

Die Wirksamkeitsforschung von systemischer Therapie/ Familientherapie: zeitbezogene Trends und Unterschiede zwischen verschiedenen Behandlungsmodellen

Seiffge-Krenke, Inge; Beher, Stefan; Skaletz, Christian

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Seiffge-Krenke, I., Beher, S., & Skaletz, C. (2007). Die Wirksamkeitsforschung von systemischer Therapie/ Familientherapie: zeitbezogene Trends und Unterschiede zwischen verschiedenen Behandlungsmodellen. *Zeitschrift für Familienforschung*, 19(2), 231-246. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-58127>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Inge Seiffge-Krenke, Stefan Beher und Christian Skaletz

Die Wirksamkeitsforschung von systemischer Therapie/ Familientherapie:

Zeitbezogene Trends und Unterschiede in der Qualität von Studien zu verschiedenen Behandlungsmodellen

Efficacy research of systemic therapy/family therapy: Historic trends and differences in the quality of studies of different therapy models

Zusammenfassung

Grundlage dieser Analyse sind 68 Wirksamkeitsstudien zur systemischen Therapie/Familientherapie bei Kindern und Jugendlichen im Zeitraum von 1973 bis 2004. Es wird der Frage nachgegangen, welche Qualitätsunterschiede in der Wirksamkeitsforschung zwischen eher integrativ und eher klassisch orientierten Modellen systemischer Familientherapie bestehen, und ob diese Unterschiede mit der Art der untersuchten Therapiemodelle, dem Zeitpunkt der Erforschung und dem Herkunftsland der Studien zusammenhängen. Die Ergebnisse zeigen, dass systemisch-integrative Familientherapie in einigen wichtigen Kriterien der klassisch-systemischen Familientherapie in der methodischen Güte der Studien überlegen ist (z.B. Vorhandensein einer Kontrollgruppe, randomisiertes Studiendesign, Erhebung eines klinisch relevanten Outcomes). Allerdings konnten weitere Analysen belegen, dass die Konfundierung zwischen Publikationsjahr und dem Herkunftsland ein methodisch hohes Niveau der Wirksamkeitsprüfung vorhersagte, unabhängig von der familientherapeutischen Ausrichtung der Studien. Die Analyse verdeutlicht darüber hinaus einen gerade in den letzten Jahren stark angewachsenen Bestand an Wirkstudien zur systemischen Familientherapie insbesondere in den USA, allerdings auch einen Mangel deutscher Wirksamkeitsstudien.

Abstract

Sixty-eight studies investigating the effectiveness of systemic/family therapy for children and adolescents (published from 1973 to 2004) were analyzed to determine whether quality differences exist between studies of more integrative versus classically-orientated systemic family therapy. These differences were examined with respect to the type of therapy model investigated, publication year, and origin of publication. Results indicate that, based on the consideration of important methodological criteria (e.g., existence of a control group, randomized study design, registration of clinical outcome), integrative family therapy is more effective than classic family therapy. Additional analyses revealed that the year and origin of publication predicted a high methodological standard, independent of family therapy orientation. The analyses also revealed that although the number of evaluation studies on systemic/family therapy has considerably increased, especially in the USA, comparable studies on German samples are lacking.

Schlagworte: Therapieevaluation, systemische Familientherapie, RCT

Key words: psychotherapy outcome, systemic family therapy, RCT

Einleitung

Wirksamkeitsstudien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegen im Gegensatz zu Studien über die Behandlung von Erwachsenen sehr viel seltener vor (Leuzinger-Bohleber et al., 2002a; 2002b, Wampold, 2001). Für die Erforschung der Wirksamkeit systemischer Familientherapie gilt jedoch umgekehrt, dass eine sehr viel größere Zahl an Studien deren Effekte an kindlichen und jugendlichen Inpatienten evaluiert (Beher, 2005; 2006; von Sydow et al., 2006). Dennoch hängt der unsichere Status dieser Behandlungsform, die zwar klinisch sehr bedeutsam ist und auch häufig praktiziert wird, auch damit zusammen, dass bislang von einer fehlenden Evidenzbasierung dieser Therapiemodelle ausgegangen wurde.

Seit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes (1999) sind in Deutschland nur noch ausgewählte Therapieverfahren zur Abrechnung über die öffentlichen Kassen zugelassen. Maßgeblich für die Beurteilung der Wissenschaftlichkeit von Therapieverfahren und damit für deren Zulassung in Deutschland ist das Urteil des sog. „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ (WBP), auf dessen Grundlage der Gemeinsame Bundesausschuss über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen entscheidet. Der WBP wurde 1999 gegründet und setzt sich sowohl aus ärztlichen Vertretern wie auch aus psychologischen Psychotherapeuten zusammen. Grundlage der Zulassung eines Therapieverfahrens ist der Nachweis von Evaluationsstudien zu dem betreffenden Verfahren, die dessen Wirksamkeit gegenüber alternativen Behandlungen in verschiedenen Diagnosebereichen und an verschiedenen Populationen empirisch belegen. An die Evaluationsstudien sind bestimmte Anforderungen, zum einen in Abhängigkeit von deren Publikationsdatum, zum anderen im Hinblick auf deren Indikationsbereiche, gestellt.

Eine empirische Evaluation von Psychotherapien findet seit den frühen 1950er Jahren statt und erforscht die Wirksamkeit, die vergleichende Wirkung, die differentielle Indikation und die Wirkungsweise verschiedener Therapieformen (Grawe, 1992). Dass dabei schon zu Anfang die Konkurrenz zwischen den verschiedenen therapeutischen Ansätzen ein treibendes Element in der Entwicklung der Psychotherapieforschung war, lässt sich schon an deren impliziter Annahme ablesen, dass Unterschiede *zwischen* den verschiedenen Therapieschulen größer seien als *innerhalb* dieser Schulen – eine Voraussetzung, die durchaus in Zweifel gezogen werden kann (Wampold, 2001).

