

# DIE FUNKTIONALE FAMILIENTHERAPIE: EIN EFFEKTIVES KLINISCHES BEHANDLUNGSVERFAHREN

## THE FUNCTIONAL FAMILY THERAPY: AN EFFECTIVE CLINICAL TREATMENT

*Hans-Peter Heekerens*

### **Zusammenfassung**

Die Funktionale Familientherapie (FFT) ist ein familienfokussiertes klinisches Behandlungsverfahren, das drei theoretische Perspektiven – die systemische, die behaviorale und die kognitive – vereint und als dreiphasiges Modell konzipiert ist, bei dem in jeder einzelnen Phase Assessment und Intervention Hand in Hand gehen und das eine Rückkehr in eine frühere Behandlungsphase im Bedarfsfall explizit vorsieht. Der FFT geht es sowohl um kognitive Änderungen (kognitive Perspektive) als auch um Verhaltensänderungen (behaviorale Perspektive). In den diagnostischen und therapeutischen Blick geraten dabei (systemische Perspektive) Bedeutung und Funktion des problematischen Verhaltens des jeweiligen (Index-)Patienten. Das theoretische Konzept und das praktische Vorgehen der FFT werden anhand eines ausführlichen Fallbeispiels illustriert. Die FFT ist aufgrund zahlreicher Evaluationsstudien bei folgenden Problemlagen im Jugendalter als wirksames (efficacious), effektives (effective) und effizientes (efficient) klinisches Behandlungsverfahren anzusehen: Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Störungen des Sozialverhaltens bis hin zur Delinquenz.

### **Schlüsselwörter**

Familientherapie – Jugendlichenpsychotherapie – Alkoholmissbrauch – Drogenmissbrauch – Störungen des Sozialverhaltens – Delinquenz

### **Summary**

Functional Family Therapy (FFT) is a family-focused clinical treatment which combines three theoretical perspectives: the systemic, the behavioural and the cognitive. FFT uses all three phases; in each phase assessment and intervention work together, and going back to an earlier phase is explicitly suggested depending on the particular case. FFT aims at cognitive changes (cognitive perspective) as well as changes in behaviour (behavioural perspective). The meaning as well as the function of the problematic patient behaviour is considered therapeutically and diagnostically. Both the theoretical concept and the practical approach of FFT can be experienced by means of a detailed case study. FFT has shown itself to be an efficacious and effective as well as efficient clinical treatment, especially for difficult situations in adolescence: alcohol and drug abuse, behavioural or social disorders and delinquency.

### **Keywords**

family therapy – psychotherapy for adolescents – alcohol abuse – drug abuse – behavioural disorders – delinquency

### **Einleitung**

Längst bevor die Familientherapie und Systemische Therapie (zu Differenz und Überschneidung: Heekerens, 2005) „erfunden“ wurden, war Angehörigen helfender Berufe bewusst, dass es eine enge Wechselbeziehung gibt zwischen dem Klienten/Patienten in Beratung/Therapie einerseits und seinem familiären Bezugssystem andererseits. So hat etwa Otto Rank, der ausschließlich mit erwachsenen Einzelklienten/-patienten gearbeitet hat, schon in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts die Ansicht geäußert, dass man dann, wenn man einen einzelnen Klienten/Patienten behandelt, auch das Leben anderer Familienmitglieder zu beeinflussen vermag und der Berater/Therapeut Personen, die er nie zu Gesicht bekam, helfen oder schaden kann (Ohling und Heekerens, 2004). Für diese Ansicht gibt es gute empirische Belege (Heekerens und Ohling, 2004).

Umgekehrt war besonders Sozialarbeitern und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten schon früh zweierlei klar: zum einen, wie stark das familiäre Bezugssystem bei der Entstehung und Aufrechterhaltung problematischen Verhaltens eines einzelnen Familienmitgliedes beteiligt ist, um zum anderen, welche wertvolle Ressourcen brachliegen, wenn man Angehörige (und sonstige bedeutsame andere) nicht in die Behandlung mit einbezieht. Aus der Tradition der Verhaltenstherapie sind viele Beispiele dafür zu nennen, wie Angehörige bei Diagnostik und Therapie in irgendeiner Weise mit einbezogen werden (Heekerens und Ohling, 2004). In einer ganz spezifischen Weise geschieht dies in Ansätzen nach dem Mediatoren-Modell; für den Bereich der Störungen im Kindes- und Jugendalter hat man hier vor allem an die behavioralen Elterntrainings zu denken (Warnke und Beck,

Tabelle 1: Behandlungsphasen der FFT und deren Ziele (nach Sexton und Alexander, 2000)

	<i>Frühe Phase: Engagement und Motivation</i>	<i>Mittlere Phase: Verhaltensänderung</i>	<i>Späte Phase: Generalisierung</i>
<i>Ziele der Phase</i>	(Arbeits-)Bündnis entwickeln, Negativismus/Widerstand reduzieren, Kommunikation verbessern, Hoffnungslosigkeit minimieren, Drop-out-Potential reduzieren, Familienfokus entwickeln, Veränderungsmotivation erhöhen	individuelle Veränderungspläne entwickeln und implementieren, Präsentiersymptomatik (Delinquenz) ändern, Beziehungsfertigkeiten (z.B. bei Kommunikation und Erziehung) aufbauen	Veränderung aufrecht-erhalten/generalisieren für Ressourcen im Gemeinwesen sorgen, die notwendig sind, um Veränderung zu stützen

2005). Aus dieser Tradition heraus hat sich unter dem Eindruck von partiellen Fehlschlägen einerseits und dem Einfluss der (für viele familientherapeutische Modelle bedeutsamen) Palo-Alto-Gruppe andererseits der Behandlungsansatz entwickelt, der hier dargestellt wird: die Funktionale Familientherapie (FFT; zusammenfassende Darstellungen auf Englisch: Sexton und Alexander, 2000; auf Deutsch: Heekerens, 2002), die von einer Arbeitsgruppe entwickelt wurde, die nach ihrer zentralen Figur Alexander-Gruppe oder nach ihrer geographischen Heimat Utah-Gruppe genannt wird.

