

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG

Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete am 14. Dezember 2008 das folgende Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie:

Vorbemerkung

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat in seinem Gutachten vom 14. Oktober 1999 festgestellt, dass auf der Grundlage der zu dieser Zeit verfügbaren Studien die Systemische Therapie nicht als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren eingestuft werden konnte. Am 6. Juli 2006 wurde vom Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie der Bezirksregierung Münster im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen ein Neuantrag auf Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Sinne des § 11 PsychThG gestellt. Mit dem Schreiben vom 11. Juli 2006 wurde von der Systemischen Gesellschaft (SG) und der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF) eine Expertise zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie samt der der Expertise zugrunde liegenden Originalarbeiten eingereicht. Berücksichtigung fanden weiterhin die von der DGSF und der SG mit den Schreiben vom 25. Juli 2006, 17. Mai 2007, 29. Oktober 2007, 26. Februar 2008, 2. April 2008 und 4. Juni 2008 nachgereichten Studien.

1. Grundlagen der Begutachtung

Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:

- a) den von der SG und der DGSF vorgelegten Gutachtenantrag,
- b) die Monografie von v. Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer (2007) zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe,
- c) Originalstudien und Übersichtsarbeiten zur Untersuchung der Wirksamkeit der systemischen Therapie.

2. Gutachtauftrag und Methodik

Es soll geprüft werden, ob und inwieweit die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie entsprechend den Kriterien des WBP festgestellt werden kann.

Da der Antrag zur Begutachtung der Systemischen Therapie vor Verabschiedung des neuen Methodenpapiers des WBP vom 21. November 2007 gestellt wurde, erfolgt die Begutachtung anhand der zum Zeitpunkt der Antragstellung gültigen Bewertungskriterien. Hierzu überprüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Wirksamkeitsnachweise getrennt für jeden der 12 vom WBP definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen (Deutsches Ärzteblatt 2000, 97 (1 - 2), A-59 unter Berücksichtigung der Änderung vom 16.09.2002, Deutsches Ärzteblatt 2002, 99 (46), A-3132) bzw. der acht definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Deutsches Ärzteblatt 2000, 97(33), A-2190). Der

Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich kann in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist und mindestens eine Studie zu diesem Anwendungsbereich eine Katamneseuntersuchung einschließt, mit der ein Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachgewiesen wird (Kriterium für die Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung in einem Anwendungsbereich gemäß Beschluss des WBP vom 15.09.2003, Deutsches Ärzteblatt 2004, 101 (6), A-269).

In einem zweiten Schritt prüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie zum einen, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten ausgesprochen werden kann. Diese Empfehlung kann gemäß den Kriterien des WBP nur für solche Therapieverfahren ausgesprochen werden, welche die Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung für mindestens fünf Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen (1 bis 12 der Anwendungsbereichsliste) oder mindestens vier der „klassischen“ Anwendungsbereiche (1 bis 8) erfüllen.

Zum anderen prüft der WBP, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgesprochen werden kann. Diese Empfehlung kann gemäß den Kriterien des WBP nur für solche Therapieverfahren ausgesprochen werden, welche die Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung für mindestens vier Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (1 bis 8 der Anwendungsbereichsliste) oder mindestens drei der „klassischen“ Anwendungsbereiche (1 bis 5) erfüllen.

3. Definition

Der Antrag der einreichenden Fachverbände (SG und DGSF) lautete auf die Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennung von Systemischer Therapie/Familientherapie. Da jedoch unter Familientherapie in erster Linie ein psychotherapeutisches Setting verstanden wird, welches auch im Rahmen anderer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden realisiert wird, bezieht sich die Begutachtung in Absprache mit den Fachverbänden nur auf die Bezeichnung „Systemische Therapie“.

Von den beantragenden Fachverbänden wird die systemische Therapie als ein psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weitere soziale Umwelt.

Die Systemische Therapie betrachtet wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre

wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen.