In der Erforschung der Wirksamkeit von Psychotherapie haben sich vor allem Studien mit einem RCT-Design (*randomized controlled trial*) durchgesetzt, d.h. Vorgehensweisen, die die Probanden per Zufall auf verschiedene Bedingungen aufteilen und dann nachträglich hinsichtlich ihrer Ergebnisse ohne systematische Rekrutierungseffekte vergleichen. Die Effekte von Psychotherapie in kontrollierten klinischen Versuchen unter spezifischen Bedingungen werden auch häufig mit dem Begriff der „Effizienz“ beschrieben, während der Begriff der „Effektivität“ die Effekte

klinischer Therapie im Feld bezeichnet, so wie sie in der Realität auch durchgeführt wird. Im Prinzip handelt es sich hier um den auch in vielen anderen Gebieten empirischer Forschung zu beobachtenden Konflikt zwischen interner und externer Validität, die sich in gewissem Umfang gegenseitig ausschließt. Auf der einen Seite stehen hochstandardisierte, manualisierte Therapien, die einer nach strengen Reinheitskriterien auserwählten Patientenschaft unter jeweils gleichen Bedingungen und häufig im Vergleich zu einer randomisierten Kontrollgruppe verabreicht werden, auf der anderen Seite steht die wirre Praxis im Alltag – mit allen Zurechnungsproblemen, die in der Beurteilung ihrer Ergebnisse auftreten, aber auch mit aller Nähe zu eben den Phänomenen, über die mittels Forschung eine Aussage getroffen werden soll. Obwohl beide Herangehensweisen klare Vorteile bieten, haben sich Effizienzstudien über die Jahre zum *gold standard* der Therapieforschung entwickelt. Gleichzeitig werden aber auch Forderungen laut, Feldstudien mit ihrer größeren Affinität zu den realen Praktiken mehr Beachtung einzuräumen. Die Datenbasis der vorliegenden Arbeit umfasst deshalb prinzipiell beide Evaluationsformen.

Bestimmte therapeutische Verfahren, wie z.B. die Verhaltenstherapie, wurden nicht zuletzt auf Grund ihrer methodischen Nähe zum klassischen Vorgehen der Wirksamkeitsforschung am häufigsten und auch mit den größten Effekten evaluiert. Die Evaluationskriterien waren oft sehr eng an der Reduktion von Symptomen orientiert, die aus psychoanalytischer und familientherapeutischer Sicht kein eindeutiges und vor allem kein ausreichendes Kriterium darstellt. Allerdings muss man auch sehen, dass systemisch orientierte Psychotherapeuten, vor allem in Deutschland, die empirische Wirksamkeitsforschung bis in die 1980er Jahre hinein weitgehend ignoriert haben.

Für die etablierteren Therapieschulen existieren im Gegensatz zu den umfangreichen Evaluationsstudien, die für erwachsene Patienten vorliegen (Leuzinger-Bohleber, 1994; 1998; Leuzinger-Bohleber et al., 2002a; 2002b), nur wenige Untersuchungen, die sich mit der Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichen-Behandlungen auseinandersetzen (Brisch, 2000; Windaus, 2005). Windaus (2005) bezeichnet die geringe Anzahl an Evaluationsstudien insofern als bedenklich, als dass psychoanalytisch begründete Verfahren den größten Teil der ambulanten Versorgung in Deutschland ausmachen. Er nennt in seiner Übersicht insgesamt 21 Studien, die belegen, dass die verschiedenen analytisch orientierten Behandlungsverfahren bei unterschiedlichen Störungsbildern wirksame Erfolge zeigen. Vor allem störungsspezifische Studien zu depressiven, Angst- und Verhaltensstörungen (Horn et al., 2005; Kronmüller et al., 2005; Winkelmann et al., 2005) mit Kontrollgruppendesign und naturalistischen Feldabbildungen liefern wichtige Belege für deren Wirksamkeit. Kröner-Herwig (2004) resümiert 77 verhaltenstherapeutische Evaluationsstudien, die sich auf Kinder und Jugendliche beziehen. In der Regel wird bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die begleitende Elternarbeit mit 1:4 gewichtet, was bereits den Stellenwert der kontinuierlichen Begleitung und Mitarbeit durch die Eltern verdeutlicht.

Gegenüber verhaltenstherapeutisch und analytisch orientierten Therapiemodellen ist die systemische Familientherapie bis in die jüngste Zeit nicht als Richtlinienverfahren anerkannt. Damit unterscheidet sich die Praxis in der Bundesrepublik vom Vorgehen in anderen europäischen Ländern wie Österreich, der Schweiz, Italien

oder Großbritannien (Conen, 2002). Ein Antrag der Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie (AGST) auf Anerkennung der Systemischen Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren (Schiepek, 1999) im Zuge des Psychotherapeutengesetzes wurde vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) abgelehnt (WBP, 2000). Obwohl der Beirat schon damals „vielversprechend[e]“ Wirksamkeitshinweise gerade für die Kinder- und Jugendtherapie konzidierte, gelangte er insgesamt zu der Ansicht, dass nicht genügend Studien ausreichende Therapieeffekte belegen.

Inzwischen ist der Forschungsstand zur Wirksamkeit systemischer Therapien beträchtlich angewachsen. Eine kürzlich erschienene Übersichtsarbeit (von Sydow et al., 2006) resümiert für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit 48 Primärpublikationen randomisiert-kontrollierter Therapieevaluationen einen im Vergleich zu Schiepek (1999) verdreifachten Bestand an Forschungsarbeiten. Für bestimmte Indikationen wie Substanzmissbrauch und Delinquenz kann systemische Familientherapie damit im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch im Vergleich mit den in Deutschland etablierten Therapieschulen als das wohl am Besten evaluierte Verfahren überhaupt gelten. Ein erneuter Antrag auf Anerkennung ist auf dem Weg.