**Behandlungsziele einzelner Phasen der FFT**

Ein typisches Merkmal der FFT ist, dass bei ihr die Behandlung in einzelne, aufeinander folgende Phasen gegliedert ist. Im jüngsten Entwurf des phasischen Behandlungsmodells der FFT werden nur noch drei Phasen unterschieden; früher waren es fünf (Heekerens, 2002), die drei Ersten wurden zu einer „frühen“ Phase zusammengefasst, wofür gute Gründe theoretischer wie praktischer Natur sprechen. Insbesondere macht es Sinn, dass verstehendes Bemühen nun nicht mehr als eine eigene, vorgelagerte „diagnostische Phase“ konzeptualisiert ist, sondern jetzt die Auffassung vertreten wird, Assessment und Intervention gingen in allen drei (neuen) Phasen Hand in Hand, wobei sich der Assessment-Fokus von Phase zu Phase verschiebt und es für jede einzelne Phase unterschiedliche Ziele gibt. Einen ersten, ausschnittshaften Blick auf das phasische Behandlungsmodell der FFT bietet die Dar-

stellung in Tabelle 1. Dort werden drei gesonderte und aufeinander folgende Behandlungsphasen genannt, denen jeweils ganz spezifische Behandlungsziele zugeordnet sind. Man kann die Sache auch andersherum lesen: Verschiedene Ziele, die zu drei Bündeln zusammengefasst sind, markieren (neben anderen Dimensionen, die noch betrachtet werden) drei unterschiedliche Behandlungsphasen.

Die Utah-Gruppe hat für die drei bei der FFT unterschiedenen Phasen nicht nur einzelne diskrete Ziele benannt, sondern drei weitere Dimensionen: Risiko- und protektive Faktoren, Assessment-Fokus und Therapeuten-Skills. Insgesamt ergibt sich damit ein phasisches Behandlungsmodell der FFT mit drei Phasen und vier Dimensionen. Wir werden darauf weiter unten zu sprechen kommen, wenn es um die Umsetzung in die Praxis geht.

**Das phasische Theoriemodell der FFT**

An dieser Stelle aber sei das theoretische Grundmodell der FFT vorgestellt, das mit den genannten Phasen unlösbar verknüpft ist. Die FFT nimmt für sich in Anspruch, drei Perspektiven zu vereinen: eine behaviorale, eine kognitive und eine systemische. Wie der Bezug im Einzelnen aussieht, auf welche Phasen Bezug genommen wird und welche Konzepte das Systemische an der FFT ausmachen, ist zusammenfassend in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Das phasische Theoriemodell der FFT (nach Heekerens, 2002)

<i>Perspektive</i>				<i>systemisch</i>
	<b>Phase</b>	angestrebte Art	Verfahren	Konzept der Veränderung
<b>kognitiv</b>	<b>frühe</b>	kognitive Änderung	hauptsächlich Umdeuten	Bedeutung von Verhalten
<b>behavioral</b>	<b>mittlere</b>	Verhaltens-Änderung	im Prinzip alle Verfahren und Mittel der VT unter einer Bedingung: jede Technik und jedes Mittel müssen zu den Familienfunktionen passen	Funktion von Verhalten

Zum vollen Verständnis der Darstellung in Abbildung 1 sind einige Erläuterungen notwendig. Beginnen wir mit einer Bestimmung des Verhältnisses der beiden in Abbildung 1 genannten Phasen. Ihre zeitliche Abfolge wird als geordnet angesehen: Kognitive Änderung ist die Vorbedingung für Verhaltensänderung. Andererseits aber ist die erste Komponente nur ein notwendiges, nicht aber auch schon ein hinreichendes Element; zu seiner Ergänzung bedarf es der zweiten. Daran wird deutlich, wie behavioral die FFT (noch) ist. Sie ist nicht mehr rein behavioral, insoweit sie *Bedeutungsveränderung*, die Veränderung der Bedeutung, die ein bestimmtes (problematisches) Verhalten (vor allem im familiären Kontext) hat, als eine kognitive Änderung zur absolut notwendigen Voraussetzung macht. Traditionelle verhaltenstherapeutische Arbeit mit Familien, wie etwa die Elterntrainings in der Anwendung von Verstärkerprogrammen, lassen sich auch ohne diese Komponente ganz als „Um-Erziehung“, d.h. als die gezielte Veränderung von Verhalten beschreiben. Die FFT ist aber weiterhin behavioral darin, dass sie eine gezielte *Verhaltensänderung* für absolut notwendig erachtet. Das unterscheidet sie stark von den nichtbehavioralen Ansätzen der Familientherapie, in denen eine gezielte und vom Therapeuten direkt beeinflusste Verhaltensänderung in der Regel nicht vorgesehen ist; es geht dort eher um „Anstoßen“ als um „Durcharbeiten“.

Worin die FFT die Grenzen traditioneller verhaltenstherapeutischer Arbeit mit Familien überschreitet, ist aber auch ein Zweites: Sie analysiert, welche *Funktion(en)* ein bestimmtes (problematisches) Verhalten in einem gegebenen sozialen Kontext erfüllt, und sie berücksichtigt diese Funktion(en) beim weiteren therapeutischen Vorgehen. Um verständlich zu machen, was es mit der *Bedeutung* und der *Funktion* von Verhalten auf sich hat, wird zur Illustration ein Fallbeispiel herangezogen, dessen Grund- und Ausgangsdaten in Kasten 1 dargestellt sind.

#### Kasten 1: Die Grund- und Ausgangsdaten des Falls

Auf Empfehlung des Jugendamtes wurde einem verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten an einer familientherapeutisch orientierten Erziehungsberatungsstelle der 13 Jahre alte Ralf vorgestellt. Als Anmeldegrund wurde Folgendes genannt: Er hatte eine Reihe von Handlungen begangen, die bei Strafmündigkeit zur Anklage geführt hätten. Diese Handlungen, im Laufe der letzten Monate wiederholt ausgeführt, betrafen immer Einrichtungen und Personal von DIE BAHN sowie deren Fahrgäste. So hatte er beispielsweise mehrmals Weichen mit Steinen blockiert. Ein anderes Mal hatte er über einem Tunnaleingang eine Steinlawine ausgelöst, als gerade ein Zug einfuhr. Ernsthafte Personengefährdung lag vor, als er wiederholt mit einer Schleuder Steine auf die Fenster vorbeifahrender Personenzüge geschossen hatte; in einigen Fällen kam es zu Glasbruch. Personen waren glücklicherweise nicht zu Schaden gekommen. Die Weichenblockaden hatten, da sie bemerkt wurden, keinen Unfall zur Folge, und der entstehende Sachschaden hielt sich in Grenzen.