4. Indikationsbereiche

Von den Antragstellern wird angegeben, dass bei Erwachsenen die Systemische Therapie besonders für die Störungsbereiche Depressionen, Substanzstörungen, Schizophrenie sowie – in Kombination mit medizinischen Maßnahmen – die Bewältigung chronisch körperlicher Erkrankungen indiziert ist. Für Kinder und Jugendliche sind systemische Interventionen nach Angaben der Antragsteller v. a. bei Störungen des Sozialverhaltens, jugendlicher Delinquenz, Substanzstörungen, Essstörungen, Hyperaktivitätsstörungen, schweren psychischen Krisen und – in Kombination mit anderen Interventionen – bei der Bewältigung chronischer körperlicher Erkrankungen und bei Schizophrenie indiziert. Es wird darauf hingewiesen, dass eine besondere Indikation für die Systemische Therapie dann besteht, wenn bei der Manifestation der psychischen Störung das soziale System des Indexpatienten eine besondere Rolle spielt. Als wichtigste Kontraindikation wird genannt, dass „das System“ keinen Behandlungsauftrag erteilt.

5. Theorie

Systemische Therapie wird als Weiterentwicklung der frühen Familientherapie der 50er und 60er Jahre in den USA begriffen. Die aktuelle Theorie der Systemischen Therapie integriert verschiedene, historisch zeitgleich entstandene theoretische Ansätze zur Erklärung der wechselseitigen psychischen Beeinflussung von Menschen und ihrer unmittelbaren sozialen Umgebung, wobei diese wiederum in Wechselwirkung zu kognitiv-emotiven und somatischen Prozessen der Einzelpersonen steht (Anderson, Boszormenyi-Nagy, de Shazer, Haley, Minuchin, Satir, Selvini-Palazzoli, Stierlin, Watzlawick, White, Zuk). Zu diesen Ansätzen zählen die Systemtheorie, die Kommunikationstheorie und der (gemäßigte) Konstruktivismus sowie die Bindungstheorie. Die Ressourcenorientierung wird in besonderer Weise betont.

Systemische Therapie ist danach durch folgende Punkte gekennzeichnet:

- Es wird besonders auf die sozialen Bezüge eines „Indexpatienten“ fokussiert. Symptome werden auf unterschiedlichen Systemebenen (somatisch, kognitiv-emotiv und interaktiv) betrachtet. Sie resultieren aus sozialen Bezügen bzw. werden durch diese unterhalten und beeinflussen sie gleichzeitig („Zirkularität“). Dazu sind insbesondere die Beziehungsregeln und -muster bedeutsam, die sich in „repetitiven Interaktionsschleifen“ äußern.
- Da die Familie ein wichtiges Bezugssystem für den Erwerb und die Aufrechterhaltung sowohl von gesunden als auch pathologischen Strukturen der Interaktionen darstellt, wird Systemische Therapie häufig im Familiensetting (Familien- und Paartherapie) umgesetzt. Die Familie wiederum steht im Zusammenhang mit Strukturen auf kognitiv-emotiver und somatischer Prozessebene. Somit hat die Systemische Therapie einen gegebenen Schwerpunkt in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die in existenzieller Abhängigkeit von ihren Bezugspersonen stehen.