Als „systemische Familientherapie“ werden im Folgenden solche Interventionen verstanden, die (1) nicht nur auf das Selbstbild einer Person, sondern vor allem auch auf deren Beziehungsfelder und Interaktionsstrukturen fokussieren, sich (2) dabei selbst „systemisch“ nennen oder (wenigstens implizit) an systemtheoretischen Modellen (z.B. von Bertalanffy, 1968; Bronfenbrenner, 1979) orientieren und dabei (3) einen grundsätzlich ressourcen-orientierten (und nicht: edukativen) Ansatz verfolgen. Im Mittelpunkt des systemisch-therapeutischen Vorgehens stehen nach diesem Verständnis die verhaltens- und wahrnehmungs-bezogenen Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Personen. Das Verhalten und die Wahrnehmung des Einzelnen werden dann nach der systemischen Betrachtung schwerpunktmäßig aus der je eigenen Logik des (sozialen) Systems verstanden. Dabei werden nicht nur die Auswirkungen der Systemoperationen auf die Symptome, sondern auch diejenigen der Symptome auf das System, z.B. andere Familienmitglieder, betrachtet. Es geht also sowohl um die Auswirkungen von familiären Interaktionen auf die Symptome eines Familienmitgliedes, als auch umgekehrt um die Auswirkungen von Symptomen auf andere Familienmitglieder, deren Interaktionen und deren Realitätskonstruktionen. In diesem Zusammenhang wird die Vorstellung einer direkten, kausalen Beeinflussung häufig durch das Konzept der Zirkularität ersetzt, demzufolge die Unterscheidung von Ursache und Wirkung zunehmend sinnlos wird, insofern Ursachen immer auch als Wirkungen und Wirkungen immer auch als Ursachen verstanden werden können. Systemische Therapien sehen Klienten in diesem Sinne immer in ihrem größeren sozialen Kontext und ihren wechselseitigen Austauschprozessen mit anderen Personen. Deshalb werden die wichtigen Bezugspersonen (z.B. Partner, Familie, Freunde, Lehrer) des Indexpatienten sowie teilweise auch weitere mitbeteiligte professionelle Helfer (z.B. Ärzte, andere Therapeuten und Berater) entweder direkt „in vivo“ und/oder indirekt durch spezielle Fragetechniken zu ihrem Verhalten, mutmaßlichen Erleben und ihren Intentionen systematisch mit in den therapeutischen Prozess einbezogen. Dabei wird systemtheoretisch die Differenz von System und

Umwelt, d.h. von einem „Innen“ und einem „Außen“, jeder weiteren Unterscheidung übergeordnet und damit Konzepten von Grenzen (nach außen) und Regeln (nach innen) eine exponierte Stellung eingeräumt.

Wie andere Therapieschulen (z.B. Kröner-Herwig (2004) für die Verhaltenstherapie) muss auch die systemische Familientherapie als ein offenes Behandlungsparadigma verstanden werden, das auf Grund seiner „problem- und zielgerichtete[n] Orientierung [auch] die Öffnung gegenüber Hypothesen über neue Interventionsmöglichkeiten“ beinhaltet (ebd., S. 21f.). In diesem Sinne unterscheidet sich systemische Familientherapie zwar von analytisch und verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Familientherapien (Behr, 2005), schließt aber gleichzeitig die Nutzung schulentübergreifender Interventionsformen, z.B. der Psychoedukation, nicht grundsätzlich aus. Gerade jüngere systemisch orientierte Therapiemodelle, die in den USA entwickelt wurden, zeichnen sich durch ein solch pragmatisches Vorgehen aus. Der neueste Überblick zur Wirksamkeit systemischer Therapien (von Sydow et al., 2006; 2007) umfasst daher auch Studien zur Wirksamkeit solcher Behandlungen, die ähnlich wie Verfahren anderer Therapieschulen eine Behandlung auf mehreren Ebenen intendieren und dabei sowohl Interaktionsmuster als auch individuelle Kognitionen berücksichtigen.

Die meisten dieser Behandlungen folgen dabei weiter primär einem nachweislich klar systemischen Konzept. Mann et al. (1990) belegen so etwa für die multisystemische Therapie, dass der Anteil an kognitiv-behavioralen und psychoedukativen Elementen im Verlauf der Behandlung 17% entspricht, gegenüber zahlreichen anderen, klassisch systemischen Interventionsformen wie paradoxen Verschreibungen, *joining* oder *reframing*. Integrativ orientierte systemische Behandlungsansätze mit samt ihren zahlreichen Outcome-Studien stammen beinahe ausschließlich aus den USA, wo gerade im Bereich der Familientherapie die Schulentrennung weit weniger ausgeprägt ist als in Deutschland und darüber hinaus noch relativ heterogene Behandlungsphilosophien unter dem Label der *family therapy* beschrieben werden (z.B. Sprenkle, 2002). Schließlich werden die hier berücksichtigten Interventionen beinahe ausschließlich bei Kindern und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum oder Delinquenz eingesetzt, sodass die Berücksichtigung ihrer Evaluationen im Hinblick auf die Anerkennungsfrage systemischer Therapien in Deutschland kaum ausschlaggebend ist, da gerade in diesen beiden Bereichen auch zahlreiche Wirksamkeitsstudien zu eher klassisch orientierten Modellen (z.B. strukturaler oder strategischer Familientherapie) durchgeführt wurden, mit denen die Kriterien für wissenschaftlich anerkannte Therapieverfahren nach dem WBP genauso erfüllt werden können.

Die Evaluationsstudien zu den integrativ-systemischen Therapiemodellen unterscheiden sich jedoch hinsichtlich verschiedener formaler und vor allem methodischer Kriterien von Studien zu eher klassisch-systemisch orientierten Modellen (Behr, 2005). Zunächst fällt auf, dass sie fast durchweg ein besonders hohes methodisches Niveau aufweisen: Zu jedem dieser Modelle sind Manuale oder Leitfäden publiziert, deren Befolgung für die Behandlung der Experimentalgruppe einer eigenen empirischen Kontrolle unterworfen wurde. Auch etwa in Bezug auf die Stichprobengröße, den Vergleich mit einer Kontrollgruppe oder die Anzahl der Outcome-Dimensionen setzen diese Arbeiten einen sehr hohen technischen Standard.