Die Eltern, die in der Kleinstadt, in der die Erziehungsberatungsstelle lokalisiert ist, mit Erfolg einen kleinen Handwerksbetrieb und ein einschlägiges Fachgeschäft führen, waren schlichtweg entsetzt. Der Junge war zunächst durch Hinweise von DIE BAHN-Personal betriebsinternen Ermittlern aufgefallen. Die hatten die Angelegenheit an die örtliche Polizeidienststelle weitergeleitet, und von dort war das zuständige Jugendamt eingeschaltet worden. Das hatte für den Wiederholungsfall die Möglichkeit einer Fremdplatzierung des Jungen angedeutet und ansonsten die dringende Empfehlung ausgesprochen, sich bei besagter Erziehungsberatungsstelle anzumelden. Für die Eltern, als Geschäftsleute mehr im Blickpunkt der Öffentlichkeit als andere, war das alles eine höchst peinliche Angelegenheit. Wer Kleinstadtverhältnisse kennt, wird dies ohne weiteres verstehen. Auch die Angst, die ganze Geschichte könne sich letztendlich sogar geschäftsschädigend auswirken. Nicht zuletzt solch äußerer Druck ließ sie schließlich in die beim Erstgespräch mit der ganzen Familie (Vater, Mutter, Sohn und 16-jährige Tochter) angebotenen Familiengespräche einwilligen.

## Die Bedeutung von Verhalten nach der Konzeption der FFT

*Bedeutung* ist der erste zentrale Begriff, der für das Verständnis der FFT unerlässlich ist. Die Utah-Gruppe sieht in der durch Umdeuten bewirkten Veränderung der Bedeutung des (problematischen) Verhaltens die notwendige Vorbedingung für dessen Änderung. Umdeuten (oder Reframing) scheint der größte gemeinsame Nenner verschiedener familientherapeutischer Modelle zu sein (Rohrbaugh, 1985) und wird dort wie auch in der FFT als Veränderung familiärer Wirklichkeitskonstruktion(en) verstanden.

Wenn ein Kind oder Jugendlicher zur Diagnostik oder Behandlung angemeldet oder vorgestellt wird, dann wird in der Regel ein Anmeldegrund oder Vorstellungsanlass genannt. Das beinhaltet neben dem gelegentlichen Hinweis auf überweisende oder empfehlende Personen beziehungsweise Einrichtungen die Nennung eines Problemverhaltens. Ein Junge kann beispielsweise vorgestellt werden, „weil er so aggressiv ist“, und ein Mädchen, „weil es so mager ist“. In beiden Fällen muss der Anmelde- oder Vorstellungsgrund nicht auch von den beurteilenden Fachleuten als abweichend von der Norm betrachtet werden. Sie können stattdessen oder zusätzlich eine ganz andere Besonderheit, die überhaupt kein Anmelde- oder Vorstellungsanlass war, als behandlungsbedürftig ansehen. Nur in einem Teil der Fälle wird die Beurteilung der Eltern oder weiterer „bedeutsamer anderer“ und der Diagnostiker übereinstimmen. Beispielsweise dann, wenn im erstgenannten Fall eine „Störung des Sozialverhaltens“ und im zweiten eine „Pubertätsmagersucht“ diagnostiziert wird und andere Auffälligkeiten von Krankheitswert nicht erkennbar sind.

Was aber den Vorstellungsgrund immer begleitet, ist eine familiäre Bewertung. Die Vielfalt dieser Bewertungen können in zwei große Gruppen unterteilt werden: in „schlecht“ und „krank“. Gemischte Beurteilungen sind möglich. Es gibt immer einen bestimmten Bestandteil „schlecht“ bei der Bezeichnung „krank“ und umgekehrt. Aber normalerweise erweist

## Kasten 2: Familiäre Bewertungen des problematischen Verhaltens beim Fallbeispiel „Ralf“

Die Eltern von Ralf waren von der ersten Mitteilung über die „Untaten“ ihres Sohnes völlig überrascht; sie fielen aus allen Wolken. Der Junge war ein „Musterknabe“ und „Mamas Liebling“ gewesen. Den Eltern war aber aufgefallen, dass er in den letzten Monaten oft nachmittags wegblieb, nicht mehr „ein Herz und eine Seele“ mit der Mutter war und die Schulleistungen schlechter ausfielen als früher. Aber was dann so alles herauskam, hätten sie nicht einmal geahnt. Bei der Einschätzung des Problemverhaltens liefen alle Einzelaussagen der Eltern auf das Gesamturteil „schlecht“ hinaus. Der geringste Vorwurf lautete „undankbar“, der schwerwiegendste bezog sich auf seinen vermeintlichen „kriminellen Charakter“. Die 16-jährige Schwester hingegen beurteilte das Verhalten des Bruders als „krank“. Sie machte darauf aufmerksam, dass er seit einiger Zeit so verschlossen sei, überhaupt keinen richtigen Freund habe und die ganz Sache vielleicht damit zu tun habe, dass er jetzt in der Pubertät stecke.

Die weitere Exploration erbrachte, dass sich das delinquente Verhalten tatsächlich nur auf das beschriebene Handlungsfeld bezog; ansonsten war er nie aggressiv gegen Personen und destruktiv gegenüber Sachen gewesen. Der Junge machte im Gespräch einen bedrückten Eindruck und wirkte körperlich nicht ganz altersgerecht entwickelt. Dies war auch die einzige Auffälligkeit im kinderärztlichen Befund. Die Überprüfung im Leistungsbereich zeigte, dass der Junge schlechtere Schulleistungen erbrachte, als man von seiner Begabung und den vorhandenen Förderungsmöglichkeiten der Familie her erwarten konnte. Ein Persönlichkeitstest erbrachte nur im Bereich „Depressivität“ leicht erhöhte Werte. Bei den anamnestischen Angaben fiel lediglich auf, dass das Problemverhalten tatsächlich erst nach Pubertätsbeginn eingesetzt hatte; die Schwester hatte eine Vermutung in dieser Richtung gleich zu Anfang ausgesprochen.

sich eine Definition als die dominierende. Bei delinquentem Verhalten und anderen dissozialen Formen von Verhaltensstörung setzt sich in aller Regel die Definition „schlecht“ durch. Dies war in unserem Fallbeispiel nicht nur beim Personal von DIE BAHN, bei der Polizei und dem Sozialarbeiter des Jugendamtes, sondern auch bei den Eltern so.

Die elterlichen Erklärungen beinhalten Erklärungen, die sich einerseits auf einen Einzelnen, das „Problemkind“, beziehen und andererseits vorwurfsvoll sind. Einer ist der Sündenbock. Das sind schlechte Bedingungen für die Einleitung und Durchführung einer Verhaltensänderung sowie für die Aufrechterhaltung eines eventuell erzielten Behandlungserfolges. Deshalb besteht die Utah-Gruppe darauf, dass vorher eine Veränderung der *Bedeutung* des (problematischen) Verhaltens in Richtung auf beziehungsorientierte und nichtvorwurfsvolle Erklärungen zu erfolgen habe. Bei den traditionellen verhaltenstherapeutischen Elterntrainings wird nichts Vergleichbares ins Auge gefasst. Und eben darin sieht die Utah-Gruppe einen

Hauptgrund für dort auftretende (partielle) Misserfolge. Den auf das problematische Verhalten des jeweiligen (Index-) Klienten/Patienten zentrierten Wirklichkeitskonstruktionen von Familienmitgliedern und „bedeutsamen anderen“ (in unserem Fallbeispiel: des Personals von DIE BAHN, der Polizei und des Jugendamtes) sind von (familien-)therapeutischer Seite alternative Wirklichkeitskonstruktionen entgegensetzt. Wie das aussehen kann, soll an unserem Fallbeispiel demonstriert werden.

