

Robbins, Michael S. / Horigian, Viviane E. und Szapocznik, José
**Brief Strategic Family Therapy: Ein empirisch überprüfter Ansatz
zur Reduktion von Verhaltensproblemen Jugendlicher**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 5, S. 381-400

urn:nbn:de:bsz-psydok-48194

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

ÜBERSICHTSARBEITEN

Brief Strategic Family Therapy: Ein empirisch überprüfter Ansatz zur Reduktion von Verhaltensproblemen Jugendlicher

Michael S. Robbins, Viviana E. Horigian und José Szapocznik

Summary

Brief Strategic Family Therapy: An Empirically-Validated Intervention for Reducing Adolescent Behavior Problems

Brief Strategic Family Therapy (BSFT) is an empirically-supported treatment for children and adolescents with behavior problems and substance use problems. For three decades, the efficacy and effectiveness of BSFT has been established through the results of rigorous clinical trials studies conducted at the University of Miami's Center for Family Studies. BSFT is based on family systems approaches, most notably the work of Salvador Minuchin and Jay Haley, but has been refined to meet the pressing needs of youth with behavior problems. BSFT theory and interventions cover four broad domains: joining with family members and the family system, assessing problematic family interactions, creating a motivational context for change, and restructuring family interactions.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 381-400

Keywords

Family therapy – children – adolescents – behavior problems – substance use

Zusammenfassung

Die Brief Strategic Family Therapy¹ (BSFT) ist ein empirischer überprüfter Behandlungsansatz für Kinder und Jugendliche mit Verhaltens- und Drogenproblemen. Die Wirksamkeit und die Effektivität der BSFT ist über drei Jahrzehnte durch die Ergebnisse und Befunde strenger klinischer Studien belegt worden, die am *Center für Family Studies* der *University of*

Die Übersetzung wurde vorgenommen von: Angela Matthies, Bonn u. Rüdiger Retzlaff, Heidelberg.

¹ Diese Arbeit wurde vom National Institute on Drug Abuse (Grant No. U10-DA13720, José Szapocznik, Forschungsleiter) unterstützt. *Brief strategic family therapy* (BSFT™) ist in den USA ein eingetragener Markenname.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57: 381 – 400 (2008), ISSN 0032-7034

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2008

Miami durchgeführt wurden. BSFT basiert auf einem systemischen Familienmodell, insbesondere der Arbeit von Salvador Minuchin und Jay Haley. Dieses Modell wurde weiterentwickelt, um den drängenden Problemen von Jugendlichen mit Verhaltensproblemen gerecht zu werden. Die Theorie und die Interventionen von BSFT beziehen sich auf vier Bereiche: Joining mit einzelnen Familienmitgliedern und dem Familiensystem als Ganzem, die klinische Diagnostik problematischer Familieninteraktionen, das Schaffen eines motivationalen Kontextes für Veränderungen und die Umstrukturierung von Familieninteraktionen.

Schlagwörter

Familientherapie – Kinder – Jugendliche – Verhaltensprobleme – Substanzgebrauch

1 Entwicklung der BSFT

Die BSFT wurde Anfang der 70er Jahre als Reaktion auf die steigende Zahl von hispanischen Jugendlichen mit Verhaltensproblemen in Miami (USA) entwickelt. Als Antwort auf dieses Problem gründete Dr. M. Scopetta das *Spanish Family Guidance Center* (heute *Center for Family Studies*) an der University of Miami.

Das erste Ziel des von ihr initiierten klinischen Forschungsprogramms bestand darin, therapeutische Modelle zu entwickeln, die der besonderen Kultur von kubanischen Jugendlichen mit Verhaltensproblemen gerecht werden.

Bei diesem Entwicklungsprozess erachteten wir es als besonders wichtig, unsere gesamte Arbeit auf fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse aufzubauen. Um dieses Ziel zu erreichen, führten wir eine Reihe von Studien durch, um die Werte der kubanischen Bevölkerung von Miami zu untersuchen und Interventionsformen zu ermitteln, die mit der Kultur und den Werten dieser ethnischen Gruppe übereinstimmen und von ihr akzeptiert werden. Auf Grundlage dieser Studien kamen wir zu dem Ergebnis, dass ein familienbasierter Ansatz für diese hispanische Bevölkerungsgruppe besonders geeignet ist (Szapocznik, Scopetta, Arnalde, Kurtines, 1978b). Beispielsweise gab es Hinweise aus der klinischen Praxis und Forschung, dass Stress, der mit der Akkulturation einhergeht, Störungen innerhalb der Familie verursacht (Martinez, 2006; Szapocznik u. Kurtines, 1979; Szapocznik, Santisteban, Kurtines, Perez-Vidal Hervis, 1984; Szapocznik, Scopetta, Kurtines, Arnalde, 1978b; Szapocznik, Kurtines, Fernandez, 1980).

Um unsere Arbeit auf eine fundierte wissenschaftliche Basis zu stellen, gingen wir bei der Entwicklung bzw. Ermittlung eines geeigneten Familienmodells sehr systematisch vor. Bei der Durchsicht von vorliegenden klinischen Studien und der Forschungsliteratur waren wir besonders von den theoretischen und klinischen Fortschritten der Arbeiten Salvador Minuchins und seiner Kollegen am *Philadelphia Child Guidance Center* beeindruckt. Wir hatten das Ziel, für die hispanische Bevölkerung von Miami eine psychotherapeutische Versorgung zu schaffen. Für uns war es deshalb von besonderer Bedeutung, dass die Arbeit von Minuchin mit Familien von ethnischen Min-

derheiten durchgeführt wurde, die in den verarmten Innenstadtbezirken einer amerikanischen Großstadt lebten, darunter auch hispanische Familien. Nach kurzer Zeit stellen wir fest, dass für diese Bevölkerungsgruppe strukturelle und systemische Familientherapieansätze besonders geeignet waren (Szapocznik, Scopetta, King, 1978a). Die strukturelle Familientherapie (vgl. Minuchin, 1974; Minuchin u. Fishman, 1981) wurde zur Grundkonzeption unseres Zentrums. Seither bilden Theorie und Praxis der strukturellen Familientherapie die Grundlage für alle klinischen Entwicklungen und Innovationen der Arbeiten unseres Zentrums, in den unterschiedlichsten kulturellen Kontexten (Szapocznik et al., 1978a; Szapocznik u. Williams, 2000).

Zum damaligen Zeitpunkt hatten wir das Glück, von den Pionieren der Familientherapie ausgebildet zu werden. Ab Mitte der 70er erhielten Mitglieder unseres klinischen Forschungsteams (Dr. M Scopetta und Ms. O. Hervis) eine intensive Ausbildung durch Salvador Minuchin und Marianne Walters in Philadelphia und Miami. Diese Erfahrungen hatten einen großen Einfluss auf die klinischen Modelle, die wir in unseren ersten Studien überprüften. Unter dem Einfluss von Haley (1976) und Madanes (1981) integrierten wir mit der Zeit systematisch weitere Behandlungsmethoden, die strategisch – also problemorientiert – und zugleich pragmatisch und kurzzeitorientiert waren.

2 Forschungsergebnisse

Die Weiterentwicklung der BSFT und die Entwicklung unseres Forschungsprogramms waren eng miteinander verknüpft. Seit unseren ersten Studien waren wir stets bestrebt, das Modell durch ein gründliches Forschungsprogramm zu verbessern. Mit unseren Forschungsstudien wurde nicht nur die Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit der BSFT überprüft, sie hatten auch einen entscheidenden Einfluss auf die Beurteilung, welche Interventionsstrategien wirksam waren und welche nicht. Dies führte zur Modifikation von erfolglosen Strategien und der Aufnahme von erfolgreichen Strategien in unser klinisches Behandlungsmodell.

