AS, Liddle HA (2002) Family psychology: science based interventions. *Psychother Res* 12(3):389–391
- Gustafsson PA, Kjellman NIM, Cederblad M (1986)\* Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. *J Psychosom Res* 30(3):369–374
- Hahlweg K, Kuschel A, Miller Y (2000) Verhaltenstherapeutische Familientherapie. *Familiendynamik* 25:386–410
- Haley J (1976) Problem-solving therapy. Harper & Row, New York
- Hall A, Crisp AH (1987)\* Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: outcome at one year. *Br J Psychiatry* 151:185–191
- Harrington R, Kerfoot M, Dyer E et al. (1998)\* Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(5):512–518
- Harrington R, Kerfoot M, Dyer E, McNiven F, Gill J, Harrington V, Woodham A (2000)\* Deliberate self-poisoning in adolescence: why does a brief family intervention work in some cases and not in others? *J Adolesc* 23(1):13–20
- Hazellrigg MD, Cooper HM, Borduin CM (1987)\*\* Evaluating the effectiveness of family therapies: an integrative review and analysis. *Psychol Bull* 101:428–442
- Helou A, Lorenz W, Ollenschläger G, Reinauer H, Schwarz FW (2000) Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 94:330–339
- Henggeler SW (1999) Multisystemic therapy: an overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. *Child Psychol Psychiatry Rev* 4(1):2–10
- Henggeler SW (2004) Decreasing effect sizes for effectiveness studies – Implications for the transport of evidence-based treatments: comment on Curtis, Ronan, and Borduin (2004). *J Fam Psychol* 18(3):420–423
- Henggeler SW, Borduin CM (1990) Family therapy and beyond: a multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents. Brooks & Cole, Pacific Grove, CA
- Henggeler SW, Borduin CM, Melton G et al. (1991)\* Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: a progress report from two outcome studies. *Fam Dyn Addict* Q 1(3):40–51
- Henggeler SW, Melton GB, Smith LA (1992)\* Family preservation using multisystemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *J Consult Clin Psychol* 60(6):953–961
- Henggeler SW, Melton GB, Smith LA, Schoenwald S, Hanley J (1993)\* Family preservation using multisystemic therapy: long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *J Child Fam Stud* 2:283–293
- Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ, Crouch JL (1996)\* Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *Am J Psychiatry* 153:427–428
- Henggeler SW, Melton GB, Brondino MJ, Scherer DG, Hanley JH (1997)\* Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: the role of treatment fidelity in successful termination. *J Consult Clin Psychol* 65(5):821–833
- Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB (1998) Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents. Guilford, New York
- Henggeler SW, Rowland MD, Randall J et al. (1999a)\* Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(11):1331–1339
- Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ (1999b)\* Multisystemic treatment of substance-abusing and -dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Ment Health Serv Res* 1(3):171–184
- Henggeler SW, Clingempeel WG, Brondino MJ, Pickrel SG (2002a)\* Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(7):868–874
- Henggeler SW, Schoenwald SK, Rowland MD, Cunningham PB (2002b) Multisystemic treatment of children and adolescents with serious emotional disturbance. Guilford, New York
- Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins C et al. (2003)\* One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youths in psychiatric crisis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(5):543–551
- Hogue A, Liddle HA, Rowe C, Turner RM, Dakof G, Pann K la (1998) Treatment adherence and differentiation in individual versus family therapy for adolescent substance abuse. *J Consult Clin Psychol* 45:104–114
- Hogue A, Liddle HA, Dauber S, Samuolis J (2004) Linking session focus to treatment outcome in evidence-based treatments for adolescent substance abuse. *Psychother Theory Res Pract Train* 41:83–96
- Huey SJ, Henggeler SW, Brondino MJ, Pickrel SG (2000)\* Mechanisms of change in multisystemic therapy: reducing delinquent behaviour through therapist adherence and improved family and peer functioning. *J Consult Clin Psychol* 68(3):451–467