Die drei im Fall „Ralf“ genannten neuen Interpretationsmuster schließen sich wechselseitig keineswegs aus, sie sind nicht erschöpfend, und sie erheben keinen Wahrheitsanspruch; sie stellen einfach drei (von vielen möglichen verschiedenen) „Landkarten“ desselben „Geländes“ dar. Diese von Korzybski getroffene Unterscheidung wurde von Bateson aufgegriffen und durch ihn unter Familientherapeuten verbreitet. Das Bild macht unmittelbar einleuchtend, wie wenig sinnvoll es ist, „Karten“ nach ihrem Wahrheitsgehalt zu befragen. Sinnvoll-

## Kasten 3: Alternative Wirklichkeitskonstruktionen beim Fallbeispiel „Ralf“

Im Familienerstgespräch und den darauf folgenden Terminen wurde eine Reihe familiendynamisch bedeutsamer Umstände sichtbar. Auffällig war zunächst einmal, wie hilflos die Eltern als Eltern wirkten. Insbesondere dem Vater kam keinerlei erzieherische Autorität zu. Der Therapeut legte sich daher als Erstes folgende Interpretation des Problemverhaltens des Jungen zurecht: Der Junge sucht, und die beginnende Pubertät bestärkte diesen Prozess, nach einer wirklichen Autorität; da er diese in der Familie nicht findet, holt er außenstehende Autoritäten (Ermittlungsbeamte von DIE BAHN, die Polizei, den Sozialarbeiter des Jugendamtes und schließlich den Therapeuten) in die Familie.

Ferner fiel auf, dass das Leben der Eltern, insbesondere das der Mutter, von lähmender Langeweile gekennzeichnet war; ganz im Gegensatz zu der jetzigen Aufregung um den Jungen. Stierlins Delegationskonzept gab den Hintergrund für eine zweite Erklärung des Problemverhaltens: Der Junge sorgt im geheimen Auftrag der Mutter für Aufregung, um Lebendigkeit an Stelle der Erstarrung treten zu lassen.

Im weiteren Verlauf der Therapie wurde immer klarer, dass es so gut wie keine erotische Beziehung mehr zwischen den Eltern gab. Darüber wurde aber zwischen den beiden nicht geredet. Ebenso wenig über andere emotional bedeutsame Themen, sondern fast nur über praktische Alltagsprobleme und geschäftliche Dinge. Emotionalen Zündstoff gab es eigentlich nur in den Gesprächen darüber, was jetzt mit dem Jungen zu tun sei, wie man sich sein Verhalten zu erklären habe usw. Eine dritte Deutung des Problemverhaltens ging deshalb dahin, es erlaube den Eltern, sich in dem (Ausnahme-)Fall wirklich einmal in die Wolle zu kriegen. Minuchin hat dieses Beziehungsmuster unter dem Stichwort „Umweg“ als eine besondere Form der „teuflischen Dreiecke“ beschrieben.

ler scheint es, sie auf ihre Nützlichkeit zu überprüfen. Nützlichkeit hat zwei Aspekte. Zum einen muss eine neue Wirklichkeitskonstruktion, wenn sie in Form einer bestimmten Umdeutung der Familie in deren Sprache angeboten wird, von der Familie akzeptiert werden können; sie muss also „sozial valide“ sein (Coyne, 1985). Zum anderen ist Nützlichkeit unlösbar verknüpft mit dem Zweck, den man verfolgt. Ein Verzeichnis der schneesicheren Fernstraßen über die Alpen ist für einen Bergsteiger im felsigen Gelände ebenso wenig nützlich wie Wanderkarten des Deutschen Alpenvereins für einen Familienvater, der seine Familie über Ostern im Auto sicher und schnell von Gelsenkirchen nach Rimini bringen will. Die drei im Fallbeispiel genannten Interpretationen sind als nützlich anzusehen, weil sie erlauben, nichtvorwurfsvolle und beziehungsorientierte Bewertungen des Problemverhaltens jenseits von „schlecht“ und „krank“ anzubieten.

### **Die Funktion von Verhalten im Denkmodell der FFT**

Versuchen wir uns jetzt klar zu machen, was in der FFT unter der *Funktion* eines Verhaltens verstanden wird. Könnten wir Therapeuten der Utah-Gruppe bei der Arbeit in der mittleren Behandlungsphase (Phase der Verhaltensänderung) zuschauen, würden wir sehen, dass Verfahren zur Anwendung kommen, wie sie aus der Verhaltenstherapie bekannt sind. Wir wüssten aber nicht, dass sie von traditionellen Verhaltenstherapeuten, die mit einer Familie arbeiten, etwas Bedeutsames unterscheidet. Sie haben nämlich bei der Auswahl eines bestimmten Verfahrens genau darauf geachtet, welche Funktionen einzelne Verhaltensweisen in der Familie erfüllen. Mit dem Begriff „Funktion“ im Zusammenhang mit der Erklärung von Verhalten und Handlungen ist ein Erklärungsansatz verbunden, der danach fragt, welche Funktion einem Verhalten oder einer Handlung in einem bestimmten sozialen Kontext zukommt (Schulte, 2005). Das ist ein Denken, wie es für Systemiker charakteristisch ist und von systemischen Familientherapeuten als bedeutsames Neues angesehen wird: „Der entscheidende Übergang von der alten zur neuen Denkweise besteht darin, dass dem ‚Interaktionskontext‘ in enger Verbindung mit dem Begriff der ‚Bedeutung‘ die Hauptaufmerksamkeit zuteil wird“ (Selvini Palazzoli, 1982, S. 45).