Wie bereits erwähnt bestand die erste Herausforderung, die sich uns von 1972 bis 1978 stellte darin, eine Therapie für kubanische Jugendliche mit Verhaltensproblemen zu finden und zu entwickeln, die dieser kulturellen Gruppe gerecht wird und von ihr auch angenommen wird. Bei unserer anfänglichen klinischen Arbeit mit drogenkonsumierenden Jugendlichen in Miami zeigte sich, dass die Jugendlichen nicht in der Therapie gehalten werden konnten, wenn es nicht gelang, auch ihre Familien in die Therapie einzubeziehen (Szapocznik et al., 1978a). Um diese Befunde verstehen zu können und zu bestimmen, welche Therapiestrategie für die kubanischen Jugendlichen am besten geeignet sein könnte, führten wir eine großangelegte Studie über Wertorientierungen durch. Wir wollten herausfinden, was die kubanische Kultur auszeichnet und ein besseres Verständnis dafür entwickeln, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur amerikanischen Leitkultur bestehen. Für diese Studie verwendeten wir das kulturvergleichende Forschungsdesign der Arbeiten von Kluckhohn

und Strodbeck (1961), um herauszufinden, wie Angehörige verschiedener kultureller Gruppen auf allgemeine menschliche Probleme reagieren. Die Wertorientierung oder die Weltsicht der jeweiligen Kulturgruppe sollten sich in diesen unterschiedlichen Reaktionen widerspiegeln. Die Studie zeigte, dass ein familienorientierter Ansatz den Werten und Erwartungen der uns interessierenden Population am besten entsprach, mit Therapeuten, die eine aktive, direktive, gegenwartsorientierte, die Familienhierarchie berücksichtigende Führungsrolle einnehmen (Szapocznik et al., 1978b).

Von den Anfängen unserer Arbeit mit kubanischen Jugendlichen und ihren Familien bis hin zu unserer umfangreichen Arbeit mit Einwandererfamilien aus Mittel- und Südamerika wurde immer wieder deutlich, dass die Jugendlichen und ihre Eltern zu Gegnern geworden waren in einem kulturell geprägten Konflikt, bei dem es um amerikanische vs. hispanische Werte ging (Szapocznik u. Kurtines, 1979; Szapocznik et al., 1980). Wir vertraten die Auffassung, dass die problematischen Verhaltensweisen der Jugendlichen im Zusammenhang mit ihrem Schicksal als hispanische Immigrantenfamilien betrachtet werden mussten, die dem Einfluss der amerikanischen Leitkultur ausgesetzt waren (Szapocznik et al., 1978a, b). Bei unserem schwierigen Forschungsvorhaben wählten wir eine Vorgehensweise, die einer Bewegung innerhalb der Psychologie entsprach, die den Standpunkt vertritt, dass Verhalten am besten zu verstehen ist, wenn der sozialen Hintergrund beachtet wird, vor dem es stattfindet (Bronfenbrenner, 1986). Diese kontextualistische oder ökosystemische Perspektive befasst sich mit der Wechselbeziehung zwischen dem Individuum und seiner Umgebung. Wir begannen daher, uns für die Familien, den unmittelbaren sozialen Kontext der Jugendlichen und für kulturelle Strömungen zu interessieren, die die Jugendlichen und ihre Eltern in unterschiedliche Weise beeinflussen (Szapocznik u. Kurtines, 1993).

Der Mehrheit der Familien gelingt es, sich in einem bikulturellen Kontext zurechtzufinden oder sogar gut zurechtzukommen. Doch in vielen anderen Familien kommt es zu Konflikten, weil die Vertreter verschiedener Generationen – Jugendliche und Eltern – in unterschiedlichem Grad akkulturiert sind, was normale, entwicklungsge-
mäßige Familienprozesse erschweren kann.

In hispanischen Immigrantenfamilien, die in einem bikulturellen Kontext leben, wie dies etwa in Miami der Fall ist, stoßen zwei Prozesse aufeinander. Diese Prozesse bedingen sich gegenseitig und führen zu Konflikten, die durch die kulturelle Anpassung bedingt sind. Auf der einen Seite gibt es das normale Streben eines Jugendlichen nach Unabhängigkeit, verbunden mit einer starker Übernahme des amerikanischen Wertes des Individualismus (vgl. Sampson, 1988; Szapocznik et al., 1984; Szapocznik, Santisteban, Rio, Perez-Vidal, Kurtines, 1986; Szapocznik et al., 1978a). Auf der anderen Seite gibt es die ebenso normale Tendenz von Eltern, die Integrität der Familie zu wahren und an traditionellen hispanischen kulturellen Werten festzuhalten, wie z. B. starker Familienbande und elterlicher Kontrolle. Unterschiede zwischen den beiden Generationen, zwischen Jugendlichen, die nach Autonomie streben und Eltern oder einem Elternteil, welche die Integrität der Familie wahren wollen, und Unterschiede zwischen Kulturen, dem amerikanischer Individualismus

einerseits und der hispanischen Betonung von elterlicher Autorität andererseits, intensivieren bestehende innerfamiliäre Konflikte, was bei Eltern und Jugendlichen ein Gefühl der gegenseitigen Entfremdung hervorrufen kann..

In frühen Studien haben wir gezeigt, dass bei hispanischen Familien eine therapeutische Vorgehensweise besonders wirksam ist, die genau diese innerfamiliären Themen berücksichtigt (Scopetta et al., 1977). Außerdem konnten wir zeigen, dass ein familienorientierter psychoedukativer Ansatz, der Elemente der Kultur der Jugendlichen berücksichtigt und strategische Methoden verbindet, um Ziele wie eine veränderte Interaktionen zwischen Eltern und Jugendlichen und eine andere Familienstruktur zu erreichen, indem beispielsweise die „Schuld“ für bestehende Probleme „kulturell bedingter Konflikte“ zuweist, ebenso gute Resultate wie eine eigentliche Familientherapie erzielen konnte (Szapocznik et al., 1986).

3 Empirische Befundlage

Die Wirksamkeit von BSFT bei Kindern und Jugendlichen bei Verhaltensproblemen konnte von uns empirisch belegt werden, insbesondere in Bezug auf den Rückgang von Verhaltensproblemen, des Kontaktes zu antisozialen Gleichaltrigen, von Drogenkonsum und in Hinblick auf die Verbesserung der Funktionsweise der Familien. In einer Studie mit sechs- bis elfjährigen Jungen mit expansiven Verhaltensproblemen (Szapocznik et al., 1989) haben wir die Wirksamkeit der BSFT mit psychodynamischer Einzelpsychotherapie für Kinder und einer Kontrollgruppe verglichen, die ein strukturiertes Freizeitangebot erhielt. Die Studie erbrachte eine Reihe wichtige Befunde. Erstens konnte die Abbruchquote in der Freizeit-Kontrollbedingung nicht so niedrig gehalten werden wie in den beiden anderen Bedingungen. Über zwei Drittel der Abbrecher stammten aus der Kontrollgruppe. Zweitens waren sowohl BSFT und psychodynamische Einzelpsychotherapie für Kinder wirksamer als die Freizeit-Kontrollgruppe, gemessen am Rückgang von Verhaltensproblemen und der Verbesserung des psychodynamischen Funktionsniveaus der Kinder. Bei diesen beiden Parametern konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen festgestellt werden. Drittens war die BSFT zum Zeitpunkt der Folgeuntersuchung nach einem Jahr signifikant wirksamer als psychodynamische Einzelpsychotherapie der Kinder, gemessen am Fortbestehen der positiven Funktionsweise der Familie. Besonders in der Behandlungsgruppe, die psychodynamische Einzelpsychotherapie erhielt, war bei der Folgeuntersuchung ein Jahr nach Beendigung der Therapie eine signifikante Verschlechterung in der Funktionsweise der Familie zu beobachten. Dagegen konnte bei BSFT bei der einjährigen Folgeuntersuchung eine signifikante Verbesserung in der Funktionsweise der Familie festgestellt werden.

In einer weiteren Studie mit hispanischen Jugendlichen, die zwischen 13 und 17 Jahre alt waren und externalisierendes Verhalten zeigten – wie zum Beispiel gewalttätiges oder störendes Verhalten, Drogenmissbrauch, Gesetzesverstöße –, verglichen wir die

Wirksamkeit von BSFT mit der von Gruppentherapie als Kontrollbedingung (Santisteban et al., 2003). Bei Jugendlichen in der BSFT-Bedingung zeigte sich ein signifikant größerer Rückgang im Ausmaßes ihrer Verhaltensstörungen und zwischenmenschlichen Aggression. Die Auswertung von Veränderungen, die nicht nur empirisch signifikant, sondern auch klinisch bedeutsam waren, ergab, dass ein bedeutsamer, signifikant größerer Anteil von BSFT-Probanden klinisch signifikante Verbesserungen aufwiesen als die Gruppentherapie-Probanden.