- Huey SJ, Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Pickrel SG, Edwards J (2004)\* Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(2):183–190
- Joanning H, Quinn W, Thomas F, Mullen R (1992)\* Treating adolescent drug abuse: a comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *J Marital Fam Ther* 18:345–356
- Johnson SM, Whiffen VE (2003) Attachment processes in couple and family therapy. Guilford, New York
- Kaslow FW (2000a) Continued evolution of family therapy: the last twenty years. *Contemp Fam Ther* 22:357–386
- Kaslow FW (2000b) History of family therapy: evolution outside of the USA. *J Fam Psychother* 11:1–35
- Kazdin AE (2000) Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 58:729–740
- Kazdin AE, Weisz JR (1998) Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *J Consult Clin Psychol* 66(1):19–36
- Kazdin AE, Bass D, Ayers WA, Rodgers A (1990)\*\* Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 58:729–740
- Klein NC, Alexander JF, Parsons BV (1977)\* Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: a model of primary prevention program evaluation. *J Consult Clin Psychol* 45(3):469–474
- 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(4):603–614
- Krautter TH, Lock J (2004) Treatment of adolescent anorexia nervosa using manualized family-based treatment. *Clin Case Stud* 3(2):107–123
- Lask B, Matthew D (1979)\* Childhood asthma: a controlled trial of family psychotherapy. *Arch Dis Child* 54(2):116–119
- Lebow JL, Gurman AS (1995) Research assessing couple and family therapy. *Annu Rev Psychol* 46:27–57
- Lewis RA, Piercy FP, Sprenkle DH, Trepper TS (1990)\* Family-based interventions and community networking for helping drug-abusing adolescents. *J Adolesc Res* 5:82–95
- Liddle HA (1999) Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *J Clin Child Psychol* 28(4):521–533
- Liddle HA (2002a)\* Advances in family-based therapy for adolescent substance abuse: findings from the multidimensional family therapy research program. In: Harris LS (ed) Problems of drug dependence. 2001: Proceedings of the 63rd Annual Scientific Meeting. NIDA Research Monograph No. 182, NIH Publication No. 02–5097. National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD, pp 113–115
- Liddle HA (2002b) Multidimensional family therapy treatment (MDFT) for adolescent cannabis users. Cannabis Youth Treatment (CYT) manual series, vol 5. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD, <http://kap.samhsa.gov/products/manuals/cyt/pdfs/cyt5.pdf>
- Liddle HA, Dakof GA (2002)\* A randomized controlled trial of intensive outpatient, family based therapy vs. residential drug treatment for co-morbid drug abusers. *Drug Alcohol Depend* 66:S2–S202(#385) S103
- Liddle HA, Rowe C, Diamond GM, Sessa FM, Schmidt S, Ettinger D (2000) Toward a developmental family therapy: the clinical utility of research on adolescence. *J Marital Fam Ther* 26(4):485–499

- Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejada M (2001)\* Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 27(4):651–688
- Liddle HA, Santisteban DA, Levant RF, Bray JH (2002) Family psychology: science-based interventions. American Psychological Association, Washington, DC
- Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Ungaro RA, Henderson CE (2004)\* Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *J Psychoactive Drugs* 36(1):49–63
- Lock J, Grange D le, Agras W, Dare C (2001) Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach. Guilford, New York
- Malone CA (2001) Child and adolescent psychiatry and family therapy. An overview. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 10(3):395–413
- Mann BJ, Borduin C, Henggeler SW, Blasko D (1990)\* An investigation of systemic conceptualisations of parent-child coalitions and symptom change. *J Consult Clin Psychol* 58(3):336–344
- Markus E, Lange A, Pettigrew TF (1990)\*\* Effectiveness of family therapy: a meta-analysis. *J Fam Ther* 12:205–221
- Minuchin S (1974) Families and family therapy. Harvard University Press, Cambridge, MA
