

AUS DER ABTEILUNG FÜR
PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
(LEITER: PROF. DR. T.H. LOEW)
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

EFFEKTE AMBULANTER
PSYCHOTHERAPIE BEI AGGRESSIVEN
MÄNNLICHEN JUGENDLICHEN: EINE
PROSPEKTIVE KONTROLLIERTE
RANDOMISIERTE STUDIE

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von

Jakub Krawczyk

2011

Dekan: Prof. Dr. Bernhard Weber

1. Berichterstatter: Prof. Dr. T.H. Loew

2. Berichterstatter: Frau Prof. K. Tritt

Tag der mündlichen Prüfung: 30 September 2011

Meiner lieben Frau Petra

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	1
2. Problemdefinition	4
3. Behandlung, verschiedene therapeutischen Ansätze der Familientherapie	7
3. 1. Allgemein	
3. 2. Ziele	
3. 3. Eine Auswahl an familientherapeutischen Ansätzen	8
3. 3. 1. Der psychoanalytische Ansatz	
3. 3. 2. Die strukturelle Familientherapie	13
3. 3. 3. Die wachstums- erlebnisorientierte Familientherapie	14
3. 3. 4. Verhaltenstherapeutisch orientierte Familientherapie	16
3. 3. 5. Kommunikative Familientherapie	18
3. 3. 6. Strategisch orientierte Familientherapie/ lösungsorientierte Familientherapie (LF)	24
3. 3. 6. 1. Theoretische Grundlagen	25
3. 3. 6. 2 Grundprinzipien	26
4. Methode	30
4.1 Auswahl und Beschreibung der Teilnehmer	
4.2. Assessment	32
4. 2. 1. State-Trait Ärgerausdrucks- Inventar STAXI	33
4. 2. 2. Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme IIP-D	
4. 2. 3. Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36	35
5. Das Vorgehen	38
6. Finanzierung und Ethik	40
7. Datenanalyse, Auswertung	
8. Resultate	
9. Diskussion	43
10. Methodologische Einschränkungen und Ausblicke auf weitere Forschung	48
11. Literaturverzeichnis	49

12. Tabellen	59
Tabelle 1. Changes in Adolescents' Risky-Behavior Scale (ARBS)	
Tabelle 2. Changes in the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)	
Tabelle 3. Changes in the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-D)	
Tabelle 4. Changes in SF-36 Health Survey (SF-36, T-values)	
Tabelle 5. Dimensionen der Lebensqualität nach Bullinger (1991)	
Tabelle 6. Theoretische Dimensionen der Lebensqualität nach Siegrist (1991)	
13. Abbildungen	59
Abbildung 1. Flow chart of patients' progress through the phases of the trial	
Abbildung 2. Course of change on the Anger-Out scale (AO) of the STAXI	
Abbildung 3. Course of change on the Overly Quarrelsome/Competitive (BC) scale of the IIP-D	
Abbildung 4. Course of change on the General Health Perceptions (GEPE) Scale of the SF-36	
14. Zusammenfassung	62
15. Danksagung	64
16. Lebenslauf	65

1. Einleitung

Das Wort "Mobbing" ist im angelsächsischen Sprachraum unbekannt und hat innerhalb Europas fast nur in den deutschsprachigen und skandinavischen Ländern allgemeine Verwendung gefunden.

Stattdessen gibt es in den englischsprachigen Ländern den Begriff "Bullying", welcher von "bully" abgeleitet ist. Dieses bedeutet soviel wie: brutaler Mensch, Tyrann, Despot. Im Gegensatz zu "Mobbing" wird als Akteur unfairer Attacken weniger die Gruppe, sondern ein Einzelner identifiziert. Das Ziel ist die Terrorisierung, Einschüchterung und schließlich Vertreibung oder Vernichtung des Attackierten.

Ungefähr 10 % bis 30 % aller Schüler sind sowohl als Täter wie auch als Opfer in bullying Verhaltensweisen involviert. ⁽¹⁻³⁾

Unlängst wurde bullying als ein gesundheitliches Problem von Schulkindern und Jugendlichen wegen seiner Verbindung mit einer Reihe von Anpassungsproblemen, inklusive schlechter psychischer Gesundheit und gewalttätigem Verhalten, anerkannt. ⁽⁴⁾

Studien, die auf Selbsteinschätzungsangaben beruhen, indizieren, dass bullies allgemein psychologische und soziale Probleme haben. ^(2,4)

Juvonen et al. (2003) fand andererseits, dass männliche Jugendliche mit bullying Verhalten ein Minimum an psychologischem Stress und gute psychische Gesundheit zeigten. ⁽⁵⁾

Espelage et al. (2001) und Stockdale et al. (2002) fanden, dass der Schweregrad des bullying positiv mit dem des Ärgers korreliert. ^(6,7) Außerdem ist unter männlichen Schülern Verbrechen (nicht die Opferrolle) stark mit

gesundheitsbezogener Lebensqualität und niedrigeren Punktezahlen in allen Bereichen der Lebenszufriedenheit assoziiert. ^(8,9)

Ärger und unangepasste Aggression sind einige der häufigsten und beschwerlichen Gründe für ärztliche Untersuchungen im adoleszenten Teil der Bevölkerung. ⁽¹⁰⁾

Die verschiedenen Schweregrade von Familienkonflikten, häuslicher Gewalt sowie Unterstützung innerhalb der Familie haben bestimmenden Einfluss auf das Ausmaß des Problems. ⁽¹¹⁾

Die Behandlung von Aggressionen beinhaltet die Behandlung der zugrunde liegenden Ursachen und sollte auf einer Kombination aus pharmakologischen ⁽¹²⁻¹⁴⁾, milieuthérapeutischen oder psychotherapeutischen (familietherapeutischen) ⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ Maßnahmen bestehen.

Familietherapie ist der Behandlungsteil einer Philosophie, bei der das Konzept der Erkrankung auf die Verhaltensweisen einer Person in seinem oder ihrem Familiennetzwerk erweitert wird. ^(19,20) Es ist eine Form der Psychotherapie, also die Behandlung einer Krankheit mit psychologischen Mitteln.

Der Therapeut kann aktiv ins Geschehen, den „Therapieraum“ (therapy room) oder dem „offenen Theater“ (open theater) eingreifen, wenn die Familienmitglieder häufig wiederholtes destruktives Benehmen zur Schau stellen. ⁽²⁰⁾

Viele Familienmitglieder fühlen sich durch die emotionalen Stürme und das aggressive Verhalten ihrer Teenager entkräftet und behindert. ⁽²¹⁾

Bei der Arbeit mit Familien bekommt der Therapeut Einsicht in die transaktionale Natur dieses Verhaltens und kann auf diese Weise die

Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern steuern. Es ist notwendig, die Abwicklung der Beziehungen zwischen den Adoleszenten und ihren Familien zu erkennen und hervorzuheben. ⁽²⁰⁾

Familiensitzungen können auch kritisch verlaufen, da die Umstände zu Hause eine wichtige Rolle in Bezug auf das symptomatische Verhalten der Jugendlichen spielen können. ⁽²¹⁾

Der Therapeut ermutigt die Eltern die Jugendlichen zu unterstützen, um neue Fertigkeiten zu entwickeln, aber auch um einen Weg zu finden auf das Benehmen ihrer jugendlichen Familienmitglieder zu reagieren. ⁽²²⁾ Auf diese Weise betrachtet und behandelt der Therapeut die Familie eher als Partner in der Behandlung, als ein Ziel. ⁽²¹⁾

Kinder und Jugendliche wurden in unsere Arbeit stets involviert. Wir wendeten integrative Familientherapie an, definiert als kohärente Synthese aus der eher individuell orientierten Verhaltenstherapie und psychodynamischen Therapie mit einer Orientierung an das Familiensystem. Somit hielten wir uns an die drei großen theoretischen Sichtweisen, die analytisch-psychodynamische, verhaltens- und systemtherapeutische Sichtweise ^(cf. 21, 23,24). Währenddessen richteten wir den Behandlungsfokus auf die Bedürfnisse der Jugendlichen und ihrer Familien.

Das Ziel der Studie war es herauszufinden, ob sich die ambulante Familientherapie, angewendet als Monotherapie, für Ärgerreduktion, zur Verbesserung der interpersonellen Beziehungsfähigkeit und zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensqualität der wegen ihrem bullying Verhalten ausgeschlossenen männlichen Jugendlichen als effektiv erweist.

2. Problemdefinition

Aggressionen unter jugendlichen Schülern werden als Bullying oder im deutschsprachigen Raum, den Beneluxländern und im Skandinavien als Mobbing bezeichnet.

Das Bullying findet über einen längeren Zeitraum als systematische und wiederholte Aggression gegenüber Schwächeren "in den kontrollschwachen Räumen hierarchisch strukturierter Systeme" ⁽³⁴⁾ statt.

Es wird unterschieden in:

a) Direktes Bullying:

Körperliches Bullying: z.B. schlagen, stoßen, treten

Verbales Bullying: z.B. "dumme Sprüche" nachrufen, drohen, hänseln

b) Indirektes Bullying: Gerüchte verbreiten oder jemanden ausschließen.

Knaben betreiben mehr *körperliches Bullying*, während Mädchen *verbales Bullying* und indirektes Bullying betreiben und erfahren. ⁽²⁹⁾

Die indirekte Form des Bullying wird von Kindern und Jugendlichen bereits früh als aggressiv erkannt, aber mit zunehmendem Alter von Mädchen signifikant häufiger eingesetzt. Dass dabei Jungen stärker durch offene Aggression und Mädchen stärker durch Beziehungsaggression viktimisiert (also zu Opfer gemacht) werden, berichten allerdings nur Lehrer oder Mitschüler ⁽³⁰⁾. In anonymen Selbstbefragungen berichten sowohl Jungen wie auch Mädchen, dass sie gleichermaßen durch Beziehungsaggression viktimisiert werden.

Es wird dabei zwischen aktivem und passivem Bullying unterschieden.

Das aktive Bullying bezeichnet dabei die aggressiven Angriffe gegen andere Mitschüler, also die Täterperspektive. Das passive Bullying oder auch Viktimisierung genannt bezeichnet das Erfahren aggressiver Angriffe durch die Mitschüler, also die Opferperspektive.

Bullying findet jeweils zur Hälfte in Zweipersonen-Interaktionen und als Aggression mehrerer Schüler gegen ein Opfer statt ^(29, 30, 31).

Eine Abhängigkeit vom Alter ist für aktives Bullying nicht oder zumindest nicht eindeutig belegbar. Bei Knaben zeigt sich eine leicht steigende Tendenz, während bei Mädchen eine sinkende Tendenz ^(30, 31) auszumachen ist.

Das Ausmaß der Viktimisierung, insbesondere die physischen Aggressionen, nimmt mit zunehmendem Alter von der Grundschule bis zur weiterführenden Schule ab. Langfristig werden eher psychische Aggressionen erinnert.

Dies würde erklären, warum bei retrospektiver Erhebung in Grund- und in weiterführender Schule meist keine nennenswerten Unterschiede im Ausmaß von Bullying berichtet wurden.

Der typische Bully ist durchschnittlich intelligent und hat ein ausgeprägtes Selbstbewusstsein. Er ist keinen individuellen Belastungen ausgesetzt und verfügt auch nicht über eine persönliche innere Unsicherheit. Er verfügt über überdurchschnittliche körperliche Kräfte. Der Bully empfindet keine Empathie, moralische Standards haben für ihn nur wenig oder keine handlungsbestimmende Bedeutung.

In den Schulklassen sind die Bullies keine Außenseiter, sondern haben in der Regel einige Freunde oder eher Kameraden. Sie sind meist weniger ängstlich und gehemmt als der Durchschnitt einer Klasse, verbal und physisch eher aggressiv.

Es ist ihre persönliche Überlebensstrategie von Kindheit an, sich aggressiv durchzusetzen. Individuell sind Bullies schwer zu einer Änderung ihres Verhaltens zu veranlassen. Trotz eines vorhandenen Unrechtsbewusstseins leiden sie häufig nicht an ihrem Umgang mit den anderen und kennen meist kein Schuldgefühl. Somit besteht oft kein Motiv zu einer Veränderung ihres Verhaltens.

Viele von ihnen haben bis zum Erwachsenenalter ein Bedürfnis sich gewaltorientiert zu verhalten und erleben Genugtuung dabei einen anderen zu bedrängen oder zu ängstigen. Bereits 60 % der Bullies werden bis zu ihrem 24. Lebensjahr straffällig ⁽³⁰⁾.

Mit dem Erreichen der Mittelstufe steigt die Wahrscheinlichkeit zum Opfer, also viktimisiert zu werden. Bei Kindern, die schon früh intensiv und fortdauernd Opfer von Bullying waren, manifestiert sich diese Opferrolle deutlich früher ^(32, 33).

Eine Studie an Lehrern ⁽³⁰⁾ bestätigt, dass Bullying von der Lehrerseite unterschätzt wird. Auf der anderen Seite zeigen die Ergebnisse derselben Studie eine durchaus vorhandene Sensibilität der Lehrerschaft für Aggression im Klassenkontext und sie unterstützt die Befunde, welche die Abhängigkeit der Lehrereinstellungen vom Schulklima belegen. Dabei schätzt etwa die Hälfte der befragten Lehrer ca. 7 % der Schüler, ca. ein Drittel der Lehrer sogar 15 % der Schüler als regelmäßige Opfer ein. Dabei liegen die Werte für die Grundschule keinesfalls höher. Auf der anderen Seite finden sich Berichte von Schülern über ca. 15 % Viktimisierung in weiterführenden Schulen und sogar ca. 25 % in den Grundschulen ^(29, 30, 31, 35). Dass sich Mitschüler eher mit

den "Bullies" als den Opfern solidarisieren, kann mit dem Phänomen des Gruppenzwanges erklärt werden, was für Opfer häufig Mittäterschaft bedeutet.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) berichtet, dass über ein Drittel aller Kinder in ihrem Schulleben regelmäßig gehänselt wird, was sehr häufig schlimmere Folgen für das Selbstwertgefühl des betroffenen Kindes hat als körperliche Angriffe oder das Zerstören persönlicher Dinge. Rund ein Drittel der schikanierten Kinder entwickelt deswegen schwerwiegende psychische Störungen.