- Psychotherapeutische Interventionen sind methodisch so gestaltet, dass durch Beeinflussung der Kommunikationsmuster vor allem zirkuläre zwischenmenschliche Interaktionen verändert werden sollen. Es wird davon ausgegangen, dass durch Veränderung kommunikativer Prozesse krankheitsrelevante Änderungen im kognitiven, affektiven, behavioralen und ggf. biologischen System der Individuen angeregt werden.
- Die eingesetzten psychotherapeutischen Techniken sind meist durch Problemaktualisierung und Handlungsorientierung gekennzeichnet. Unterschieden werden strukturelle Methoden (Joining, Enactment, Verändern von Koalitionen etc.), strategische Methoden (positives Umdeuten/„reframing“ von Symptomverhalten, Symptomverschreibungen), symbolisch-metaphorische Methoden (Genogramm und Familienskulptur für die Darstellungen komplexer familiärer und nicht-familiärer Beziehungen), zirkuläre Methoden (systemisches Fragen, Entwicklung von Hypothesen, Bemühen um Neutralität, paradoxe Interventionen), lösungsorientierte Methoden (z. B. „Wunderfragen“) und dialogische Methoden („reflecting team“, offener Dialog zur Dekonstruktion narrativ hergestellter Wirklichkeiten).
- Das Therapeutenverhalten wird hinsichtlich der Beziehungsgestaltung zu einzelnen Mitgliedern des Systems als respektvoll – bei gleichzeitiger „Respektlosigkeit“ gegenüber pathogenen Ideen – sowie als neutral und „allparteilich“ charakterisiert. Die Grundhaltung beinhaltet eine unterstellte Autonomie der Mitglieder des Systems und eine hohe Selbstverantwortung. Es wird davon ausgegangen, dass sich Veränderung oft selbst aus den ungenutzten Ressourcen des Systems einstellt, sodass Interventionen und Ratschläge nur sparsam gegeben werden. Über Interventionen soll das System angeregt werden, durch das In-Frage-Stellen der eigenen Gesetzmäßigkeiten einen neuen Zustand zu erreichen. Dadurch kann sich auch das Verhalten des „Indexpatienten“ auf einem „gesünderen“ Niveau neu stabilisieren.
- „Integrative Ansätze“ mit wesentlichen Anleihen bei anderen psychotherapeutischen Verfahren oder Methoden werden von den Antragstellern dann als systemisch bezeichnet, wenn zumindest die Hälfte des Ansatzes aus „systemischen Interventionen“ besteht. Es wird davon ausgegangen, dass die Systemische Therapie von anderen Psychotherapieverfahren und -techniken (kognitiv-behavioral, psychoedukativ, psychodynamisch) oder anderen Familien- und paartherapeutischen Strategien abgrenzbar ist.

6. Diagnostik

Als spezifisch systemorientierte diagnostische Verfahren werden psychometrisch evaluierte und anerkannte diagnostische Verfahren zur symptomorientierten Diagnostik, zur Diagnose familiärer und partnerschaftlicher Interaktionen (standardisierte Beobachtungsverfahren) und zur Fragebogendiagnostik der Einschätzung von Familie als Ganzem (u. a. Familien-Identifikationstest (FIT), Familiendiagnostisches Testsystem (FDTS), Family Adaptability and Cohesion Scales (FACES III), Subjektives Familienbild (SFB)), zur Partnerschaft (z. B. Partnerschafts-Fragebogen PFB), zur Eltern-Kind-Beziehung, zu Erziehungsstilen und zu Geschwisterbeziehungen genannt. Eine Besonderheit der Systemischen Therapie ist der Einsatz symbolisch-metaphorischer Verfahren (u. a. Genogramm und Familienskulptur). Es liegen mehrere psychometrisch evaluierte Familienskulpturverfahren vor (z. B. Familien-Systemtest (FAST)). Wei-

terhin werden im Rahmen der Forschung Verfahren zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung sowie Ratings zum Therapeutenverhalten und zur Manualtreue beschrieben.

7. Wirksamkeitsnachweise bei Erwachsenen

Insgesamt wurden 40 Publikationen zu insgesamt 30 Studien¹ zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Erwachsenen sowie sechs Metaanalysen bzw. systematische Reviews und drei Übersichtsartikel eingereicht.² 29 Studien beziehen sich auf fünf der vom Wissenschaftlichen Beirat definierten 12 Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen, eine Studie bezieht sich auf die Behandlung von Patienten mit akuten psychiatrischen Krisen, die nicht eindeutig einem der 12 Anwendungsbereiche zugeordnet werden können. Zu den Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen 2, 3, 4, 6, 8, 11 und 12 wurden keine Studien vorgelegt.