Untersuchungen zeigten, dass BSFT den Alkoholkonsum von Jugendlichen nicht erfolgreicher reduzieren konnte als die Gruppentherapie-Kontrollbedingung, jedoch bei Marihuanamissbrauch signifikant erfolgreicher war. Die Auswertung von klinisch bedeutsamen Veränderungen des Marihuanakonsums ergab außerdem, dass es eine wesentlich größere Zahl von BSFT-Probanden mit klinisch bedeutsamen Veränderungen gab als Probanden der Gruppentherapie-Bedingung.

Die Familien wurden anhand des Medianes zwei Gruppen zugeordnet, um den Einfluss der Interventionen auf die Funktionsweise der Familien zu prüfen – jeweils mit der Ausgangsbeschreibung „Funktionsweise der Familie eher besser“ bzw. „Funktionsweise der Familie eher schlechter“. Die Auswertung ergab bei Familien mit anfänglich schlechterer Funktionsweise für BSFT-Probanden signifikant größere positive Behandlungseffekte in der Prä-Post-Messung als bei den Gruppentherapie-Probanden. Insbesondere bestanden bei den BSFT-Fällen signifikante Verbesserungen der Funktionsweise der Familie, während es bei den Gruppentherapie-Fällen keine entsprechenden Verbesserungen gab. Ein anderes Bild ergab sich für Familien, bei denen bereits zu Beginn eine bessere Funktionsweise bestand. Auch bei dieser Gruppe gab es einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Behandlungsbedingungen. Bei der Auswertung zeigte sich allerdings, dass es bei den BSFT-Fällen keine weiteren signifikanten Veränderungen in der Familienfunktionsfähigkeit gab – die gegebene gute Funktionsweise konnte erhalten werden. Bei den Gruppentherapiefällen gab es dagegen eine statistisch signifikante Verschlechterung der Familienfunktionsweise.

4 BSFT mit gezielten Engagement-Strategien

Eine besondere Herausforderung der Drogentherapie ist es, Jugendliche mit Verhaltensproblemen mit ihren Familien für eine Therapie zu gewinnen. Daher wurden im Rahmen der BSFT besondere „Engagement-Strategien“ entwickelt, integriert und evaluiert, um Jugendliche mit ihren Familien für eine Therapie zu gewinnen und in Therapie zu halten. Die Wirksamkeit von spezialisierten BSFT-Strategien zum Engagement der Jugendlichen wurde in weiteren besonderten Studien belegt.

Unsere ersten Arbeiten in diesem Bereich konzentrierten sich ausschließlich darauf, Strategien zu entwickeln, um ein Familienmitglied dazu zu bewegen, andere Familienmitglieder für die Therapie zu gewinnen. Außerdem sollte die familiäre Interaktion verbessert werden. Diese Methode der systemischen Einzeltherapie („one-person-fa-

mily-therapy“; Szapocznik, Foote, Perez-Vidal, Hervis, Kurtines, 1985; Szapocznik, Kurtines, Perez-Vidal, Hervis, Foote, 1990) nutzt das systemische Konzept der Komplementarität. Es besagt, dass Veränderungen, die ein Familienmitglied macht, Reaktionen im Familiensystem auslösen. Entweder wird ersucht, den Ausgangszustand der Familie wiederherzustellen, oder es erfolgt eine Anpassung der Familie an die Veränderung (Minuchin u. Fishman, 1981). Wie in der eigentlichen Familientherapie liegt der Schwerpunkt unserer systemischen Einzeltherapie auf den Interaktionsmustern innerhalb der Familie, nicht auf der Einzelperson oder dem jeweiligen Familienmitglied. Das Ziel besteht darin, Veränderungen zu ermöglichen und Familienprozesse anzusprechen, an denen das betreffende einzelne Familienmitglied beteiligt ist. Die von dieser Einzelperson vorgenommenen Veränderungen lösen oft eine Familienkrise aus, wenn die Familie versucht, zum Ausgangszustand zurückzukehren. Wir verstehen diese Krisen als Chancen und nutzen sie, um zögerliche Familienangehörige für die Therapie zu gewinnen. In einer klinischen Versuchsstudie mit hispanischen Familien mit Jugendlichen im Alter von 12-17 Jahren, die Drogen missbrauchten, konnten wir zeigen, dass diese systemische Einzeltherapie signifikant wirksamer die Funktionsweise der Familien verbessert und den Drogenkonsum der Jugendlichen verringert als die Kontrollbedingung (Szapocznik, Kurtines, Foote, Perez-Vidal, Hervis, 1983; 1986).

Auf der Grundlage dieser Erfolge entwickelten wir ein differenzierteres Instrumentarium für die „Engagement-Strategien“. Diese Interventionen waren stark von den theoretischen Prinzipien unserer systemischen Einzeltherapie beeinflusst. Zum Beispiel wurde „Widerstand“ gegen eine Teilnahme an der Therapie weniger unter individuellen als unter Gesichtspunkten der Familienbeziehungen betrachtet. In einer Reihe von Studien wurde die Wirksamkeit solcher Engagement-Strategien von uns überprüft.

Die erste Studie (Szapocznik et al., 1988) verglich die Wirksamkeit von BSFT und spezialisierte Engagement-Strategien mit BSFT plus gewöhnliche Engagement-Strategien an einer Stichprobe von hispanischen Jugendlichen (im Alter von 12-21 Jahren), die Drogen konsumierten. Erfolgreiches Engagement wurde definiert als eine Teilnahme des Jugendlichen zumindest an einem kompletten Aufnahmegespräch. Bei dieser Definition wurden 92,9 % der Familien in der Bedingung BSFT plus spezialisierte Engagement-Strategien erfolgreich gewonnen, gegenüber 42,3 % der Familien in der Bedingung BSFT plus herkömmlicher Engagement-Strategien. In der Experimentalgruppe wurden dieselben Strategien genutzt, um die Fälle auf Dauer in Therapie zu halten. 77 % der Familien in der Bedingung „BSFT plus spezialisierte Engagement-Strategie“ nahmen erfolgreich an einem vollen Therapieabschnitt – mit ca. acht Sitzungen – teil, im Vergleich zu 25 % der Familien in der Bedingung „BSFT plus herkömmliche Engagement-Strategie“.

Santisteban und Kollegen (1996) replizierten diese Ergebnisse der ersten Studie zu Engagement-Strategien und formulierten strengere Kriterien, die für ein erfolgreiches Engagement für eine Therapie erfüllt sein mussten (Teilnahme an einem diagnostischen Erstgespräch und mindestens einer ersten Therapiesitzung), außerdem gab es eine zweite Kontrollbedingung, Gruppentherapie mit herkömmlicher Engagement-Strategie, in einer stärker multikulturellen Stichprobe. Diese Stichprobe hatte einen höheren Anteil

an Hispano-Amerikanern nicht-kubanischer Abstammung. Wie in der vorherigen Studie zeigten die Ergebnisse bei der Bedingung „BSFT plus gezielte Engagement-Strategie“ erneut eine höhere Erfolgsrate (81 %) als die beiden Kontrollgruppen (zus. 60 %).

Mit einer dritten Studie (Coatsworth, Santisteban, McBride, Szapocznik, 2001) wurde überprüft, wie sehr es gelingt, mit BSFT Jugendliche und ihre Familien für eine Therapie zu gewinnen und in Therapie zu halten. Als Kontrollbedingung diente Routinetherapie, wie sie in der Gemeinde üblicherweise angeboten wurde. Wie bei vorherigen Studien zeigten die Ergebnisse dieser Studie, dass BSFT signifikant erfolgreicher (81 %) als die Routinebehandlung-Kontrollbedingung (61 %) Probanden dazu bewegen konnte, eine Therapie mitzumachen. Ein höherer Anteil von BSFT-Fällen, die für eine Therapie gewonnen worden waren, blieb auch in Therapie (71 % vs. 42 %). In der BSFT-Bedingung beendeten 58 % der randomisierten Fälle die Therapie, gegenüber 25 % in der Routinetherapie-Kontrollbedingung. Eine Risikomaßanalyse zeigte, dass nach Randomisierung der BSFT zugewiesene Familien mit einer 2,3 mal größeren Wahrscheinlichkeit sowohl für eine Therapie gewonnen als auch in Therapie gehalten werden konnten, und dass Jugendliche mit schwerwiegenden Verhaltensproblemen besser durch BSFT für eine Therapie gewonnen werden konnten.