- Minuchin S, Fishman HC (1981) Family therapy techniques. Harvard University Press, Cambridge, MA
- National Institute on Drug Abuse (1999) Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. NIH Publication 99–4180. National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD
- Nock MK (2003) Progress review of the psychosocial treatment of child conduct problems. *Clin Psychol Sci Pract* 10(1):1–28
- Ogden T, Halliday-Boykins CA (2004)\* Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: replication of clinical outcomes outside of the US. *Child Adolesc Ment Health* 9(2):77–83
- Onnis L, Gennaro A di, Cespa G et al. (2001)\* Prevention of chronicity in psychosomatic illness: a systematic research study into the treatment of childhood asthma. *Fam Syst Health* 19(3):237–250
- Ozechowski TJ, Liddle HA (2000) Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. *Clin Child Fam Psychol Rev* 3(4):269–298
- Panton J, Barley EA (2004)\*\* Family therapy for asthma in children (cochrane review). Cochrane Library, Issue 1. Wiley, Chichester, UK
- Parsons BV, Alexander JF (1973)\* Short-term family intervention: a therapy outcome study. *J Consult Clin Psychol* 41:195–201
- Pinsolf WM, Wynne LC (1995) The effectiveness and efficacy of marital and family therapy: an empirical overview, conclusions, and recommendations. *J Marital Fam Ther* 21(4):585–613
- Pisarsky BC (2002) Systemische Therapie in Europa. *Z Syst Ther* 20:101–104
- Retzlaff R (2002) Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 5(10):792–810
- Robbins MS, Alexander JF, Newell RM, Turner CW (1996) The immediate effect of reframing on client attitude in family therapy. *J Fam Psychol* 10(1):28–34
- Robbins MS, Alexander JF, Turner CW (2000) Disrupting defensive family interactions in family therapy with delinquent adolescents. *J Fam Psychol* 14(4):688–701
- Robin AL, Foster SL (1989) Negotiating parent-adolescent conflict: a behavioral family systems approach. Guilford, New York
- Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moye A, Tice S (1994)\* Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr* 15:111–116
- Robin AL, Siegel PT, Moye A (1995)\* Family versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict. *Int J Eat Disord* 17:313–322
- Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Baker-Dennis A, Sikard A (1999)\* A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1482–1489
- Rotthaus W (Hrsg) (2002) Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, 2. korr. Aufl. Auer, Heidelberg
- Rowe CL, Liddle HA (2003) Substance abuse. *J Marital Fam Ther* 29(1):97–120
- Rowe CL, Liddle HA, Greenbaum et al. (2004)\* Impact on psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers. *J Subst Abuse Treat* 26(2):129–140
- Russell GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I (1987)\* An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 44:1047–1056
- Ryden O, Nevander L, Johnsson P, Hansson K, Kronvall P, Sjoblad S, Westboom L (1994)\* Family therapy in poorly controlled juvenile IDDM: effects on diabetic control, self evaluation and behavioural symptoms. *Acta Paediatr* 83(3):285–291
- Saile H, Forse I (2002)\* Allgemeine und differentielle Effekte von behavioraler und systemischer Familientherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 50(3):281–299
- Saile H, Trosbach J (2001)\* Behaviorale und systemische Familientherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern: Unterschiede in der Einschätzung von Experten und im beobachtbaren Therapeutenverhalten. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 49(1):3–48
- Santisteban DA, Szapocznik J, Perez-Vidal A, Kurtines W, Murray E, Perriere A la (1996)\* Efficacy of interventions for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *J Fam Psychol* 10:35–44
- Santisteban DA, Coatsworth JD, Perez-Vidal A, Kurtines MW, Schwartz SJ, Perriere A la, Szapocznik J (2003a)\* Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *J Fam Psychol* 17(1):121–133
- Santisteban DA, Muir JA, Mena MP, Mitrani VB (2003b) Integrated borderline adolescent family therapy: meeting the challenges of treating borderline adolescents. *Psychother Theory Res Pract Train* 40(4):251–264