3. Behandlung, verschiedene therapeutischen Ansätze der Familientherapie

3. 1. Allgemein

"Familientherapie [ist] ein psychotherapeutischer Ansatz mit dem Ziel, Interaktionen zwischen einem Paar, in einer Kernfamilie, in einer erweiterten Familie oder zwischen einer Familie und anderen interpersonellen Systemen zu verändern und dadurch Probleme einzelner Familienmitglieder, Probleme von Familiensubsystemen oder der Gesamtfamilie zu lindern " (36, 37)

3. 2. Ziele

Allgemein kann man die Ziele der familientherapeutischen Arbeit in Unterstützung der Familien, der Alleinerziehenden, der zusammengesetzten

Familien, der Pflege- und Adoptivfamilien sehen. Ihre eigenen intra- und extrafamiliären Kräfte und Ressourcen sollen sich so entwickeln können, dass sie als Familie miteinander zufriedener und problemfreier leben und ihre Lebenssituation in ihrem ökosystemischen Kontext so verändern können, dass sie langfristig selbständig und unabhängig werden.

Die Familien müssen von ihren eigenen Möglichkeiten, ihren Kräften und ihren Ressourcen überzeugt werden, damit sie Krisen, Schwierigkeiten und Konflikte bewältigen können und nicht mit Symptomen und Beschwerden aller Art, wie psychisches Leid, Ausstoßung von Familienmitgliedern oder Trennung von ihren Kindern, reagieren.

Die Familie wird als System betrachtet, in dem jedes Mitglied wechselseitig dynamisch aufeinander wirkt, zugleich ausgesetzt einer Mannigfaltigkeit ökosystemischer Kräfte, die auf den Einzelnen und auf das Gesamtsystem einwirken. ⁽⁴⁰⁾

3. 3. Eine Auswahl an familientherapeutischen Ansätzen

3. 3. 1. Der psychoanalytische Ansatz

Zu den Techniken und Ideen der psychoanalytisch orientierten Familientherapie gehören verschiedene Fragekonzeptionen, Arbeiten mit dem Genogramm, Dynamik von Bindung, Delegation, Ausstoßung, unsichtbare Loyalitäten, Versöhnungsdialog und andere Methoden und Begriffe.

Die bekanntesten Vertreter sind unter anderem N. Ackermann, J. Framo, M. Bowen, L. Wynnei. Boszormenyi- Nagy und H. Stierlin ^(41, 42).

Nach Wynne ⁽³⁷⁾ ist die „Familientherapie ein psychotherapeutischer Ansatz, mit dem Ziel Interaktionen zwischen einem Paar, in einer Kernfamilie, in einer erweiterten Familie oder zwischen einer Familie und anderen interpersonellen Systemen zu verändern und dadurch Probleme einzelner Familienmitglieder, Probleme von Familiensubsystemen oder (Probleme) der Gesamtfamilie zu lindern“.

Maßgebend ist hier der psychodynamische Ansatz für das Verständnis des Funktionierens der Familie. Nach Ackermann ⁽⁴¹⁾ verbindet die Rolle den Prozess des inneren Erlebens des Individuums mit den Prozessen seiner Aktivität in der gesellschaftlichen Umgebung. Die Rolle ist gleichbedeutend mit dem gesellschaftlichen Ich. Um das Selbstverständnis des Einzelnen zu erhalten ist es notwendig, das Selbstverständnis der Familie als Gruppe/Verband zu erhalten.

Dieses Selbstverständnis ist eine Variable aus Beständigkeit der Verhaltensweisen des Familienmitglieds unter Einbezug der inneren und äußeren Entwicklung der Familie. Wobei Flexibilität der Rollen in der Familie eine Voraussetzung für Beständigkeit ist. Eine Anpassung der Rollen verlangt nach Symmetrie bzw. Komplementarität des Familiensystems. Nur Veränderungen an sich müssen nicht zwangsläufig zu Konflikten führen, sie können zur Weiterentwicklung der Familie führen oder nicht, je nach dem wie sie genutzt werden.

Unter anderem hängt die Weiterentwicklung ab von:

- Fähigkeit der Anpassung an neue Erfahrungen
- Errichten von neuen komplementären Rollenbeziehungen in der Familie
- Suche nach Konfliktbewältigungsstrategien

- Aufbau eines positiven Ichs
- Errichten und Weiterführen der grundlegenden Angstbewältigungsmechanismen
- Erhalten von Unterstützung

Die Individuen werden zu starr oder auch zu labil wenn:

- die Rollen plötzlich nicht mehr komplementär sind
- das gegenseitige Verständnis der Rollen nicht mehr vorhanden ist
- die Rollen zu starr werden

Die Ziele der Therapie sind:

- Gleichgewicht zwischen zu starrem und zu labilem Verständnis der Rollen, so dass einerseits die alten Handlungsweisen teilweise noch beibehalten werden und andererseits eine Offenheit für neue Erfahrungen zustande kommt.
- Der Therapeut sollte den pathologischen Konflikt innerhalb der Familie versuchen zu lösen indem er Befürchtungen und Ängste lindert und die noch erhaltenen Funktionen fördert.
- Eine Veränderung der Kommunikation unter den Familienmitgliedern reicht jedoch nicht aus. Es ist mehr eine Änderung der Einstellungen, ja sogar der Wertvorstellungen der einzelnen Beteiligten anzustreben.
- Autonome, von der Vergangenheit der Familienmitglieder unabhängige, individuelle Entwicklung.

Die grundlegenden Annahmen der psychoanalytisch orientierten

Familientherapie sind:

- Es besteht eine intrapsychische Pathologie der im Kontakt zueinander stehenden Individuen.

- Die Symptome und Störungen entstehen aus unbewussten inneren Konflikten und Ängsten, welche als pathologische Copingstrategien verstanden werden.
- Die ursächliche Grundlage der Störung ist eine gehemmte Entwicklung des Egos der einzelnen Familienmitglieder sowie frühe pathologische Objektbezogenheit.
- Die Art und Weise, wie die frühkindlichen Entwicklungsphasen verlaufen und welche inneren Konflikte sich möglicherweise entwickelt haben, bestimmen die Interaktionen zwischen erwachsenen Individuen.
- Letztendlich versucht die psychoanalytische Sichtweise den Charakter der Beziehungen zwischen den Eltern untereinander, den Eltern und dem Kind zu beleuchten. Zum Beispiel ist schon die Wahl des Partners nicht zufällig, wenngleich die dazu führenden Motive unbewusst sind.
- Somit muss nicht zwangsläufig die Gesamtheit eines Systems in der Therapie angegangen werden.

Aus psychoanalytischer Sicht ist die Qualität der Beziehungen unter den Familienmitgliedern durch die Persönlichkeitsentwicklung der erwachsenen Mitglieder bestimmt.

Voraussetzungen für die Gesundheit und Harmonie der Familie sind:

- Toleranz gegenseitiger Unabhängigkeit sowie auch zeitweiligen Frustrationen seitens eines der Partner.
- Kein stetiges Eingehen auf alle Wünsche des Partners.
- Gegenseitige Mitarbeit der Partner auf der Basis der Gleichberechtigung ohne ein Kräftemessen.

- Einfühlungsvermögen in die Sorgen des Partners sowie gegenseitiges Anerkennen und Benennen vom Erfolg des anderen.
- Offenes, erfülltes, tolerantes und spontanes Ausleben der Sexualität.
- Partnerschaftliche Zusammenarbeit ohne Rivalitäten als Eltern und Erzieher um die Entwicklung und Individualität der Kinder zu fördern.

So wie Individuen erleben auch Familien Entwicklungsstadien und können auf einer bestimmten Stufe stehen bleiben oder regredieren. Ohne besondere Belastungen funktionieren sie in einem labilen Gleichgewicht. Die Stressmenge und Qualität, die eine Familie erträgt, hängt von den Entwicklungsstufen der einzelnen Mitglieder ab.

Die Familie erfährt in Stresssituationen nicht nur alte Konflikte und Traumata, sondern kann unter Umständen sogar zu früheren dysfunktionalen

Lösungsstrategien zurückkehren:

- unklare Identifikationsmuster
- Überschreiten der interpersonellen Grenzen
- Befriedigung nicht aus der Realität, sondern aus der Imagination
- Abgrenzungsprobleme
- Verlustängste
- Versuche alte, häufig illusionäre Beziehungskonzepte aufrecht zu erhalten
- manipulatives Verhalten

Das Ziel der psychoanalytisch ausgerichteten Familientherapie ist die Veränderung der Familienmitglieder in der Weise, dass diese in der Lage sein sollten sich untereinander auf der Basis von Realität anstelle von in der Vergangenheit liegenden, pathologischen Lösungsstrategien zu verständigen.

Der Therapeut, unabhängig ob er mit einer Person oder einer Familie arbeitet, ist versucht das Individuum unter Berücksichtigung seiner Entstehungsgeschichte zu rekonstruieren.

3. 3. 2. Die strukturelle Familientherapie

Diese Therapieschule geht zurück auf S. Minuchin ⁽⁴³⁾ und J. Haley ⁽⁴⁴⁾.

S. Minuchin, betont vor allem die Grenzen der Familien- Subsysteme sowie deren Herstellung und Erhaltung und eine klare Regelung der Hierarchie innerhalb des Systems. Hierbei sichert die elterliche Verantwortung und Entscheidungskompetenz das System.

Die Struktur der Familie setzt sich aus funktionellen Bedürfnissen, welche die Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern beeinflussen, zusammen. Die Familienstruktur wird teilweise durch universelle, teilweise durch konventionelle Zwänge bestimmt.

Einer der universellen Zwänge ist die Notwendigkeit eine gewisse Hierarchie aufrecht zu erhalten. Es finden sich für eine Familie spezifische Regeln. Diese hängen dann von der Geschichte dieser Familie und den Erwartungen der einzelnen Mitglieder ab.

Das gesamte Familiensystem wird in Subsysteme unterteilt. Die Mitglieder der verschiedenen Subsysteme können untereinander Koalitionen eingehen.

Ein Subsystem kann aus einer Person, einer Diade oder einer Gruppe bestehen. Die interpersonellen Grenzen sind wie unsichtbare Barrieren, welche die Familie und die Subsysteme umgeben.

Die Grenzen können starr, mehr oder weniger durchgängig oder flexibel sein.

Neben Diaden können auch Triangulationen und Koalitionen auftreten.

Wenn die Familienstruktur zu wenig anpassungsfähig ist und sich die Familie so kaum an die Veränderungen der Umgebung und die Entwicklungsvariablen anpassen kann, entwickeln sich Probleme und Konflikte.

Gemäß Minuchin ist die wichtigste Aufgabe des Therapeuten nicht das aktuelle Problem zu lösen, sondern die Struktur der Familie so zu verändern, dass sie selbständig mit Problemen umgehen kann. Dies verändert dann die Verhaltensweise der Familienmitglieder und somit ihren Umgang mit zukünftigen Problemen und Konflikten.

3. 3. 3. Die wachstums- erlebnisorientierte Familientherapie

Die wichtigsten Vertreter dieser Familientherapie sind Whitaker, Kempler und V. Satir⁽⁴⁵⁾. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Mensch ein freies Individuum ist, welches sich und die Umwelt in einer einmaligen, individuellen Art und Weise wahrnimmt und erlebt und in der Lage ist mit anderen Mitmenschen durch den Ausdruck von Gefühlen in Kontakt zu treten. Es wird versucht herauszufinden, wie dysfunktionale Familien die potentielle Entwicklung ihrer Mitglieder blockieren können und anschließend wird diesen Mitgliedern beim Erreichen der Entwicklungsschritte geholfen.

Der wichtigste Mechanismus der Dysfunktionalitäten in der Familie ist das Negieren der Impulse und das Unterdrücken der Gefühle. Solche Familien suchen dann eher Geborgenheit und nicht Zufriedenheit.

Sie funktionieren durch Automatismen ohne bewusste Entscheidungen zu treffen.

Sie gehen von der unbewiesenen Annahme aus, dass eine emotionale Konfrontation zum Chaos in der Familie führen kann. Somit wird Druck auf

Familienmitglieder ausgeübt um Loyalitäten zu wahren und die unflexiblen Fundamente zu erhalten. Dies geht auf Kosten der Übereinstimmung mit individuellen Erfahrungen und Erlebnissen.

In den Familien herrscht emotionale Distanz und Kälte. Die Familienmitglieder sind aus Gründen der Pflichterfüllung und aus Gewohnheit zusammen. Somit hören sie auf, sowohl ihre Erlebniswelt anderen mitzuteilen, wie auch selbst aus eigenen emotionalen Erfahrungen zu schöpfen. Aus diesen Gründen finden sich häufig Inkongruenzen sowohl in der verbalen Kommunikation wie zwischen den verbalen und nonverbalen Botschaften. Die Regeln der Familien sind verschleiert und starr.

Somit ist das Ziel der Therapie die Entwicklung jedes einzelnen Individuums und nicht die Rückkehr zu „Stabilität“ (Es handelt sich um ein labiles Gleichgewicht). Die Ziele der Entwicklung sind eine größere persönliche Entscheidungsfreiheit, stärkere innere Integration und schwächere Fremdbestimmung. Diese werden durch die Möglichkeit authentischer Beziehungen mit anderen Familienmitgliedern, das Eingehen auf Bedürfnisse anderer und die eigenen erreicht. Ein wichtiger Mechanismus der Veränderung ist die Überwindung der Widerstände in Bezug auf Erfahrungen. Es wird davon ausgegangen, dass die Individuen die Fähigkeiten zum Lieben, Kreativsein, sich zu freuen und produktiv zu sein besitzen.