5 Laufende Forschung zu BSFT

Gegenwärtig führen wir eine multizentrische randomisierte kontrollierte klinische Studie durch und untersuchen die Wirksamkeit der BSFT im Vergleich zu herkömmlicher Therapie (treatment as usual, TAU) bei der Reduktion von Drogenkonsum, von Verhaltensproblemen und sexuell riskantem Verhalten, sowie der Verbesserung der Funktionsweise von Familien. Diese Studie wurde durch das vom *U.S. National Institute on Drug Abuse* finanzierte *Nationale Netzwerk für Klinische Studien zu Drogenmissbrauch* ins Leben gerufen. Sie findet an acht über die ganzen USA verteilten kommunalen Einrichtungen statt und wird mit 480 drogenkonsumierenden Jugendlichen und ihren Familien mit insgesamt über 2000 Jugendlichen und Familienangehörigen durchgeführt. Das Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie ist Drogenkonsum, allerdings sollte beachtet werden, dass bei den Jugendlichen vielfältige Verhaltensprobleme vorliegen. Beispielsweise hatten 72 % der Jugendlichen aus dieser Studie wegen eines Gesetzesverstosses eine Therapieauflage erhalten. Das Hauptziel dieser Studie ist es, die Wirksamkeit von BSFT bei der Behandlung von Drogenmissbrauch im Vergleich zum herkömmlichen Therapieangebot zu überprüfen, das in den jeweiligen Einrichtungen üblich ist, und zwar unter Bedingungen, wie sie in den mit öffentlichen Geldern finanzierten, kommunalen Einrichtungen von in der Regel schlecht bezahlten Therapeuten durchgeführt werden. Als Kontrollbedingung dient also genau das unveränderte, übliche Therapieangebot der jeweiligen Einrichtung für die Jugendlichen. Die einzige Vorbedingung für eine Teilnahme eines Zentrums an der Studie war, dass es an der Einrichtung ein mindestens zwölf Sitzungen umfassendes Therapieangebot zur Behandlung von jugendlichem

Drogenmissbrauch gab. Um zu garantieren, dass die Berater in der BSFT-Bedingung nicht „ausgelesen“ waren, wurden die in jeder Einrichtung vorhandenen Berater zufällig entweder BSFT oder der herkömmlichen Therapie ihrer Einrichtung zugewiesen. Die Berater der Einrichtung wurden anhand eines BSFT-Manuals geschult; bei den Jugendlichen und Familien der Studie handelte es sich um die regulären Klienten, die sich bei der Einrichtung meldeten. Die Durchführung der Studie mit nicht-ausgelesenen Beratern, mit regulären Klienten aus der jeweiligen Einrichtung und, als Kontrollbedingung, einer Routinetherapie, wie sie üblicherweise angeboten wird, sollte die Generalisierbarkeit der Studie auf kommunale Therapieeinrichtungen gewährleisten, wie sie in der Versorgungslandschaft existieren. Die Berater der BSFT-Bedingung erhielten eine intensive Weiterbildung (144 Stunden in sechs Monaten) und wöchentliche Gruppensupervision, die von einem Lehrtherapeuten der *University of Miami* durchgeführt wurde. Alle Familiensitzungen wurden auf Video aufgezeichnet. Jede Woche wurde pro Therapeut eine Sitzung sowohl von einem unabhängigen Rater und von einem Mitarbeiter der *University of Miami* auf Einhaltung der BSFT-Therapie überprüft. Diese gründliche Fachaufsicht stellte sicher, dass in jeder kommunalen Einrichtung in allerhöchstem Maße auch wirklich BSFT durchgeführt wurde. Zur Wahrung der internen Validität wurden alle Aspekte der Studie unter sorgfältig kontrollierten Bedingungen umgesetzt. Gegenwärtig werden die Nachuntersuchungen erhoben, die Ergebnisse sollten im Jahr 2009 vorliegen.

6 Theoretische Prinzipien, Interventionsstrategien und Therapiekonzepte

6.1 Systeme

BSFT ist zuallererst ein „System“-Ansatz. Familien werden als ein Gesamtorganismus betrachtet, nicht als bloße Summe der einzelnen Familienmitglieder. Diese Betrachtungsweise von Familien als System zeigt sich in folgenden Annahmen (a) die Familie ist ein System mit voneinander abhängigen, in Wechselbeziehungen stehenden Teilen; (b) das Verhalten jedes Familienmitgliedes beeinflusst die Familie, und die Familie beeinflusst jedes ihrer Mitglieder; (c) die Verhaltensweisen von Familienmitgliedern können nur durch Untersuchung des jeweiligen Familienkontextes verstanden werden; und (d) Interventionen müssen auf Familienebene ansetzen, um die komplexen Beziehungen innerhalb des Familiensystems zu berücksichtigen. Interventionen beachten auch den sozialen Kontext der Familie und die besonderen Merkmale jedes einzelnen Familienmitgliedes; der Hauptschwerpunkt liegt jedoch auf der Familie.

6.2 Strukturelle Konzepte

Die BSFT basiert hauptsächlich auf Konzepten der strukturellen Familientherapie (Minuchin u. Fishman, 1981), um die komplexen Beziehungen innerhalb des Familiensystems einzuordnen. Das theoretische Modell der strukturellen Familientherapie

bietet einen Rahmen, um die Verhaltensmuster zu erklären, die zwischen Familienmitgliedern bestehen. Sie dient als eine Linse, mit deren Hilfe diese Muster auf kohärente, theoriegeleitete Weise zu einem Muster geordnet werden können. In der BSFT versteht man unter Struktur Interaktionen auf Verhaltensebene, die miteinander verbunden sind. Sie tendieren dazu, sich zu wiederholen und manifestieren sich als stabile Interaktionsmuster von Familienmitgliedern. Dieses Verständnis von Struktur spiegelt sich in den folgenden Annahmen wider: In jeder Familie treten wiederkehrende Interaktionsmuster auf, die dazu führen, dass die Ziele der Familie oder einzelner Familienmitglieder erfolgreich verwirklicht werden; sie können aber auch nicht zielführend sein. Wie weiter unten genauer beschrieben wird, dienen strukturelle Konzepte auch dazu, beobachtete Interaktionen der Familie in einer Weise zu ordnen, dass für eine gegebene Familie eine besondere „strukturellen Diagnose“ erstellt werden kann.

6.3 Strategische Konzepte

Im Zuge der Entwicklung von BSFT haben wir systematisch Konzepte und Interventionstechniken der strategischen Therapie integriert (Haley, 1976; Madanes, 1981). Die Einbeziehung strategischer Prinzipien ergab sich aus unserem ausdrücklichen Schwerpunkt auf der Entwicklung eines Interventionsprogramms, das Symptome auf schnelle und effektive Weise aufhebt. Der Einfluss der strategischen Therapie zeigt sich vor allem in den folgenden Annahmen: (a) *BSFT-Interventionen sind praktisch*, das bedeutet, BSFT-Interventionen sind auf die einzigartigen Merkmale und die Bedürfnisse der Familie zugeschnitten und berücksichtigen die Fähigkeiten jedes Familienmitgliedes. (b) *BSFT-Interventionen sind problemorientiert*. Eine problemorientierte Herangehensweise zielt zunächst auf solche Interaktionsmuster, die den Drogenkonsum und die Verhaltensprobleme der Jugendlichen beeinflussen können. (c) *BSFT-Interventionen werden sorgfältig geplant*, das heißt der Therapeut ermittelt Interaktionsmuster, die vermutlich fehlangepasst sind und unmittelbar mit den Verhaltensproblemen der Jugendlichen zusammenhängen. Er prüft, welche dieser Interaktionen am ehesten einer Veränderung zugänglich sind und erstellt einen Therapieplan, um der Familie zu helfen, besser angepasste beziehungsweise erfolgreichere Interaktionsmuster zu entwickeln.

