

The background is an abstract, textured composition. It features a dark red vertical band on the left side, which transitions into a mix of warm colors including yellow, orange, and light beige. The overall appearance is that of a textured surface, possibly a wall or a piece of fabric, with some darker spots and variations in tone.

Familientherapie in der Verhaltenstherapie

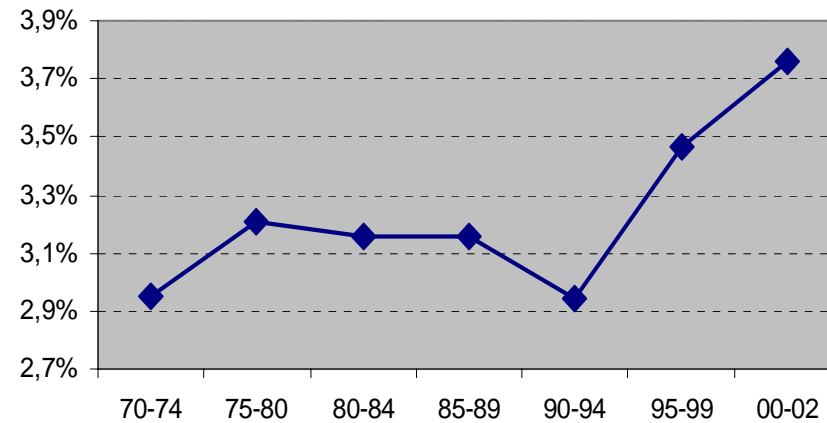
Familientherapie in der Verhaltenstherapie

Fritz Mattejat
Philipps-Universität Marburg
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -Psychotherapie

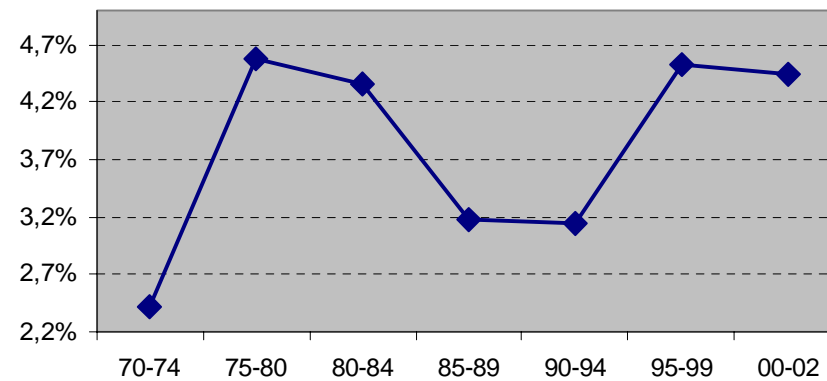
Kinder-Verhaltenstherapie-Tagung
IFKV/DVT und BVKJ am
24./25.10.2003 in Bad Dürkheim

Verhaltenstherapie: Anzahl der wissenschaftlichen Arbeiten

**Prozentuale Anzahl verhaltenstherapeutischer
Arbeiten internat. (PsycInfo)**

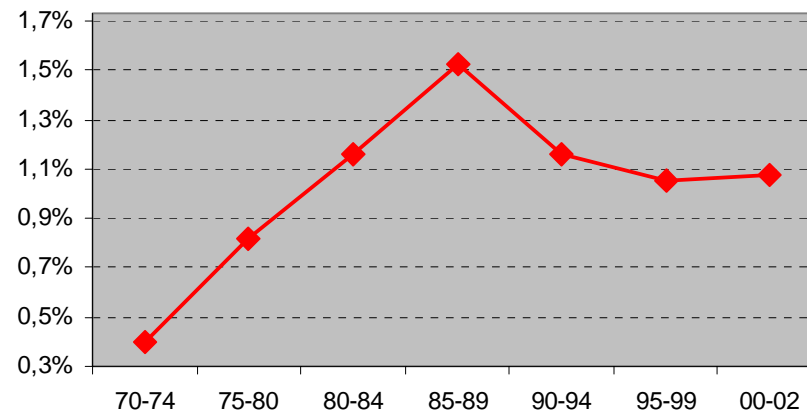


**Prozentuale Anzahl verhaltenstherapeutischer
Arbeiten deutsch Psyndex**

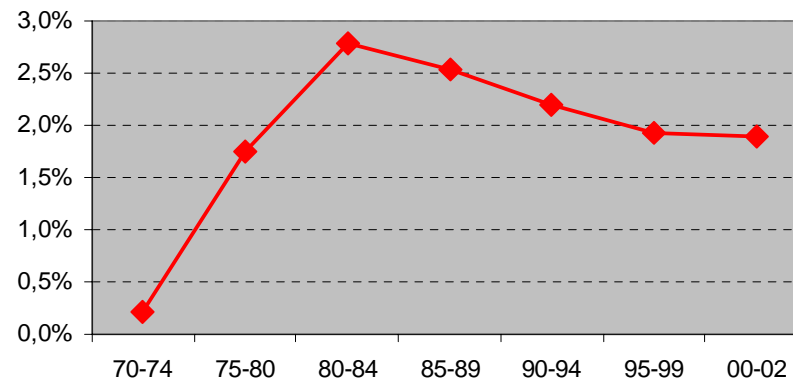


Familientherapie: Anzahl der wissenschaftlichen Arbeiten

**Prozentuale Anzahl familienherapeutischer
Arbeiten internat. (PsycInfo)**

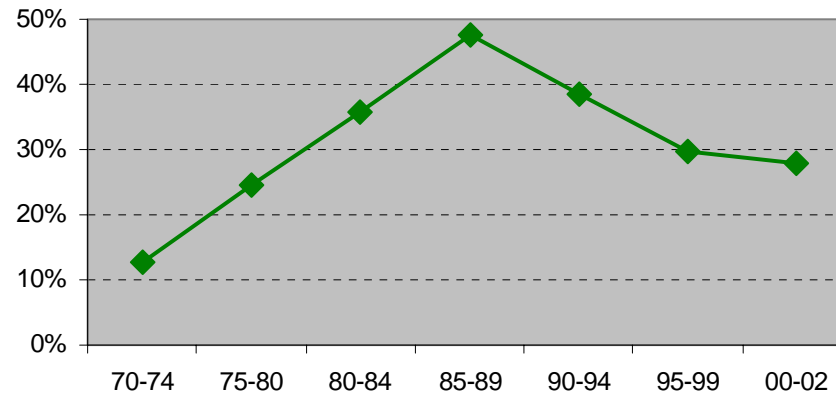


**Prozentuale Anzahl familienherapeutischer
Arbeiten deutsch (Psyindex)**

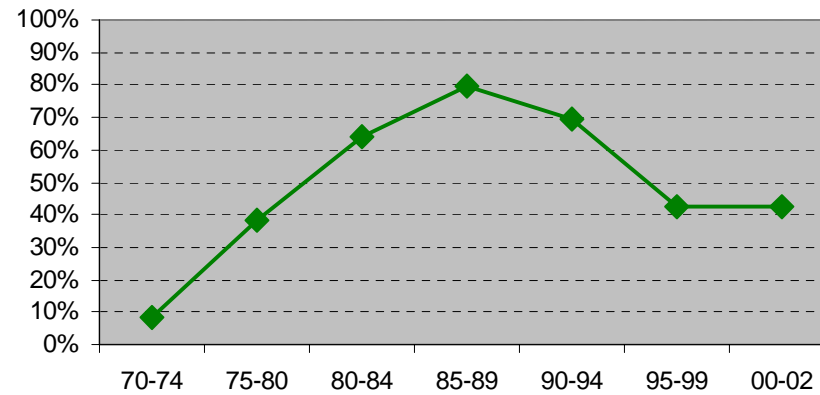


Verhaltenstherapie und Familientherapie: Anzahl der wissenschaftlichen Arbeiten

Relation Verhaltenstherapie/Familientherapie
internat. (PsycInfo)



Relation Verhaltenstherapie / Familientherapie
deutsch (Psyndex)



Definition

Die Begriffe

„Familientherapie“ oder

„Familienorientierte Therapieverfahren“

bezeichnen die psychotherapeutischen Ansätze, die das Ziel haben, die **Interaktionen** in einer Familie zu **verändern** und dadurch Probleme einzelner Familienmitglieder, Probleme von Familiensubsystemen oder der Gesamtfamilie zu lindern

(gekürzt nach Wynne, 1988, S. 251; AWMF Leitlinie Paar- und Familientherapie, S. 7/33, Sept. 2000)