Die erlebnisorientierte Familientherapie geht im Vergleich mit anderen Schulen von der Einzigartigkeit und der Individualität des Einzelnen aus.

3. 3. 4. Verhaltenstherapeutisch orientierte Familientherapie

Die führenden Vertreter der verhaltensorientierten Familientherapie sind Margolin, Jacobson, Weiss und Stuart. Die Störung wird auf der Verhaltensebene des einzelnen Individuums lokalisiert. Das Individuum reagiert auf die Anreize der Umgebung und der Gesellschaft und ist gleichzeitig selbst die Quelle von Anreizen für andere Individuen.

Die verhaltenstherapeutisch orientierte Familientherapie ist die Behandlung von Diaden, welche zum Beispiel aus gestörtem Kind auf der einen und den Eltern auf der anderen Seite bestehen. Ehepartner werden als zwei Individuen, welche sich gegenseitig im gleichen Maße beeinflussen, sich belohnen und gegenseitig bestrafen, betrachtet.

In lang anhaltenden Beziehungen, wie zum Beispiel in einer Ehe, beeinflussen sich die Partner stets gegenseitig, wobei sie sich dabei auch kontrollieren. Die Kontrolle ist wechselseitig und funktioniert wie eine Feedbackschleife.

Das Paar kann sich sowohl belohnen wie bestrafen. Die Partner funktionieren nach Prinzip von positivem und negativem Feedback. Sie belohnen oder bestrafen sich auf verschiedene Weise, zum Beispiel materiell, emotional, sexuell.

Zu Beginn einer Partnerschaft bestehen die größten positiven Verstärkungen.

Die Partner erwarten, dass dieser Zustand andauern wird. Die Diskrepanz zwischen den Erwartungen und der einkehrenden Realität erweist sich als einer der häufigsten Gründe für fehlende Befriedigung in der Partnerschaft.

Folgende Mechanismen führen zu Störungen in der Partnerschaft:

- Die Verhaltensweisen, welche sich früher positiv verstärkend ausgewirkt haben, haben diese Wirkung eingebüßt. Die Partner suchen

nicht nach neuen Verhaltensweisen, welche sich verstärkend für die andere Seite auswirken könnten, sondern bleiben bei alten Verhaltensweisen.

- Beim Verändern des Verhaltens entstehen Defizite. Diese kommen meist in Konfliktsituationen zum Vorschein. Die Partner können nicht offen über die Konflikte kommunizieren, lernen keine konstruktiven Lösungsmodelle, verändern ihr Verhalten gegenüber dem anderen Partner nicht. Es entstehen immer weniger positive Verstärkungen. Die Beziehung wird für beide Seiten weniger attraktiv. Kontrolle und Widerwille mit negativem Feedback dominieren dann über die positiven Verstärkungen. Die typischen negativen Verstärkungsmechanismen sind dann Streit, Weinen, Drohen, Verleugnen.
- Adäquate Kommunikationsweisen fehlen. Insbesondere dann, wenn die Partner nicht mehr in der Lage sind, über positive Seiten der Lebensbefriedigung und der Zufriedenheit zu kommunizieren, wenn sie weder ihre positiven noch ihre negativen Emotionen so ausdrücken können, dass der andere dies akzeptieren kann, wenn die Fähigkeiten zum Verständnis und zur Unterstützung des anderen fehlen und wenn Problemlösungsstrategien nicht vorhanden sind.

Bei der Betrachtung der Funktionsweise einer Partnerschaft beziehungsweise Familie sollten auch aktuelle und potentielle Quellen der positiven Verstärkung wie Berufslaufbahnen, konkurrierende Partner/Partnerinnen, Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlichen und/oder sozialen Gruppe mitberücksichtigt werden.

Verschiedene Alternativen können so stark werden, dass sie zum Abbruch der Beziehung führen.

Das Ziel der verhaltensorientierten Familientherapie ist das Verändern von symptomatischen und maladaptiven Verhaltensweisen, das heißt nicht nur das Eliminieren von schädlichen Verhaltensweisen, sondern auch das Erlernen neuer alternativer Verhaltensweisen.

Nach der Diagnosestellung werden Ziele der Therapie mit den beobachteten Veränderungen des Verhaltens beschrieben. Grundsätzlich verfolgt die Therapie die Verstärkung gegenseitiger positiver Beeinflussung. Die Familienangehörigen lernen sich anders zu sehen und zu betrachten und so ihre inadäquaten Erwartungen und maladaptives Verhalten zu verändern.

3. 3. 5. Kommunikative Familientherapie

Diese Therapieform stützt sich ebenfalls auf die systemische Theorie, die kybernetische Schule und Theorie der Information. Ihre theoretischen Prämissen und Interventionstechniken beruhen auf Kommunikationstheorien, insbesondere auf den formalen Aspekten der Kommunikation. Innerhalb der Kommunikationstherapie lassen sich strategische und systemische Therapieformen unterscheiden. Als deren geistige Urheber gelten Gregory Bateson ⁽⁴⁶⁾ und Milton H. Erikson. Die Formulierung des bekannten "Double-bind- Konzeptes", an dessen Entwicklung auch J. Haly ⁽⁴⁴⁾ und J. Weakland ⁽⁴⁷⁾ beteiligt waren, brachte entscheidende Impulse in den therapeutischen Diskurs ein.

Pathologische beziehungsweise "verrückte" Verhaltensweisen wurden nicht länger als persönliche Eigenschaften angesehen, sondern auf die, den interpersonellen Kommunikationsformen zugrunde liegenden, Regelmechanismen zurückgeführt.

Die Familie wird als offenes System, welches zur Aufrechterhaltung der Homöostase fähig ist, betrachtet. Dieser Ansatz wurde auch in dem 1959 gegründeten Mental Research Institute (MRI) verfolgt. Ein weiterer entscheidender Schritt dieses Instituts war die Publikation des viel beachteten Buches "Menschliche Kommunikation" von Paul Watzlawick^(47, 48) und Kollegen. Darin werden die theoretischen und pragmatischen Aspekte der menschlichen Kommunikation thematisiert.

Um das Verständnis für gestörte und nicht gestörte Kommunikation zu gewinnen, müssen die Axiome der Kommunikation nach Watzlawick kurz dargestellt werden:

Erstes Axiom

In einer sozialen Situation kann man nicht nicht- kommunizieren.

Sobald zwei Personen sich gegenseitig wahrnehmen können, kommunizieren diese miteinander, da jedes Verhalten kommunikativen Charakter hat.

Verhalten jeder Art wirkt als Kommunikation. Da Verhalten kein Gegenteil hat, man sich also nicht nicht- verhalten kann, ist es auch unmöglich, nicht zu kommunizieren. Dieses Axiom ist auch bekannt als metakommunikatives Axiom.

Störungen nach dem ersten Axiom entstehen durch

- Ignorieren der Kommunikation (Nicht-Antworten oder Nicht-Eingehen auf das, was der Partner sagt).
- widerwillige Annahme der Kommunikation.
- Abweisungen, welche widersprüchlich sein können, wie: „Mit dir will ich nichts zu tun haben“.

- einseitiges Beenden der Kommunikation, da dies eine Aussage ist, die der andere Kommunikationspartner interpretieren muss.
- Entwerten der Aussagen des Partners (häufige Themenwechsel, „Nicht- bei- der- Sache- Sein“, Bagatellisierung: „Das wird schon wieder“) und das Bestreben, eine stattgefundene Kommunikation ungeschehen zu machen.
- Flucht in Symptome wie Müdigkeit, Kopfschmerzen, Krankheit oder Bullying. Dadurch kann eine Kommunikation einseitig beendet werden und ist deshalb ebenfalls eine Störung.

Zweites Axiom

Jegliche Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt und enthält über die Sachinformation (also den Inhalt) hinaus einen Hinweis, wie der Sender seine Botschaft verstanden haben will und wie er seine Beziehung zum Empfänger sieht. Der inhaltliche Aspekt stellt das Was einer Mitteilung dar, der Beziehungsaspekt sagt darüber aus, wie der Sender diese Mitteilung vom Empfänger verstanden haben möchte. Der Beziehungsaspekt zeigt, welche emotionale Beziehung zwischen den Kommunikationspartnern herrscht. Daraus folgt, dass es der Beziehungsaspekt ist, der den Inhaltsaspekt bestimmt. Es ist die Art der Beziehung zwischen zwei Kommunikationspartnern, welche das gegenseitige Verständnis begrenzt bzw. ermöglicht. Eine Kommunikation ist also dann erfolgreich, wenn auf beiden Ebenen Übereinstimmung herrscht oder eine Uneinigkeit auf der Inhaltsebene die Beziehungsebene nicht beeinträchtigt. Störungen entstehen bei Uneinigkeit auf der Beziehungsebene, bei Verwechslung der Ebenen oder wenn auf beiden Ebenen Uneinigkeit herrscht.

Störungen nach dem zweiten Axiom entstehen wenn:

- auf der Inhaltsebene die Konflikte einer negativen Beziehung ausgetragen werden.
- die Uneinigkeit auf der Inhaltsebene auf die Beziehungsebene übertragen wird.
- die Beziehung negativ ist.
- Unklarheit über die Beziehung besteht.
- ein Beteiligter versucht, den Beziehungsaspekt aus der Kommunikation herauszuhalten.

Drittes Axiom

Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktionen der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt. Dies bedeutet, dass Sender und Empfänger den Kommunikationsablauf unterschiedlich gliedern und so ihr eigenes Verhalten oft nur als Reaktion auf das des anderen interpretieren. Somit würde die „Schuld“ immer beim anderen liegen.

Menschliche Kommunikation ist aber nicht in Kausalketten auflösbar, sie verläuft kreisförmig. Es ist nicht möglich zu bestimmen, wer beispielsweise bei einem Streit wirklich „angefangen“ hat. Anfänge werden von den Beteiligten subjektiv als so genannte „Interpunktionen“ gesetzt.

Interdependenz, das ist der Ablauf, in dem Ursache und Wirkung ihre Stellung in der Kommunikation verändern können. Erfolgreiche Kommunikation ist dann zu erwarten, wenn alle Beteiligten als Ursache und Wirkung die gleichen Sachverhalte festlegen und Kommunikation als Regelkreis verstehen.

Störungen entstehen dann, wenn ein Beteiligter sagt: „Das ist der Anfang und

die Ursache“ und somit an einem bestimmten Punkt des Regelkreises einen Einschnitt vornimmt.

Störungen nach dem dritten Axiom entstehen, wenn:

- das eigene Verhalten mit dem Verhalten des anderen entschuldigt oder gerechtfertigt wird.
- eine so genannte selbsterfüllende Prophezeiung (diese entspricht nicht unbedingt der Wahrheit) beim Gegenüber ein Verhalten verursacht, welches dieser Prophezeiung entspricht.
- ein Anfangspunkt durch Zwang und Druck gesetzt wird.

Viertes Axiom

Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler (verbaler) und analoger (nonverbalen) Modalitäten.

Mit analogen Elementen wird häufig die Beziehungsebene definiert. Die digitale Kommunikation beschreibt die Inhalte. Bei Übereinstimmung zwischen analoger und digitaler Modalität und wenn beide Modi eindeutig sind kann von erfolgreicher Kommunikation gesprochen werden. Wenn die analoge und die digitale Aussage übereinstimmen, ist die Botschaft kongruent.

Störungen entstehen bei Nichtübereinstimmung und bei Unklarheiten einer oder beider Entitäten.

Störungen nach dem vierten Axiom entstehen wenn:

- analoge Kommunikation mehrdeutig ist, somit auch falsch interpretiert werden kann.
- digitale Elemente nicht immer klar und eindeutig sind.
- eine der beiden Arten der Kommunikation überwiegt.

- die digitale und die analoge Kommunikation nicht übereinstimmen.
- ein Kommunikationspartner sich der eigenen analogen Kommunikation nicht bewusst ist.

Fünftes Axiom

Die Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär. Beziehungen zwischen Familienmitgliedern basieren entweder auf Gleichheit oder auf Verschiedenheit.

Eine symmetrische Beziehung will Ungleichheiten vermindern oder vermeiden.

In komplementären Beziehungen ergänzen sich unterschiedliche

Verhaltensweisen und bestimmen den Interaktionsprozess. Komplementäre

Beziehungen basieren auf der Grundlage der Unterschiedlichkeit der

Familienmitglieder. Diese sind auf Ergänzung ausgerichtet.

Erfolgreiche Kommunikation ist dann zu erwarten, wenn in einer Beziehung beide Kommunikationsabläufe im ausgewogenen Ausmaß vorhanden sind.

Störungen entstehen wenn

- beide Kommunikationspartner gleicher sein wollen als der andere. Es entsteht eine symmetrische Eskalation. Es herrscht eine zu starke Gleichheit der Kommunikationspartner.
- die Kommunikationspartner starr auf komplementären Standpunkten oder vordefinierten dogmatischen Grundkonzeptionen beharren, so dass eine aktuelle, auf gegenseitige Ergänzung ausgerichtete Kommunikation unmöglich oder stark eingeschränkt wird. Es entsteht eine starre horizontale Komplementarität.
- starkes Autoritäts- beziehungsweise Machtgefälle eine starre vertikale Komplementarität verursacht. Es entsteht dann eine

Abhängigkeitsbeziehung oder Unselbstständigkeit und Fremdbestimmung.

3. 3. 6. Strategisch orientierte Familientherapie: lösungsorientierte Familientherapie (LF)

Vorschläge von Grawe, eine allgemeine bzw. psychologische Psychotherapie zu kreieren haben die Ressourcenorientierung wieder stärker in den Vordergrund gerückt ^(49, 50).