Die problemorientierte Seite von BSFT richtet sich auf die Interaktionsmuster von Familien, die unmittelbar relevant für das symptomatische Verhalten sind. Familien von Jugendlichen mit Verhaltensproblemen haben üblicherweise mannigfaltige Probleme. Doch ein überwiegender Fokus auf Interaktionsmustern, die direkt mit der Entwicklung und Fortbestehen des Symptomverhaltens verbunden sind, trägt zur Kürze unseres Interventionsansatzes bei. Zum Beispiel ist es sehr wahrscheinlich, dass die erzieherischen Kompetenzen eines Elternpaares thematisiert werden, weil sie direkt mit Verhaltensproblemen Jugendlicher verknüpft sind. In unserem Kurzzeittherapiemodell werden wir dagegen vermutlich eher darauf verzichten, etwaig gegebene sexuelle Probleme des Paares anzusprechen. Die Interventionsstrategien werden sehr bewusst ausgewählt und sollen der Familie helfen, von einer Klasse von Interaktionen,

die das symptomatische Verhalten bei den Jugendlichen aufrechterhalten, den Weg zu einer anderen Klasse von Interaktionen zu gelangen, die das symptomatische Verhalten verringern, beispielsweise von einer konflikthafter Eltern-Kind Beziehung zu einer wirksameren elterlichen Aufsicht und Präsenz zu finden.

6.4 Schwerpunkt Prozess- und Beziehungsorientierung

Die BSFT ist ein prozess- und beziehungsorientierter Interventionsansatz. Jeder therapeutische Prozess – angefangen bei der Herstellung einer Beziehung mit den Familienmitgliedern über die Entwicklung eines Therapieplanes bis hin zur Restrukturierung der Interaktionen innerhalb der Familie – wird auf Basis von prozessorientierten oder beziehungsorientierten Gesichtspunkten organisiert. Der Prozessfokus liegt in der Gegenwart, was sich in einer auf „Hier und Jetzt“-Orientierung zeigt, mit deren Hilfe der Therapeut versucht, neue Interaktionen zwischen Familienmitgliedern in den Sitzungen zu ermöglichen. Im Anfangsstadium der Therapie sind diese Interaktionen nützlich, um Zugang zum Familiensystem zu finden und Stärken und Schwächen in Familienbeziehungen zu diagnostizieren. In späteren Therapieabschnitten schaffen diese Interaktionen eine Gelegenheit für Interventionen, die Verhalten ändern und neue Beziehungsmuster entstehen lassen.

BSFT greift die inhaltlichen Themen auf, die von den einzelnen Personen in den Familientherapiesitzungen vorgetragen werden, erkundet und verfolgt sie näher und validiert sie. Das Eingehen auf diese Themen hilft dem Therapeuten zu verstehen, was jedem einzelnen Familienmitglied wichtig ist. Dies ermöglicht es, Interventionen auf die besonderen persönlichen Merkmale von einzelnen Familienmitgliedern masszuschneiden. Das Aufgreifen von inhaltlichen Themen dient nicht dazu, individuumszentrierte Interventionen zu entwickeln. Inhaltliche Themen werden aufgegriffen, um den Therapieprozess und die Beziehungen zu fördern. Informationen, die von einzelnen Familienmitgliedern in Erfahrung gebracht werden, wichtige Ereignisse und Schlüsselverhaltensweisen werden gewürdigt, mit dem strategischen Ziel, den Fokus auf das Beziehungsgeschehen zu lenken. Während ein Therapeut beispielsweise anhört, wie zornig die Eltern über das Verhalten ihres Kindes sind, hält er gleichzeitig Ausschau nach einer Gelegenheit, mehr zu tun, als nur die Frustration der Eltern anzuerkennen „Ich kann hören, wie frustrierend dies für Sie ist“. Dies geschieht, indem bestimmte Aspekte der Aussagen der Eltern von ihm bekräftigt werden, die offenkundig sind oder aus ihren Äußerungen abgeleitet werden „All das ist besonders schwer für Sie, weil Sie so viele Träume haben, was Ihr Kind einmal werden soll“.

Dieser prozess- und beziehungsorientierte Fokus liegt allen Interventionen zugrunde und bildet einen übergeordneten Rahmen, der dem Therapeuten hilft, von Augenblick zu Augenblick gegebene Interaktionen zu meistern und den Fokus bei den Prozessen wahr, die innerhalb und zwischen den Sitzungen auftauchen. Er bildet das Fundament für alle weiteren Schritte, für die Therapieplanung und alle umstrukturierenden Interventionen.

6.5 Interventionsstrategien

6.5.1 Joining – der Aufbau einer Beziehung zu einzelnen Familienmitgliedern und dem Familiensystem

Joining findet auf zwei Ebenen statt. Auf der Ebene der Einzelpersonen bedeutet Joining, zu jedem einzelnen anwesenden Familienmitglied eine Beziehung herzustellen. Auf Ebene der Familien bedeutet Joining, ihr gegenüber so aufzutreten, dass ein neues System geschaffen wird – das therapeutische System. Voraussetzung für das Joining ist Sensibilität, die Fähigkeit, auf die besonderen Merkmale der Familie einzugehen und die Fähigkeit, rasch die Prozesse zu erkennen, die in der Familie bestimmend sind, um Teil der Steuerungsprozesse der Familie zu werden.

Joining auf Ebene der Einzelpersonen bedeutet unter anderem, die Ansichten jedes Familienmitglieds in Erfahrung zu bringen und alle Familienmitglieder zu respektieren und anzuerkennen. Dabei müssen die Therapeuten eine ausgewogene Balance zwischen ihren Allianzen zu einzelnen Familienmitgliedern wahren, besonders dann, wenn offene Zwistigkeiten zwischen den jeweiligen Familienmitgliedern bestehen. Zum Beispiel haben wir in früheren Untersuchungen zur BSFT mit hispanischen Familien gezeigt, dass die Gefahr eines Therapieabbruchs bei einer Familie umso größer ist, je größer das Ungleichgewicht der Allianz zwischen Therapeut und Mutter auf der einen Seite und der Allianz von Therapeut und Jugendlichen auf der anderen Seite ist (Robbins et al., 2007). Um ein Gleichgewicht der Allianzen zu erlangen, müssen Therapeuten sorgfältig darauf achten, alle Familienmitglieder in die Therapie einzubeziehen, die Perspektive jedes Familienmitglieds anzuerkennen, ohne dabei einer anderen Person zu widersprechen, nicht Partei zu ergreifen, konflikthafte Interaktionen zu unterbrechen und den Blick der Familien von negativen, konflikthaften Ansichten so auszuweiten, dass positive, angemessene Beziehungen betont und entwickelt werden.

Auf der Familienebene besteht das Ziel des Joinings darin, ein neues System zu schaffen, dem der Therapeut als Mitglied und als Führungspersönlichkeit angehört. Es gibt eine Reihe von speziellen Techniken, die eingesetzt werden können, um ein therapeutisches System zu schaffen. Dazu gehören stützende Interventionen, das Aufgreifen der Themen der Familie und das Spiegeln. Unterstützende Interventionen sind unter anderem das Stärken der Familienstruktur und das Akzeptieren der Regeln der Familien beim Joining. Akzeptiert der Therapeut die Regeln der Familie, wird ihm gestattet, sich der Familie als System anzuschließen und zu einem Teil des Systems zu werden. Zu den unterstützenden Interventionen gehört auch das Fördern der Stärken der Familien, das Eingehen einer nahen Beziehung, das Anerkennen von Familienmitgliedern und die Unterstützung eines Familienmitglieds, das sich durch die Therapie bedroht fühlt. Zum Spüren aufnehmen gehört das Aufgreifen der inhaltlichen Themen der Familie oder ihrer Interaktionsmuster, um sich der Familie anzuschließen. Beim Spüren aufnehmen verwendet der Therapeut den Inhalt und den Prozess der Sitzung. Er kann den Inhalt und Prozess der Sitzung dazu verwenden, den Familienprozess vom Ist-Zustand zum erwünschten Zustand zu führen. Spiegeln ist eine Klasse von Interventionen, die sich auf

den Stil und den Affekt der Familien richten, zum Beispiel sich der Geschwindigkeit, der Stimmung und dem Stil der Wechselbeziehungen zwischen Familienmitgliedern anzugleichen zu versuchen, um sich auf diese Weise in die Familie zu integrieren.