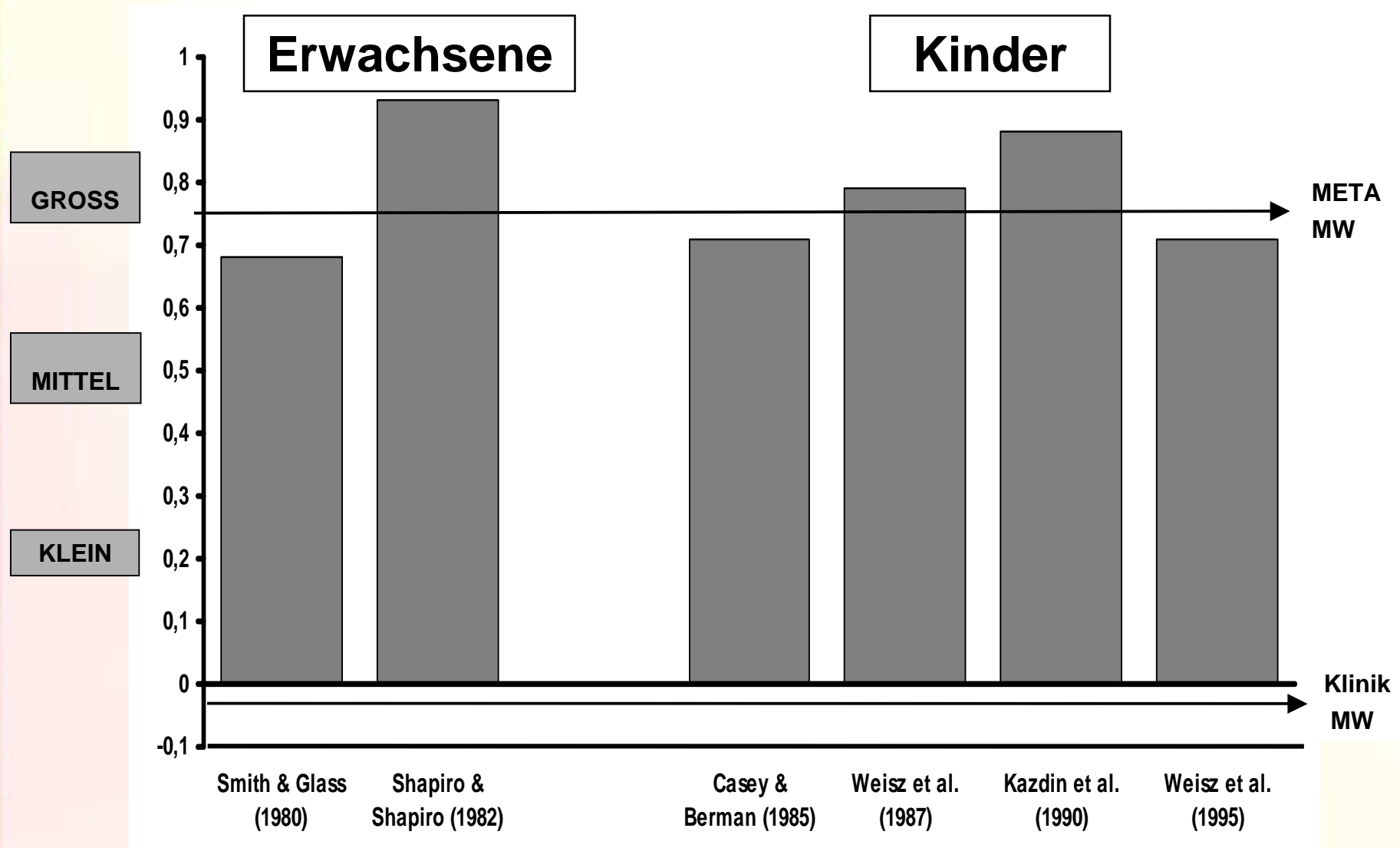
Gliederung

- Die Wirksamkeit familienorientierter Verfahren: Forschungsergebnisse zur
 - **allgemeinen Wirksamkeit**
 - spezifischen Wirksamkeit
- Was wirkt? Notwendige Ingredienzen für eine effektive Arbeit mit Eltern und Familien
- Zusammenfassung: Kooperation mit Eltern und Familien in der Verhaltenstherapie

Allgemeine Wirksamkeit

- ⇒ Sind familienorientierte Verfahren wirksam?
- ⇒ Wie wirksam sind familienorientierte Verfahren (Effektstärken) ?
- ⇒ Welche Ansätze sind besonders effektiv, welche sind weniger effektiv?

Durchschnittliche Effektstärken in den wichtigsten Metaanalysen: Vergleich von Kindern und Erwachsenen



Ergebnisse der wichtigsten umfassenden Metaanalysen zur Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Meta-Analysis:	Anz. d. Studien	Mittlere Effektstärke	
		Therapie-ende	Katamnese
Casey-Berman (1985): Treatment vs. treatment or treatment vs. control	64	.71	.60
Weisz et al. (1987): Treatment vs. no treatment vs. attention control group	163	.79	.93
Kazdin et al (1990): Treatment vs. no treatment	64	.88	.89
Kazdin et al (1990): Treatment vs. active control	41	.77	.39
Weisz et al. (1992): Treatment vs. no treatment vs. attention control group	110	.71	.61
Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton (1995): Treatm. vs. no treatm. vs. Att.cont.gr.	150	.71	---

Metaanalysen zu familienbezogenen Interventionen

	Anz. d. Stud.	Mittlere Effekt- stärke
Familientherapie allgemein (Hazelrigg, Cooper & Borduin, 1987)	20	.36
Familientherapie (conjoint) (Markus, Lange & Pettigrew, 1990)	19	.57
Elterntrainings allgemein (Cedar & Levant, 1990, Cedar, 1986)	26	.33
Familientherapie bei Problemen von Kindern (Montgomery, 1991)	43	.61
Verhaltenstherapeutische Familien- und Paartherapie (Shadish, 1992)	58	.70
Paar- und Familientherapie vs. unbehandelte Kontrollgruppe (Shadish et al., 1997)	71	.51

Ergebnisse zur Frage der allgemeinen Wirksamkeit

- Familienorientierte Verfahren sind im Durchschnitt effektiv; die Wirksamkeit familienorientierter Verfahren ist empirisch nachgewiesen.
- Die Effektstärke familientherapeutischer Verfahren liegt in einem ähnlichen Bereich wie die von einzeltherapeutischen Ansätzen, sie ist allenfalls geringfügig niedriger (Problem: Kriteriumsmaß).
- Die Ergebnisse zwischen den einzelnen Studien schwanken sehr stark: Für viele familientherapeutische Verfahren ist die Wirksamkeit bisher nicht nachgewiesen.
- Am besten ist die Wirksamkeit von kognitiv-behavioralen Ansätzen der Familientherapie nachgewiesen: Effektive familienorientierte Verfahren sind behavioral orientiert, nutzen kognitive Methoden und berücksichtigen systemische Zusammenhänge.

Gliederung

- Die Wirksamkeit familienorientierter Verfahren: Forschungsergebnisse zur
 - allgemeinen Wirksamkeit
 - **spezifischen Wirksamkeit**
- Was wirkt? Notwendige Ingredienzen für eine effektive Arbeit mit Eltern und Familien
- Zusammenfassung: Kooperation mit Eltern und Familien in der Verhaltenstherapie

Spezifische Wirksamkeit

What works for whom? Was nützt wem?

Das Konzept der störungsspezifischen Behandlung:

Ausgangspunkt ist nicht mehr die Methode sondern die Störung. Es wird für jede Störung danach gefragt, ob es eine wirksame Behandlung gibt und welche Methode bzw. welche Kombination von Methoden die beste Wirksamkeit aufweist.

- ⇒ **Entwicklung und Überprüfung von störungsspezifischen Programmen (Komponenten)**
- ⇒ **Evidenzbasierte Therapie, Manualisierung und Leitlinien**

Kriterien für „gut bestätigte Therapien“ („well established“)

(„Chambless-Kriterien“, vereinfacht nach APA, 1993)

Wirksamkeitsnachweis:

- I. Die Wirksamkeit wurde in mindestens 2 methodisch gut konzipierten kontrollierten Studien auf folgende Weise nachgewiesen: Überlegenheit gegenüber Medikamenten oder psychologischem Placebo oder einer anderen Therapie oder Äquivalenz zu einer gut bestätigten Therapie.

Oder:

- II. Die Wirksamkeit wurde durch eine große Serie (>9) von Einzelfall-Experimenten nachgewiesen.

Außerdem müssen folgende weitere Kriterien erfüllt sein:

- III. Die Studien müssen mit Therapiemanualen durchgeführt werden.
- IV. Die Patientenpopulationen müssen klar spezifiziert sein.
- V. Die Effekte müssen durch zwei verschiedene Forscherteams nachgewiesen worden sein.

Kriterien für „vermutlich wirksame Therapien“ („probably efficacious“)
(„Chambless-Kriterien“, vereinfacht nach APA, 1993)

Die Kriterien für gut bestätigte Therapien werden nahezu aber nicht vollständig erfüllt, in folgendem Sinne:

I. Die Wirksamkeit wurde in 2 Experimenten durch Überlegenheit gegenüber einer Wartelisten-Kontrollgruppe gezeigt (d.h. das Kriterium I ist etwas gelockert, die anderen Kriterien sind aber erfüllt).