Auch die FFT analysiert Verhaltensweisen und Handlungen, insbesondere natürlich das problematische Verhalten, dessentwegen die Vorstellung erfolgte, darauf hin, welche Funktion es in der Familie hat – genauer: welche Funktion es für die Regelung von Nähe und Abstand zwischen den Familienmitgliedern hat; denn das ist für die FFT die zentral interessierende Dimension. Das gilt nicht nur für die FFT; die Regelung von Nähe und Abstand steht im Aufmerksamkeitsfokus nahezu aller familientherapeutischer Modelle und Ansätze; in dem weit verbreiteten zweidimensionalen Cicumplex-Modell der Familie von Olson wird diese Dimension unter dem Begriff „Kohäsion“ konzeptualisiert. Die Beachtung von Funktionen, und ein solches Denken ist für systemische Ansätze der Kybernetik 1. Ordnung typisch, ist deshalb notwendig, weil die Familie (auch) durch solche Funktionen seine Homöostase aufrechterhält und auf Störungen dieser Homöostase mit Gegenregulierungen, die im Falle therapeutisch induzierter Störungen der familiären Homöostase dann als „Widerstand“ erscheinen mögen, reagieren kann.

Funktionen, so viel ist deutlich geworden, sind keine Eigenschaften der Verhaltensweisen selbst. Man kann nicht sagen, dass ein bestimmtes Verhalten als solches diese oder jene bestimmte Funktion erfüllt. Um eine solche Aussage zu treffen, müssen wir jeweils den Interaktionskontext beachten, in dem ein bestimmtes Verhalten steht. So kann beispielsweise das Weinen eines Mädchens bei seinem Bruder bewirken, dass der wegläuft (Funktion: Abstand vergrößern), bei seiner Mutter aber, dass sie es in den Arm nimmt (Funktion: Nähe steigern). In der FFT wird nicht nur betrachtet, welche Funktion ein Verhalten in einer bestimmten Zweierbeziehung erfüllt, es wird vielmehr zugleich immer auch analysiert, welche Funktion diesem Verhalten im Zusammenhang mit weiteren Personen zukommt. Eine Mutter beispielsweise, die regelmäßig ihr schulpflichtiges Kind mit ins Ehebett nimmt (Funktion: Nähe steigern), verringert damit gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit für sexuelle Intimität mit ihrem Mann (Funktion: Distanz vergrößern). Der Hinweis, dass man bei Betrachtung einer Beziehungsdefinition zwischen zweien immer auch andere Beziehungen im Auge behalten muss, ist für systemisches Denken typisch. Zur Veranschaulichung des Gesagten fahren wir in Kasten 4 mit unserem Fallbeispiel fort.

#### **Kasten 4: Analyse und Berücksichtigung der Funktion von Verhalten beim Fallbeispiel „Ralf“**

In den ersten drei der mit der Familie im Abstand von zwei bis drei Wochen geführten Gesprächen zeigte sich, dass seit Bekanntwerden der „Untaten“ des Jungen die Beziehung zwischen ihm und der Mutter schnell und stark abgekühlt war; die Mutter fühle sich von ihrem Sohn „zutiefst enttäuscht“. Die Beziehung zwischen Sohn und Vater hingegen wurde zunehmend enger; der Vater fühlte sich zunehmend verantwortlich für seinen Sohn. Der Vater, der als selbständiger Handwerker in der Baubranche seine Kinder an Werktagen meist nur zum Frühstück und zum Abendbrot gesehen hatte und am Wochenende oft in seine Jagdhütte „geflohen“ war, machte sich zunehmend mehr Vorwürfe, er habe seine Kinder vernachlässigt; das nannte er immer häufiger auch als möglichen Grund für die „Untaten“ seines Sohnes. Das fügte sich in die Hypothese des Therapeuten, dass der 13-Jährige auf der Schwelle vom Kind zum Mann die Mutter nun weniger brauche und den Vater zunehmend mehr. Das problematische Verhalten des Jungen war ja schon früh auch als Ruf nach einer Autorität, gerichtet an die natürliche Autoritätsperson Vater, interpretiert worden. Der Therapeut unterstützte die Tendenz der Annäherung zwischen Sohn und Vater durch vielerlei Interventionen; so auch durch zwei therapeutische Hausaufgaben: Der Vater solle von der Mutter die Betreuung der schulischen Hausaufgaben des Sohnes übernehmen, und er solle seinen Sohn mit auf seine Wochenendausflüge in die Jagdhütte nehmen, wann immer der Junge es wünsche; der hatte das zuvor oft und vergeblich getan.

In der traditionellen behavioralen Arbeit mit Familien wird eine Analyse der Funktionen von Verhaltensweisen in der Regel nicht durchgeführt. In den üblichen verhaltenstherapeutischen Elterntrainings wird vor allem der Einsatz von Verstärkerprogrammen eingeübt. Wenn nun das Problemverhalten, das zum Verschwinden gebracht werden soll, die Funktion hat, Abstand zu gewinnen, dann stößt sich das damit, dass für die Durchführung des Verstärkerprogramms mehr Nähe erforderlich ist. In der Nichtbeachtung von „Funktionen“ sieht die Utah-Gruppe neben der Nichtänderung im Punkt „Bedeutung(en)“ den zweiten Hauptgrund dafür, dass verhaltenstherapeutische Elterntrainings gerade bei dissozialen Formen der Verhaltensstörung Misserfolge zu verzeichnen haben. Solche Misserfolge zeigen sich in Behandlungsabbrüchen, fehlendem Therapieerfolg bei Behandlungsende, mangelnder zeitlicher Dauer einer erzielten Besserung oder dem Auftreten anderer Auffälligkeiten, sei es bei dem (Problem-)Kind selbst oder einem anderen Familienmitglied.

### Das phasische Behandlungsmodell der FFT

Die bisherigen Ausführungen bezogen sich auf die theoretische Konzeptualisierung der FFT. An Hand des Fallbeispiels „Ralf“, das hier fortgesetzt wird, dürfte aber das konkrete therapeutische Vorgehen der FFT bereits in Grundzügen deutlich geworden sein. Einen tieferen Einblick hierzu bietet das in Tabelle 2 dargestellte phasische Behandlungsmodell der FFT. Die Darstellung in Tabelle 2 macht deutlich, was das Phasenmodell der FFT bei einer Störung des therapeutischen Prozesses leisten kann. Es stellt ein Prüfsystem dar, das ein Therapeut selbst oder Supervisoren heranziehen können, wenn es im Therapieprozess zu einem „Steckenbleiben“ kommt. Es hilft bei der Klärung der Frage, ob eine Änderung des Therapeutenverhaltens erster oder zweiter Ordnung angezeigt ist. Im zweiten Falle gibt es Hinweise, an welcher Stelle der neue Ansatzpunkt zu wählen ist. Am Fallbeispiel „Ralf“ sei das Gesagte illustriert.