Das bedeutet, dass sich die Psychotherapie stärker an den vorhandenen Fähigkeiten, Interessen und Werteordnung des Patienten orientiert. Diese Ressourcenorientierung findet man bereits schon in der Ich-Analyse ^(51, 52).

Die tiefenpsychologischen, gesprächspsychotherapeutischen, verhaltensorientierten oder kognitiven Veränderungsmittel werden häufig zu omnipotenten Mitteln der Klärung und Lösung von Problemen ausgerufen. Ressourcenorientiertes Vorgehen wird heute von manchen als eine Art Gegenentwurf zu diesen etablierten Vorgehensweisen erklärt. Die Strategie, Veränderungen über Anschluss und Nutzung der Begabungen und Fähigkeiten des Patienten zu erreichen, hat sich bereits empirisch bewährt ⁽⁵⁰⁾.

Die LF hat konsequent mit relativ einfachen Mitteln Ressourcenorientierung und patientengenerierte Ideen zur Problembewältigung in den Vordergrund gestellt. Einige aufgeschlossene Vertreter unterschiedlicher Therapierichtungen haben sich bereits im Zusammenhang mit ihren ursprünglichen Therapierichtungen mit den Möglichkeiten der LF beschäftigt (z.B. Fürstenau, 1996; Höder, 1992; Hülster, 2002; Kaimer, 1995; Schulte,

1996; Trautman, 2000). Die Lehrbücher von Walter und Peller (1994) sowie DeJong und Berg (1998) müssen in diesem Zusammenhang genannte werden.

Kognitive Verhaltenstherapie wird mit einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen bei der Psychotherapie sozialer Ängste in der Arbeit von Willutzki, Neumann, Haas, Koban und Schulte verglichen. Die Ergebnisse dieser Arbeit sprechen für eine deutlich höhere Wirksamkeit einer Kombinationstherapie. ⁽⁵³⁾

3. 3. 6. 1. Theoretische Grundlagen

Das Ziel der lösungsorientierten Familientherapie(LF) ist es, das Verhalten von Jugendlichen zu verändern und zu verbessern. Folgende Mechanismen werden dabei angewendet:

- Es wird versucht die Verhältnisse in der Familie, insbesondere die Beziehungsmuster der einzelnen Familienmitglieder, zu verbessern. Man geht dabei davon aus, dass die Verhaltensprobleme der Jugendlichen direkt mit den Verhältnissen in der Familie zusammenhängen.
- Es wird versucht die Beziehungen zwischen der Familie und anderen wichtigen Systemen, welche die Jugendlichen mit beeinflussen, (Schule, Gruppen Gleichaltriger u. s. w.) zu verbessern.

Um die spezifische Art und Weise zu verstehen, wie die LF Veränderungen in diesen Beziehungen hervorbringt und daraus Veränderungen im Verhalten

der Jugendlichen entstehen, müssen einige der Grundprinzipien der LF dargestellt werden.

3. 3. 6. 2 Grundprinzipien

Systeme

In der LF geht man davon aus, dass jede Familie seine eigenen und einzigartigen Eigenschaften und Charakteristika besitzt, welche nur dann zum Vorschein kommen, wenn die Familienmitglieder untereinander in Beziehung treten. Das „System“ beeinflusst alle Mitglieder der Familie. Die Familie muss deswegen als ein „Organismus“, „ein Ganzes“ gesehen werden anstatt als Summe der einzelnen Personen oder Gruppen. In der LF wird die Sicht der Familie als System in folgenden Annahmen offensichtlich:

- Die Familie ist ein System aus voneinander abhängigen beziehungsweise miteinander zusammenhängenden Teilen.
- Das Verhalten eines Familienmitglieds kann nur im Kontext der Familie verstanden werden.
- Interventionen müssen auf dem Niveau der Familie durchgeführt werden und die komplizierten Verhältnisse innerhalb des Familiensystems berücksichtigen.

Struktur

Die Struktur eines Systems wird fokussiert. Während das Konzept eines Systems sinnvoll ist, sollte man jedoch auch die grundlegenden Strukturen des Systems verstehen um zu erkennen, wodurch es funktioniert. Die Existenz eines Systems erklärt die Abhängigkeit der Verhaltensweisen der Familienmitglieder untereinander.

Diese voneinander abhängigen Verhaltensinteraktionen unter den Einzelpersonen neigen dazu, unter Familienmitgliedern immer wiederkehrende Muster von Interaktionen zu generieren. In der LF bilden diese sich wiederholenden Muster die Struktur eines Familie-Systems.

Diese Sicht der Struktur wird in den folgenden Annahmen offensichtlich:

- Eine Struktur bezieht sich auf die sich wiederholenden Muster der Interaktionen, die ein Familie-System kennzeichnen.
- Sich wiederholende Interaktionen unter den Mitgliedern einer Familie sind beim Verfolgen der Ziele der Familie oder seiner einzelnen Mitglieder entweder erfolgreich oder erfolglos.
- LF richtet sich direkt auf sich wiederholende Muster von Interaktionen (d.h. die gewohnten Verhaltensweisen unter den Familienmitgliedern), welche direkt mit den Verhaltenproblemen der Jugendlichen zusammenhängen.

Strategie

Die Strategie der LF ist pragmatisch. Sie beruht auf problemfokussierten und geplanten Interventionen. Die strategische Überlegung geht von der Entwicklung einer kurzen und beim Vermindern der Symptome effektiven Intervention aus. In den folgenden Annahmen der LF wird diese strategische Überlegung sichtbar:

- Interventionen müssen praktisch sein. Das heißt, sie werden an die einzigartigen Eigenschaften der Familien angepasst und verfolgen erreichbare Behandlungsziele.
- Interventionen sind problemorientiert. Eine problemorientierte Intervention zielt zuerst auf jene Muster der Interaktionen, welche direkt das antisoziale Verhalten des Jugendlichen beeinflussen und behandelt ein Problem nach dem anderen.
- Interventionen müssen gut geplant sein. Das bedeutet, dass der Therapeut maladaptive Interaktionen (zum Beispiel Interaktionen, welche direkt mit dem problematischen Verhalten des Jugendlichen zusammenhängen) erkennt und feststellt welche von ihnen gezielt angegangen werden können. Anschließend folgt er einem Therapieplan, welcher der Familie hilft wirkungsvollere Muster der Interaktion zu entwickeln.

Prozess versus Inhalt

Wie bereits angeführt, beschäftigt sich die LF hauptsächlich prozessorientiert mit dem Erkennen und Verbessern der Interaktionsmuster (welche direkt mit Verhaltenssymptomen zusammenzuhängen) eines Familien-Systems.

Anstelle sich auf das, was sich in der Familie abspielt, zu konzentrieren (z.B. was sagte der Vater, als er die Kindern anschrie), fokussiert die LF auf die Entstehung einer Interaktion (z.B. wer war in den Konflikt involviert, wann entwickelte sich der Konflikt, wer reagierte auf wen, was passierte vor und nach dem Konflikt). Diese wichtige Unterscheidung zwischen Prozess (Interaktionmuster) und Inhalt (spezifische und konkrete Informationen) ist ein grundlegendes Konzept der LF.

Der Fokus auf den Prozess wird aus folgenden Annahmen ersichtlich:

- Ein Prozess weist auf die Verhaltensweisen hin, die in eine Interaktion involviert sind und wie diese nach außen hin erscheinen. Außerdem bezieht sich ein Prozess auf die Botschaft, welche durch die Art und Weise der Interaktion oder durch die Art der Kommunikation, einschließlich der nonverbalen Kommunikation, mitgeteilt wird.
- Der Inhalt bezieht sich auf die spezifischen und konkreten Tatsachen, die in der Kommunikation enthalten sind. Der Inhalt stellt zum Beispiel verschiedene Beweggründe der Familienmitglieder in einer bestehenden Interaktion dar.
- LF ist stets prozessorientiert. Das Ziel der Therapie liegt darin die Natur der Interaktionen in der Familie zu identifizieren, um anschließend die maladaptiven Interaktionen zu verändern.

4. Methode

4. 1. Auswahl und Beschreibung der Teilnehmer

320 Familien innerhalb von einem Radius von 20 km von der Klinik wurden mithilfe eines Zufallsnummerngenerators einer Excel-Tabelle ausgewählt.

Zwischen 1998 und 2003 wurden 302 dieser Familien durch geschultes Personal telefonisch kontaktiert. Sofern vorhanden, wurden die männlichen Jugendlichen aus diesen Familien über die Möglichkeit des Vorhandenseins subjektiv gefühlter Aggressivität in Bezug auf interfamiliäre Konflikte befragt. Sie wurden spezifisch über ihre Situation zu Hause, ihre Beziehung zu den Eltern und Geschwistern sowie ihrem Konfliktverhalten befragt.

Anschließend wurde das erste Aggressions- Screening mit Hilfe des State-Trait- Ärgerausdrucks- Inventars (STAXI) (siehe weiter unten) telefonisch durchgeführt.

Diejenigen Jugendlichen, welche trotz fünf Versuchen zu verschiedenen Tageszeiten nicht kontaktiert werden konnten, und diejenigen, die ein Interview ablehnten, wurden als „non- responder“ bezeichnet.

Die Einschlusskriterien für die Studie waren ein Alter zwischen 14 und 16 Jahren und bullying Verhalten während mindestens der letzten sechs Monate.

Ausschlusskriterien waren psychotische Erkrankungen, Einnahme psychotroper Medikamente, Teilnahme an einer Psychotherapie und gegenwärtiger Gebrauch von Drogen.

Neunundsechzig (69) männliche Jugendliche, welche nach dem Telefoninterview potentiell die Einschlusskriterien erfüllten (siehe Abbildung 1), wurden zusammen mit ihren Familien eingeladen, an einem persönlichen

Gespräch teilzunehmen und wurden mit Hilfe von STAXI, dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D), sowie SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand getestet (siehe weiter unten).

Die nötige Probengröße wurde für einen Typ I Fehler von 5 % ($z_1=1,96$) und eine Power-Analyse von 80 % ($z_2=0.842$), basierend auf dem Hauptwert ($m_1=19.5$ und $m_2=14.5$) und Standardabweichung ($s_1=6.4$ und $s_2=5.3$) für die AO Skala von STAXI, welche von einer kleinen Pilotstudie erhalten wurde, berechnet. Die Formel ist n (pro Gruppe) = $[(z_1+z_2)^2 \times (s_1^2+s_2^2)] / (m_1-m_2)^2$ ²⁵. Dies ergab eine Gruppengröße von $n = 44$. Unter Gebrauch von Excel-Zufallsnummern-Tabellen (siehe Abbildung 1) wurden 22 Knaben zufällig für ein Familientherapieprogramm (FamTh-G) und 22 für die Kontrollgruppe (KoG) ausgewählt. Beide Stichproben wurden durch die Klinikverwaltung vertraulich durchgeführt.

Alle Familien erschienen zum ersten Therapiesitzungstermin; die FamTh-G bestand aus 38 Eltern, 22 Jugendlichen und 11 jüngeren Geschwistern. Die KoG aus 39 Eltern, 22 Jugendlichen und 12 jüngeren Geschwistern.

Im Falle von getrennt lebenden Eltern, bei jedoch zumutbar erscheinenden Entfernungen, versuchten wir, beide Elternteile einzuladen. Die Probanden wurden drei- bis fünfmal telefonisch an den Termin erinnert.

Die Knaben beider Gruppen waren in guter körperlicher Verfassung und hatten ein vergleichbares Alter (FamTh-G: 15.2+/- 0.5 Jahre, KoG: 14.9 +/- 0.5

Jahre). Vergleichbar viele von ihnen lebten zusammen mit beiden Elternteilen [FamTh-G n =15(68.2 %), KoG: n = 16 (72.7 %)].

Gemäß Diagnostischem und Statistischem Manual psychischer Störungen (DSM- IV) wurden Verhaltensstörungen [FamTh- G:n=11 (50.0 %); KoG: n= 10 (45.4 %)], Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten [FamTh- G: n=9 (40.9 %); KoG: n=9 (40.9 %)], Borderline Persönlichkeitsstörung [FamTh- G: n=4 (18.2 %); KoG: n= 5 (22.7 %)], Bulimie [FamTh-G: n=2 (9.1 %); KoG: n= 2 (9.1 %)] und Aufmerksamkeits- defizit, Hyperaktivitätsstörung [FamTh- G: n=2 (9.1 %); KoG: n=1 (4.5 %)] diagnostiziert. Die meisten Jungen (65.9 %) erfüllten die Kriterien für mehr als eine Störung.

4.2. Assessment

Bei jeder Untersuchung wurden die deutschsprachigen Versionen von State-Trait Anger Expression Inventory = State-Trait Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI), die Inventory of Interpersonal Problems = Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) und das SF-36 Health-Survey = Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) benutzt, um Ärger, interpersonelle Beziehungen und gesundheitsrelevante Lebensqualität zu erfassen.

Geschwister unter 14 Jahren wurden nicht getestet, sie nahmen jedoch an der Familientherapie oder der Placebo-Intervention (siehe weiter unten) teil.