Es kann nicht Gegenstand dieses Beitrags sein, die Wirksamkeitsprüfung für die systemische Familientherapie in aller Ausführlichkeit (z.B. bezüglich der Krankheitsbilder etc.) darzustellen (vgl. dazu Beher, 2005; 2006; von Sydow et al., 2006; 2007). Stattdessen soll an dieser Stelle der Frage nachgegangen werden, inwiefern die methodisch-forschungspraktischen Unterschiede zwischen eher integrativ orientierten und eher klassisch orientierten systemischen Familientherapien als Ausdruck eines Zeiteffektes betrachtet werden können. Psychotherapieforschung ist heute notwendigerweise komplexer und multimodaler als früher, das gilt für die analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Brisch, 2000) und die analytische Behandlung von Erwachsenen (Leuzinger-Bohleber, 1998; Wampold, 2001). Dieser Trend lässt sich ebenso für die systemische Familientherapie nachweisen: In der Übersichtsarbeit von Beher (2005) wurde deutlich, dass die meisten der integrativ orientierten Forschungen erst in den letzten Jahren publiziert wurden. Es stellt sich daher nicht nur die Frage, ob sich tatsächlich methodische Unterschiede zwischen beiden Gruppen von Studien nachweisen lassen, sondern auch, ob diese forschungspraktischen Unterschiede weniger mit der Art der untersuchten Therapiemodelle, als mit dem späten Zeitpunkt ihrer Erforschung zusammenhängen.

Im Zentrum dieser Studie steht also die Frage nach einer Wende in der Wirksamkeitsforschung zu systemischer Familientherapie: Ob sich tatsächlich in den Studien zu integrativ-systemisch orientierten Therapiemodellen qualitativ hochwertigere Nachweise der Wirksamkeit finden lassen, verglichen mit Studien, die klassisch-systemischen Modellen von Therapie folgen, oder ob diese Unterschiede nicht besser durch das Jahr der Veröffentlichung von Publikationen erklärt werden können.

Methode

Datenbasis

Grundlage für die nachfolgenden Berechnungen bildet der Datensatz einer Diplomarbeit (Beher, 2005, vgl. auch dort für eine noch genauere Darstellung der Methodik), die 68 Wirksamkeitsstudien zur systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen im Zeitraum von 1973 bis 2004 identifizieren konnte und hinsichtlich der berücksichtigten Studien geringfügig andere Kriterien anlegt als in den bereits zitierten Überblicksarbeiten (von Sydow et al. 2006; 2007), die ein inhaltlich weiteres (höhere Anteile von Psychoedukation), aber methodisch strengeres (nur RCT) Verständnis der relevanten Wirksamkeitsstudien zu Grunde legt.

Der Großteil der hier verwendeten Studien wurde über Datenbankrecherchen zusammengetragen. Recherchiert wurden Arbeiten zur Evaluation systemischer Psychotherapie über die Datenbanken *PsychInfo* (<http://www.dialogweb.com>; Zugang über die Universität Mainz), *PubMed* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>) sowie *Dissertation Abstracts International* (<http://wwwlib.umi.com/dissertations/search>; jeweils freier Zugang über das WWW). Suchbegriffe umfassten *systemische Therapie, systemic therapy, structural, strategic, milan, solution-focused, narrative,*

multisystemic, multidimensional, emotion focused, functional family, outcome, evaluation, randomized controlled trial/RCT, effectiveness, efficacy und einige mehr in verschiedenen Kombinationen. Des Weiteren wurden verschiedene Zeitschriften in der Bibliothek des Instituts für Familientherapie in Heidelberg einzeln im Blick auf einschlägige Publikationen durchgesehen (Beher, 2005). Darüber hinaus wurden Protagonisten der systemischen US-Psychotherapieforschung sowie einige Mitglieder der *American Academy of Family Therapy* (AFTA) per E-mail kontaktiert. Schließlich konnten auch aus bereits publizierten Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zahlreiche Literaturhinweise auf einschlägige Studien entnommen werden.

Grundsätzlich wurden alle Studien berücksichtigt, die der genannten Definition systemischer Therapien entsprachen, dabei wenigstens über entweder eine Kontrollgruppe oder einen klar definierten Indikationsbereich verfügten und bis Dezember 2004 nachgewiesen werden konnten. Damit sind – im Unterschied zu den Stichproben bei von Sydow et al. (2006; 2007) – auch Studien eingeschlossen, die nicht über ein RCT-Design verfügen und/oder eher der Logik von *effectiveness research* zuzuordnen wären. Von den 68 identifizierten Studien untersuchen 29 klassisch systemische Therapiemodelle, wie sie auch in einschlägigen Lehrbüchern (z.B. Schweitzer & von Schlippe, 1996) dargestellt werden: strukturelle Familientherapie, strategische Familientherapie, struktural-strategische Familientherapie, Familientherapie nach dem Mailänder Modell, lösungsorientierte Therapie und narrative Therapie. Weitere 16 Studien evaluieren Modelle, deren Interventionen sich an verschiedenen dieser klassischen Subschulen orientieren, sich dabei aber keinen davon selbst zuordnen („klassisch-eklektische“ Modelle; diese Studien werden in der vorliegenden Arbeit den Studien zu „klassischen“ Modellen zugerechnet). Trotz ihrer offensichtlichen Heterogenität verbindet diese Modelle ein grundsätzlicher Verzicht auf verhaltenstherapeutisch oder psychoanalytisch fundierte Behandlungselemente. Weitere 23 Studien überprüfen dagegen die Wirksamkeit von integrativen Konzepten, die bei systemischer Grundorientierung auch Elemente anderer Therapieschulen, v.a. Psychoedukation, mit in die Behandlung einbeziehen: *Functional Family Therapy* (FFT; Parsons & Alexander, 1973), *Multidimensional Family Therapy* (MDFT; Liddle, 2002), *Multisystemic Therapy* (MST; Henggeler et al., 2003) sowie systemisch-behavioral kombinierte Modelle.

Analysemerkmale

Alle Studien wurden nach 22 Merkmalen ausgewertet (vgl. Beher, 2005). Charakteristika, die auch für die vorliegende Analyse relevant sind, umfassen die folgenden elf Merkmale: (a) Publikationsjahr, (b) Stichprobengröße (größer bzw. kleiner 50), (c) ethnische Zusammensetzung der Stichprobe, (c) Behandlungsdauer (c) Vergleich mit einer Kontrollgruppe (ja/nein), (d) Randomisierung (ja/nein), (e) Anzahl der Outcome-Dimensionen (mögliche Dimensionen: Selbsteinschätzung, Fremdeinschätzung, objektive Maße, Systemmaße, d.h. Einschätzungen, die sich auf die Familie als System beziehen), (f) Erhebung eines Follow-Up (ja/nein), (g) Standardisierung der Indikationen (Bezug auf eine Diagnose nach DSM oder ICD – ja/nein), (h) Errechnung von klinischer Signifikanz (ja/nein) sowie (i) geographische Ortung der Publikation (Europa/USA/Rest der Welt).