Tabelle 2: Das phasische Behandlungsmodell der FFT (nach Sexton und Alexander, 2000)

	Frühe Phase: Engagement und Motivation	Mittlere Phase: Verhaltensänderung	Späte Phase: Generalisierung
<i>Ziele der Phase</i>	(Arbeits-)Bündnis entwickeln, Negativismus/Widerstand reduzieren, Kommunikation verbessern, Hoffnungslosigkeit minimieren, Drop-out-Potential reduzieren, Familienfokus entwickeln, Veränderungsmotivation erhöhen	individuelle Veränderungspläne entwickeln und implementieren, Präsentiersymptomatik (Delinquenz) ändern, Beziehungsfertigkeiten (z.B. bei Kommunikation und Erziehung) aufbauen	Veränderung aufrechterhalten/generalisieren, für Ressourcen im Gemeinwesen sorgen, die notwendig sind, um Veränderung zu stützen
<i>Risiko- (R) und protektive (P) Faktoren</i>	Negativismus/Vorwurfshaltung (R), Hoffnungslosigkeit (R), Motivationsmangel (R), Glaubwürdigkeit (P), (Arbeits-)Bündnis (P), Treatment-Verfügbarkeit (P)	geringe Erziehungskompetenz (R), Negativismus/Vorwurfshaltung (R), schlechte Kommunikation (R), hohe Erziehungskompetenz (P), gute Kommunikation (P), weitere (R oder P) im Einzelfall	schlechte Beziehungen mit/zu Schule/Gemeinwesen (R), schwaches soziales Unterstützungssystem (R), gute Beziehungen mit/zu Schule/Gemeinwesen (P)
<i>Assessment-Fokus</i>	Verhalten (z.B. Präsentierproblem sowie Risiko- und protektive Faktoren), Sequenz von/Interpunktion bei Beziehungsproblemen (z.B. welche Bedürfnisse werden befriedigt oder nicht, welche Funktionen haben die Verhaltensweisen/ Handlungen), Kontext (Risiko- und protektive Faktoren)	Qualität der Beziehungs-Skills (z.B. Kommunikation und Erziehung), Compliance mit Änderungsplan, Sequenz von/Interpunktion bei Beziehungsproblem	Identifikation der benötigten Ressourcen des Gemeinwesens, Aufrechterhaltung der Änderung
<i>Therapeuten-Skills</i>	interpersonale Skills (Bestätigung, positive Interpretation, Re-Attribuierung, Reframing, Interpunktieren von Ereignisfolgen), hohe Verfügbarkeit	strukturierende Skills, Implementieren von Veränderungsplan, Modell/Fokussieren/ Steuern/ Trainieren	Familien-Case-Manager, Helfer beim Finden/ Erschließen von Ressourcen, Interventionen zur Rückfallprävention

Kasten 5: „Steckenbleiben“ in der mittleren Behandlungsphase beim Fallbeispiel „Ralf“

In der dritten Sitzung nach dem Familienerstgespräch besprach der Therapeut mit dem Vater, wie er mit einem Verstärkerprogramm dem Jungen helfen könne, seine Hausaufgaben schneller, vollständiger und korrekter zu erledigen als bisher. Bei der Unterredung fiel ihm auf, wie zögerlich, begriffsstutzig und abwesend der Vater wirkte. Der Therapeut nahm diese Auffälligkeiten als Hinweis dafür, dass es dem Vater wohl widerstrebe, eine Beziehung mit einer solch offensichtlich schiefen Machtverteilung einzugehen. Der Vater hatte vorher schon öfters davon gesprochen, er wolle mit seinem Sohn eine „partnerschaftliche“ Beziehung haben und keine so „autoritäre“, wie er selbst sie mit seinem eigenen Vater erlebt habe. Der Therapeut schlug deshalb als Alternative vor, „die beiden Männer“ sollten einen Vertrag schließen, in dem unter den Pflichten des Sohnes die Erledigung von Hausaufgaben in der gewünschten Form festgehalten werden sollte. Doch der Vater wollte auch den neu ausgeworfenen Köder (Kontraktmanagement) nicht schlucken.

Daher entschloss sich der Therapeut, zur Beratung mit seinen Kollegen hinter die Einwegscheibe zu gehen. Diese machten ihn auf zwei Dinge aufmerksam. Zum einen sei der Vater seit dem Erstgespräch wieder zunehmend mutlos geworden; heute mache er denselben hilf- und hoffnungslosen Eindruck wie beim Erstkontakt. Zum anderen habe der Therapeut bislang nicht geklärt, ob die Mutter denn überhaupt die Erlaubnis gebe, dass jetzt der Vater und nicht mehr sie für die Hausaufgaben des Sohnes zuständig sei. Beide Faktoren zusammen könnten erklären, weshalb der Therapeut nicht so recht weiterkomme.

Nach dem phasischen Behandlungsmodell der Utah-Gruppe fand das alles in der mittleren Phase („Verhaltensänderung“) statt. Als der Versuch, eine bestimmte Veränderungsstrategie (Verstärkerprogramm) zu verfolgen, fehlschlug, wechselte der Therapeut zu einer anderen (Kontraktmanagement). Die aber liegt nach dem phasischen Behandlungsmodell der FFT noch immer in derselben Phase. Man kann auf Störungen im Therapieprozess mit einer Änderung des Therapeutenverhaltens innerhalb einer bestimmten Phase reagieren; dies wäre als Änderung erster Ordnung anzusehen. Wie eine Änderung zweiter Ordnung, aussehen kann, wird gleich deutlich werden, wenn wir beim Fallbeispiel fortfahren.

Wenn man beim phasischen Behandlungsmodell der FFT auf die einzelnen Dimensionen blickt, dann sind die ersten drei – Ziele der Phase, Risiko-/protektive Faktoren und Assessment-Fokus - weitgehend selbsterklärend; man kann und darf sich auf die Therapeuten-Skills konzentrieren. Von den dort für die frühe Phase geforderten Therapeuten-Skills sind es zwei, die in nahezu allen familientherapeutischen Modellen als Interventionsformen vorgesehen sind: Reframing, bezogen auf das Problemverhalten des Jugendlichen, und positive Interpretation, bezogen auf sonstige Verhaltensweisen des Jugendlichen oder Verhaltensweisen anderer. In Fortführung unseres Fallbeispiels „Ralf“ sollen beide Interventionen beispielhaft veranschaulicht werden.

Kasten 6: Rückkehr in eine frühere Behandlungsphase beim Fallbeispiel „Ralf“

Der Therapeut nahm die Hinweise seiner Kollegen in seine bisherigen Überlegungen auf und kehrte zur Familie zurück. Den in der ersten Hälfte des Familiengesprächs gesponnenen Faden ließ er erst einmal liegen und machte sich stattdessen an die Bearbeitung der zwei von den Kollegen angesprochenen Punkte. Recht schnell zeigte sich, dass der Vater seit dem Ende des Familienerstgesprächs tatsächlich zunehmend pessimistisch geworden war. In der für ihn typischen Art war er zunächst übergücklich gewesen, dass nun „Fachleute“ die Sache in die Hände nehmen, und hatte den Therapeuten und die Erziehungsberatungsstelle mit Vorschusslorbeeren bedacht. Als dann aber klar wurde, dass der Therapeut kein Wundertäter war, sondern die Eltern immer mehr in die Pflicht nahm, verfliegen seine Illusionen. Das sich anschließende Gespräch aber schuf Platz für neue, jetzt bescheidenere, aber auch realistischere Hoffnungen.