- Zum Anwendungsbereich 1 (Affektive Störungen) wurden vier Studien eingereicht. Hiervon werden drei Studien anerkannt.
- Zum Anwendungsbereich 5 (Essstörungen) wurden drei Studien vorgelegt. Hiervon werden alle drei Studien anerkannt.
- Zum Anwendungsbereich 7 (Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten) wurden vier Studien vorgelegt. Hiervon werden drei Studien anerkannt, die jeweils die Wirksamkeit der Systemischen Therapie hinsichtlich Besserung der psychischen Begleiterscheinungen bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit, HIV bzw. orthopädischen Erkrankungen belegen.
- Zum Anwendungsbereich 9 (Abhängigkeiten und Missbrauch) wurden sieben Studien vorgelegt. Hiervon werden drei Studien anerkannt, die die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für den Bereich der Abhängigkeit von illegalen Drogen belegen. Hierbei erfuhren die meisten der untersuchten heroinabhängigen Patienten auch eine kombinierte Methadonbehandlung.
- Zum Anwendungsbereich 10 (Schizophrenie und wahnhaftige Störungen) wurden 12 Studien eingereicht. Hiervon werden vier Studien anerkannt.

Weiterhin wurde eine Studie vorgelegt, die die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Patienten mit gemischten psychischen Störungen belegt, die nicht eindeutig einem der vom WBP definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen zugeordnet werden kann.

¹ Da z. T. mehrere Publikationen, d. h. Originalarbeiten in Fachzeitschriften oder Buchpublikationen, zu einem Forschungsprojekt bzw. zu einer Studie eingereicht wurden, übersteigt die Anzahl der Publikationen die der Studien.

² Eine Übersicht zu den eingereichten und den vom WBP zusätzlich hinzugezogenen Publikationen zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Bewertung findet sich auf der Homepage des WBP (<http://www.wbpsychotherapie.de>).

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat demnach gemäß den anzuwendenden Beurteilungskriterien die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie für die folgenden Anwendungsbereiche festgestellt:

- Affektive Störungen (F3),
- Essstörungen (F50),
- Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54),
- Abhängigkeiten und Missbrauch (F1, F55),
- Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F2).

8. Wirksamkeitsnachweise bei Kindern und Jugendlichen

Insgesamt wurden 84 Publikationen zu insgesamt 55 Studien und zwei Metaanalysen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgelegt. 39 Studien beziehen sich auf vier der vom Wissenschaftlichen Beirat definierten acht Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, 14 Studien beziehen sich auf die Behandlung von Patienten mit gemischten Störungen und zwei Studien beziehen sich auf Kosten-Nutzen-Analysen zur Systemischen Therapie. Zu den Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen 2, 3, 6 und 8 wurden keine Studien vorgelegt.

- Zum Anwendungsbereich 1 (Affektive Störungen und Belastungsstörungen) wurden drei Studien vorgelegt. Hiervon werden zwei Studien anerkannt.
- Zum Anwendungsbereich 4 (Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen) wurden 13 Studien vorgelegt. Acht Studien beziehen sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen, fünf Studien beziehen sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit somatischen Erkrankungen. Hiervon werden fünf Studien anerkannt. Vier dieser Studien belegen die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Essstörungen und eine dieser Studien belegt die Wirksamkeit der Systemischen Therapie in dem Bereich der psychischen und sozialen Faktoren bei Asthma bronchiale.
- Zum Anwendungsbereich 5 (Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen) wurden insgesamt zehn Studien vorgelegt. Hiervon wurden sieben Studien geprüft, von denen sechs Studien anerkannt werden, welche die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei der Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom sowie bei delinquentem und dissozialem Verhalten belegen. Da hiermit die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für diesen Anwendungsbereich bereits ausreichend belegt ist, wurde auf die Prüfung der weiteren drei Studien verzichtet.
- Zum Anwendungsbereich 7 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen) wurden insgesamt 13 Studien vorgelegt. Hiervon wurden zehn Studien geprüft, von denen drei Studien anerkannt werden, welche die Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Drogen- und Substanzmittelmiss-

brauch belegen. Da hiermit die Wirksamkeit der Systemischen Therapie für diesen Anwendungsbereich bereits ausreichend belegt ist, wurde auf die Prüfung der weiteren drei Studien verzichtet.

Weiterhin wurden 13 Studien vorgelegt, die die Effektivität der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit gemischten Störungen untersuchen und sich nicht eindeutig einem der acht Anwendungsbereiche zuordnen lassen. Hiervon werden acht Studien anerkannt.