- Scheib P, Wirsching M (2004) Paar- und Familientherapie: Leitlinie und Quellentext. (Unter Mitarbeit von Balck F, Geigges W, Kersting A, Kröger F, Schweitzer J, Wälte D, Wieterseheim J von). Schattauer, Stuttgart; <http://www.uniduesseldorf.de/www/awmf/II/index.html>
- Scherer DG, Brondino MJ, Henggeler SW, Melton GB, Hanley JH (1994)\* Multisystemic family preservation therapy: preliminary findings from a study of rural and minority serious adolescent offenders. *J Emot Behav Disord* 2(4):198–206
- Schiepek G (1999) Die Grundlagen der Systemischen Therapie (einschl. tabellarischem Überblick auf CD). Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schlippe A v, Schweitzer J (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schmidt SE, Liddle HA, Dakof GA (1996) Changes in parental practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. *J Fam Psychol* 10:12–27
- Schoenwald SK, Ward DM, Henggeler SW, Pickrel SG, Patel H (1996)\* Multisystemic therapy treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement. *J Child Fam Stud* 5:431–444
- Schoenwald SK, Ward DM, Henggeler SW, Rowland M (2000)\* Multisystemic therapy versus hospitalization for crisis stabilization of youth: placement outcomes 4 months post-referral. *Ment Health Serv Res* 2:3–12
- Sexton TL, Alexander JF (2003) Functional family therapy: a mature clinical model for working with at-risk adolescents and their families. In: Sexton TL, Weeks GR, Robbins MS (eds) Handbook of family therapy. Brunner-Routledge, New York, pp 323–350
- Sexton TL, Robbins MS, Hollimon AS, Mease AL, Mayorga CC (2003) Efficacy, effectiveness, and change mechanisms in couple and family therapy. In: Sexton TL, Weeks GR, Robbins MS (eds) Handbook of family therapy. Brunner-Routledge, New York, pp 229–262
- Shadish WR, Montgomery L, Wilson P, Wilson M, Bright I, Okwumabua T (1993)\*\* The effects of family and marital psychotherapies: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 61(6):992–1002
- Shadish WR, Ragsdale K, Glaser RR, Montgomery LM (1995/1997) Effektivität und Effizienz von Familientherapie: Eine metaanalytische Perspektive. *Familienpsychol* 22(1):5–33; The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: a perspective from Meta-Analysis. *J Marital Fam Ther* 21:345–360
- Sheidow AJ, Henggeler SW, Schoenwald SK (2003) Multisystemic therapy. In: Sexton TL, Weeks GR, Robbins MS (eds) Handbook of family therapy. Brunner-Routledge, New York, pp 303–322
- Sheidow AJ, Bradford WD, Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins C, Schoenwald SK, Ward DM (2004)\* Treatment costs for youths receiving multisystemic therapy or hospitalisation after a psychiatric crisis. *Psychiatr Serv* 55:548–554
- Simpson L (1990)\* The comparative efficacy of Milan family therapy for disturbed children and their families. *J Fam Ther* 13:267–284
- Siqueland L, Rynn M, Diamond G (2005)\* Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: phase I and II studies. *J Anxiety Disord* 19(4):361–381
- Stanton M, Shadish WR (1997)\*\* Outcome, attrition and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of controlled comparative studies. *Psychol Bull* 122(2):170–191
- Stanton MD, Todd TC (1982)\* Family therapy for drug abuse and addiction. Guilford, New York
- Stein D, Brent DA, Bridge J, Kolko D, Birmaher B, Baugher M (2001)\* Predictors of parent-rated credibility in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *J Psychother Pract Res* 10(1):1–7
- Sydow K v (2000b) Systemische Psychotherapie mit Familien, Paaren und Einzelnen. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, (überarb. Neuauf. in Vorb). Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 294–332

- Sydow K v (2002) Systemic attachment theory and therapeutic practice: a proposal, (invited review). *Clin Psychol Psychother* 9(2):77–90
- Sydow K v (2006) Familien- und Paartherapie als Setting. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*, (überarb. Neuaufl. in Vorb). Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Sydow K v, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer-Rothers J (2006) Systemische Therapie bei Störungen des Erwachsenenalters: Eine Meta-Inhaltsanalyse von 26 randomisierten Primärstudien. *Psychotherapeut* (im Druck)