Oder:

II. Die Kriterien I, II und IV für gut bestätigte Therapien sind erfüllt, nicht aber das Kriterium V (d.h. die Studien kommen nur aus einer Forschergruppe).

Oder:

III. Die Wirksamkeit wurde durch eine kleine Serie von Einzelexperimenten (>3) nachgewiesen, die aber ansonsten die Kriterien II, III und IV erfüllen.

Empirisch begründete Therapien bei Kindern und Jugendlichen

Störungsbild	Gut bestätigte Therapien (Studien) (n)	Vermutlich wirksame Therapien (Studien) (n)
Depression (Meistens Kognitive Verhaltenstherapie=KVT)	0	9
Ängste und Phobien (Modell-Lernen, Verstärkerpläne)	9	12
Angststörungen (KVT, KVT+Familientherapie)	0	5
ADHD (Medikat., Eltern-Verhaltenstraining, Verhaltensmodifikation in Klassen)	8	5
Störung des Sozialverhaltens (Elterntraining, Verstärkerpläne, Video-Elterntraining)	7	20

Weisz J.R. & Jensen A.I. (2001) Eur Child Adolesc Psychiatry

Störungs- spezifische Behandlung *Beispiele*

Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, der Bundesarbeitsgemeinschaft
leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
und dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie



Deutscher Ärzte-Verlag



Welche Bedeutung haben
familienorientierte Verfahren im
Rahmen von evidenzbasierten
störungsspezifischen
Behandlungsmodellen ?

Therapie bei hyperkinetischen Störungen bzw. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (F90 / DSM IV 314)

Schlußfolgerungen und Empfehlungen aufgrund der aktuellen Forschungssituation nach Carr (2000, S. 97)

Ein breites Spektrum von psychologischen Interventionen hat Kurzzeit-Effekte auf ADHD-Symptomatik; dazu gehören: **Kind-zentrierte Behandlungen** (insbes. Training soz. Fertigkeiten; Selbstinstruktionstraining); **familien-zentrierte Behandlungen** (Behaviorales Elterntraining als wichtigste Methode; problemlösungs- und Kommunikationstraining; Familientherapie); **schulbasierte und multisystemische Interventionen** (Kombinationen).

Aufgrund der Forschungsergebnisse sind folgende Schlußfolgerungen möglich:

- **Multi-Komponenten-Programme** mit den Komponenten **Methylphenidat-Behandlung, behaviorales Elterntraining, Selbst-Instruktionstraining** und schulbasierten Interventionen sind wahrscheinlich effektiver als Behandlungsprogramme mit nur einer Komponente.
- **Methylphenidat-Therapie mit begleitender engmaschiger Elternberatung** sind kurzfristig ähnlich wirksam wie Multi-Komponenten-Programme, langfristig sind **Multi-Komponenten-Programme** wahrscheinlich erfolgreicher.

Therapie bei Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (Oppositional-defiant disorder) (F91.3 / DSM IV 313.81)

Schlußfolgerungen und Empfehlungen aufgrund der aktuellen Forschungssituation nach Carr (2000, S. 126)

- (1) **Behaviorales Elternttraining** kombiniert mit kind-zentrierten Problemlösungs-Training ist besonders effektiv für präadoleszente Kinder mit oppositionellem Trotzverhalten.
- (2) **Kombinierte Programme** sind effektiver als nur behaviorales Elternttraining oder nur kind-zentriertes Problemlösungs-Training.
- (3) **Gruppenbezogene Elternprogramme** sind kostengünstiger und ähnlich effektiv wie individuelle Elternprogramme.
- (4) Gruppenprogramme mit **Video-Modellierung** sind effektiver als solche Programme ohne Video-Modellierung.
- (5) Falls ein Elternteil keine hinreichende soziale Unterstützung hat, wird die Effektivität verbessert, wenn das Programm auch auf **Verbesserung der sozialen Unterstützung** abzielt.

Therapie bei Störung des Sozialverhaltens (F91/ DSM IV 312) bei Adoleszenten
Schlußfolgerungen und Empfehlungen aufgrund der aktuellen
Forschungssituation nach Carr (2000, S. 153)

- (1) **Behaviorales Elterntraining** (Eltern-Verhaltenstraining), funktionale Familientherapie, multisystemische Therapie und vorübergehende Behandlung in einer Erziehungsstelle (treatment fostercare) sind bei einem bestimmten Prozentsatz der Fälle gleich effektiv.
- (2) Intensives **Eltern-Verhaltenstraining** (mit bis zu 45 Kontakten pro Jahr) kann während der Behandlung Rückfälle vermeiden und die Delinquenz- bzw. Verhaftungsrate nach der Behandlung reduzieren; aber weniger intensives Elterntraining hat geringe Langzeiteffekte, auch bei nicht-delinquenten Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens.
- (3) Intensive und längerfristige **funktionale Familientherapie** kann kurz- und langfristig die Familienkommunikation verbessern und die Verhaltensprobleme reduzieren.
- (4) Intensive und längerfristige **multisystemische Familientherapie** kann die Funktionsfähigkeit der Familie verbessern und Störungen des Sozialverhaltens reduzieren.
- (5) **Behandlung in Erziehungsstellen** ist sowohl kurzfristig wie auch langfristig

Therapie bei Angststörungen

Schlußfolgerungen und Empfehlungen aufgrund der aktuellen Forschungssituation nach Carr (2000, S. 199)

- (1) **Umgrenzte Phobien:** Effektive Programme sollten enthalten
 - Individuelle Komponente mit Selbst-Instruktions-Training und Entspannungstraining;
 - Eltern-Trainings-Komponente (Training, mutiges Verhalten des Kindes auszulösen und zu verstärken; keine Verstärkung für Angstverhalten).
- (2) **Schulphobie /Schulverweigerung mit Angst:** Effektiv sind familienbasierte Programme mit Psychoedukation, Diskussion der Hauptsorgen der Familienmitglieder, Entwicklung von Kontingenz-Plänen zum Schulbesuch, vivo-flooding so bald wie möglich, follow-up-Termine zur Stabilisierung.
- (3) **Schwere Angstprobleme (generalisierte Angststörung, Trennungsangststörung, Sozialphobie):** Behandlung der Wahl ist eine Kombination von einer
 - individuellen und
 - familienbasierten kognitiven Verhaltenstherapie. Die Familienkomponente sollte enthalten: Kontingenzmanagement, persönliches Angstmanagement der Elter, Problemlösungs- und Kommunikationstraining für alle Familienmitglieder.

Die Bedeutung von familienorientierten Verfahren in evidenzbasierten Behandlungsmodellen (Teil 1)

- Die überwiegende Mehrzahl der störungsspezifischen Behandlungskonzepte für Kinder und Jugendliche hat als wesentlichen und Bestandteil eine Eltern-/ Familienkomponente
- Die Bedeutung der Eltern-/Familienkomponente ist dabei unterschiedlich. Sie hängt ab
 - vom Störungsbild und
 - vom Alter des Kindes.

Die Bedeutung von familienorientierten Verfahren in evidenzbasierten Behandlungsmodellen (Teil 2)

- Bei **extraversiven Störungen** (Störungen des Sozialverhaltens) steht die Eltern-/Familienkomponente im Zentrum, sie ist unabdingbar. Besonders gute evidenzbasierte Konzepte bei ausagierenden Syndromen. Aber auch bei anderen Störungen z.B. Anpassungsstörungen, Psychose-Rehabilitation.
- Bei **introversiven Störungen** steht die Eltern-/Familienkomponente teilweise im Zentrum der Therapie (z.B. Schulverweigerung); bei anderen Störungen (z.B. Angststörungen) stehen eher patientenorientierte Interventionen im Vordergrund und werden durch familienorientierte Interventionen ergänzt.

Die Bedeutung von familienorientierten Verfahren in evidenzbasierten Behandlungsmodellen (Teil 3)

- **Die Bedeutung der Eltern-/Familienkomponente sinkt mit dem Alter der Kinder/Jugendlichen.** Im Vorschul- und Grundschulalter ist die Familienkomponente zentral, in der mittleren und späten Adoleszenz nimmt die Eltern-/Familienkomponenten nur eine untergeordnete Bedeutung (Beispiel Ess-Störungen).
- Die familienorientierten Interventionen sind sehr vielfältig und unterschiedlich; gleichzeitig sind aber **ähnliche Prinzipien / Grundbestandteile** erkennbar.

Gliederung

- Die Wirksamkeit familienorientierter Verfahren: Forschungsergebnisse zur
 - allgemeinen Wirksamkeit
 - spezifischen Wirksamkeit
- Was wirkt? Notwendige Ingredienzen für eine effektive Arbeit mit Eltern und Familien
- Zusammenfassung: Kooperation mit Eltern und Familien in der Verhaltenstherapie

Wirksame Behandlungskonzepte haben
viele Gemeinsamkeiten und
Überschneidungen.