Vorgehensweise

Im Folgenden soll nun überprüft werden, inwiefern sich die Studien zu integrativ orientierten Verfahren auf diesen Dimensionen von den Studien zu klassischen Verfahren statistisch unterscheiden, ob sich derartige Unterschiede auch im Vergleich von älteren und neueren Studien finden lassen und ob Unterschiede zwischen integrativ und klassisch orientierten Evaluationsstudien auch unter Kontrolle des Publikationsjahres weiter bestehen. Dabei soll der Vorschlag des WBP aufgegriffen werden, nach dem Studien, die vor dem Jahr 1990 publiziert wurden, als „ältere“ Studien bezeichnet werden, Studien, die im Jahre 1990 oder später publiziert wurden dagegen als „neuere“ Studien. Die insgesamt 68 Studien wurden nach den oben angegebenen elf Kriterien klassifiziert. Im Anschluss daran wurden ältere und neuere Studien in Bezug auf diese o.g. Kriterien mit SPSS bezüglich signifikanter Unterschiede überprüft. Intervallskalierte Daten wurden mittels ANOVAs auf Signifikanz überprüft, dichotome Daten mittels Chi².

Ergebnisse

Vergleich von Merkmalen der Wirksamkeitsstudien unterschiedlicher Therapiemodelle: Integrativ-systemische vs. klassisch orientierte, systemische Familientherapie

In einem ersten Schritt wurden die beiden Therapieformen klassisch orientierte systemische Familientherapie ($N= 45$ Studien) vs. integrativ orientierte systemische Familientherapie ($N= 23$ Studien) an Hand einer Reihe von Variablen analysiert. Auf der Basis von Häufigkeitstabellen bzw. Kreuztabellen wurden mittels Chi² bzw. ANOVAs signifikante Unterschiede zwischen Studien mit klassischer und integrativer Familientherapie hinsichtlich folgender Merkmale überprüft: Geschlechts- und Altersverteilung, ethnische Zusammensetzung der Stichprobe, Anzahl der Probanden nach Inpatient, Randomisierung, Jahr der Veröffentlichung (vor und nach 1990), DSM-Kriterien, Vorliegen einer Kontrollgruppe, Angabe über Dropout, Follow-Up, Vergleich Europa vs. USA.

Zunächst ist auffällig, dass Studien, die integrativ-systemische Familientherapie evaluierten und solche, die die klassisch-systemische Familientherapie in ihrer Wirksamkeit überprüften, zu rund 60% bzw. 40% nach 1990 publiziert wurden. In diesem wichtigen Kriterium ergab sich dennoch kein signifikanter Unterschied. Beide Therapieformen unterscheiden sich im Übrigen in zwei wesentlichen Kriterien, nämlich der DSM-basierten Diagnose (im Schnitt 71%) und dem Follow-Up (im Schnitt 70%), ebenfalls nicht signifikant. In 88% der Studien lagen Altersangaben der Probanden vor. Auch hier fand sich kein signifikanter Unterschied. Dies gilt genauso für die Häufigkeit von Dropout-Angaben, die bei 17% bzw. 16% lagen und sich ebenfalls nicht signifikant unterschieden (vgl. Tabelle 1).

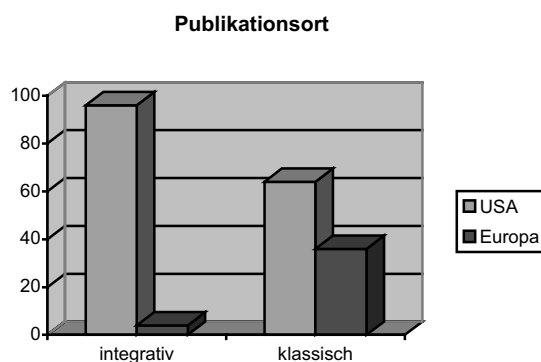
Tabelle 1. Verteilung der Analysemerkmale

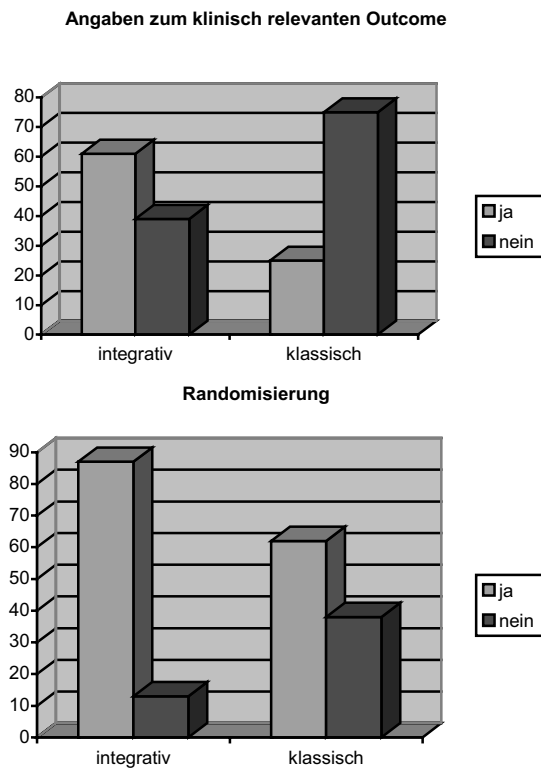
	„klassisch“ orientiert (n = 45)	„integrativ“ orientiert (n = 23)
Kontrollgruppe	30	21
Randomisierung	28	20
Publikation vor 1990	27	9
Studien aus den USA	29	22
DSM-Diagnose	33	16
Follow-Up	27	18
Angaben zum Alter	40	20
Angaben zu Dropouts	37	19
Klinisch rel. Outcome	11	14

Einige Merkmale der Wirksamkeitsstudien von klassisch bzw. integrativ orientierter systemischer Familientherapie

Davon abgesehen unterscheiden sich Studien mit integrativ von denen mit klassisch orientierter systemischer Familientherapie in mehreren anderen Variablen. Studien zur Evaluation von integrativ orientierten systemischen Familientherapien weisen besonders häufig eine Kontrollgruppe auf (91% vs. 67%, $\chi^2(1) = 4.92$, $p = .026$) und geben häufiger einen klinisch relevanten Outcome an (61% vs. 25%, $\chi^2(1) = 8.38$, $p = .004$). In der Anzahl der Outcome-Dimensionen unterschieden sich beide Formen der Familientherapie auf der Basis von ANOVA aber nicht signifikant. Integrativ orientierte Studien wurden im Übrigen häufiger randomisiert (87% vs. 82%, $\chi^2(1) = 4.48$, $p = .003$) und stammten, wie bereits erwähnt, überwiegend aus den USA (96% vs. 64%, $\chi^2(1) = 7.90$, $p = .005$).