4. 2. 1. State-Trait Ärgerausdrucks- Inventar STAXI

STAXI ist ein Verfahren um Ärger und Ärgerausdruck zu erfassen (für männliche Testpersonen: Cronbach- Alpha = 0.76 – 0.89; nochmals getestete

Korrelation acht Wochen später = 0.55 – 0.75) bestehend aus 44 Items welche 5 Skalen bilden:

- 1) Ärgerzustand = State-Anger (S-A): Subjektiver Status des Zorns zum Zeitpunkt der Messung.
- 2) Ärgerniveau = Trait- Anger (T-A): Bereitschaft mit Ärger zu reagieren (Normwert: 18:1, SD = 5.34)
- 3) Ärgerunterdrückung = Anger- In (AI) : Tendenz Ärger zu unterdrücken (Normwert: 16.0, SD = 4.04)
- 4) Abreaktion nach außen = Anger- Out (AO): Tendenz Ärger zu äußern (Normwert:13.0, SD = 4.02)
- 5) Ärgerkontrolle = Anger- Control (AC):Tendenz, Ärger unter Kontrolle zu halten (Normwert:22.4, SD = 5.29)

Die Werte für S-A und T-A bewegen sich zwischen 10 und 40, die anderen zwischen 8 und 32. ⁽²⁶⁾

4. 2. 2. Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D)

Das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D) ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersoneller Probleme, d.h. Probleme im Umgang mit anderen Menschen. Die Skalen des Fragebogens sind von der Theorie hergeleitet.

Erfragt werden folgende interpersonelle Verhaltensweisen:

- (a) die dem Probanden schwer fallen.
- (b) die ein Proband im Übermaß zeigt.

Der Fragebogen erlaubt eine differenzierte Diagnostik interpersoneller Probleme primär im klinischen Kontext. Er liegt in einer Lang- und einer Kurzform vor.

Die Auswertung kann über acht faktorenanalytisch gebildete Skalen erfolgen, die den Oktanten des interpersonalen Kreismodells entsprechen.

- 1) Autokratisch dominant PA
- 2) Streitsüchtig konkurrierend BC
- 3) Abweisend kalt DE
- 4) Introvertiert sozial vermeidend FG
- 5) Selbstunsicher unterwürfig HI
- 6) Ausnutzbar nachgiebig JK
- 7) Fürsorglich freundlich LM
- 8) Expressiv aufdringlich NO

Daneben wird ein Gesamtwert gebildet, der das Ausmaß an interpersonaler Problematik charakterisiert. Sowohl für die amerikanische Originalversion («Inventory of Interpersonal Problems») als auch für die deutsche Fassung liegen eine Reihe von Validierungsstudien vor, die zeigen, dass das Instrument zwischen klinischen Gruppen differenziert und sich zur Indikationsstellung bzw. Prognose in verschiedenen Formen von Psychotherapie eignet. Mit dem IIP-D kann man mit vergleichsweise wenig Aufwand ein komplexes Bild über die interpersonellen Probleme eines Individuums erlangen.

Der Übereinstimmungskoeffizient (Cronbach's alpha) beträgt rund 0.60.

Der IIP-D ist als ein Selbsteinschätzungsfragebogen entworfen. Die Antworten sind in einer Einschätzungsskala von 0-4 auf dem Fragebogen kodiert. Die Rohdaten für die individuellen Items werden für jede Skala addiert. Die Summe ergibt die skalierten Rohdaten. ⁽²⁷⁾

4. 2. 3. SF-36 - Fragebogen zum Gesundheitszustand

Das Verfahren

Der SF-36 ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten unabhängig vom allgemeinen Zustand ihrer Gesundheit und ihrem Alter ⁽⁵⁴⁾. Der SF-36 erfasst acht Dimensionen, die sich konzeptuell in die Bereiche «körperliche Gesundheit» und «psychische Gesundheit» einordnen lassen:

- 1) Körperliche Funktionsfähigkeit PHFU
- 2) Körperliche Rollenfunktion ROPH
- 3) Körperliche Schmerzen BOPA
- 4) Allgemeine Gesundheitswahrnehmung GEPE
- 5) Vitalität VITA
- 6) Soziale Funktionsfähigkeit SOFU
- 7) Emotionale Rollenfunktion ROEM
- 8) Psychisches Wohlbefinden PSYC

Beschreibung der Skalen bzw. Merkmale

Die Dimension körperliche Funktionsfähigkeit erfasst das Ausmaß der Beeinträchtigung durch den Gesundheitszustand bei körperlichen Aktivitäten wie Selbstversorgung, Gehen, Treppensteigen, Bücken, Heben und

mittelschwere oder anstrengende Tätigkeiten durch den Gesundheitszustand. Mit der Dimension körperliche Rollenfunktion wird das Ausmaß erfasst, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigt, z.B. weniger schlafen als gewöhnlich, Einschränkungen in der Art der Aktivitäten oder Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten auszuführen.

Das Ausmaß an Schmerzen und der Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit, sowohl im Haus als auch außerhalb des Hauses, werden durch die Dimension körperliche Schmerzen erfasst. Unter allgemeine Gesundheitswahrnehmung wird die persönliche Beurteilung der Gesundheit einschließlich des aktuellen Gesundheitszustandes, der zukünftigen Erwartungen und der Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen verstanden. Mit der Dimension Vitalität wird erfasst, ob sich die Person energiegeladener und voller Schwung fühlt oder ob sie eher müde und erschöpft ist.

Die Dimension soziale Funktionsfähigkeit erfasst das Ausmaß, in dem die körperliche Gesundheit oder emotionale Probleme die normalen sozialen Aktivitäten beeinträchtigen. Die Dimension emotionale Rollenfunktion beschreibt das Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigen; u. a. weniger Zeit für Aktivitäten aufbringen, weniger schaffen und nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. Mit der Dimension psychisches Wohlbefinden wird die allgemeine psychische Gesundheit einschließlich Depression, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle und allgemeine positive Grundstimmung erfasst. Mit dem Zusatz-Item Veränderung der Gesundheit kann die

Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes im Vergleich zum vergangenen Jahr erfolgen.

Der SF-36 ist für Jugendliche und Erwachsene ab 14 Jahren geeignet und kann im klinischen Bereich und in der epidemiologischen Forschung eingesetzt werden.

Die Bewertung im SF-36 wurde so gewählt, dass eine höhere Punktezahl mit einem besseren Gesundheitszustand korreliert.

Beispielsweise deutet eine höhere Punktezahl bei der körperlichen Funktionsfähigkeit auf eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit der Testperson hin und eine höhere Punktezahl in der Schmerzskala zeigt schmerzfreien Zustand an. Die Rohwerte werden in veränderte Messwerte(T-Werte) umgewandelt. Die Zuverlässigkeit des Tests zeigt eine interne Übereinstimmung von annähernd 0.77 bis 0.93.

5. Das Vorgehen

Die Familientherapie-Gruppe wurde mittels integrativer Familientherapie sechs Monate lang zwischen November 1998 und September 2003 behandelt.

Während der ersten zwei Monate wurde eine 90-minütige Sitzung einmal pro Woche durchgeführt.

Zwischen dem dritten und dem sechsten Monat wurde alle zwei Wochen eine Therapiesitzung durchgeführt.

Die Familientherapie wurde nicht an individuelle Personen sondern ausschließlich an Familien als Kommunikationssystem gerichtet. Der Schwerpunkt der Behandlung wurde auf die Kommunikation sowie die Regeln der Familie und den individuellen Verhaltensspielraum jedes einzelnen Mitgliedes gelegt. Die aggressiven Jugendlichen wurden als Symptomträger beispielsweise für die Kommunikationsprobleme („Spielregeln“) des gesamten Familiennetzwerks gesehen.

Ein weiteres Ziel in den Therapiesitzungen war es alle „Spielarten“ zu ermitteln, welche zur Erhaltung der Symptome beisteuerten. Die Absicht war die etablierten maladaptiven Verhaltensweisen zu finden, sie zu verändern und neue adäquate Verhaltensweisen zu adaptieren.

Jede therapeutische Sitzung wurde von zwei Therapeuten durchgeführt. In die Behandlung wurden Elemente der systemischen Therapie, der psychodynamisch orientierten Therapie, der Verhaltenstherapie, der Gestalttherapie und des Psychodramas aufgenommen.

Die Kontrollgruppe wurde während der gleichen Zeitspanne und mit der gleichen Häufigkeit wie die FamTh-G mit einer Placebo-Intervention behandelt.

Die Placebo- Intervention bestand aus der Aufnahme eines strukturierten und detaillierten Überblicks über den allgemeinen psychischen

Gesundheitszustand, erlebte Ereignisse und über tägliche Routine.

Wir überprüften streng, dass keine der oben beschriebenen familientherapeutischen Interventionen stattfanden. Die Betreuer für diese Gruppe wurden speziell geschult.

Die Testung wurde durch nicht erkennbare Mitarbeiter alle zwei Wochen, unabhängig von den therapeutischen Sitzungen, durchgeführt. Die Jungen wurden nur drei- bis viermal an den nächsten Testtermin erinnert. Drei der Jugendlichen bzw. der Familien in der Familientherapiegruppe und vier Jugendliche bzw. Familien in der Kontrollgruppe schieden aus. Sie fehlten mehr als dreimal in der Therapiesitzung und/oder mehr als dreimal bei der Testung.

Die follow-up-Testung fand zwölf Monate nach der Behandlung statt.

Die STAXI, II- PD und SF-36 Fragebögen wurden während persönlicher Befragungen ausgefüllt. Sechs geschulte Interviewer wurden zufällig zu jeder Untersuchung zugewiesen. Die Daten wurden in den Computer eingegeben und zweimal unabhängig und automatisch auf Abweichungen kontrolliert. 2.8 % der Eintragungen wurden dementsprechend als fehlerhaft identifiziert und angepasst. Die Studie wurde gemäß Plan abgeschlossen.

6. Finanzierung und Ethik

Die Studie wurde gemäß der Helsinki- Deklarationen und ethischen medizinischen Grundsätzen geplant und durchgeführt. Der Entwurf der Versuchsreihe wurde durch die klinische Ethikkommission gut geheißen. Die Studie wurde unabhängig von institutionellem Einfluss und ohne fremde Geldmittel durchgeführt.

Die Eltern haben ihr schriftliches Einverständnis gegeben.

7. Datenanalyse, Auswertung

Zur Analyse herangezogen wurde Statistik-Programm SPSS, Version 11 (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA). Es wurden Mann- Whitney U- Tests und Fishers`Exact Test durchgeführt.

Untersucht wurden Standardabweichungen, Differenz in Veränderung zwischen den beiden Gruppen (DI) mit ihren 95 % Wert des Vertrauensintervalls (95%-CI), Fehlerwahrscheinlichkeit (p) und (R2) Korrelationskoeffizienten um die Resultate gemäß des Intent- to- treat Prinzips zu präsentieren. ⁽²⁵⁾

8. Resultate

Die soziodemographischen Patientendaten (siehe oben) und initiale Tests mit STAXI, IIPD und SF-36 (Tabellen 1, 2, 3) zeigten zum Zeitpunkt der Randomisierung keine essentiellen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Therapiegruppe, Kontrollgruppe) zu Beginn der Studie.

Beim initialen Tests mit STAXI ^(cf. 26) und IIPD ^(cf. 27) wurden diskret vergrößerte Skalen in beiden Gruppen beobachtet. Der zu Beginn durchgeführte SF-36

Test zeigte relativ niedrige T-Werte in den Skalen für Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (GEPE), Vitalität (VITA), Soziale Funktionsfähigkeit (SOFU), Emotionale Rollenfunktion (ROEM) und Psychisches Wohlbefinden (PSYC) (cf.28).

Sechs Monate später wurden statistisch signifikante Reduktionen auf allen STAXI- Skalen (mit Ausnahme von AI, Tab.1) und auf PA, BC, DE, FG, JK und NO Skalen von IIPD (Tab. 2) in der Familientherapiegruppe (im Vergleich zur Kontrollgruppe) festgestellt.

Tabelle 3 fasst die Unterschiede des Richtungswechsels von SF-36 während der gesamten Studie zusammen. Wie man erkennen kann, erfuhr die Familientherapie-Gruppe einen signifikant größeren Unterschied in der Veränderung der Skalen von GEPE, VITA, SOFU, ROEM und PSYC als die Placebo-Gruppe.

Die Reduktion an der AO Skala (STAXI) korreliert signifikant mit der Reduktion von PA Formeln ($R^2 = 0.561$, $p < 0.05$), BC ($R^2 = 0.752$, $p < 0.01$) und NO ($R^2 = 0.711$, $p < 0.01$), Skalen von IIPD, wie auch mit der Zunahme von GEPE ($R^2 = 0.521$, $p < 0.05$), ROEM ($R^2 = 0.699$, $p < 0.01$), und PSYC ($R^2 = 0.801$, $p < 0.01$) Skalen von SF-36.

Die Figuren 1 bis 3 illustrieren zum Beispiel den Richtungswechsel in der Tendenz Ärger zu äußern (AO) bei STAXI, auf der Streitsüchtig konkurrierend (BC) Skala im IIPD und der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung (GEPE) Skala von SF-36.

Bei der Familientherapie-Gruppe trat nach ungefähr drei Monaten eine klare Linderung der Symptome auf allen getesteten Skalen in Erscheinung.

Die Resultate des follow-up-Tests sind in Tabellen 1 bis 4 dargestellt. Bullying Verhalten blieb nach einem Jahr reduziert (FamTh-G vom $n = 22$ bis $n = 7$; KoG vom $n = 22$ bis $n = 21$, $p < 0.05$)

9. Diskussion

Die Auswertung der soziodemographischen Daten erlaubten den Vergleich der beiden Gruppen. Die initial erhobenen Resultate des STAXI unterstützten die Annahme, dass Patienten mit bullying Verhaltensweise einen klar erhöhten Ärger- Level ^(6, 7, 10) und ein Muster von gestörten interpersonellen Beziehungen haben. ⁽¹¹⁾

Die anfängliche Einstufung der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung, der Vitalität, der sozialen Funktionsfähigkeit, der emotionalen Rollenfunktion waren diskret tiefer als bei der Norm ⁽²⁸⁾. Das bestätigt frühere Befunde. ^(8,9) Unsere Befunde zum Zeitpunkt des Studienbeginns bestätigen, dass bullying Verhalten bei den Tätern mit psychologischen Defiziten assoziiert ist. ^(2,4,6,8)

Familientherapie bewirkt eine signifikante Reduktion des Gebrauchs von Drogen, des Zigarettenrauchens, des exzessiven Trinkens vom Alkohol, des Missbrauchs der Medien (Computerspiele, Fernsehschauen etc.), des ungeschützten Geschlechtsverkehrs beziehungsweise vom Geschlechtsverkehr unter Einfluss von Drogen und/oder Alkohol sowie eines unkontrollierten/enthemmten Sexualverhaltens.