⇒ Was sind die wirksamen
gemeinsamen Komponenten?

Wesentliche Komponenten von Elterntrainings

bei sozial störendem Verhalten (nach Weersing & Weisz, 2002)

In den als effektiv bestätigten Elterntrainings erhalten die Eltern Anleitung

- klare verhaltensbezogene Ziele zu setzen,
- das Verhalten des Kindes/Jugendlichen zu beobachten und zu beaufsichtigen,
- erwünschtes Verhalten zu verstärken,
- auf störendes Verhalten nicht einzugehen (löschen),
- milde Bestrafungsmethoden einzusetzen,
- klare Anweisungen und Aufforderungen zu geben
- und einen positiven Kommunikationsstil zu entwickeln.

Die einzelnen Elterntrainings unterscheiden sich

- in der spezifischen Mischung der Fertigkeiten, die gelehrt werden
- und darin, wie stark zusätzlich die Entwicklung einer positiven Eltern-Kind-Beziehung betont wird.

Gemeinsamkeiten von wirksamen störungsspezifischen Behandlungskonzepten

- **Anleitung zum Erwerb von Kompetenzen zur Problembewältigung (Schwerpunkt: Veränderungen im behavioralen Bereich)**
- **Anregung zur Klärung und Rekonstruktion der Situation (Schwerpunkt: Veränderungen im kognitiv-emotionalen Bereich)**

Familienorientierte Interventionen

Anleitung zum Erwerb von Kompetenzen und zur praktischen Problembewältigung:

Indikationskriterien (Teil 1)

- Wenn genauere Informationen und Kenntnisse über die psychische Störung fehlen (Informationsmangel, falsche Informationen)
- Wenn fachliche Anleitung, wie die Eltern ihrem Kind bei der Bewältigung seiner Schwierigkeiten am besten helfen können, gefordert ist.
- Hilfe zur Veränderung des elterlichen Verhaltens, wenn
 - das elterliche Verhalten die Symptomatik des Kindes verschärft oder
 - wenn die elterlichen Bewältigungsversuche ineffektiv sind, oder
 - wenn die Eltern sich gegenseitig stören/unterlaufen.

Familienorientierte Interventionen
Anleitung zum Erwerb von Kompetenzen und zur praktischen
Problembewältigung:
Indikationskriterien (Teil 2)

- Wenn die individuellen Probleme des Kindes negative Auswirkungen auf das Familienleben haben, benötigt die Familie Hinweise, mit den Problemen des Kindes so umzugehen, dass solche negativen Folgen (z. B. auf Geschwisterkinder, Ehebeziehung) vermieden werden.
- Wenn in der Familie unabhängig vom vorgestellten Kind weitere Probleme (z.B. soz. Probleme, psychische Erkrankung, soziale Isolation etc.) bestehen, benötigt die Familie Hilfestellung zur Bewältigung dieser Schwierigkeiten, um auch die Situation für das vorgestellte Kind zu verbessern.

Anleitung zum Erwerb von Kompetenzen zur konkreten Problembewältigung: Methoden

(Beratung, Psychoedukation, Elterntraining,
kognitiv-behaviorale Familientherapie)

- Psychoedukative Hilfestellung: Umfassende Information mit konkreter Anwendung auf den eigenen Fall.
- Anleitung zu einer strukturierten Problemlösung (Problemlösungsmodell).
- Verhaltensdiagnostische Methoden (Syst. Beobachtung, Videotechnik, Rollenspiel)
- Gemeinsame Verhaltensanalysen zu den familiären Interaktionen.
- Einführung von Veränderungen in Rollen, Zuständigkeiten und Aufgabenverteilungen (z.B. Verantwortungsübernahme durch Vater).
- Einführung von verbindlichen Familienregeln, Verhaltensverträgen und operanten Plänen.

Familienorientierte Interventionen Anregung zur Klärung und Rekonstruktion der Situation: Indikationskriterien

- Wenn die Familienmitglieder die eigene Situation nicht mehr verstehen, wenn sie den Eindruck haben, dass sie sich „verrannt“ haben, den „Wald vor lauter Bäumen nicht sehen“, die Situation zu verzerrt oder einseitig wahrnehmen und Gespräche miteinander „sich im Kreis drehen“;
 - wenn offene Konflikte oder große Diskrepanzen in der Situationsbeurteilung bestehen oder unterschwellige Konflikte, die nicht klar artikuliert werden können,
- ⇒ nützen Angebote, die eine Klärung der Situation (Probleme, Zielorientierung), Korrektur bzw. Erweiterung des Problemverständnisses und eine Neuinterpretation der Situation erleichtern.

Anregung zur Klärung und Rekonstruktion der Situation: Methoden

(Kognitive Methoden; klientenzentrierte und systemische Gesprächsmethoden, nichtverbale und aktionale Methoden .)

- Ermöglichung eines offenen, vertrauensvollen und geschützten Gesprächsklimas (Transparenz, Akzeptanz, Empathie, Perspektivität, Entwicklungsorientierung, aktive therapeutische Gesprächssteuerung).
 - Verdeutlichung der unterschiedlichen Wahrnehmungen, Interpretationen und Bewertungen.
 - Austausch, Überprüfung, Infragestellung der wechselseitigen Einstellungen, Erwartungen und Ziele.
 - Gewinnung von neuen Interpretationsaspekten: Rekonstruktion und Neuinterpretation der Situation.
- ⇒ Ziele: Die Familienmitglieder können sich besser auf die die aktuelle Situation einstellen (produktive, zukunftsorientierte Einstellung), sie passen ihre Beziehungen besser ihren Bedürfnissen an. Wechselseitige Unterstützung bei gleichzeitiger Stärkung der individuellen Autonomie und Verantwortung.

Die wirksamen Behandlungskomponenten

- **Anleitung zum Erwerb von Kompetenzen zur Problembewältigung (Schwerpunkt: Veränderungen im behavioralen Bereich)**
- **Anregung zur Klärung und Rekonstruktion der Situation (Schwerpunkt: Veränderungen im kognitiv-emotionalen Bereich)**

Das Problem in der klinischen Praxis:

*Wirksam sind nur die Hilfen,
die die Familie aufgreifen und nutzen kann.*

[Eine Therapie ist dann effektiv,
a) wenn wir der Familie die Hilfe anbieten, die sie benötigt und
b) wenn sie diese Hilfe annehmen kann.]

Wird das Therapieangebot angenommen?

- Die Eltern **benötigen** / **wünschen ?** genauere Informationen und Kenntnisse über die psychische Störung (Informationsmangel, falsche Informationen)
- Die Eltern **benötigen** / **wünschen ?** sich fachliche Anleitung, wie sie ihrem Kind bei der Bewältigung seiner Schwierigkeiten am besten helfen können.
- Die Eltern **benötigen** / **wünschen ?** sich Hilfe zur Veränderung des eigenen Verhaltens, weil
 - weil ihr Verhalten die Symptomatik des Kindes verschärft oder
 - weil ihre Bewältigungsversuche ineffektiv sind, oder
 - Weil sie sich dabei gegenseitig stören.

Welche Faktoren erschweren es den Eltern, wirksame Hilfen anzunehmen?

Welche Faktoren beeinträchtigen die Kooperation?