Abbildung 1. Häufigkeit der Evaluationsstudien in Abhängigkeit vom Publikationsort, dem klinisch relevanten Outcome und der Häufigkeit der Randomisierung.

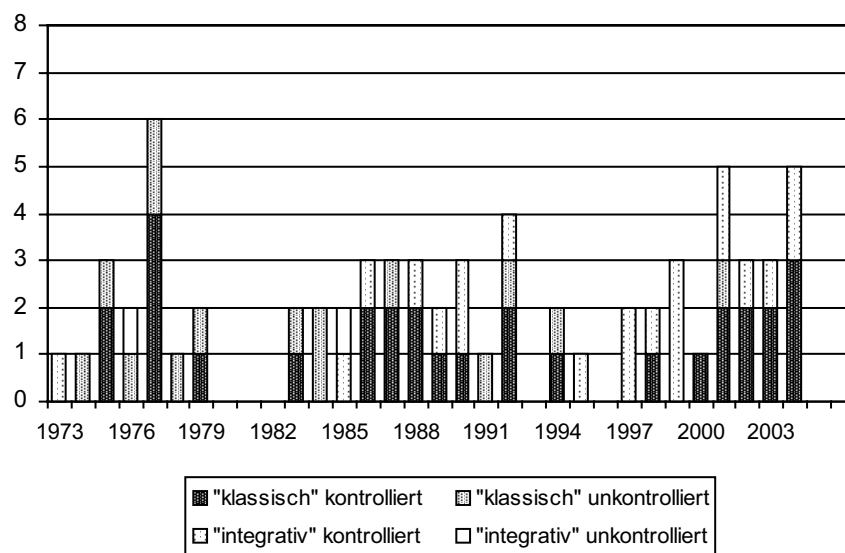




Interkorrelationen der Variablen für Studien mit integrativ und klassisch orientierter systemischer Familientherapie

Die bisherigen Ergebnisse deuten schon an, dass offenkundig einige Überlappungen in den Analysekr iterien bestehen. Auf der Basis einer Pearson-Produkt-Moment-Korrelation wurde daher geprüft, wie die Zusammenhänge innerhalb der beiden Substichproben sind. Dabei zeigte sich einheitlich, dass das Jahr der Veröffentlichung mit einer eher sophistisier ten Methodik einherging. So korrelierte etwa das Veröffentlichungsjahr innerhalb der Stichprobe mit klassisch-systemischer Familientherapie mit dem Vorhandensein einer Kontrollgruppe ($r = .42^*$), mit Angaben zum Dropout ($r = .49^{**}$) und der europäischen Herkunft der Studien ($r = -.40^*$). Mit anderen Worten: die Studien zur klassisch-systemischen Familientherapie, die nach 1990 publiziert wurden, sind überwiegend nicht-deutscher, vor allem amerikanischer Herkunft und sorgfältig kontrolliert. Ganz ähnlich stellt sich die Situation für die integrativ orientierte systemische Familientherapie dar, wo wiederum die stärksten Korrelationen mit dem Jahr der Veröffentlichung vorliegen: nämlich zu dem Vorhandensein einer Kontrollgruppe ($r = .49^*$), randomisiertem Design ($r = .48^*$) sowie dem Vorhandensein einer DSM-Diagnose ($r = .52^*$).

Abbildung 2. Anzahl der Publikationen zur Wirksamkeitsforschung systemischer Therapie/Familientherapie für Kinder und Jugendliche über die Zeit 1973-2004.



Prüfung des Einflusses des Publikationsjahres auf die Qualität der Studien

Daraus ergibt sich folgerichtig, dass das Publikationsjahr einen starken Einfluss auf die Qualität in beiden verschiedenen Substichproben (integrativ vs. klassisch orientierte systemische Familientherapie) hat. Die Frage ist allerdings, ob das Publikationsjahr die anderen Variablen determiniert. An Hand einer nominalen Regression auf der Basis von $N=66$ Studien wurde der Einfluss dieses Kriteriums im Vergleich zu anderen Prädiktoren (wie Vorhandensein einer Kontrollgruppe, Randomisierung, Bericht über Follow-Up, DSM-basierte Diagnose, Stichprobenbeschreibung bezüglich Alter und Dropout) bei der Vorhersage der beiden verschiedenen Therapiemodelle geprüft. Das Ergebnis der nominalen Regression ist statistisch signifikant [$\chi^2(34)=69.06, p<.001$] mit einem Nagelkerke von .90. Der stärkste Beitrag zur Vorhersage wird von dem Publikationsjahr geleistet (nach 1990, $\chi^2(26)=43.18, p=.018$), gefolgt von der klinischen Relevanz des Outcomes ($\chi^2(1)=4.35, p=.037$). Tendenzielle Beiträge leisten die Tatsache, dass die Studie in den USA durchgeführt wurde ($\chi^2(1)=3.80, p=.051$) und DSM-Kriterien für die Diagnose zu Grunde gelegt wurden ($\chi^2(1)=3.76, p=.052$).