Die Behandlung durch Familientherapie resultiert in einer signifikanten Verbesserung aller fünf STAXI Stufen im Vergleich zur Kontrollgruppe, ausgenommen bei der Ärgerunterdrückung (AI) Skala.

Personen mit hoher S- A Stufe (Ärgerzustand) erfahren relativ intensive Gefühle von Ärger, solche mit hohem T- A Werten (Ärgerniveau) erfahren Ärger relativ häufig.

Ob sie ihren Ärger unterdrücken oder ihn nach innen richten, kann durch die Skalen AI(Ärgerunterdrückung), AO (Abreaktion nach Außen) und AC(Ärgerkontrolle) festgestellt werden.

Da AI und AO unabhängig voneinander sind, können Probanden hohe Werte auf beiden Skalen haben. ⁽²⁶⁾

Personen mit hohen AC Werten verwenden viel Energie darauf, ihre Gefühle in einer Situation, die Ärgergefühle hervorruft, zu kanalisieren und zu kontrollieren. ⁽²⁶⁾

Es scheint, dass die Familientherapie bei unseren Patienten sowohl einen Einfluss auf die Intensität der wahrgenommenen Ärgergefühle, als auch auf die Schwelle für die Wahrnehmung von Ärger hat.

Darüber hinaus wurden möglicherweise die Art und Weise der intra-psychologischen Prozesse der Aggression und im Endergebnis sogar die sozial erwünschte Kontrolle von Ärger positiv beeinflusst. ⁽²⁶⁾

Ambulante Familientherapie ergab im Vergleich zur Placebointervention eine signifikante Verbesserung auf sechs Skalen des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme IIP-D, nämlich: auf autokratisch dominant (PA), auf streitsüchtig konkurrierend (BC), auf abweisend kalt (DE), auf introvertiert sozial vermeidend (FG), auf ausnutzbar nachgiebig (JK) und auf expressiv aufdringlich (NO).

Präziser gesagt, reduzierte die Familientherapie die Schwierigkeiten andere zu akzeptieren, das übermäßige Verlangen andere zu ändern, zu beeinflussen oder sie zu kontrollieren sowie zeitweise in Konfliktsituationen mit anderen zu geraten.

Zu Beginn konzentrierten sich die Probanden zu sehr auf ihre Unabhängigkeit und berichteten über Schwierigkeiten sich unterzuordnen (PA), anderen zu vertrauen beziehungsweise zu misstrauisch gegenüber anderen zu sein, sie zu unterstützen und auf ihre Probleme oder Wünsche zu achten. Die Probanden hatten Probleme von ihren Rachegefühlen loszulassen (BC), sich anderen zu nähern oder Mitgefühl zu zeigen (DE).

Weiter hatten sie Mühe Kontakte herzustellen, auf andere zuzugehen und sich in gemeinsame Aktivitäten zu engagieren sowie ihre Emotionen auszudrücken (FG). Sie hatten Probleme sich von anderen zu unterscheiden (JK), vertraulich zu bleiben, zu offen zu sein und zu viel Wert auf die Aufmerksamkeit anderer zu legen, allein zu sein und sich nicht an Angelegenheiten anderer zu beteiligen (NO). ⁽²⁷⁾

Andererseits wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden, andere wissen zu lassen was man tun will und was nicht (HI) oder bei Schwierigkeiten dem anderen Grenzen zu setzen (LM).

Mit Blick auf die gesundheitsrelevante Lebensqualität (SF-36) war die Familientherapie gegenüber der Placebo-Gruppe in fünf Items signifikant überlegen.

Familientherapie verbessert die allgemeine Gesundheitswahrnehmung (GEPE), erhöht die Vitalität (VITA), reduziert Einschränkungen in sozialer Funktionsfähigkeit und verbalen Ausdrucksweisen (SOFU, ROEM) und es zeigt sich eine signifikante Verbesserung des psychischen Wohlbefindens (PSYC). ⁽²⁸⁾ Die Werte auf der Skala für körperliche Funktionsfähigkeit (PHFU)

und körperliche Rollenfunktion (ROPH), sowie körperliche Schmerzen (BOPA) waren bereits bei der Anfangstestung relativ hoch, was für einen guten Gesundheitszustand in Verbindung mit der persönlichen gesundheitsrelevanten Lebensqualität und dem sehr guten somatischen Gesundheitsstatus sprach. ⁽²⁸⁾

Die Reduktion expressiv-aggressiver Ärgerverarbeitung (AO Skala im STAXI) korreliert signifikant mit der Reduktion von exzessivem Alkoholkonsum (BD Skala im ARBS), sexuellem Risikoverhalten (SWC, SWDA und SDI Skalen von ARBS), der Reduktion von autokratisch dominantem Verhalten (PA Skala auf IIP-D), mit dem streitsüchtig konkurrierenden Verhalten (BC-Skala im IIPD) und mit dem expressiv aufdringlichen Verhalten (NO Skala bei IIP-D) in der Adoleszenz.

Überdies korrelierte die Reduktion der expressiv-aggressiven Ärgerverarbeitung signifikant mit erhöhter Wahrnehmung der eigenen Gesundheit (GEPE Skala im SF-36), verbalen Ausdrucksweisen (ROEM Skala im SF-36) und dem psychischen Wohlbefinden (PSY Skala im SF-36). Diese veranschaulichende Wechselbeziehung kann die enge Verbindung zwischen der Änderung des Ärgerniveaus, des Alkoholkonsums und des sexuellen Risikoverhaltens auf der einen und der Veränderung in interpersonellen Beziehungen ⁽²¹⁾ zusammen mit der Veränderung der gesundheitsrelevanten Lebensqualität ^(8,9) auf der anderen Seite, aufzeigen.

Die Linderung von Symptomen, welche im Verlauf des dritten Monats der Therapie nur in der Familientherapie-Gruppe beobachtet wurden, war vermutlich auf die Tatsache zurückzuführen, dass die intrafamiliären Konflikte

offen angesprochen wurden. Der Behandlung entsprechend fand sich eine auf allen getesteten Skalen rasch sichtbare Verbesserung.

Die follow- up-Untersuchung, welche nach einem Jahr durchgeführt wurde, zeigte eine gute Stabilität der Behandlungsergebnisse. Es fanden sich nur minimale Veränderungen der getesteten Skalen.

Die Mitbeteiligung der Familien der in Schwierigkeiten geratenen Jugendlichen in allen Phasen der Behandlung ist unbedingt notwendig. Es fördert sowohl die erfolgreiche Reintegration des Patienten in die Gemeinschaft, wie auch das Vorbeugen eines Rückfalls. ⁽²¹⁾

Diese Studie zeigt, dass sogar Jugendliche mit bullying Verhalten in der Lage sind, an einer ambulanten Familientherapie teilzunehmen und von ihr zu profitieren.

Der klar umrissene Zeitrahmen und die relativ kurze Dauer der Interventionen förderten eindeutig die Compliance. Als Folge der Behandlung erfuhren die Jugendlichen nicht nur eine signifikante Reduktion ihres Aggressionspotentials, sondern auch eine Verbesserung ihrer interpersonellen Beziehungen und der gesundheitsrelevanten Lebensqualität.

Diese Studie bestätigt andere Forschungsergebnisse, die die Effektivität von ambulanter Familientherapie beschreiben. ^(15-19, 21)

10. Methodologische Einschränkungen und Ausblicke auf weitere Forschung

Die Studie hatte verschiedene methodische Einschränkungen. Erstens war die Probengröße (trotz einer validen power Analysis) relativ klein. Zweitens bestand die Gruppe der Probanden ausschließlich aus männlichen Jugendlichen. Es ist somit nicht bekannt, ob diese Resultate auf weibliche Jugendliche übertragen werden können.

Drittens bestanden die Versuchsgruppen aus eher „moderat“ aggressiven Jugendlichen, welche keine kriminellen Verhaltensweisen und Handlungen an den Tag gelegt haben und noch immer die Ressourcen hatten in eine Therapie einzutreten.

Viertens betrug die Länge der Untersuchung nur sechs Monate. Dies reduzierte wahrscheinlich die Ausstiegsrate, insbesondere in der Kontroll-Gruppe.

Es sind weitere Studien geplant, die aufgezeigten positiven Behandlungseffekte noch mehr zu erhellen.

11. Literaturverzeichnis

1. Forero R, McLellan L, Rissel C, Bauman A. Bullying behavior and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. *BMJ*. 1999;319:344-348
2. Kaltiala-Heino R, Rimpelae M, Rantanen P, Rimpelae A. Bullying at school – an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc*. 2000;23:661-674
3. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 2001;285:2094-2100
4. Spivak H, Prothrow-Stith D. The need to address bullying – an important component of violence prevention. *JAMA*. 2001;285:2131-2132
5. Juvonen J, Graham S, Schuster MA. Bullying among young adolescents: the strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics* 2003;112:1231-1237
6. Espelage DL, Bosworth K, Simon TR. Short-term stability and prospective correlates of bullying in middle-school students: an examination of potential demographic, psychosocial, and environmental influences. *Violence Vict* 2001;16:411-426
7. Stockdale MS, Hangaduambo S, Duys D, Larson K, Sarvela PD. Rural elementary students', parents', and teachers' perceptions of bullying. *Am J Health Behav* 2002;26:266-277
8. Coker AL, McKeown RE, Sanderson M, Davis KE, Valois RF, Huebner ES. Severe dating violence and quality of life among South Carolina high school students. *Am J Prev Med*. 2000;19:220-227
9. Valois RF, Zullig KJ, Huebner ES, Drane JW. Relationship between life satisfaction and violent behaviors among adolescents. *Am J Health Behav*. 2001;25:353-366
10. Steiner H, Saxena K, Chang K. Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. *CNS Spectr*. 2003;8:298-308.

11. Buka SL, Stchick TL, Birdthistle I, Earls FJ. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. *Am J Orthopsychiatry*. 2001;71:298-310.
12. Nickel M, Leiberich P, Mitterlehner F. Atypical neuroleptics in personality disorders. *Psychodyn Psychother*. 2003;2:25-32
13. Turgay A, Binder C, Snyder R, Fisman S. Long-term safety and efficacy of risperidone for the treatment of disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Pediatrics*. 2002;110:e34
14. Nickel M, Nickel C, Mitterlehner F, et al. Treatment of Aggression in Female Borderline Personality Disorder Patients: a Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1515-1519
15. Hazelrigg MD, Cooper HM, Borduin CM. Evaluating the effectiveness of family therapies an integrative review and analysis. *Psychol Bull*. 1987;101:428-442
16. Spoth RL, Redmond C, Shin C. Reducing adolescents' aggressive and hostile behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:1248-1257
17. Rother W, Nickel M. A concept for the psychosomatic clinic in Bad Aussee. *Wien Med Wochenschr*. 2002;152:516-20.
18. Nickel M, Nickel C, Leiberich P, et al. Psychosocial characteristics in persons who often change their psychotherapists. *Wien Med Wochenschr*. 2004;154:163-9.
19. Nickel M, v. Bohlen I, Nickel C, Mitterlehner F, Rother W. Parent-child ward as a family therapy treatment concept in a treatment setting for patients with borderline personality disorder. *Psychodyn Psychother*. 2004;4:247-251.
20. Johnson L, Thomas V. Influences on the inclusion of children in family therapy. *J Marital Fam Ther*. 1999;25:117-23.
21. Miller AL, Glinski J, Woodberry KA, Mitchell AG, Indik J. Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part I: Proposing a clinical synthesis. *Am J Psychother*. 2002;56:568-84.

22. Walker S. Family therapy: concepts, models and applications. *Nurs Times*. 1995;91:36-7
23. Stein MT, Perrin EL. Guidance for effective discipline. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychological Aspects of Child and Family Health. *Pediatrics*. 1998;101:723-728
24. Robin AI, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Baker Dennis A, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:1482-1489
25. Muellner M. Evidence based medicine. Wien, NY: Springer; 2002
26. Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD. Das State-Trait-Aergerausdrucks-Inventar. Bern, Goettingen, Toronto: Huber; 1992
27. Horowitz LM, Rosenbery SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor V S. Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications, *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:885-892
28. Bullinger, M., & Kirchberger, I. SF-36 Health Survey (Fragebogen zum Gesundheitszustand, SF-36). Goettingen: Hogrefe; 1998
29. Whitney, I., & Smith, P. K.. A survey of the nature and extent of bullying in junior /middle and secondary schools. *Educational Research*, 35, 3-25. 1993
30. Schäfer M., Aggressionen unter Schüller Eine Bestandsaufnahme über das Schikanieren in der Schule am Beispiel der 6. und 8. Klassenstufe Report *Psychologie* 21. 9/96
31. Olweus, D.. Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten - und tun können. Bern: Huber 1995
32. Kochenderfer, B.J. & Ladd, G.W.. Peer victimization: Cause or consequence of school maladjustment? *Child Development*, 67, 1305-1317. 1996
33. Alsaker, F.D.. Bully/victim problems in day-care centers. Measurement issues and associations with children´s psychological health. Paper presented in a symposium at the biennial meeting of the Society for Research on Child Development, New Orleans, USA. Manuskript. 1993

34. Smith, P. K.. What we can do to prevent bullying in school. The Therapist (Summer 1994), 12-15. 1994
35. Schulz, H. & Wolke, D.. Freundschaftsbeziehungen und Gewalt und Aggressionen an Grundschulen (Manuskript). (1995)
36. Wynne LC. The State of the Art in Family Therapy Research. Controversies and Recommendations. Family Process Press, New York. 1988
37. Wynne LC. Zum Stand der Forschung in der Familientherapie: Probleme und Trends. System Familie 1: 4-22. 1988
38. Bullinger M. Erhebungsmethoden. In: Tüchler, H und D. Lutz (Hrsg.): Lebensqualität und Krankheit. Dtsch. Ärzte- Verlag. Köln, S. 84-96, 1991
39. Siegrist, J.: Die Erfassung subjektiver Gesundheit bei Patienten der Kardiologie. In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation. S. 250- 254. Dezember 1991.
40. Ritscher, Wolf (1991): Ein theoretischer Rahmen für die Arbeit mit Familien in Sozialarbeit und Familienberatung. Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung, Heft 4/1991, S. 287-297
41. Nathan W. Ackerman 1994: The Psychodynamics of Family Life: Diagnosis and Treatment of Family Relationships Jason Aronson Inc.