Der WBP hat demnach gemäß den anzuwendenden Beurteilungskriterien (Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Deutsches Ärzteblatt 2000, 97 (33), A-2190, Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15.09.2003), Deutsches Ärzteblatt 2004, 101(6), A-369) die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie für die folgenden Anwendungsbereiche festgestellt:

- Affektive Störungen (F30 bis F39) und Belastungsstörungen (F43),
- Essstörungen (F50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5),
- Verhaltensstörungen (F90 bis F92), F94, F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (F95),
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60, F62, F68 bis F69), Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F64 bis F66), Abhängigkeit und Missbrauch (F1, F55), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F20 – F29).

9. Follow-up-Studien

Insgesamt liegen für den Bereich der Systemischen Therapie bei Erwachsenen für den Anwendungsbereich „Affektive Störungen“ eine Studie, für den Anwendungsbereich Essstörungen eine Studie, für den Anwendungsbereich „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten“ zwei Studien, für den Anwendungsbereich „Abhängigkeiten und Missbrauch“ eine Studie und für den Anwendungsbereich „Schizophrenie“ eine Studie mit Follow-up-Zeiträumen von mindestens sechs Monaten vor, in denen die Stabilität der Wirksamkeit der Systemischen Therapie belegt wird.

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen liegen für den Bereich der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen eine Studie für den Anwendungsbereich „Affektive Störungen und Belastungsstörungen“, vier Studien für den Bereich „Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen“, zwei Studien für den Bereich „Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen“ und eine Studie für den Anwendungsbereich „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen“ vor, in denen die Stabilität der Wirksamkeit der Systemischen Therapie belegt wird.

10. Anwendung der Systemischen Therapie in der Versorgung

Systemische Therapie wird seit Langem im Kontext stationärer und ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen sowohl im Erwachsenenbereich, vor allem aber im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie eingesetzt. Über die heilkundliche Anwendung hinaus spielt die Systemische Therapie auch in verschiedenen anderen psychosozialen Bereichen eine bedeutsame Rolle, insbesondere als Ansatz in Familien- und Erziehungsberatungsstellen.

11. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Von den beiden systemischen Fachgesellschaften und den systemischen Aus- und Fort- und Weiterbildungsinstituten liegen curriculare Konzepte vor, nach denen sowohl die theoretischen Grundlagen als auch das praktische therapeutische Vorgehen vermittelt werden.

12. Empfehlung zur Zulassung als Verfahren für die vertiefte Ausbildung

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die Systemische Therapie bei **Erwachsenen** für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann: (1) Affektive Störungen, (5) Essstörungen, (7) Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, (9) Abhängigkeiten und Missbrauch (Heroinabhängigkeit meist in Kombination mit Methadonbehandlung) sowie (10) Schizophrenie und wahnhaftige Störungen.

Damit kann die Systemische Therapie für die geforderte Mindestzahl von fünf der 12 Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen als wissenschaftlich anerkannt gelten und entsprechend als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden.

Für den Bereich der Psychotherapie bei **Kindern und Jugendlichen** kann die Systemische Therapie für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen als wissenschaftlich anerkannt gelten: (1) Affektive Störungen und Belastungsstörungen, (4) Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, (5) Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (für Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen) sowie (7) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch, Schizophrenie und Wahnhaftige Störungen (beschränkt auf Drogen- und Substanzmittelmissbrauch).

Damit kann die Systemische Therapie für die geforderte Mindestzahl von vier der acht Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie als wissenschaftlich anerkannt gelten und entsprechend als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden.

Berlin, 14. Dezember 2008

Prof. Dr. Dietmar Schulte
(Vorsitzender)

Prof. Dr. Gerd Rudolf
(Stellvertretender Vorsitzender)

Tabellarische Übersicht zur Studienbewertung im Rahmen der Begutachtung der Systemische Therapie bei Erwachsenen