Ungünstige Therapievoraussetzungen: Der „klinische Anfangszustand“ der Eltern

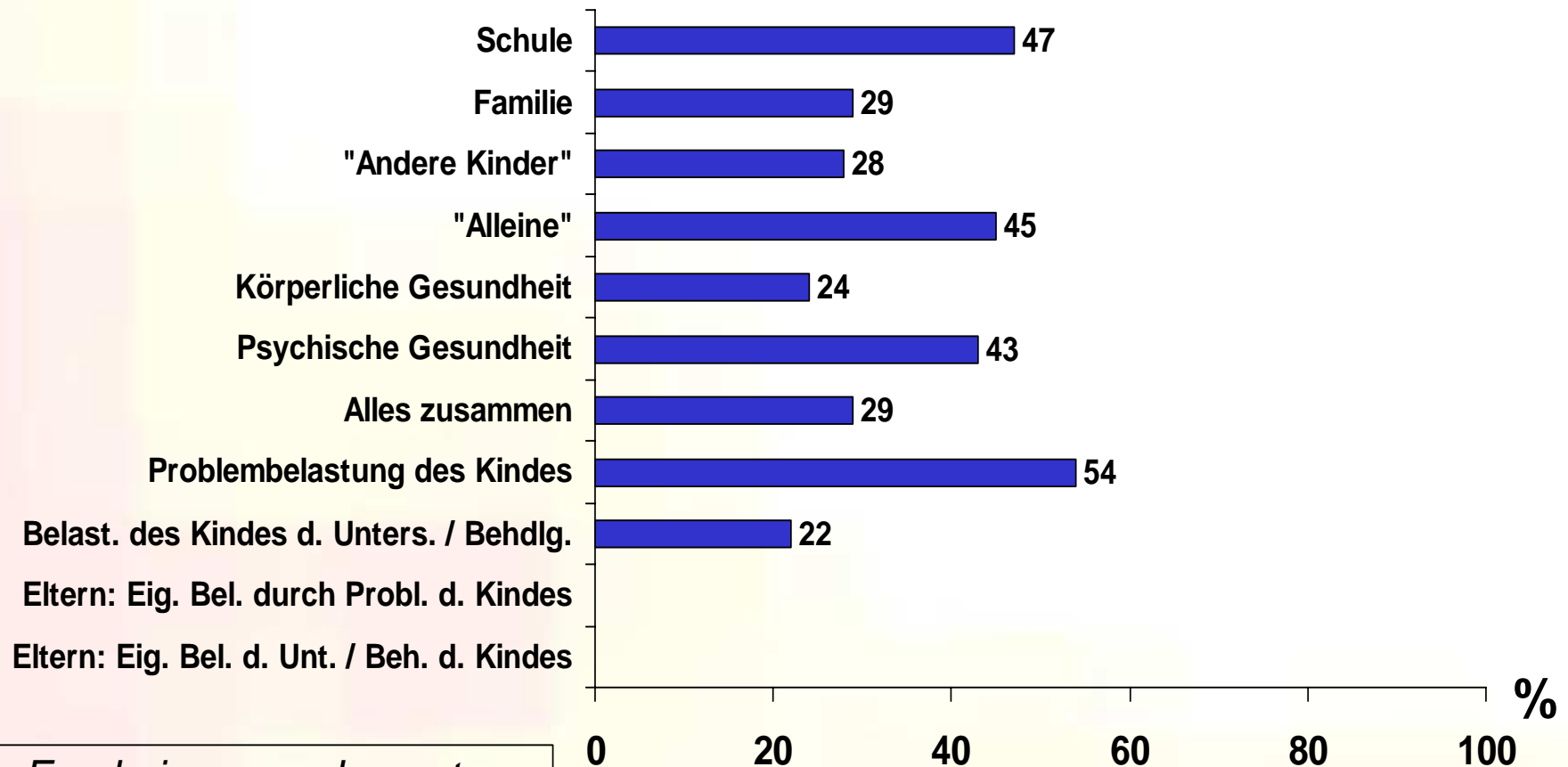
*Wiederholtes Scheitern von Bewältigungsversuchen
führt zu:*

- Gefühl einer geringen Selbst-Effizienz, Gefühl der Überforderung
- Gefühl der Fremdsteuerung (externer „locus of control“)
- Mißerfolgsorientierung, fehlen einer positiven Perspektive

Der klinische Anfangszustand der Eltern: *Bei länger anhaltender Problematik:*

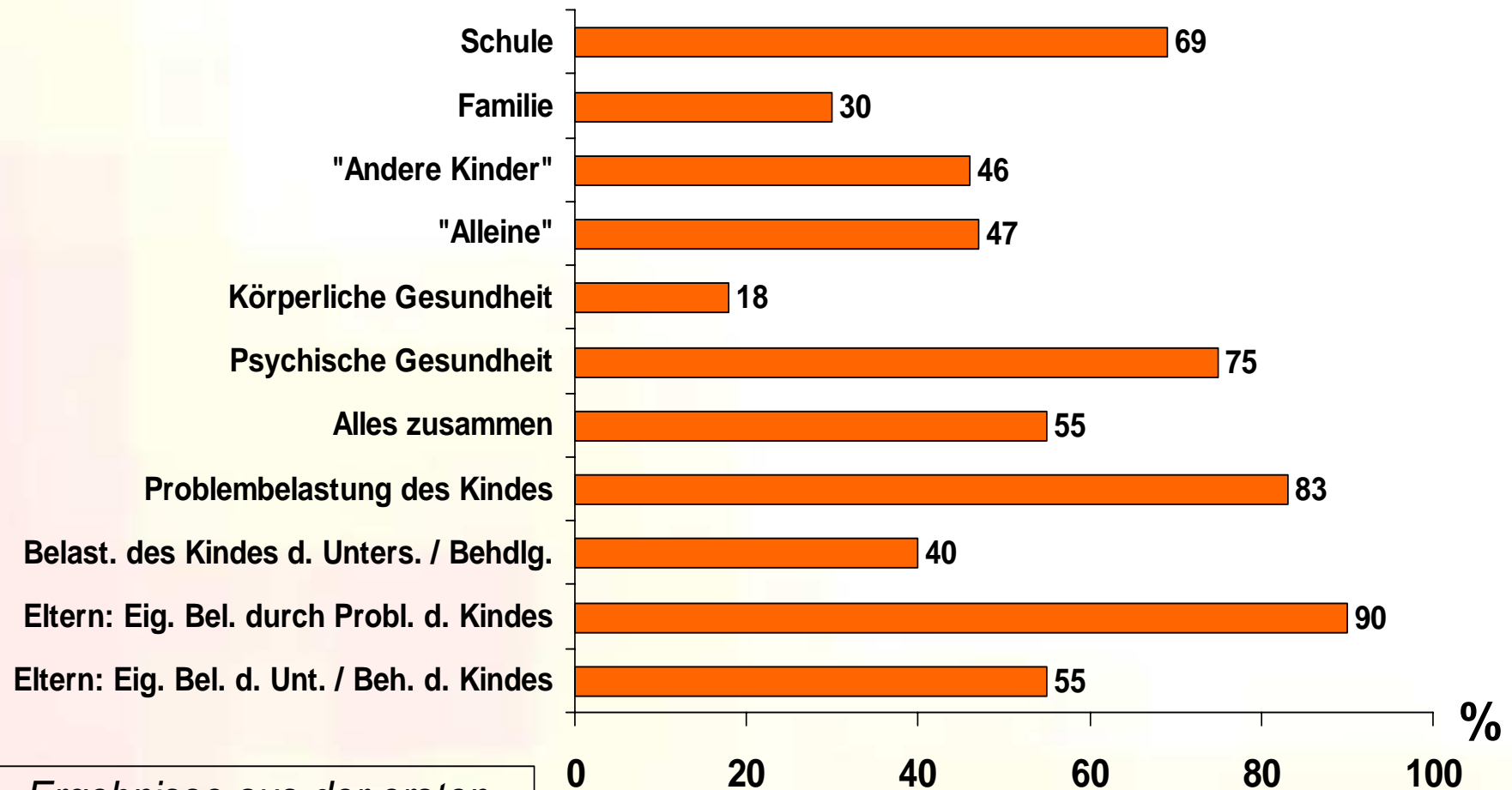
- Resignation, Selbstwertverminderung, sozialer Rückzug, Schuldgefühle, depressive Stimmungslage
- **Ausgeprägte Verunsicherung im Umgang mit dem Kind**, daraus folgend: Eingeengte Wahrnehmung, kogn. Rigidität, ungenaue Situationserfassung, behaviorale „Notprogramme“, häufige Wiederholung von uneffektivem Verhalten, Lernen aus Erfahrung eingeschränkt
- Desorganisation, Fehlen wechselseitiger Unterstützung in der Familie, **Gefühl alleine zu stehen. Gefühl abgelehnt zu werden.**

**Welche Lebensbereiche und –Aspekte werden von den Kindern/Jugendlichen als problematisch bzw. belastend erlebt ?
(amb. Ber., n=463)**