6.5.2 Das Auslösen von Familieninteraktionen als klinische Diagnostik

Klinische Diagnostik bedeutet zu erkennen, welche Interaktionsmuster und Strukturen der Familie, die Verhaltensprobleme des Jugendlichen ermöglichen oder ermutigen. Um eine komplexe Familiendiagnose zu stellen, werden vom Therapeuten die Interaktionen der Familie anhand von fünf Interaktionsdimensionen geprüft: 1. Organisation der Familie, 2. Resonanz, 3. Entwicklungsstadium, 4. Status als Indexpatient und 5. Konfliktlösung (s. Tab. 1).

Tabelle 1: BSFT- Dimensionen der Familieninteraktion

Struktur	Resonanz	Entwicklungsstadium	Status als identifizierter Patient (IP)	Konfliktlösung
Führungsstil	Differenzierung	a. Elternrollen und	a. Negativität über	a. Verleugnung
a. Hierarchie	a. undifferenziert	- aufgaben	IP	b. Vermeidung
b. Verhaltenskontrolle	b. halb-differenziert	b. Kind/Geschwisterrollen und	b. Zentralität des	c. Abschweifungen
c. Anleitung	c. differenziert	- aufgaben	c. Überbehütung gegenüber dem	d. Ende ohne
<i>Organisation des Subsystems</i>	<i>Verstrickung</i>	c. Rollen der	IP	e. Ende mit Auflösung
a. Bündnisse	a. Gedanken lesen	erweiterten Familie und deren	d. Fürsorglichkeit gegenüber dem	
b. Triangulation	b. Persönliche Kontrolle	Aufgaben	IP	
c. Subsysteme	c. gemeinsame emotionale Reaktionen		e. Verleugnen weiterer Probleme	
Kommunikationsfluss	d. Gleichzeitiges Sprechen			
a. Direktheit	e. Unterbrechungen			
b. Torhüter	f. Fortführen von Sätzen			
c. Zentrale Schaltstelle	g. Distanzverlust			
d. Wortführer	Loslösung			
	a. Fehlen von Kommunikation			
	b. Fehlen emotionaler Beziehungsaufnahme			
	c. Fehlen von Bündnissen			
	d. Fehlende Beteiligung			

Klinische Diagnostik ist ein Prozess, bei dem die Familieninteraktionen systematisch überprüft werden, die von Augenblick zu Augenblick ablaufen, um typische Familieninteraktionsmuster zu erkennen. Diese Muster lassen sich anhand der fünf Dimensionen ordnen (s. Tab. 1). Die dabei gewonnenen Informationen werden zu übergeordneten Prozessmustern zusammengefasst, die als „klinisches Arbeitsmodell“ bezeichnet werden, sie bringen die typischen Familieninteraktionen auf den Punkt. In der BSFT dient das klinische Arbeitsmodell dazu, einen Zusammenhang zwischen dem präsentierten Problem und den charakteristischen Interaktionsmustern der Familie herzustellen. Das ausagierende Verhalten eines Kindes kann als Folge einer fehlenden elterlichen Aufsicht erklärt werden, die wiederum auf eine schlechte Ehebeziehung und Uneinigkeit über Erziehungsmethoden zurückgeht.

In das klinische Erklärungsmodell geht eine Vielzahl von Faktoren ein. Dazu zählen ergänzende Informationen, die nicht direkt aus Beobachtungsdaten abgeleitet werden können, aber nützlich sind, um Familieninteraktionen in einen weiteren Kontext einzuordnen. Ein Beispiel ist die klinische Einschätzung, inwieweit der Entwicklungszustand eines Familienmitgliedes seiner Altersgruppe angemessen ist.

Auch die Chronizität der vorhandenen Muster, beziehungsweise die Flexibilität der Familie bei der Anpassung an interne oder externe Veränderungen, ist für das klinische Arbeitsmodell von Bedeutung. Die Flexibilität der Familie gibt einen wichtigen Hinweis darauf, wie viel Anstrengung für eine Änderung des Familiensystems nötig ist; flexiblere Familien lassen sich leichter ändern.

Die Diagnostik der Familieninteraktion basiert auf dem Verhalten der Familien unmittelbar in der Therapiesitzung und auf Berichten über das, was daheim geschieht. Therapeuten müssen einen therapeutischen Kontext schaffen, der es Familienmitgliedern ermöglicht, so mit einander umzugehen, wie sie es typischerweise tun, wenn sie daheim sind. Die Technik der „Probleminszenierungen“ oder *enactments* ermöglicht es dem Therapeuten zu beobachten, wie die Familien wahrscheinlich auch außerhalb der Sitzungen zu Hause miteinander umgehen. Diese Technik ist von entscheidender Bedeutung für das Erkennen der typischen Interaktionsmuster der Familie.

6.5.3 Umstrukturierung der Familieninteraktion

Therapeuten versuchen, die Interaktionsmustern der Familien zu erfassen und zu verstehen wie die Passung zwischen individuellen, sozialen und kontextuellen Faktoren ist; dabei schätzen sie gleichzeitig auch ein, welchen Zusammenhang es zwischen diesen familiären Interaktionsmustern und den Verhaltensproblemen der Jugendlichen geben könnte. Wenn diese Zusammenhänge geklärt und verstanden sind, ist der Therapeut so weit, einen Interventionsplan zu entwickeln. In der BSFT ist das übergeordnete Ziel eines jeden Therapieplans, Familien dazu zu bewegen, ihre gegenwärtigen, maladaptiven Interaktionen, die das Problem erhalten, durch effektivere, besser angepasste Interaktionen zu ersetzen, die das Problem auflösen. Interventionen, die Familien helfen, maladaptive Interaktionen zu ändern, werden

als Umstrukturierung bezeichnet. Beim Umstrukturieren schafft der Therapeut einen Kontext, der Verhaltensänderungen begünstigt, indem er eine Vielzahl von Techniken verwendet. Diese Techniken fallen in drei allgemeine Kategorien: Arbeiten in der Gegenwart, Umdeuten und Arbeit an Grenzen und Allianzen.

In der Gegenwart arbeiten. Während sich manche Formen der Therapie auf die Vergangenheit konzentrieren, wird in der BSFT hauptsächlich die Gegenwart fokussiert. Der Begriff „Gegenwart“ muss präzisiert werden – es geht nicht darum, sich in der Gegenwart Geschichten über die Vergangenheit anzuhören, es geht um aktuelle Interaktionen, die im Hier und Jetzt zwischen Familienmitgliedern geschehen und vom Therapeuten beobachtet werden können. *Enactments* oder Problemaktualisierungen sind in der BSFT von entscheidender Bedeutung. Der Fokus der Therapie liegt darauf, Familienmitglieder zu ermutigen, ihnen dabei zu helfen, beziehungsweise es ihnen zu ermöglichen, auf ihre typische Art und Weise zu handeln und zu interagieren, als ob kein Therapeut anwesend wäre. Sehr häufig kommt es spontan zu einer Probleminszzenierung durch die Familienmitglieder, die sich beispielsweise beginnen zu streiten, sich gegenseitig zu unterbrechen oder zu kritisieren etc. Andere Familien sind auf rigide Weise bestrebt, nicht miteinander zu interagieren, sondern den Therapeuten in den Mittelpunkt zu stellen und immer nur mit ihm zu sprechen, was dazu führt, dass man als Therapeuten ein enactment anregt. Dabei werden Gesprächsbotschaften systematisch umgeleitet, um direkte Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern anzuregen.