42. Ivan Boszormenyi-Nagy: Familientherapie, Band 81 Theorie und Praxis. Band 2, VS Verlag für Sozialwissenschaft
43. Salvador Minuchin (1997): Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie, Lambertus-Verlag.
44. Jay Haley (2004) The Art of Strategic Therapy , Routledge Chapman & Hall
45. Virginia Satir, John Banmen, Jane Gerber, Maria Gomor (2000): Das Satir-Modell. Familientherapie und ihre Erweiterung, Junfermann
46. Gregory Bateson, Jürgen Ruesch (1995) Kommunikation. Die soziale Matrix der Psychiatrie Carl Auer-System-Verlag
47. Paul Watzlawick, John H. Weakland (1980) Interaktion, Huber Hans
48. Paul Watzlawick, Janet H. Beavin, Don D. Jackson (2000), Menschliche Kommunikation Formen, Störungen, Paradoxien, Huber Hans
49. Grawe, K., R. Donati, et al. (1994). Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe.
50. Lutz, W. and K. Grawe (2005). Psychotherapieforschung. Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe.
51. Anna Freud (2006) Das Ich und die Abwehrmechanismen. Geist und Psyche, Band 42001 Fischer Taschenbuch Verlag
52. Karen Horney (1999), Self-Analysis Routledge Chapman & Hall
53. Willutzki, U., Haas, H., Neumann, B., Koban, C. & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33, 42-50.
54. Steward AL; Ware JE. (1992), Measuring functioning and well-being, Durham, NC:Duke University Press.

12. Tabellen

Tabelle 1. Changes in Adolescents' Risky-Behavior Scale (ARBS)

	Drug Use (DU)*	Smoking (S)*	Binge Drinking (BD)*	Excessive Media Use (EMU)*	Sex Without Condom (SWC)*	Sex While Using Drugs and Alcohol (SWDA)*	Sexual Disinhibition (SD)*	Index (I)*
Initial								
testing								
FamTh-G	2.5(1.0)	2.4(0.8)	2.9(1.1)	1.6(1.0)	2.4(1.5)	1.5(0.8)	3.2(1.2)	16.5(4.5)
(n=22)								
CG	2.4(1.1)	2.6(1.0)	2.7(0.9)	1.8(1.1)	2.3(1.3)	1.8(0.9)	3.1(1.1)	15.1(4.7)
(n=22)								
Final testing								
and follow-								
up	0.9(1.1)†	1.0(0.8)†	1.5(0.7)†	0.7(0.6)†	2.0(0.9)†	1.2(0.5)†	1.9(1.3)†	9.2(3.1)†
FamTh-G	2.0(1.2)‡	2.1(1.0)‡	1.6(1.1)‡	0.9(0.8)‡	2.1(1.0)‡	1.4(0.7)‡	2.5(1.2)‡	12.6(4.1)‡
(n=22)								
CG	2.2(0.9)†	2.3(0.9)†	2.5(0.9)†	1.8(1.3)†	2.4(1.2)†	1.6(0.3)†	3.3(1.5)†	16.1(3.9)†
(n=22)	2.1(1.0)‡	2.4(1.0)‡	2.4(1.0)‡	1.7(1.2)‡	2.4(1.4)‡	1.5(0.5)‡	3.4(1.7)‡	15.9(4.5)‡
Mean	-1.4†	-1.1†	-1.2†	-0.9†	-0.5†	-0.6†	-1.1†	-6.3†
Difference	-0.2‡	0.0‡	-0.7‡	-0.6‡	-0.4‡	-0.2‡	-1.0‡	-3.1‡
95%-CI	[-2.3;-0.7]† [-0.9;0.4]‡	[-1.6;-0.6]† [-0.4;0.4]‡	[-2.5;-0.8]† [-0.6;-0.1]‡	[-1.2;-0.1]† [-0.7;-0.1]‡	[-1.0;-0.2]† [-0.8;-0.1]‡	[-1.3;-0.3]† [-0.4;0.3]‡	[-2.1;-0.5]† [-0.9;-0.1]‡	[-8.9;-2.9]† [-5.4;-2.0]‡
P	<0.001† =0.29‡	<0.001† =0.74‡	<0.001† =0.04‡	<0.001† =0.05‡	<0.001†‡	<0.001† =0.07‡	<0.001†‡	<0.001†‡
(U-Test)								

* Mean Value (with standard of deviation), † - after 6 months of therapy, ‡ - follow-up after one year

Abbreviations: FamTh-G – family therapy treated group, CG – control group, SD – standard deviation

DI – Difference in change between both groups, and its 95%-CI – 95% confidence interval

Tabelle 2. Changes in the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)

	State- Anger (S-A)*	Trait- Anger (T-A)*	Anger- In (AI)*	Anger- Out (AO)*	Anger- Control (AC)*
Initial testing					
FamTh-G (n=22)	21.0(1.6)	20.0(1.4)	16.3(1.2)	18.4(1.2)	20.6(1.1)
CG (n=22)	20.3(1.4)	20.0(1.5)	16.1(1.5)	17.1(1.6)	19.9(0.8)
Final and follow-up testing					
FamTh-G (n=22)	17.5(1.1)†	17.2(1.4)†	15.9(1.3)†	15.5(1.8)†	21.8(1.2)†
CG (n=22)	18.1(1.4)‡	17.5(1.1)‡	16.1(1.4)‡	15.5(1.5)‡	22.0(1.1)‡
FamTh-G (n=22)	19.5(1.5)†	19.4(1.5)†	15.9(1.5)†	16.7(1.4)†	20.1(0.7)†
CG (n=22)	19.8(1.4)‡	19.9(1.6)‡	16.1(1.3)‡	17.0(1.7)‡	20.0(0.7)‡
Mean	-2.6†	-2.1†	-0.3†	-2.4†	0.9†
Difference	-2.4‡	-2.4‡	-0.2‡	-2.8‡	1.3‡
95%-CI	[-3.3;-1.9]† [-3.2;-1.5]‡	[-2.7;-1.6]† [-3.1;-1.7]‡	[-0.8;0.4]† [-1.0;0.5]‡	[-3.2;-1.7]† [-3.7;-1.9]‡	[0.4;1.4]† [0.7;1.9]‡
P (U-test)	<0.001†‡	<0.001†‡	=0.11† =0.27‡	<0.001†‡	<0.001†‡

† Mean Value (with standard of deviation), † - after 6 months of therapy, ‡ - follow-up after one year

Abbreviations: FamTh-G – Family therapy treated group, CG – control group,

SD – standard deviation DI – Difference change of scores between both groups,

95%-CI – and its 95% confidence interval

Tabelle 3. Changes in the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-D)

	Overly Autocratic/ Dominant (PA)*	Overly Quarrelsome/ Competitive (BC)*	Overly Distant/ Cold (DE)*	Overly Introverted/ Socially Avoiding (FG)*	Overly Sub- assertive/ Submissive (HI)*	Overly Exploitable/ Compliant (JK)*	Overly Nurturant/F riendly (LM)*	Overly Expressive/Impo rtunate (NO)*
Initial								
testing								
FamTh-G (n=22)	10.5(1.4)	10.9(1.5)	11.4(1.7)	13.4(1.9)	12.9(1.2)	14.6(1.3)	13.7(1.5)	13.2(1.3)
CG (n=22)	10.7(1.6)	10.7(1.4)	11.6(1.7)	12.5(1.8)	12.4(1.1)	14.7(1.5)	13.8(1.7)	13.5(1.5)
Final								
and follow-								
up testing								
FamTh-G	7.9(1.1)†	8.3(1.4)†	8.1(1.3)†	9.8(1.4)†	12.1(1.3)†	13.4(1.4)†	12.6(1.7)†	9.2(2.2)†
(n=22)	7.8(1.3)‡	8.5(1.6)‡	8.7(1.3)‡	10.5(1.4)‡	12.4(1.4)‡	13.7(1.8)‡	12.9(1.5)‡	9.5(2.0)‡
CG	10.1(1.3)†	9.9(1.2)†	10.8(1.9)†	11.7(1.8)†	11.9(1.4)†	14.1(1.7)†	13.2(1.9)†	12.8(1.3)†
(n=22)	11.1(1.3)‡	10.5(1.4)‡	11.3(1.9)‡	12.0(1.6)‡	11.8(1.5)‡	14.4(1.6)‡	13.6(1.9)‡	13.9(1.7)‡
Mean	-2.0†	-1.6†	-2.5†	-2.8†	-0.2†	-0.7†	-0.6†	-3.4†
Difference	-2.3‡	-2.1‡	-2.4‡	-2.4‡	0.0‡	-0.6‡	-0.6‡	-3.3‡
95%-CI	[-2.7;-1.4]† [-4.0;-2.3]‡	[-2.3;-1.1]† [-2.8;-1.3]‡	[-3.1;-2.0]† [-3.1;-1.6]‡	[-3.3;-2.2]† [-3.1;-1.5]‡	[-0.8;0.3]† [-0.5;0.7]‡	[-1.2;-0.2]† [-1.4;0.2]‡	[-1.2; 0.1]† [-1.3;0.1]‡	[-4.5;-2.2]† [-5.5;-2.7]‡
P	<0.001†‡	<0.001†‡	<0.001†‡	<0.001†‡	=0.616† =0.59‡	<0.015† =0.11‡	=0.148† =0.15‡	<0.001†‡
(U-test)								

† Mean Value (with standard of deviation), † - after 6 months of therapy, ‡ - follow-up after one year

Abbreviations: FamTh-G – Family therapy treated group, CG – control group, SD – standard deviation

DI – Difference change of scores between both groups, 95%-CI – 95% confidence interval

Table 4. Changes in SF-36 Health Survey (SF-36, T-values)

	Physical functioning (PHFU)*	Role physical (ROPH)*	Bodily pain (BOPA)*	General health perceptions (GEPE)*	Vitality (VITA)*	Social functioning (SOFU)*	Role emotional (ROEM)*	Mental health (PSY)*
Initial testing								
FamTh-G (n=22)	94.4(2.7)	96.5(2.2)	90.6(3.1)	79.5(3.2)	68.0(4.2)	85.8(2.4)	85.3(3.0)	67.8(4.1)
CG (n=22)	93.8(2.3)	94.9(2.5)	89.2(2.4)	80.0(2.7)	69.1(3.7)	85.7(3.4)	84.3(3.2)	66.8(4.7)
Final and follow-up testing								
FamTh-G (n=22)	95.0(3.4)† 95.1(3.0)‡	96.9(1.9)† 97.2(1.5)‡	91.2(3.6)† 91.6(3.2)‡	83.0(3.2)† 82.7(3.1)‡	73.3(4.6)† 73.9(4.4)‡	90.6(2.6)† 89.5(2.8)‡	91.2(3.4)† 89.7(3.3)‡	74.9(3.8)† 73.3(4.0)‡
CG (n=22)	95.0(2.2)† 95.1(2.5)‡	95.5(2.5)† 95.1(2.2)‡	89.8(2.6)† 90.6(2.4)‡	80.8(3.1)† 79.4(3.9)‡	69.7(3.8)† 68.6(3.9)‡	85.6(3.4)† 84.2(4.0)‡	84.1(3.6)† 83.5(4.1)‡	67.0(4.8)† 66.1(4.9)‡
Mean	-0.5†	0.2†	0.0†	2.7†	4.7†	4.9†	6.0†	6.8†
Difference	0.6‡	0.4‡	0.4‡	3.9‡	6.4‡	5.2‡	5.2‡	6.1‡
95% - CI	[-1.4;0.4]† [-2.6;1.4]‡	[-0.7; 0.3]† [-0.6;1.5]‡	[-0.9;0.9]† [-1.6;0.8]‡	[1.8;3.6]† [2.5;5.2]‡	[3.6;5.9]† [4.6;8.1]‡	[3.7;6.1]† [3.7;6.8]‡	[4.5;7.5]† [3.3;7.2]‡	[5.9;7.9]† [4.6;7.7]‡
P (U-Test)	=0.34† =0.33‡	=0.456† =0.32‡	=0.883† =0.32‡	<0.001†‡	<0.001†‡	<0.001†‡	<0.001†‡	<0.001†‡

* Mean Value (with standard of deviation), † - after 6 months of therapy, ‡ - follow-up after one year

Abbreviations: FamTh-G – family therapy treated group, CG – control group, SD – standard deviation

DI – Difference in change between both groups, 95%-CI – 95% confidence interval

Tabelle 5. Dimensionen der Lebensqualität nach Bullinger (1991)