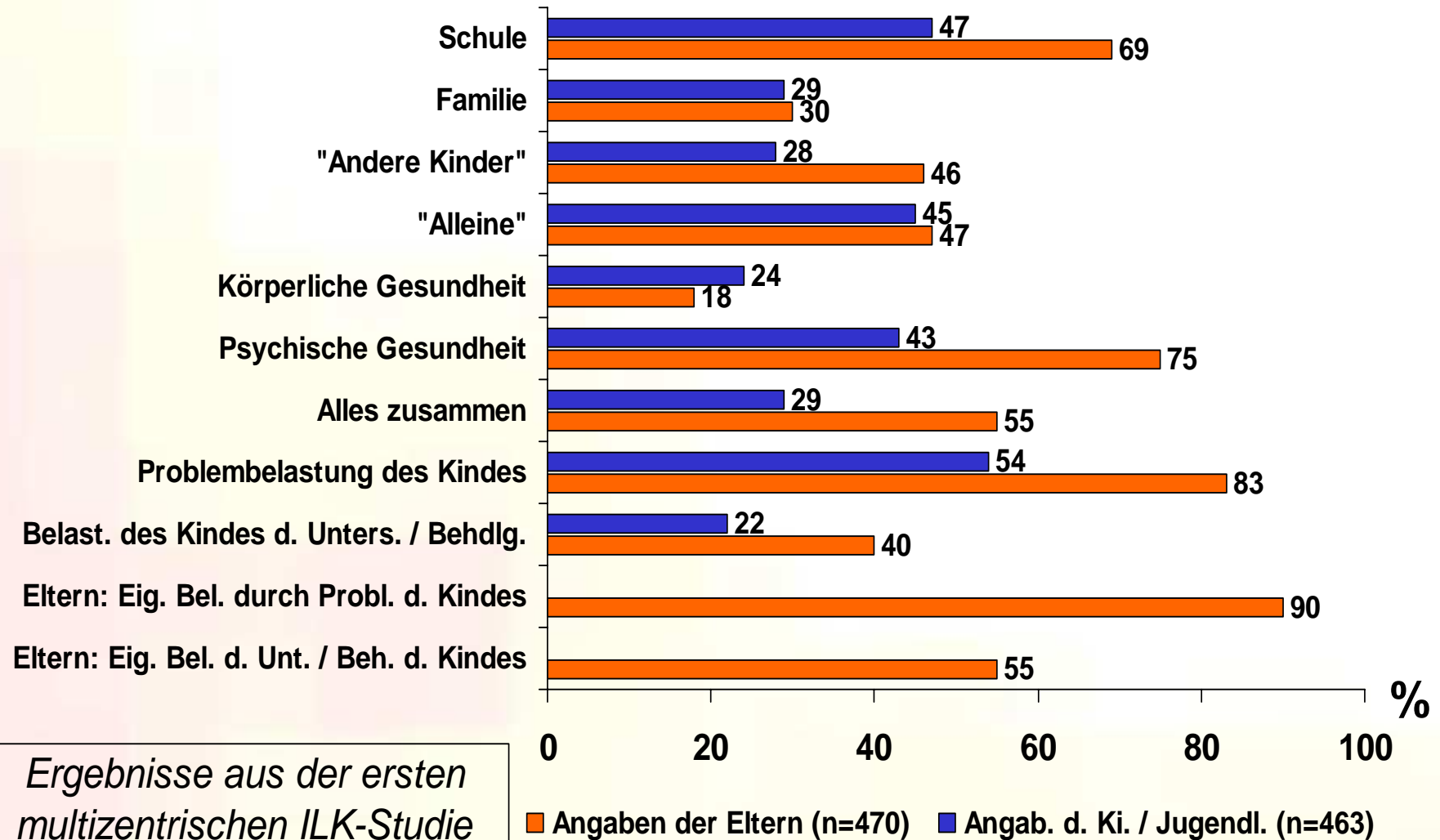
Ergebnisse aus der ersten multizentrischen ILK-Studie

Welche Lebensbereiche und –Aspekte werden von den Eltern als problematisch bzw. belastend erlebt ? (amb. Ber., n=470)



Ergebnisse aus der ersten multizentrischen ILK-Studie

Welche Lebensbereiche und –aspekte werden von den Kindern/Jgdl. und den Eltern als problematisch bzw. belastend erlebt ? (amb.Ber., n=501)



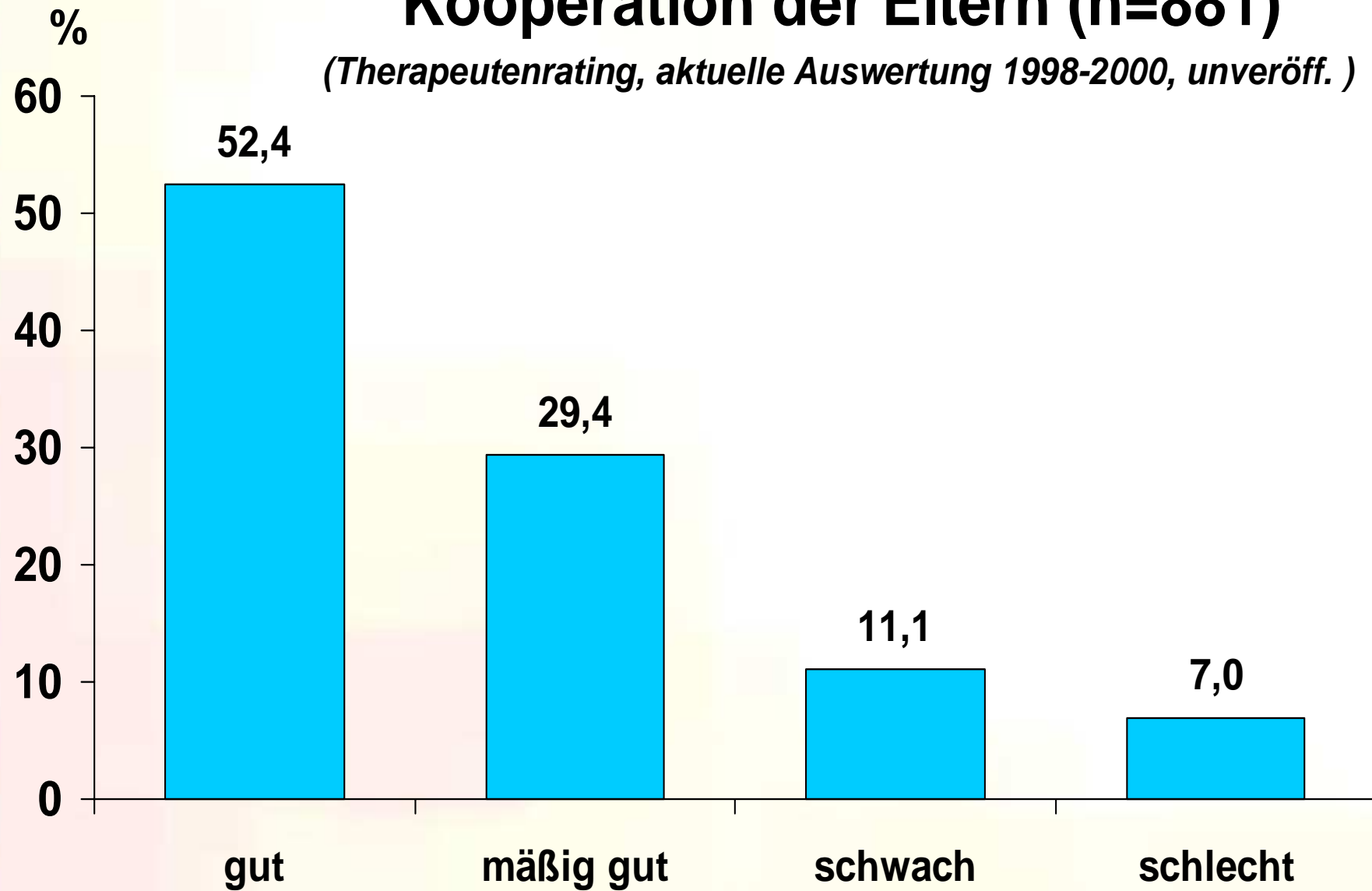
Der klinische Anfangszustand der Eltern: *Konsequenzen bei der klinischen Kontaktaufnahme:*

- Unsicherheit darüber, ob die Vorstellung bei uns „das Richtige“ ist.
- Ambivalente bis misstrauische Haltung; defensives Verhalten, gleichzeitig hohes Bedürfnis schnelle Hilfe zu Bekommen.
- Gefühl der Bedrohung (Befürchtung, daß anstelle von Hilfe weitere Verschlechterung droht)
- Geringe Bereitschaft, aktiv an einer Lösung der Probleme mitzuarbeiten (Tendenz, das Kind „abgeben“ zu wollen.

⇒ ***Schlechte Kooperation.***

Kooperation der Eltern (n=881)

(Therapeutenrating, aktuelle Auswertung 1998-2000, unveröff.)



Familientyp und die Wahrscheinlichkeit für einen guten Therapieerfolg* (stat. Beh. , n=89)

	Der Patient erlebt die Eltern als sicher, selbständig und entscheidungsfähig	Der Patient erlebt Vater oder Mutter (oder beide) als unsicher, unselbständig und entscheidungsschwach
Beide Eltern fühlen sich vom Patienten akzeptiert	93 %	50 %
Ein Elternteil fühlt sich vom Patienten abgelehnt	82%	43 %
Beide Eltern fühlen sich vom Patienten abgelehnt	29 %	0 %

* = Wahrscheinlichkeit dafür, daß der Patient am Ende der Therapie zur Gruppe der Patienten mit einem guten Therapieerfolg gehört (Extremgruppenvergleich: Guter vs. schlechter Therapieerfolg)

Ziele der Elternarbeit in der Anfangsphase: Vorbereitung auf therapeutische Lernprozesse

- Entwicklung von **positiven Erwartungen** im Hinblick auf Therapie, Therapeuten und im Hinblick auf die eigenen Möglichkeiten, einen Beitrag zu leisten.
- Entwicklung einer **produktiven Arbeitshaltung**
- Differenzierte und realitätsangepasste Situationswahrnehmung, **Offenheit für Lernen aus Erfahrung**
- Wiedergewinnung von **Sicherheit im Umgang mit dem Kind**. Stärkung des Gefühls der eigenen Effizienz. Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl.
- Erfahrung von Unterstützung durch andere: **Wechselseitige Unterstützung der Familienmitglieder**.