- Szapocznik J, Kurtines WM (1989) Breakthroughs in family therapy with drug abusing problem youth. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Szapocznik J, Williams RA (2000) Brief strategic therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clin Child Fam Psychol Rev* 3(2):117–134
- Szapocznik J, Kurtines WM, Foote FH, Perez-Vidal A, Hervis O (1983)\* Conjoint versus one-person family therapy: some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *J Consult Clin Psychol* 51(6):881–899
- Szapocznik J, Kurtines WM, Foote FH, Perez-Vidal A, Hervis O (1986)\* Conjoint versus one-person family therapy: further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. *J Consult Clin Psychol* 54(3):395–397
- Szapocznik J, Perez-Vidal A, Brickman AL, Foote FH, Santisteban D, Hervis O, Kurtines W (1988)\* Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic-structural systems approach. *J Consult Clin Psychol* 56(4):552–557
- Szapocznik J, Rio A, Murray E et al. (1989)\* Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *J Consult Clin Psychol* 57(5):571–578
- Szapocznik J, Hervis OE, Schwartz SJ (2003) Therapy manuals for drug addiction: brief strategic family therapy for adolescent drug abuse, manual 5. National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD <http://165.112.78.61/TXManuals/BSFTIndex.html>
- Szykula SA, Morris SB, Sudweeks C, Sayger TV (1987)\* Child-focused behavior and strategic therapies: outcome comparisons. *Psychotherapy* 24 [Suppl 3]:546–551
- Thomasius R (Hrsg) (2004) *Familientherapeutische Frühbehandlung des Drogenmissbrauchs: eine Studie zu Therapieeffekten und -prozessen*. Kovac, Hamburg
- Trepper MD, Piercy F, Lewis R, Volk R, Sprenkle D (1993)\* Family therapy for adolescent alcohol abuse. In: O'Farrell TJ (ed) *Treating alcohol problems: marital and family interventions*. Guilford, New York, pp 261–278
- Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, Turner CW, Peterson TR (2001)\* Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol* 69(5):802–813
- Weisz JR, Weiss B, Alicke MD, Klotz ML (1987)\*\* Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: a meta-analysis for clinicians. *J Consult Clin Psychol* 55:542–549
- 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(3):450–468
- Weisz JR, Huey SJ, Weersing VR (1998) Psychotherapy outcome research with children and adolescents: the state of the art. In: Ollendick TH, Prinz RJ (eds) *Advances in clinical child psychology*, vol. 20. Plenum, New York, pp 49–91
- Wells KC, Egan J (1988)\* Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder: comparative treatment outcome. *Compr Psychiatry* 29(2):138–146
- Wilmshurst LA (2002)\* Treatment programs for youth with emotional and behavioral disorders: an outcome study of two alternate approaches. *Ment Health Serv Res* 4(2):85–96
- Wirsching M, Scheib P (Hrsg) (2002) *Paar- und Familientherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2000a) Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Dtsch Arztebl* 97(33):A-2190/B-1865/C-1666
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2000b) Gutachten zur Systemischen Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. *Dtsch Arztebl* 97(33):A-60/B-46/C-46; <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=2077> und <http://www.wb-psychotherapie.de/homepage/pub/systemTher.html>. Gesehen 27 Jan 2006
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2004) Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirates vom 15.09.2003). *Dtsch Arztebl* PP (2):81, <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=40485>. Gesehen 26 Jan 2006
- Woolfenden SR, Williams K, Peat J (2004)\*\* Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10–17, (Cochrane review). *Cochrane Library*, Issue 3. Wiley, Chichester, UK
- Wysocki T, Harris MA, Greco P et al. (2000)\* Randomized, controlled trial of behavior therapy for families of adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Paediatr Psychol* 25:23–33