Danach ging es um die Frage, welche Familienregel es für die Hausaufgabenbetreuung gebe. Der Therapeut hatte angenommen, die Mutter sei froh, wenn der Vater sie entlaste. Schließlich war sie ebenso wie er berufstätig; sie führte das Geschäft, er den Handwerksbetrieb. Und außerdem hatte sie mehrmals über Doppel- und Mehrfachbelastung gestöhnt. In diesem Gesprächsabschnitt aber stellte sich schnell heraus, dass die Mutter die Hausaufgabenbetreuung nicht nur als ihre Pflicht, sondern auch als ihr Recht ansah. Das sah sie sich vom Therapeuten streitig gemacht. Für diese Situation hatte der Therapeut ein schon in anderen Familien bei gleicher Konfliktkonstellation bewährtes Vorgehen vorgesehen: Der Vater sollte tatsächlich der sein, der direkt für die Hausaufgaben des Sohnes zuständig ist; die Zustimmung der Mutter aber sollte gesichert werden, indem sie vom Therapeuten zur „Fachfrau für schulische Hausaufgabenbetreuung“ erklärt wurde, bei der sich der Vater Rat holen könne. Diese Intervention hatte im Übrigen den beabsichtigten Nebeneffekt, dass die Eltern ihre Elternfunktion stärker gemeinsam wahrnahmen.

Nachdem so die beiden Steine des Anstoßes aus dem Weg geräumt waren, stand der ursprünglichen Idee nichts mehr im Wege. Der Vater griff, vor die Wahl gestellt, nach dem Verstärkerprogramm. Später einmal sagte er als Begründung, er habe schon immer gern einmal die Erlaubnis gehabt, „nicht bloß der Kumpel, sondern ein richtiger Vater“ zu sein. Mit der Implementierung des Verstärkerprogramms wurde im Übrigen die beabsichtigte Näherung zwischen Sohn und Vater (vgl. dazu die obigen Ausführungen zur „Funktion“ von Verhalten) stärker gefördert, als dies beim Kontraktmanagement der Fall gewesen wäre; das erste erfordert mehr schon rein körperliche Nähe als das zweite.

## Kasten 7: Positive Interpretation beim Fallbeispiel „Ralf“

Der Vater war trotz des bestehenden „Außendrucks“ nicht leicht dazu zu bewegen, zum ersten Familiengespräch mitzukommen; er verwies – und das könnte man leicht mit Etiketten wie „Unmotiviertheit“ oder „Widerstand“ versehen – unter anderem darauf, dass für Erziehungsangelegenheiten doch seine Frau zuständig sei, er durch Terminvorgaben bei der Arbeit (selbständiger Unternehmer für ein bestimmtes Gewerk im Wohnungsbau) eigentlich gar keine Zeit habe und im Übrigen recht skeptisch sei, dass „Fremde“ bei dieser Sache überhaupt hilfreich sein könnten. Als dann doch nach einigem Hin und Her ein Termin für ein Familienerstgespräch gefunden worden war, zu dem die ganze Familie kam, gab der Therapeut schon recht bald zum Vater gewandt, folgende Erklärung ab: „Daran, dass Sie heute ‚nur Frau und dem Kind zuliebe‘, wie Sie mir bei unserem letzten Telefonat gesagt haben, hierher gekommen sind und sich dafür die Zeit ‚aus den Rippen geschnitten‘ haben, obwohl Sie sich von dieser Beratung wenig bis nichts versprechen, ist mir deutlich, ist mir klar geworden, wie viel Sie für das Wohlergehen Ihrer Familienmitglieder zu tun bereit sind.“

Unter den vom phasischen Behandlungsmodell der FFT geforderten Therapeuten-Skills befinden sich welche, zu denen man einige Kommentare abgeben muss. Die FFT wurde entwickelt und wird überwiegend praktiziert in den USA. Für die Kostenübernahme kommen öffentliche und private Träger auf, die die FFT im Rahmen von Programmen zur (primären und sekundären) Gewalt- und Delinquenzprävention finanzieren. Die Familien der jugendlichen (Index)Klienten/Patienten sind oft Multiproblemfamilien, in denen verschiedene Belastungsfaktoren ökonomischer (z.B. Arbeitslosigkeit), sozialer (z.B. Wohnen in sozialen Brennpunkten) und familienstruktureller Art (von Alleinerziehung bis Drogenabhängigkeit eines Elternteils) zu finden sind. Wegen der Besonderheiten der Klientel finden sich auch Interventionskomponenten, die weniger aus der Tradition der Psychotherapie und klinischen Psychologie als aus der der (klinischen) Sozialarbeit stammen; ein aktiv-aufsuchendes Zugehen auf die Familie und Familiengespräche im Rahmen von Hausbesuchen etwa. Wenn unter den Therapeuten-Skills der frühen Phase „hohe Verfügbarkeit“ genannt wird, dann ist damit gemeint, dass man Familien in Problemlagen wie den beschriebenen weder mit langen Wartezeiten noch mit engen Praxiszeiten gerecht werden kann. Dass die Versorgungswirklichkeit in Deutschland üblicherweise anders aussieht, kann hier nur als offenes Problem markiert werden. Vor dem Hintergrund der genannten kontextuellen Besonderheiten ist auch verständlich, weshalb unter den Therapeuten-Skills der späten Phase „Helfer beim Finden/Erschließen von Ressourcen (v.a. im Gemeinwesen)“ genannt wird. Das fällt in Deutschland gewöhnlich in das Aufgabengebiet und in den Kompetenzbereich des Sozialarbeiters; ist der als institutioneller Kollege (in der Er-

ziehungsberatungsstelle, in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz etwa) vorhanden, ist gegebenenfalls dessen Mitarbeit zu gewinnen; in der freien Praxis muss man über ein eng gesponnenes Netz professioneller Hilfesysteme verfügen. Familien-Case-Manager kann und soll auch der niedergelassene Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut sein. Er kann es sein, wenn er auf andere professionelle Hilfe zurückgreifen kann, und er soll es sein, weil Familien, und zwar nicht nur Multiproblem-Familien, mehr oder minder schnell die Hoffnung auf Erfolg verlieren, wenn sie sich „herumgeschickt“ und „verschoben“ fühlen, weil niemand sie auf ihrem Weg nachhaltig begleitet.