Es gibt zwei Gründe dafür, ein enactment anzuregen. Zum einen gestattet es dem Therapeuten, die Familien direkt zu beobachten, wie sie sich wirklich gibt, mit ihren überformten, rigiden repetitiven Interaktionsmustern. Der Therapeut kann so problematische Interaktionen direkt beobachten und muss sich nicht auf Geschichten darüber verlassen, was üblicherweise passiert, wenn er nicht anwesend ist. Nach unserer Erfahrung unterscheidet sich das, was Familien über ihre typischen Interaktionen berichten sehr davon, wie sie tatsächlich interagieren. Deshalb liegt unser Schwerpunkt darauf, Interaktionen direkt zu beobachten, statt sich auf Geschichten über Interaktionen zu verlassen. Zum anderen ist es ein zentraler Grundsatz der BSFT, dass es Aufgabe des Therapeuten ist, Interaktionsabläufe zu verändern. Dies lässt sich oft am besten erreichen, indem man es der Familie ermöglicht, spontanes Verhalten zu zeigen, dann eingreift und zum Beispiel ein bestimmtes Verhalten abblockt oder eine Umdeutung anbietet, um es den Familienmitglieder zu ermöglichen, andere adaptivere Interaktionen zu zeigen.

Unter gegenwartsbezogenen umstrukturierenden Interventionen ist also der Prozess zu verstehen, die typischen Interaktionsmuster zu verändern, in dem in der Sitzung Interaktionen und die spontanen Aktualisierungen von Problemmustern geleitet und dirigiert werden. Es ist wichtig sich zu erinnern, dass es nicht darum geht, dass die Familie nur darüber redet, sich anders zu verhalten. Vielmehr sind Therapeuten daran interessiert, Verhaltensänderungen in den Familien zu veranlassen, sowohl in den Therapiesitzungen als auch danach. Dazu muss der Therapeut eine dezentrale Position einnehmen und alles versuchen, damit die Familienmitglieder überwiegend miteinander interagieren, statt mit ihm. Wir wollen, dass Famili-

en Verhaltensweisen üben, die ihnen in ihrem täglichen Leben helfen. Wir wollen nicht, dass Familien lernen, mit ihrem Therapeuten zu sprechen. Wir wollen, dass sie üben, auf eine günstigere Weise miteinander zu reden.

Umdeutungen. Die vielleicht interessanteste, nützlichste, hilfreichste, gewiss subtile, wirksamste Technik der BSFT sind *Umdeutungen* oder *Reframings*. Umdeutungen schaffen eine andere Wirklichkeitssicht und geben den Familien die Möglichkeit, ihre eigenen Interaktionen oder ihre Situation aus einer anderen Perspektive zu betrachten. Umdeutungen haben zwei wichtige Funktionen. Zum einen sind sie ein Mittel, um eine negativistische Haltung und eine scheinbare „Lieblosigkeit“ in eine positive Haltung und Fürsorglichkeit zu verwandeln. Dies wird zum Beispiel dadurch erreicht, Gefühle von Wut und Frustration als etwas umzudefinieren, was die Familie zusammenhält: „Natürlich sind Sie wütend, weil Sie sich sorgen; und weil es Ihnen so weh tut, Ihre Tochter kämpfen zu sehen; und es tut weh, wenn sie sich auf diese Weise Ihnen gegenüber verhält. Es tut deshalb so weh, weil Sie sich so sehr um sie sorgen.“ Die zweite wichtige Wirkung von Umdeutung besteht darin, von Anklagen und Tadelungen des Indexpatienten zu einer beziehungsorientierten Sichtweise zu gelangen, die nicht anklagend ist: „Wir sind hier, weil wir uns sorgen und weil wir alles tun wollen, um Johann zu helfen, selbst wenn das heißt, dass jeder von uns sich anders verhalten muss.“

Diese Beispiele illustrieren nicht nur die Funktionsweise von Umdeutungen, sondern unterstreichen darüber hinaus einen ganz zentralen Aspekt von BSFT: Jede umstrukturierende Intervention soll der Familie die Möglichkeiten geben, sich auf eine neue, konstruktive Weise zu verhalten. Wenn Familien feststecken, wenn sie starre repetitive Verhaltensweisen zeigen, wenn es ihnen nicht gelingt, von sich aus fehlangepasste Interaktionsmuster aufzugeben, dann ist es Aufgabe des Therapeuten, es Familien zu ermöglichen, sich auf neue Weise zu verhalten und zu handeln. Umdeutungen sollte während des gesamten Verlaufs einer Therapie eingesetzt werden, angefangen von der Anfangsphase, in der es darum geht, einen guten Rapport aufzubauen und Zugang zur Familie zu finden.

Mit Grenzen und Allianzen arbeiten. Grenzen sind „soziale Zäune“, die Menschen umgeben, die miteinander verbündet sind. Sie stehen zwischen Individuen, die nicht miteinander verbündet sind. Grenzen zu verändern bedeutet unter anderem, dass sich Bündnismuster ändern. Ein typisches Muster bei drogenkonsumierenden Jugendlichen sind generationsübergreifende Koalitionen eines Elternteils mit einem Jugendlichen, was eine wirksame Ausübung von elterlicher Autorität entgegenwirkt. Häufig besteht eine starke Bindung zwischen dem Jugendlichen und der Mutter oder einer Person in einer Mutterrolle. Wenn der Jugendlichen vom Vater für unangemessenes Verhalten bestraft werden soll, setzt er oder sie diese starke Bindung dazu ein, Sympathie und Unterstützung zu erhalten, um die Autorität des Vaters zu untergraben und die von ihm verhängten Sanktionen aufzuheben. Grenzen zu verändern bedeutet in diesem Fall 1) eine stabilere soziale Wand um das elterliche Subsystem zu ziehen, um beiden Elternteilen dabei zu helfen, Entscheidungen über die Ausübung von elterlicher Autorität gemeinsam zu treffen, und 2) unangemessene Eltern-Kind-Koalitionen

aufzuheben, um den Einfluss der Kinder auf das elterliche Subsystem zu vermindern und es mit einem angemessenen Bündnis zwischen beiden Eltern oder einer Person in einer Elternrolle zu ersetzen, damit die Bedürfnisse des Jugendlichen nach Unterstützung und Fürsorge gewährleistet sind.

7 Praktische Aspekte der Therapie

7.1 Die Behandlungspopulation

Die BSFT wurde in Forschungssettings mit einer Reihe unterschiedlicher Populationen angewandt. In der Regel haben die Familien ein niedriges bis mittleres Einkommen, die Jugendlichen sind im Allgemeinen zwischen 6 und 18 Jahre alt. In Studien mit jüngeren Kindern zählten zu den präsentierten Problem Verhaltensschwierigkeiten im Elternhaus und in der Schule; Studien mit Jugendlichen wurden bei präsentierten Problemen wie Verhaltensprobleme zu Hause und in der Schule, delinquentem Verhalten, bei Kontakt zu antisozialen Freunden Alkohol- und Marihuanakonsum und -missbrauch, und Konsum oder Missbrauch anderer Drogen durchgeführt. Die erste Untersuchungen zu BSFT wurden zu einer Zeit durchgeführt, als die hispanische Population von Miami fast ausschließlich kubanischer Herkunft war (z. B. Szapocznik et al., 1989). In neueren Studien (z. B. Santisteban et al., 1996, 2003) stammen Familien aus verschiedenen hispanischen Einwandergruppen. Aktuell führen wir eine Studie mit einer ethnisch gemischten Stichprobe durch, die aus weißen (nicht-hispanischen), hispanischen und afroamerikanischen Jugendlichen und ihren Familien besteht und die Verhältnisse repräsentiert, wie sie in verschiedenen Regionen der USA gegeben sind. Neben der Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien verfügen wir an unserem BSFT-Ausbildungsinstitut über große Erfahrungen mit der Ausbildung in dem Verfahren und der Supervision in Einrichtungen in den gesamten USA, mit Populationen von Jugendlichen und ihren Familien aus ganz unterschiedlichen kulturellen Gruppen und Regionen.