Therapeutische Aufgaben in der Anfangsphase: Was können wir tun?

- Fachliche Information und Beratung:
Wiedergewinnung von Orientierung und Sicherheit.
- Beziehungsgestaltung: Entwicklung einer förderlichen Kooperation.
- Hilfen zur Wiedergewinnung der eigenen Kraft der Familie(„Ressourcenaktivierung“)

Hilfen zur Wiedergewinnung der eigenen Kraft (Ressourcenaktivierung)

(1) Reduktion der Wahrscheinlichkeit von Mißerfolgen durch Förderung einer erfahrungsorientierten Haltung durch:

- Konzentration auf diagnostische Interventionen
- Aussetzen bzw. Unterlassen von „Kämpfen“ gegen die Symptomatik, Ermunterung, die Probleme (zum Zwecke der Diagnostik) zu zeigen (Symptomverschreibung),
- Verlangsamung bzw. Unterlassen von schnellen Veränderungen.

⇒⇒ *Schaffung einer „Verschnaufpause“ und Wiedergewinnung einer differenzierten Wahrnehmung und Einschätzung der Situation*

Hilfen zur Wiedergewinnung der eigenen Kraft (Ressourcenaktivierung)

(2) Erhöhung der Wahrscheinlichkeit von Erfolgen. Positive Erfolgserlebnisse durch:

- Unterscheiden zwischen Vorrangigen und nachrangigen Aufgaben. Explizites Zurückstellen von Aufgaben, die z.Zt. Nicht lösbar sind. $\Rightarrow\Rightarrow$ *Erleben von kogn. Ordnung und von geplantem überschaubaren Handeln.*
- Definition von lösbaren Aufgaben nach dem Prinzip der kleinen aber lösbaren Schritte. $\Rightarrow\Rightarrow$ *Erleben der eigenen Effizienz.*
- Schaffung von Situationen, in denen die Familie koordiniert und organisiert handelt. $\Rightarrow\Rightarrow$ *Erleben von emotionaler Verbundenheit und sozialer Unterstützung.*

Gliederung

- Die Wirksamkeit familienorientierter Verfahren: Forschungsergebnisse zur
 - allgemeinen Wirksamkeit
 - spezifischen Wirksamkeit
- Was wirkt? Notwendige Ingredienzen für eine effektive Arbeit mit Eltern und Familien
- Zusammenfassung: Kooperation mit Eltern und Familien in der Verhaltenstherapie

Ablaufstruktur von Psychotherapien:

(nach Baumann & Perrez, 1998, S. 395; Alexander et al., 1985; Mattejat, 2003)

- **Diagnostische Phase:** Diagnostik, Indikationsstellung, Therapieplanung, Beratung
↓
- **Erste Therapiephase:** Entwicklung von günstigen Voraussetzungen für therapeutische Lernprozesse
↓
- **Zweite Therapiephase:** Anregung / Anleitung zu therapeutischen Lernprozessen
↓
- **Abschlußphase:** Übertragung ins natürliche Milieu; Abschlußevaluation, Katamnese.

Erste Therapiephase: Günstige Voraussetzungen schaffen

- **Entwicklung einer positiven therapeutischen Beziehung und Aufbau einer produktiven Zusammenarbeit**
- **Aktivierung der familiären Ressourcen („Remoralisierung“)**

Zweite Therapiephase: Veränderungen anregen/anleiten

- **Anregung zur Klärung und Rekonstruktion der Situation (Schwerpunkt: Veränderungen im kognitiv-emotionalen Bereich)**
- **Anleitung zum Erwerb von Kompetenzen zur Problembewältigung (Schwerpunkt: Veränderungen im behavioralen Bereich)**

Therapiephasen

Allgemeine Ablaufstruktur der Psychotherapie

Diagnostische Phase
Erste Therapiephase: Entwicklung von günstigen Bedingungen
Zweite Therapiephase: Anregung/Anleitung zu therapeutischen Veränderungen
Abschlussphase: Übertrag. ins nat. Milieu, Rückfall-präv., Eval., Katamnese.

Das 7-Phasen-Modell der Selbst-Management-Therapie (Kanfer et al. 1996)

1. Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
2. Aufbau von Änderungsmotivation und Auswahl von Änderungsbereichen
3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell
4. Vereinbaren therapeutischer Ziele
5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
6. Evaluation therapeutischer Fortschritte
7. Erfolgsoptimierung und Abschluß der Therapie

Interventionsebenen der multisystemischen Therapie:

(nach Henggeler et al., 1998)

- (1) Familienbezogene Interventionen
- (2) Veränderung der Beziehung zu Gleichaltrigen
- (3) Förderung der leistungsbezogenen und sozialen Kompetenz im Schulsetting
- (4) Durchführung von individuell orientierten Interventionen
- (5) Unterstützung der Familie durch die Gemeinde und durch offizielle Hilfsmaßnahmen

Multisystemische Therapie

(Henggeler et al., 1998)

Die erste Interventionsebene: Familienbezogene Interventionen

- a) Veränderung von elterlichen Erziehungspraktiken
- b) Umgang mit Faktoren, die zu ineffektiven Erziehungspraktiken beitragen
- c) Ehebezogene (paarbezogene) Interventionen
- d) Förderung der Familienfunktionen während und nach familialen Übergangsstadien

Multisystemische Therapie (Henggeler et al., 1998) – *FAMILIE TEIL 1*

a) Veränderung von elterlichen Erziehungspraktiken

- Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zu den Eltern
- Veränderung von Strategien zur Förderung der Disziplin
- Regeln in der Familie
- Belohnungen und Bestrafungen
- Erhöhung von Erfolgchancen

b) Umgang mit Faktoren, durch die Erziehungspraktiken ineffektiv werden

- Kognitionen über Kindererziehung (Wissen und Überzeugungen)
- Soziale Unterstützung der Eltern
- Psychische Störungen bei den Eltern
- Substanzmißbrauch bei den Eltern
- Fehlende Verpflichtung bezüglich der Elternrolle
- Vernachlässigung, Mißhandlung und Mißbrauch durch die Eltern

Multisystemische Therapie (Henggeler et al., 1998) – *FAMILIE TEIL 2*




c) Ehebezogene (paarbezogene) Interventionen

- Voraussetzungen und Zielsetzungen für ehebezogene Interventionen
- Förderung eines positiven Engagements in ehebezogene Interventionen
- Umgang mit Ambivalenz in der Beziehung
- Umgang mit vorherrschend negativen Interaktionen
- Veränderung der instrumentellen Arbeits- und Rollenverteilung
- Umgang mit Gewalt in der Ehebeziehung

d) Förderung der Familienfunktionen während und nach familialen Übergangsstadien

- Familien während und nach der Scheidung
- Eltern-Kind-Beziehung bei Scheidung
- Beziehung zu früheren Ehepartnern
- Normalisierung von Stieffamilien
- Klärung der elterlichen Rollen in Stieffamilien
- Alleinerziehende Eltern