Studiennummer	Publikationsnummer	Autor(en)	Jahr	Titel	Quelle	Stichprobe	Einschluss der Studie/ Ablehnungsgrund (Katamnese)	Bewertung
Randomisierte kontrollierte Studien bei Erwachsenen								
1. Affektive Störungen (F3) (4 Studien)								
Depressive Störungen								
1.	4.	Friedman, A. S.	1975	Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients.	Archives of General Psychiatry, 32, 619-637	Depression	NEIN Design	kein Beleg
2.	5.	Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. & Everitt, B.	2000/ 2002	The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs.	British Journal of Psychiatry, 177, 95-100. (auf dt. : Familiendynamik 1, 2002, 104-121) & Corrigendum BJP, 177(3), 284	Depression (living with a critical partner)	JA	positiv
3.	6.	Knekt, P. & Lindfors, O. (Eds.)	2004	A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up.	Helsinki : Kela – The Social Insurance Institution, Finland (Studies in social security and health 77)	Depressive or Anxiety Disorders	JA (1-Jahres-follow-up)	positiv
4.	7.	Miller, I. W., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Solomon, D. A., Cardemil, E. V. & Beevers, C. G.	2005	Treatment matching in the posthospital care of depressive patients.	American Journal of Psychiatry, 162(11), 2131-2138	Major Depression	JA	positiv
2. Angststörungen (F40-F42); Phobische Störungen (F40), andere Angststörungen (F41), Zwangsstörungen (F42) (keine Studien eingereicht)								
3. Belastungsstörungen (F43); Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen (keine Studien eingereicht)								

4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen; dissoziative Störungen (F44), somatoforme Störungen (F45), Neurasthenie (F48) (keine Studien eingereicht)								
5. Essstörungen (F50) (3 Studien)								
5.	8.	Crisp, A. H., Norton, K., Gowers, S., Halek, C., Bowyer, C., Yeldham, D., Levett, G. & Bhat, A.	1991	A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa.	British Journal of Psychiatry, 159, 325-333	DSM-III-R Anorexia Nervosa	JA (1-Jahres-follow-up)	positiv
	9.	Gowers, S., Norton, K., Halek, C. & Crisp, A: H.	1994	Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa.	International Journal of Eating Disorders, 15, 165-177	DSM-III-R Anorexia Nervosa	JA (2-Jahres-follow-up)	
6.	10.	Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J. & Dodge, L.	2001	Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised-controlled trial of out-patient treatments.	British Journal of Psychiatry, 178, 216-221	Anorexia Nervosa	JA	positiv
7.	11.	Espina Eizaguirre, A., Ortego Saenz de Cabezón, M. A. & Ochoa de Alda Martínez de Appellaniz, I.	2000	Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios (A controlled trial of family interventions in eating disorders).	Anales de Psicología, 16(8), 322-336	ED, DSM-IV	JA	positiv
6. Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5); nicht-organische Schlafstörungen (F51), nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (F52) (keine Studien eingereicht)								
7. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54) (4 Studien)								
8.	12.	Wirsching, M., Drings, P., Georg, W., Riehl, J. & Schmidt, P.	1989	Familien-System-Konsultation beim Bronchialkrebs.	System Familie 2, 65-81	Bronchialkrebs	NEIN Design	kein Beleg
9.	13.	Priebe, S. & Sinning, U.	2001	Effekte einer kurzen paartherapeutischen Intervention in der Koronarrehabilitation.	Psychotherapie, Psychosomatik & medizinische Psychologie, 51, 276-280	Koronare Herzkrankheit	JA (9-Monats-follow-up)	positiv
10.	14.	Szapocznik, J., Feaster, D. J., Mitrani, V., Prado, G., Smith, L., Robinson-Batista, C., Schwartz, S. J., Mauer, M. H. & Robbins, M. S.	2004	Structural ecosystems therapy for HIV-seropositive African American women: Effects on psychological distress, family hassles, and family support.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 72(2), 288-303	HIV-seropositive	JA (18-Monats-follow-up)	positiv