<div style="text-align: center;"> Persönlichkeit ——— Krankheit ——— Lebensbedingungen Lebensqualität </div>					
Beurt. Dimensionen	Kompo- nenten	<i>Körperliche Verfassung</i>	<i>Psychisches Befinden</i>	<i>Soziale Beziehungen</i>	<i>Funktionen im Alltag</i>
<i>Emotional</i>		Müdigkeit	Stimmung	Zuneigung	Lebensfreude
<i>Instrumentell</i>		Körperliche Leistungsfähigkeit	Problemumgang	Kontakte	Beruf
<i>Kognitiv</i>		Zufriedenheit Wichtigkeit	Zufriedenheit mit Selbst	Zufriedenheit mit Partnerschaft	Wichtigkeit der Arbeit
<i>Belastungen/ Ressourcen</i>		Beschwerden	Coping	Social Support	Daily hassles

Tabelle 6. Theoretische Dimensionen der Lebensqualität nach Siegrist (1991)

	Handlungsvermögen	Befinden
Physisch	Mobilität Alltagsaktivitäten	Symptome Schmerzerfahrung
Psychisch	Konzentration Gedächtnis Vitalität Regenerationsfähigkeit	Positive Stimmung (Freunde, Hoffnung) Negative Stimmung (Depression, Angst)
Sozial	Soziale Kompetenz (Soziabilität, Empathie) Rollenfüllung	Zugehörigkeit Soziale Anerkennung Soziale Identität

13. Abbildungen

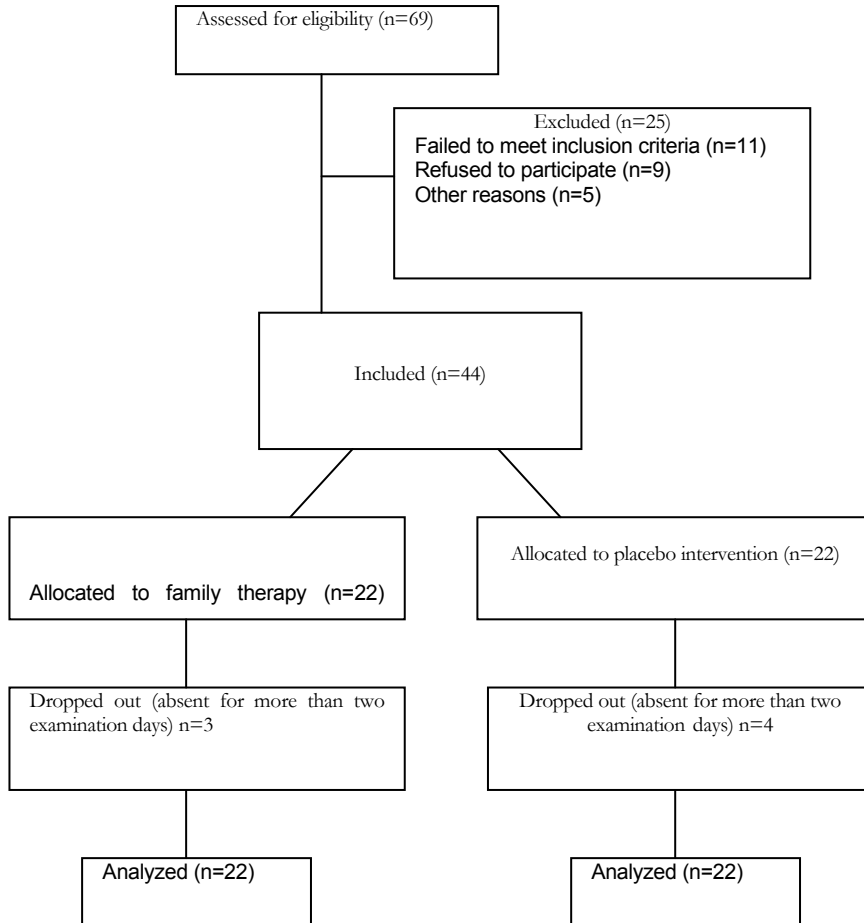


Abbildung 1. Flow chart of patients' progress through the phases of the trial.

AO (STAXI)

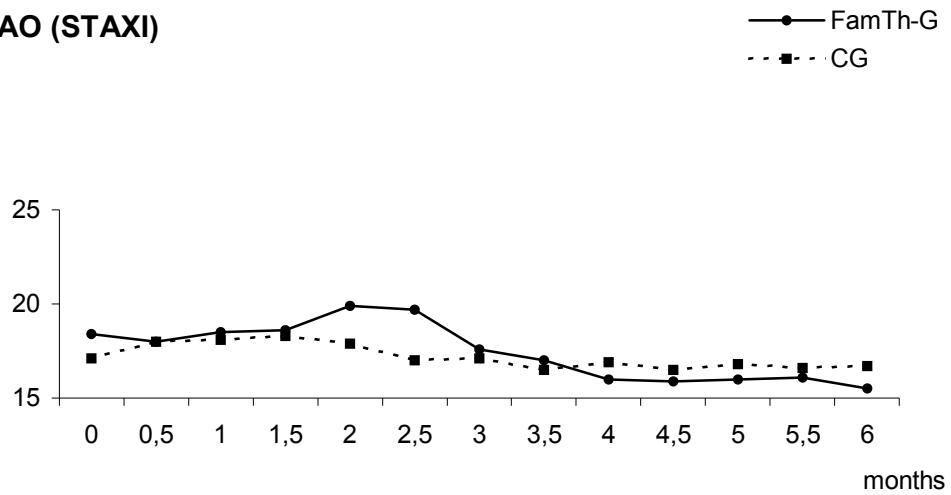


Abbildung 2. Course of change on the Anger-Out scale (AO) of the STAXI.

BC (IIP)

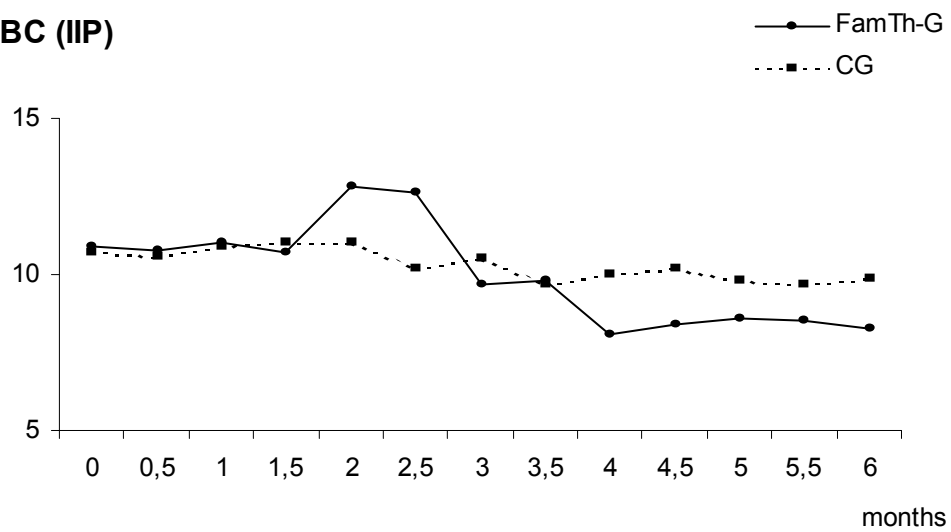


Abbildung 3. Course of change on the Overly Quarrelsome/Competitive (BC) scale of the IIP-

D.

GEPE (SF-36)

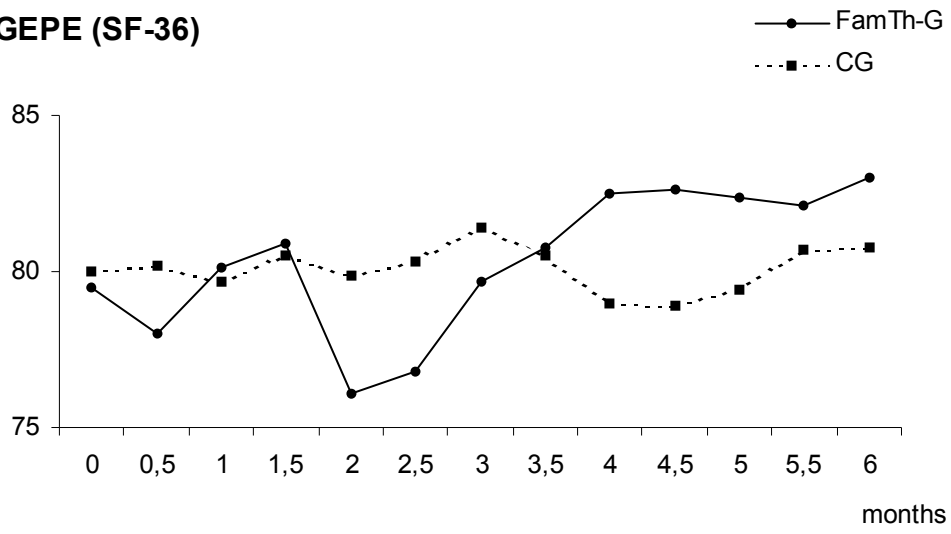


Abbildung 4. Course of change on the General Health Perceptions (GEPE) Scale of the SF-36.

13. Zusammenfassung

10 bis 30 % aller Schüler sind in bullying Verhalten involviert. Bullies zeichnen sich durch schlechte interpersonelle Beziehungsfähigkeit und verminderte Lebensqualität aus. Das Ziel unserer Untersuchung war es, die Effektivität der ambulanten Familientherapie als Monotherapie zwecks Verminderung des Ärgers und Verbesserung der Beziehungsfähigkeit und der gesundheitsrelevanten Lebensqualität unter männlichen Jugendlichen zu bestimmen.

22 männliche Jugendliche mit bullying Verhalten haben während sechs Monaten an einem ambulanten Familientherapieprogramm teilgenommen. Eine ebenso große Gruppe von 22 männlichen Jugendlichen nahm als Kontrollgruppe an einem Placeboprogramm teil. Alle zwei Wochen wurden Resultate (übereinstimmend mit der intent-to-treat Methode) mit Hilfe des State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventars (STAXI), dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIPD) und dem SF-36- Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes erhoben. Die follow-up- Untersuchung wurde 12 Monate nach der Behandlung vorgenommen.

Im Vergleich zu der Kontrollgruppe konnten bei der behandelten Gruppe der Jugendlichen signifikante Veränderungen in den verschiedenen Skalen im State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar STAXI, wie der Ärgerzustand (State-Anger), das Ärgerniveau (Trait-Anger), die Abreaktion nach außen (Anger-Out) und die Ärgerkontrolle (Anger-Control) beobachtet werden (bei allen betrug $P < 0.001$).

Im Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIPD) wurden signifikante Unterschiede in den Bereichen autokratisch dominant (PA), streitsüchtig konkurrierend (BC), abweisend kalt (DE), introvertiert sozial vermeidend (FG) (für alle $P < 0.001$) und ausnutzbar nachgiebig (JK) ($P < 0.015$) gefunden. Im SF-36, dem Fragebogen zum Gesundheitszustand, wurden signifikante Unterschiede bei folgenden Dimensionen festgestellt: Körperliche Funktionsfähigkeit (GEPE), Vitalität (VITA), Soziale Funktionsfähigkeit (SOFU), Emotionale Rollenfunktion (EMRO) und Psychisches Wohlbefinden (PSYC) (für alle war $P < 0.001$).

Zusammenfassend zeigen die Resultate dieser Studie, dass ambulante Familientherapie eine effektive Behandlungsmethode ist, um den Ärger zu reduzieren und die Beziehungsfähigkeit sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität von aggressiven männlichen Jugendlichen mit bullying Verhaltensweise zu verbessern.

15. Danksagung

Herzlichen Dank an Prof. Marius Nickel, Universität Graz, damals Landeskrankenhaus Salzburg, und an Prof. Loew, die mich ermunterten – trotz fortgeschrittenen Alters doch noch die Promotion in Angriff zu nehmen und den Kollegen, die die Familientherapien vor Ort durchgeführt haben und zuließen, dabei „beforscht“ zu werden, und natürlich auch Danke an die Jugendlichen und deren Eltern, die sich auf dieses „Abenteuer“ eingelassen haben. Ebenso möchte ich auch Frau Prof. Tritt, Regensburg, Danke sagen, die die Auswertungen methodisch begleitet hat. Bedanken will ich mich auch bei meiner Familie, die doch einige Stunden auf ihren Vater und Ehemann verzichten mussten und mich durch Korrekturlesen und Schreibarbeiten unterstützten.

16. Lebenslauf

Name: Krawczyk

Vorname: Jakob

Geb. Datum: 27. Oktober 1966 in Wroclaw (Polen)

Staatsangehörigkeit: CH, PL

1973 - 1981 Grundschulausbildung in Wroclaw/Breslau

1983 - 1984 Vorbereitungsklasse für Gymnasium am Gymnasium Thun, sowie an der privaten Feusi- Schule in Bern

1984 - 1988 Deutsches Gymnasium Biel/ Bienne mit Maturitätsabschluss (Naturwissenschaften)

1988 - 1996 Medizinstudium an der Universität Bern mit Staatsexamen

05/1996 bis 09/2000 Psychiatrische Klinik Münsingen, CH

10/2000 bis 09/2001 Externe Psychiatrische Dienste Basel Land, Beratungsstelle Bruderholz, CH

10/2001 bis 03/2002 Kantonsspital Bruderholz, Basel Land, CH

Facharzt- Titel: Praktischer Arzt, CH

04/2002 bis 11/2002 Berner Rehasentrum Heiligenschwendi, CH

12/2002 bis 12/2003 Ambulante Psychiatrische Dienste, Regionalspital Thun, CH

02/ 2004 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, CH

03/2004 bis 04/2005 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in der Christian Doppler Klinik, Salzburg, A. parallel wiss. Tätigkeit am Schwerpunkt Psychosomatik der Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum Regensburg

05/2005 bis 08/2007 niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie In Heimberg bei Thun, CH

09/2007 bis 10/2010 1. Oberarzt, Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie, Landeskrankenhaus Vöcklabruck, A.

11/2010 Chefarzt an der Inntalklinik, Simbach a. Inn