### Schlussbemerkungen

Das Fallbeispiel „Ralf“ ist bewusst gewählt. Der Jugendlichen-delinquenz galt die Hauptaufmerksamkeit bei der Entwicklung und Evaluation der FFT und für diese komplexe *externalisierende* Auffälligkeit konnte gezeigt werden, dass die FFT wirksam (nachgewiesen durch „Labor“-Studien), effektiv (demonstriert in „Feld“-Untersuchungen) und effizient (beurteilt am Verhältnis von Aufwand und Effekt) ist (Heekerens, 2005). Die FFT zeigt sich darüber hinaus als wirksam, effektiv und effizient bei folgenden eng umschriebenen *externalisierenden* Auffälligkeiten im Jugendalter: Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch und Störungen des Sozialverhaltens. Für den Bereich der *internalisierenden* Auffälligkeiten scheint die FFT nicht die Methode der Wahl; und das gilt nach Auskunft der Evaluationsforschung für alle Formen der Familientherapie.

Zusammenfassend und in einen breiteren Evaluationskontext gestellt lässt sich sagen, dass die FFT eines der wenigen

## Kasten 8: Reframing beim Fallbeispiel „Ralf“

Am Ende des Familienerstgesprächs gab der Therapeut als Schlussintervention folgendes Reframing (vgl. dazu die Ausführungen in Kasten 3) an die Adresse der Eltern ab: „Wie auch immer man das Verhalten Ihres Sohnes sonst noch sehen mag, ich möchte Ihnen aufgrund meiner Erfahrung eine Idee davon mitgeben, wie man es auch sehen kann. Ihr Junge sucht, und die beginnende Pubertät bestärkt diesen Prozess, nach männlicher Autorität. Durch sein Verhalten hat er einige mögliche Autoritäten bereits mit Erfolg auf sich aufmerksam gemacht: den ermittelnden Mitarbeiter von DIE BAHN, einen der Ortpolizisten, den zuständigen Sozialarbeiter des Jugendamtes und mich, eine Fachkraft für Familienangelegenheiten. Aufgrund meiner Erfahrung nehme ich an, dass all diese Autoritäten nur Ersatzpersonen sind. Ein Junge in dem Alter sucht nämlich die männliche Autorität eigentlich in der Familie selbst. Aus Gründen, die ich jetzt noch nicht weiß, scheint bei Ihrem Sohn der Eindruck zu bestehen, der Vater sei noch nicht in genügendem Maße für ihn da. Und da hat er zu Mitteln gegriffen, deren erste Erfolge man ja nicht abstreiten kann. Hier und heute hat neben der Mutter auch der Vater eineinhalb Stunden lang mit hoher Konzentration und tiefem Ernst über so grundlegende Erziehungsfragen gesprochen wie: Was kann, soll und darf ein 13-jähriger Junge – und was nicht.“



familientherapeutischen Modelle ist, das derzeit als gut evaluiert angesehen werden kann. Diese Beurteilung gründet nicht nur auf Nachweisen der Wirksamkeit, sondern auch auf denen der Effektivität. Ferner zeichnet sich die FFT durch hohe Effizienz aus, was für die Familientherapie insgesamt typisch ist. Die FFT setzt für weniger schwierige Fälle 8 – 12 Sitzungen an, für schwierigere 26 - 30 an; in der Regel ist die Behandlung binnen dreier Monate abgeschlossen. Der Personalaufwand liegt bei einem in FFT ausgebildeten Therapeuten (in besonderen Fällen auch zwei), der unter regelmäßiger Supervision eines erfahrenen FFT-Therapeuten steht. Mit Blick auf die Problemlagen, in denen sich die FFT bewährt hat und zur Methode der Wahl geworden ist, so sind es Auffälligkeiten, die dem Bereich der externalisierenden Störungen zuzuordnen sind. Das deckt sich mit dem Befund, dass sich Familientherapie für den Bereich der internalisierenden Störungen (bislang) nicht als wirksam und effektiv gezeigt hat. Mit Blick auf das Alter des jeweiligen Klienten/Patienten ist generell festzustellen, dass bei externalisierenden Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter zwei familienbasierte Grundansätze als solche zur Wahl stehen: bei Jugendlichen einige wenige familientherapeutische Modelle (wie etwa die FFT), bei Kindern hingegen Elterntrainings in der behavioralen Tradition.

## Literatur

- Coyne JC (1985): Toward a theory of frames and reframing: The social nature of frames. *J Marital Fam Ther* 11:337-344
- Heekerens H-P (2002): Die Funktionale Familientherapie. In: Sulz SKD, Heekerens H-P (Hrsg.): Familien in Therapie. München: CIP Medien, S. 159-183
- Heekerens H-P (2005): Familientherapie/Systemische Therapie. In: Petermann F, Reinecker H (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (Handbuch der Psychologie Bd. 1). Göttingen: Hogrefe, S. 708-716
- Heekerens H-P, Ohling M (2004): Einbeziehung von Partner und Familie bei verhaltenstherapeutischer Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 36:75-80
- Ohling M, Heekerens H-P (2004): Otto Rank und die Soziale Arbeit. *neue praxis* 34:355-370
- Rohrbaugh M (1985): Strukturelle, strategische und systemische Therapietheorien: Q-Sort-Vergleiche. *Z System Ther* 3:43-50
- Schulte D (2005): Verhaltensanalyse und Indikationsstellung. In: Petermann F, Reinecker H (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (Handbuch der Psychologie Bd. 1). Göttingen: Hogrefe, S. 147-157
- Selvini Palazzoli M (1982): Die Bedeutung des Interaktionskontextes in der Psychotherapie. In: Gaertner A (Hrsg.): Sozialtherapie. Neuwied: Luchterhand, S. 45-57
- Sexton TL, Alexander JF (2000): Functional family therapy. *Juvenile Justice Bulletin* (Internetzeitschrift: [http://www.ncjrs.org/html/ojdp/jbul2000\\_12\\_4/contents.html](http://www.ncjrs.org/html/ojdp/jbul2000_12_4/contents.html); zuletzt aufgerufen am 10.12.2004)
- Warneke A, Beck N (2005): Eltern- und Mediatorentraining. In: Petermann F, Reinecker H (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (Handbuch der Psychologie Bd. 1). Göttingen: Hogrefe, S. 402-411

**Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Heekerens**

Fachhochschule München, Fachbereich Sozialwesen  
Am Stadtpark 20, 81243 München  
Tel: 089-12652312 • E-Mail: heekerens@fhm.edu