11.	15.	Cockburn, J. T., Thomas, F. N., Cockburn, O. J.	1997	Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program.	Journal of Occupational Rehabilitation, 7, 97-106	Orthopedic patients	JA	positiv
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F6) (keine Studien eingereicht)								
9. Abhängigkeiten und Missbrauch (F1, F55) (7 Studien)								
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit								
12.	16.	McCrary, B. S., Paolino, T. F., Longabaugh, R. & Rossi, J.	1979	Effects of joint hospital admission and couples treatment for hospitalized alcoholics: A pilot study.	Addictive Behaviors, 4, 155-165	Alcohol Problems	JA	kein Beleg
	17.	McCrary, B. S., Moreau, J., Paolino, T. J. & Longabaugh, R.	1982	Joint hospitalization and couples therapy for alcoholism: A four-year follow-up.	Journal of Studies on Alcohol, 43, 1244-1250	Alcoholism	JA	
13.	18.	Bennun, I.	1988	Treating the system or symptom: Investigating family therapy for alcohol problems.	Behavioural Psychotherapy, 16(3), 165-176	Alcoholism	JA	kein Beleg
Heroinabhängigkeit								
14.	19.	Stanton, M. D. & Todd, T. C.	1982	Family therapy for drug abuse and addiction.	New York : Guilford. Chapter 17, pp 403-421	Drug Abuse & Addiction	JA (1-Jahres-follow-up)	positiv
	20.	Stanton, M. D., Steier, F. & Todd, T. C.	1982	Paying families for attending sessions: Counteracting the dropout problem.	Journal of Marital & Family Therapy, 8, 371-373	Drug Addiction	NEIN Design	
15.	21.	Romijn, C. M., Platt, J. J. & Schippers, G : M.	1990	Family Therapy for Dutch drug abusers: Replication of an American Study.	International Journal of the Addictions, 25, 1127-1149	Drug Abuse	JA	positiv
16.	22.	McLellan, A. :, Arndt, I., Metzger, D., Woody, G. & O'Brian, C.	1993	The effects of psychosocial services in substance abuse treatment.	Journal of the American Medical Association, 269(15), 1953-1959	Intravenous Opiate Use	NEIN Design	kein Beleg
	23.	Kraft, M. K., Rothbart, A. B., Hadley, T. R., McLellan, A. T. & Asch, D. A.	1997	Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective.	American Journal of Psychiatry, 154(9), 1214-1219	Opiate Use	NEIN Design	
17.	24.	Yandoli, D., Eisler, I., Robbins. C., Mulleady, G. & Dare, C.	2002	A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London drug clinic.	Journal of Family Therapy, 24(4), 402-422	Opiate Use	JA	positiv

Weitere illegale Drogenstörungen								
18.	25.	Ziegler, Driscoll, G.	1977	Family research study at Eagleville Hospital and Rehabilitation Center.	Family Process, 16, 175-190	Drug Abuse	NEIN Design	kein Beleg
X. Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F2) (12 Studien)								
Schizophrenie								
19.	26.	Goldstein, M. J. , Rodnick, E. H. & Evans, J. R.	1978	Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenia.	Archives of General Psychiatry, 35, 1169-1177	Schizophrenia	NEIN Design	kein Beleg
	27.	Goldstein, M. J. & Kopeiken, H. S.	1981	Short and long-term effects of combining drug and family therapy.	In : M. J. Goldstein (Ed.), New developments in interventions with families of schizophrenics (pp. 5-26). San Francisco : Jossey-Bass.	First- or Second- Admission Schizophrenia	NEIN Design	
20.	28.	Hogarty, G. E., Anderson, C., Reiss, D. et al.	1986	Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion.	Archives of General Psychiatry, 43(7), 633-642	Schizophrenia	NEIN Design	kein Beleg
	29.	Hogarty, G. E., Anderson, C., Reiss, D., Kornblith, S., Greenwald, D., Ulrich, R. & Carter, M.	1991	Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two year effects of a controlled study on relapse and adjustment.	Archives of General Psychiatry, 48(4), 340-347	Schizophrenia	NEIN Design	
21.	30.	Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. & Vaughn. C.	1989	A trial of family therapy vs. a relatives' group for schizophrenia.	British Journal of Psychiatry, 154, 58-66	Schizophrenia	NEIN Design	kein Beleg
	31.	Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. & Vaughn, C.	1990	A trial of family therapy vs. a relatives' group for schizophrenia: Two-year follow-up.	British Journal of Psychiatry, 157, 571-577	Schizophrenia	NEIN Design	
22.	32.	De Giacomo, P., Pierri, G., Santoni Rugiu, A., Buonsante, M., Vadruccio, F. & Zavoiani, L.	1997	Schizophrenia: A study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodugs and a group treated by the conventional clinical approach.	Acta Psychiatrica Scandinavica, 95(3), 183-188	Schizophrenia	JA	positiv