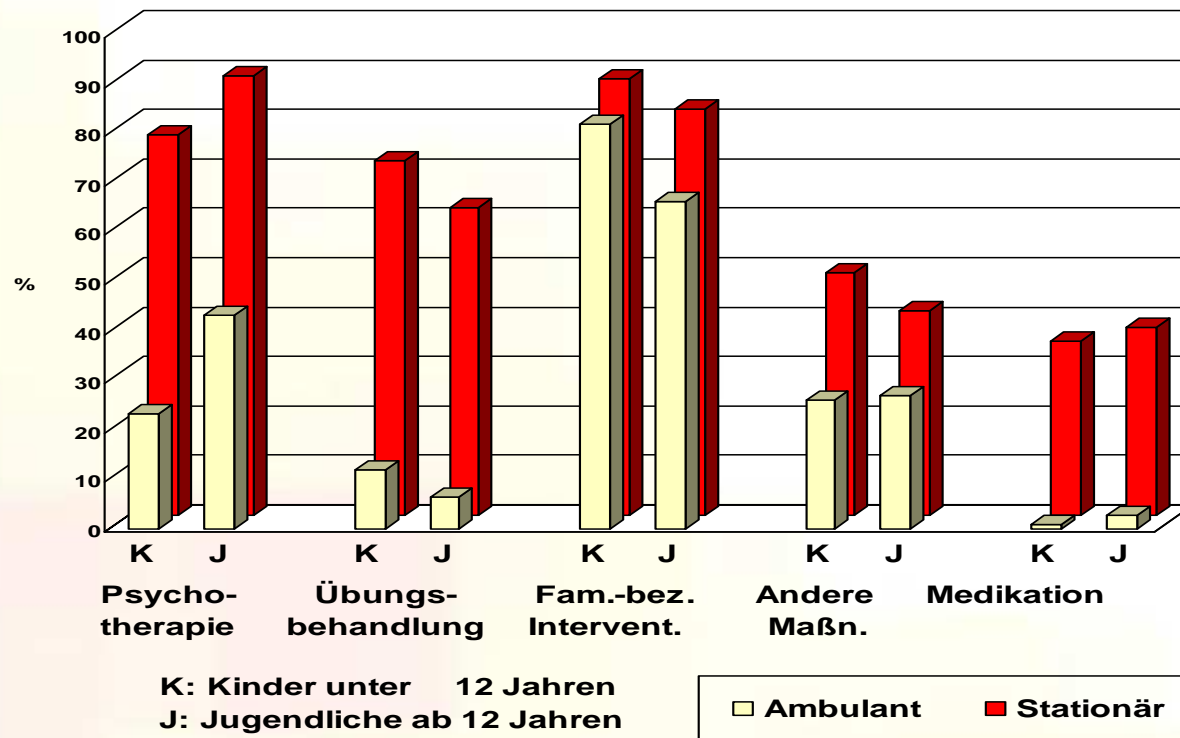
Fazit 1: Fragen

- Hilft Familientherapie? Ist Familientherapie effektiv und nützlich? 
- Kann Familientherapie mit Verhaltenstherapie kombiniert werden? 
- **Bei**
 - **welchen Problemen und**
 - **welchen Zielen sind**
 - **welche Interventionsformen wirksam bzw. nützlich?** 

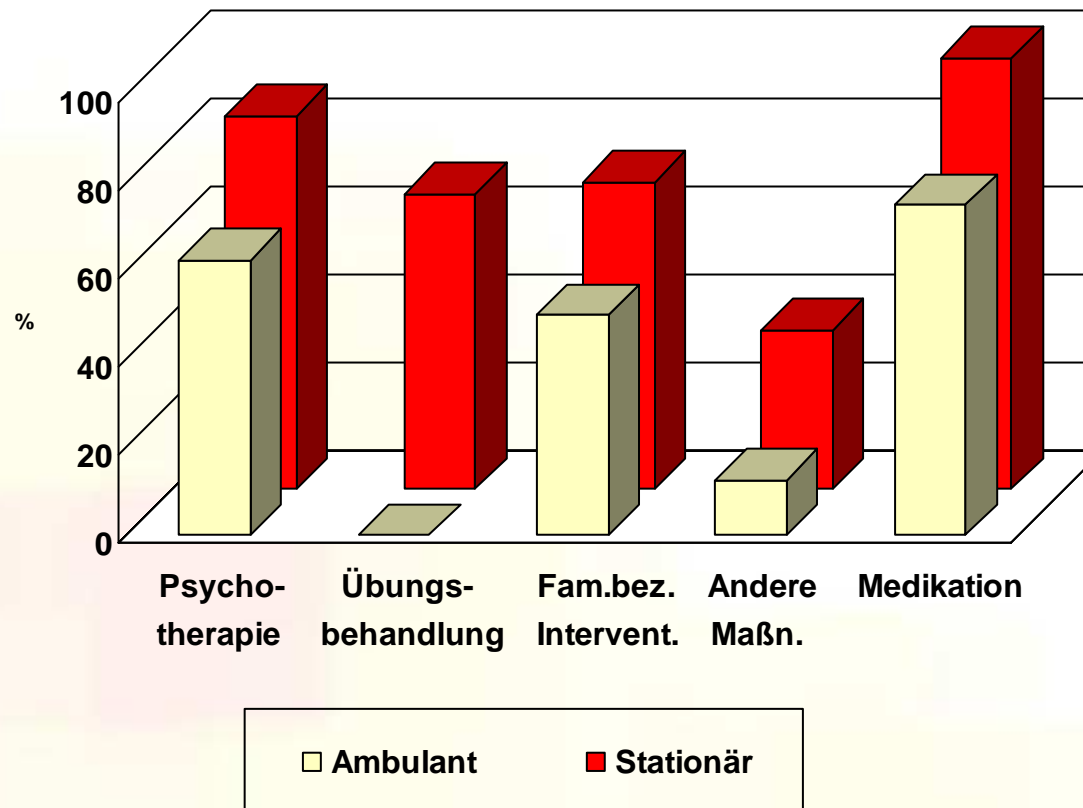
Fazit 2: Antworten

- Je nach Störungsbild unterschiedliche Kombinationen von individuums- und familienorientierten Interventionen (Komponentenmodell)

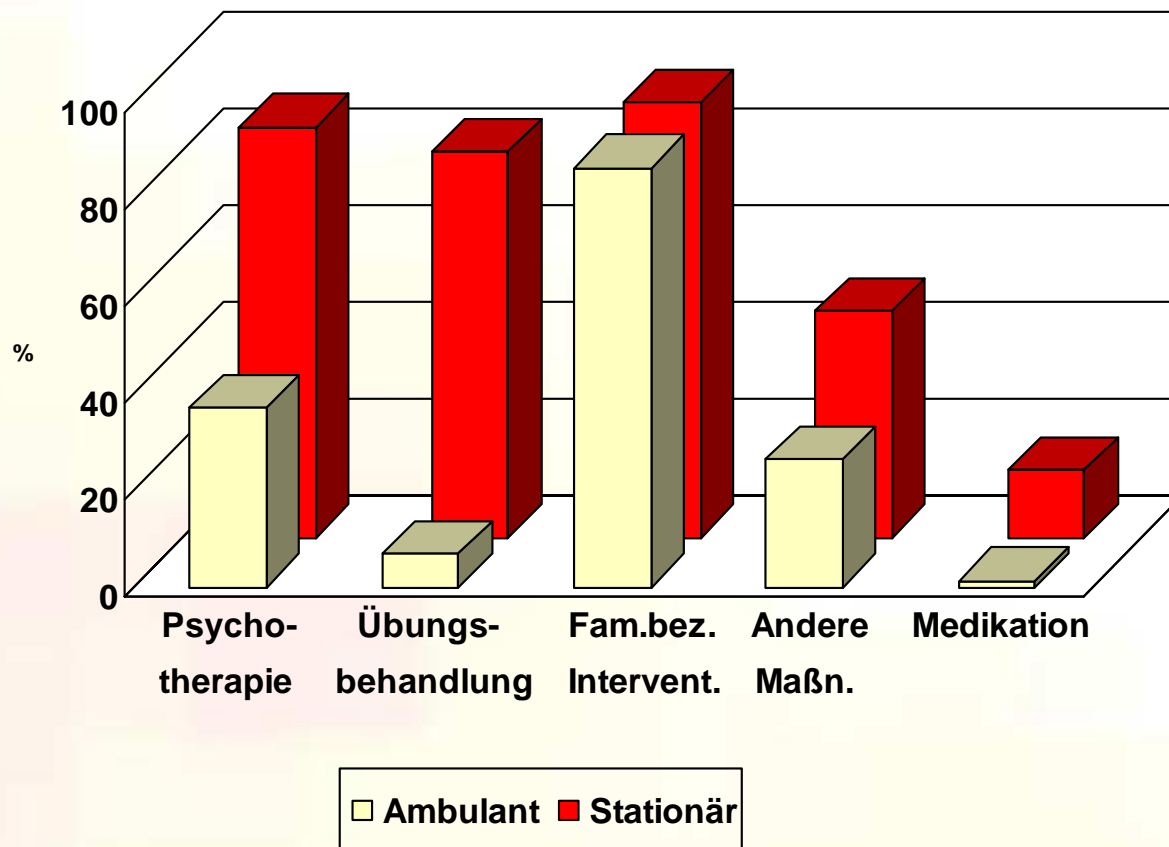
Behandlungsformen



Behandlungsformen Jugendliche mit Diagnose Schizophrenie



Behandlungsformen Kindern mit Diagnose Spezifische emotionale Störung



Fazit 2: Antworten

- Je nach Störungsbild unterschiedliche Kombinationen von individuums- und familienorientierten Interventionen (Komponentenmodell)
- Am besten individuell und familienbezogen empirisch validiert: Methoden aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum
- Individuelle und familienbezogene Komponenten sind in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen auf das engste miteinander verbunden.

Fazit 3: Argumente

für eine stärkere Gewichtung von
eltern- und familienbezogenen Interventionen
in der Verhaltenstherapie

... nicht nur die Forschung spricht dafür

- Rahmenbedingungen der Therapie mit dem Kind müssen sichergestellt sein
- Therapie mit dem Kind/Jugendlichen soll ungestört verlaufen
- Therapeutische Veränderungen sollen ins Umfeld passen
- Therapie soll nachhaltig sein
- Eltern sind wichtiger als Therapeuten, Eltern sind wirksamer als Therapeuten

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**