7.2 Wer wird in welchem Setting gesehen

BSFT-Sitzungen finden typischerweise einmal pro Woche über 8-16 Wochen statt. Die Sitzungen dauern eine bis anderthalb Stunden. Im Laufe der Therapie müssen oft wiederholt Anstrengungen unternommen werden, um die Familien erneut für die Behandlung zu gewinnen, was häufig dazu führt, dass die 8-16 Sitzungen sich über sechs Monate erstrecken. Schwere Fälle können bis zu 24 Sitzungen erfordern, besonders wenn es schwierig ist, den therapeutischen Schwung zu bewahren, weil einzelne Familienmitglieder in der laufenden Therapie vorübergehend verloren gehen und mit erneuter Engagement-Strategien zurückgewonnen werden müssen. Die meisten Therapien finden mit einer Sitzung pro Woche statt, doch wir empfehlen, in Krisenzeiten die Häufigkeit der Sitzungen zu erhöhen, um diese für Veränderungen günstige Momente zu nutzen.

7.3 Ort der Therapie

Der Großteil unserer Arbeit mit Kindern mit Verhaltensproblemen findet in unserer Ambulanz statt. Doch in Behandlungen von Jugendlichen mit Verhaltensproblemen fanden wir es oft erforderlich, die Therapie daheim bei den Familien durchzuführen. Auch wenn manche Jugendliche und ihre Familien sich rasch auf eine Therapie einlassen, gibt es häufiger Schwierigkeiten, wenn wir uns bei den Engagement-Strategien und der Behandlung dieser Familien auf die übliche Komm-Struktur im Standard-setting unserer Ambulanz verlassen haben. Wir glauben nicht, dass eine aufsuchende Therapie immer notwendig ist. Doch in schwierigeren Fällen macht das typischerweise in diesen Familien bestehende Durcheinander und Chaos oft eine aufsuchende Therapie erforderlich. Unsere Grundhaltung zur Alternative „Therapie in der Einrichtung versus aufsuchende Therapie“ lautet: Therapeuten sollten es niemals zulassen, dass die Frage, wo eine Therapie stattfindet – zum Beispiel daheim, in der ambulanten Einrichtung, auf dem Schulhof – der Durchführung einer Therapie im Wege steht.

8 Schlussfolgerungen

Die BSFT ist ein struktureller, strategischer Behandlungsansatz, der aus einem fortlaufenden Wechselspiel von klinischer Theoriebildung, klinischer Praxis und Interventionsforschung entwickelt wurde. Die theoretische Fundierung und die Interventionsstrategien der BSFT haben viel mit anderen strukturellen und strategischen Familientherapieansätzen gemeinsam. Das Besondere an der BSFT ist jedoch die gezielte Arbeit an den Beziehungen, die für Jugendliche mit Verhaltensproblemen besonders maßgeblich sind. In zahlreichen Forschungsstudien wurde die Wirksamkeit dieses Ansatzes nachgewiesen. Der Hauptschwerpunkt unserer Arbeiten zur BSFT liegt zur Zeit in der Ausbildung von Praktikern, von Beratern, die in Gemeindeeinrichtungen tätig sind, und bei der Evaluation der Wirksamkeit von BSFT unter Versorgungsbedingungen und unter Feldbedingungen. Wir haben auch Studien über Therapieprozesse innerhalb der Sitzungen durchgeführt, um ein besseres Verständnis der Schlüsselmechanismen zu erhalten, die erfolgreiche und erfolglose Behandlungsergebnisse erklären; diese Prozessstudien werden von uns fortgesetzt. Die Arbeiten im Rahmen unseres Forschungsprogramms werden dazu beitragen, die BSFT weiter zu verbessern mit dem erklärten Ziel, die Erfolgsrate der Behandlung von Jugendlichen und Familien, die sich in Not befinden, weiter zu erhöhen.

Literatur

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.

- Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K., Szapocznik, J. (2001). Brief Strategic Family Therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process*, 40, 313-332.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco CA: Jossey-Bass. Dt. (1977) *Direktive Familientherapie*. München: Pfeiffer.
- Kluckhohn, F., Strodtbeck, F. L. (1961). *Variations in value orientations*. Oxford: Row, Peterson.
- Madanes, C. (1981). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Martinez, C. R. (2006). Effects of differential family acculturation on Latino adolescent substance use. *Family Relations*, 55, 306-317.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press. Dt. (1977): *Familie und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Minuchin, S., Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press. Dt. (1983): *Praxis der strukturellen Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Oxford, England: Harvard University Press. Dt. (1995): *Psychosomatische Krankheiten in der Familie* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sampson, E. E. (1988). The debate on individualism: Indigenous psychologies of the individual and their role in personal and societal functioning. *American Psychologist*, 43, 15-22.
- Santisteban, D., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A., Szapocznik, J. (2003). The efficacy of Brief Strategic Family Therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17, 121-133.
- Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Murray, E. J., Laperriere, A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10, 35-44.
- Scopetta, M. A., Szapocznik, J., King, O. E., Ladner, R., Alegre, C., Tillman, W. S. (1977). *The Spanish drug rehabilitation research project (Final Report to NIDA Grant No. H81 DA 01696-03)*. Miami, FL: University of Miami.
- Szapocznik, J., Coatsworth, J. D. (1999). An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse: A developmental model of risk and protection. In M. D. Glantz, C. R. Hartel (Hrsg.), *Drug abuse: Origins and interventions* (S. 331-366). Washington, D.C.: APA.
- Szapocznik, J., Foote, F., Perez-Vidal, A., Hervis, O. E., Kurtines, W.M. (1985). *One-person family therapy*. Miami: Miami World Health Organization Collaborating Center for Research and Training in Mental Health, Alcohol and Drug Dependence, Department of Psychiatry, University of Miami School of Medicine.
- Szapocznik, J., Hervis, O.E., Schwartz, S. (2003). *Brief Strategic Family Therapy manual (NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction Series)*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. (1979). Acculturation, biculturalism and adjustment among Cuban Americans, In A. Padilla (Hrsg.), *Psychological dimensions on the acculturation process: Theory, models, and some new findings* (S. 139-159). Boulder, CO: Westview.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug abusing problem youth*. New York: Springer.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M. (1993). Family psychology and cultural diversity: Opportunities for theory, research, and application. *American Psychologist*, 48, 400-407.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Fernandez, T. (1980). Bicultural involvement and adjustment in Hispanic American youths. *International Journal of Intercultural Relations*, 4, 353-366.

- Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Perez-Vidal, A., Hervis, O.E., Foote, F. (1990). One-person family therapy. In R.A. Wells & V.J. Giannetti (Eds.) *Handbook of the brief psychotherapies* (S. 493-510). New York: Plenum.
- Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F., Perez-Vidal, A., Hervis, O. E. (1983). Conjoint versus one-person family therapy: Some evidence for effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 889-899. Indexed in *Inventory of Marriage and Family Literature (IMFL)*, 1985, Vol. XI. Beverly Hills, California: Sage.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F., Perez-Vidal, A., Hervis, O.E. (1986). Conjoint versus one-person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 395-397.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A., Foote, F.H., Santisteban, D.A., Hervis, O., Kurtines, W.M. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families into treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 552-557.
- Szapocznik, J., Rio, A. T., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M. A., Rivas-Vasquez, A., Hervis, O. E., Posada, V. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 571-578.
- Szapocznik, J., Santisteban, D., Kurtines, W.M., Perez-Vidal, A., Hervis, O. E. (1984). Bicultural effectiveness training: A treatment intervention for enhancing intercultural adjustment. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6, 317-344.
- Szapocznik, J., Santisteban, D., Rio, A., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M. (1986). Family effectiveness training for Hispanic families: Strategic structural systems intervention for the prevention of drug abuse. In H. P. Lefley, P. B. Pedersen (Hrsg.). *Cross Cultural Training for Mental Health Professionals*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Szapocznik, J., Scopetta, M.A., King, O.E. (1978a). Theory and practice in matching treatment to the special characteristics and problems of Cuban immigrants. *Journal of Community Psychology*, 6, 112-122.
- Szapocznik, J., Scopetta, M., Arnalde, M., Kurtines, W. (1978b). Cuban value structure: Treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 961-970.
- Szapocznik, J., Williams, R. A. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.

Korrespondenzanschrift: MRobbins@med.miami.edu