Diskussion

Das Fehlen von Wirksamkeitsstudien für die systemische Familientherapie war einer der Ausschlussgründe für diese Behandlungsmethode aus den Richtlinienverfahren. An dieser Situation hat sich seit einiger Zeit viel geändert: Es liegen seit den letzten Jahren deutlich mehr und qualitativ hochwertige Evaluationsstudien vor. Anstelle einer ausführlichen Darstellung der Wirksamkeitsprüfung systemischer Familientherapie von 1973 bis 2004 (vgl. Beher, 2005, 2006; von Sydow 2006; 2007) wurde hier der Frage nachgegangen, ob qualitative Wirksamkeitsunterschiede zwischen zwei betrachteten Behandlungsansätzen (integrativ vs. klassisch orientierte systemische Familientherapie) bestehen, oder ob diese Unterschiede weniger mit der Art der untersuchten Therapiemodelle, als mit dem Zeitpunkt der Erforschung oder dem Herkunftsland der Studien zusammenhängen. Dabei ging es um den Nachweis einer Wende in der Erforschung der Wirksamkeit systemischer Familientherapie.

Ziel war es daher, die Wirksamkeit von integrativ vs. klassisch orientierter systemischer Familientherapie an Hand einer Reihe von Kriterien zu überprüfen. Eine Gegenüberstellung zeigte, dass die integrativ orientierte systemische Familientherapie in einigen wichtigen Kriterien der klassisch orientierten in einigen Kriterien zur Güte der Studien überlegen war.

Von den insgesamt elf analysierten Kriterien unterschieden sich beide Gruppen in der Hälfte der untersuchten Variablen. Die Evaluationsstudien zur integrativ orientierten systemischen Familientherapie waren insgesamt präziser durchgeführt und enthielten häufiger eine Kontrollgruppe, benannten einen klinisch relevanten Outcome und waren randomisiert. Des Weiteren wurden sie häufiger in den USA durchgeführt. Obwohl viele andere Kriterien ebenfalls deutliche Unterschiede aufwiesen (so etwa lag häufiger ein Follow-Up bei integrativ orientierter im Vergleich zur klassisch orientierten systemischen Familientherapie vor), erreichten diese Unterschiede auf Grund starker Streuung oftmals keine Signifikanz. Angesichts der Tatsache, dass der Pool an Studien zur integrativ orientierten Therapie (N= 23) im Vergleich zu denjenigen Studien, die klassisch orientierte Therapie evaluierten (N= 45) doch deutlich geringer ist, ist die Signifikanz zahlreicher Unterschiede jedoch umso bemerkenswerter.

Auffällig war ferner, dass das Studiendesign und die Qualität der Überprüfung des Outcomes sich ab 1990 merklich verbesserten. Dies trifft auf beide Ansätze systemischer Familientherapie zu, so dass man von einer Wende in der Forschung sprechen kann. Dieses Ergebnis kann auch als empirische Stützung der Praxis des Wissenschaftlichen Beirates angesehen werden, der an Studien, die vor 1990 veröffentlicht wurden, geringere Anforderungen bezüglich ihrer methodischen Qualität stellt. Nominale Regressionen zeigten in der Tat eine Konfundierung zwischen Publikationsjahr und dem Herkunftsland, die ein methodisch hohes Niveau der Wirksamkeitsprüfung vorhersagten – unabhängig von der familientherapeutischen Ausrichtung der Studien.

Zusammenfassend könnte man den allgemeinen Trend in der Psychotherapieforschung – zumindest im Blick auf die systemische Familientherapie – folgendermaßen charakterisieren: Studien werden zunehmend und vor allem methodisch komplexer. Ohne die Bindung an klassische Schulenkonzpte gänzlich aufzugeben, wer-

den dabei doch – gerade in den USA – mehr und mehr Behandlungsmodelle evaluiert, die allzu enge theoretische Beschränkungen aufgeben und auch andere, vor allem über Schulenzugehörigkeiten hinausgehende, Bausteine in die Therapien dort mit einbeziehen, wo dies sinnvoll erscheint. Dies ist zwar noch lange nicht als die Verwirklichung dessen zu sehen, was führende Psychotherapieforscher unter dem Begriff der „Allgemeinen Psychotherapie“ zu Recht als Überwindung von Schulengrenzen proklamieren (vgl. Grawe et al., 1994), die auch hier, zumindest bei den in der vorliegenden Arbeit berücksichtigten Publikationen, nach wie vor zugeordnet werden können. Es weist aber sehr wohl auf einen Trend zur Entdogmatisierung der Psychotherapieforschung, der hier zunächst rein deskriptiv festgehalten und von einer pragmatischen Warte aus begrüßt werden kann. Die methodische Güte der Wirkstudien wird indessen, wie man leicht nachvollziehen kann, eher über das Publikationsjahr vermittelt: Klassisch orientierte Studien sind also nicht per se methodisch schlechter – mit Blick auf die Studienergebnisse ließe sich eine Qualitätsdifferenz ohnehin kaum belegen –, sondern vor allem älter als integrativ orientierte. Und sie werden ganz unverhältnismäßig häufig in den USA durchgeführt, wo die methodische Trennung nach den etwa in Deutschland unterschiedenen Therapieschulen gerade im Bereich der *family therapy*, der als bloßem *setting* ein eigener Rang quer zu den bei uns geltenden Kategorisierungen zuerkannt wird, je im Einzelfall entschieden werden muss (Sprenkle, 2002; Beher, 2005).

Die drastischen Ungleichgewichte im Publikationsort (integrativ: 4% in Europa, 96% in den USA durchgeführt; klassisch: 36% in Europa, 64% in den USA durchgeführt) verweisen allerdings auch auf die dringende Notwendigkeit von europäischen Studien zur systemischen Familientherapie. Detailliertere Analysen zeigen, dass nur sieben Studien zur klassisch und keine zur integrativ orientierten Familientherapie aus dem deutschsprachigen Raum entstammen. Aus anderen europäischen Ländern lagen 9 Studien zur klassisch und lediglich eine zur integrativ orientierten systemischen Familientherapie vor. Man muss sich allerdings auch vor Augen führen, dass das Gros der technisch besonders überzeugenden Studien – zu nennen sind hier v.a. die Arbeiten der Forschungsgruppen um Szapocznic (Universität Miami), Liddle (Universität Miami), Henggler (Universität South Carolina) und Eissler (Kings College London) – in einigen wenigen, sehr gut ausgestatteten Forschungszentren durchgeführt wurden, die in Deutschland so nicht existieren. Es stellt sich deshalb die Frage, vielleicht auch für den deutschen Sprachraum ein oder mehrere solcher Zentren zu etablieren, denn allein an Fachhochschulen, Therapieinstituten oder von Praktikern sind RCT-Studien kaum durchzuführen. Die zitierten Forschungsergebnisse bieten jedenfalls allen Anlass zu der Vermutung, dass die mangelnde Implementierung systemischer Forschung in Deutschland auch auf mangelnde Ressourcen sich zurückführen lässt, die wiederum im Sinne eines Matthäus-Effekts mit der unklaren Lage bezüglich ihrer wissenschaftlichen Anerkennung rückgekoppelt sein könnten. Immerhin kann die systemische Familientherapie nach den hier zitierten Outcome-Studien für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einigen, oft als besonders schwer zu behandeln eingeschätzten Bereichen, nämlich Essstörungen, Delinquenz und Substanzmissbrauch, als das am besten evaluierte Therapieverfahren überhaupt angesehen werden – noch vor Psychoanalyse und Verhaltenstherapie (Beher, 2005; 2006; von Sydow et. al, 2006)!

In Deutschland liegen Wirksamkeitsstudien für Kinder- und Jugendlichen-Behandlungen (Windaus, 2005) im Gegensatz zu Erwachsenen-Behandlungen (Leuzinger-Bohleber et al., 2002a; 2002b) oft sehr viel seltener vor. Auch wenn dies für die systemische Familientherapie so nicht gelten kann, zeigt die hier erbrachte Analyse nachdrücklich die Notwendigkeit solcher Studien im deutschen Sprachraum auf. Die positiven Ergebnisse vor allem der systemisch-integrativen, aber auch der klassisch-systemischen Familientherapie, zu der seit 1990 methodisch anspruchsvolle Studien durchgeführt wurden, stellen eine ermutigende Basis hierfür dar.

Literatur

- Beher, S. (2005). *100 plus X: Zur Wirksamkeit systemischer Einzel- und Familientherapie*. Mainz: Johannes-Gutenberg-Universität (Diplomarbeit im Fach Psychologie, unveröffentlicht).
- Beher, S. (2006). Zur Wirksamkeit systemischer Familientherapie. In J. Rieforth (Hrsg.), *Triadisches Verstehen in sozialen Systemen*. Heidelberg: Carl Auer, S. 23-40.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General systems theory*. London: Allen Lane Penguin.
- Brisch, K. H. (2000). Was heilt? Ergebnis- und prozessorientierte Evaluation in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *AKJP*, 106, S. 109-122.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Conen, M.-L. (2002): Zur Situation systemischer Therapie in Europa. *Zeitschrift für Systemische Therapie*, 20, S. 88-100.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau* 3, S. 132-162.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Henggeler, S. W., Sheidow, A. J., & Schoenwald, S. K. (2003). Multisystemic therapy. In T. L. Sexton; G. Weeks; M. Robbins (Eds.): *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. New York: Brunner-Routledge, pp. 303-322.
- Horn, H., Geiser-Elze, A., Reck, C., Hartmann, M., Stefani, A., Victor, D., Winkelmann, K., & Kronmüller, K. T. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, S. 578-597.
- Kröner-Herwig, B. (2004). *Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen. Expertise zur empirischen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Verhaltenstherapie*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation).
- Kronmüller, K. T., Postelnicu, I., Hartmann, M., Stefani, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, G., Horn, H., & Winkelmann, K. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, S. 559-577.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1994). Veränderung kognitiv-affektiver Prozesse in Psychoanalysen. Versuch einer Kombination von (qualitativer) On-Line- und (quantitativer) Off-Line-Forschung bei der Untersuchung psychoanalytischer Prozesse. In H. Faller & J. Frommer (Hrsg.), *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden*. Heidelberg: Ansanger, S. 195-228.

- Leuzinger-Bohleber, M. (1998). Qualitative und quantitative Einzelfallforschung. Versuch einer Brückenbildung zwischen klinischer „Junktim-Forschung“ und nachträglicher „extraklinischer“ Psychotherapieforschung. *Psychotherapieforum*, 6, S. 102-117.
- Leuzinger-Bohleber, M., & Target, M. (Eds.) (2002a). *Outcomes of psychoanalytic treatment. Perspectives for therapists and researchers*. London/Philadelphia: Whurr Publishers.
- Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U., & Beutel, M. (2002b). *"Forschen und Heilen" in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Liddle, H. A. (2002). *Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 5*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment (CSAT).
- Mann, B. J., Borduin, C., Henggeler, S. W., & Blaske, D. (1990). An investigation of systemic conceptualisations of parent-child coalitions and symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, pp. 336-344.
- Parsons, B. V., & Alexander, J. F. (1973). Shortterm family intervention: A therapy outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, pp. 195-201.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, J., & von Schlippe, A. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sprenkle, D. (Ed.) (2002). *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria: American Association of Marital and Family Therapists.
- Von Sydow, K., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer-Rothers, J. (2007). Systemische Therapie bei Störungen des Erwachsenenalters. *Psychotherapeut* 52, S. 187-211.
- Von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J., & Retzlaff, R. (2006). Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters: Eine Meta-Inhaltsanalyse von 48 randomisierten Primärstudien. *Psychotherapeut* 51, S. 107-143.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie) (2000). Gutachten zur Systemischen Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. *Deutsches Ärzteblatt*, 97(33), A-60/B46/C-46. (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=2077>; <http://www.wbpsychotherapie.de/homepage/pub/systemTher.html>).
- WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie) (2004). *Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie* (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirates vom 15. 9. 2003). *Deutsches Ärzteblatt PP*, 3, 81. (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=40485>).
- Windaus, E. (2005). Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, S. 4-32.
- Winkelmann, K., Stefini, A., Hartmann, M., Geiser-Elze, A., Kronmüller, A., Schenkenbach, C., Horn, H., & Kronmüller, K. T. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, S. 598-614.

Eingereicht am: 27.07.2006

Akzeptiert am: 04.12.2006

Anschrift der Autor(inn)en:

Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke
Christian Skaletz, cand. psych.
Psychologisches Institut
Abteilung Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
D-55099 Mainz

E-mail: seiffge@uni-mainz.de

Stefan Beher, Dipl.-Psych.
Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie
Abteilung für Allgemeine Soziologie und Soziologische Theorie
Postfach 10 01 31
D-33501 Bielefeld

E-mail: stefan.beher@uni-bielefeld.de