23.	Nachreichung vom 26.02.2008: N1	Bertrando, P., Cecchin, G., Clerici, M. et al.	2006	Expressed emotion and Milan systemic intervention: a pilot study on families of people with a diagnosis of schizophrenia	Journal of Family Therapy, 28, 81-102	Schizophrenia	NEIN Design	kein Beleg
24.	Nachreichung vom 26.02.2008: N2	Bressi, C., Manenti, S., Frongia, P. et al.	2008	Systemic Family Therapy in Schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness	Psychotherapy and Psychosomatics, 77, 43-49	Schizophrenia	JA (2-Jahres-follow-up)	positiv
25.	Nachreichung vom 26.02.2008: N3	Eakes, G., Walsh, S., Markowski, M. et al.	1997	Family centred brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study	Journal of Family Therapy, 19, 145-158	Schizophrenia	NEIN Design	kein Beleg
26.	Nachreichung vom 26.02.2008: N4	Lehtinen, K.	1993	Need-adapted treatment of schizophrenia: a five-year follow-up study from the Turku project	Acta Psychiatrica Scandinavica, 87, 96-101	Schizophrenia	JA	positiv
27.	Nachreichung vom 26.02.2008: N5	Seikkula, J., Aaltonen, J., Rasinkangas, A. et al.	2003	Open Dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode Schizophrenia	Ethical and Human Sciences, 5(3), 163-182	Schizophrenia	NEIN Design	kein Beleg
28.	Nachreichung vom 02.04.2008: N6	Espina, A., Gonzalez, P.	2003	Intervenciones familiares en la esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social	Salud Mental	Schizophrenia	NEIN Design	kein Beleg
29.	Nachreichung vom 02.04.2008: N7	Cao, Y., Lu, A.	2007	The influence of systemic family therapy on the quality of life in schizophrenic patients	J. Clin. Psychol Med, 17(6), 403-404 (chinesisches Journal)	Schizophrenia	JA	positiv
30.	Nachreichung vom 02.04.2008: N8	Zhang, M., Yuan, G., Yao, J.	2006	A controlled treatment trail of systemic family therapy for schizophrenic patients	Chin. J. of Behavioral Med Sci, 15(8), 711-712	Schizophrenia	JA	kein Beleg

XI. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F 7) (keine Studien eingereicht)

XII. Hirnorganische Störungen (keine Studien eingereicht)

Gemischte Störungen (1 Studie)								
Psychiatrische Krisen								
32.	1.	Langsley, D. G., Pittman, F. S., Machotka, P. & Flomenhaft, K.	1968	Family Crisis Therapy – Results and implications.	Family Process, 7(2), 145-158	Diagnostisch heterogene psychiatrische Krisenaufnahmen	JA	positiv
	2.	Langsley, D: G., Flomenhaft, K. & Machotka, P.	1969	Follow-up evaluation of family crisis therapy.	American Journal of Orthopsychiatry, 39, 753-759	s. o.	JA	
	3.	Langsley, D. G., Machotka, P. & Flomenhaft, K.	1971	Avoiding mental hospital admission: A follow-up study.	American Journal of Psychiatry, 127(10), 127-130	s. o.	JA (18-Monats-follow-up)	
Übersicht 1: Eingereichte Metaanalysen								
Globale Wirksamkeit von Erwachsenen-Psychotherapie								
	33.	Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F.	1994	Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession.	Göttingen: Hogrefe			
Globale Wirksamkeit von Paar- und Familientherapie/ -beratung								
	34.	Shadish, W. R., Montgomery, L., Wilson, P., Wilson, M., Bright, I. & Okwumabua, T.	1993	The effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 61(6), 992-1002			
Wirksamkeit von Psychotherapie bei spezifischen Störungen: Schizophrene Störungen								
	35.	Pharoah, F. M., Rathbone, J., Mari, J. J. & Streiner, D.	2004	Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review).	In: Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd			
Wirksamkeit von Psychotherapie bei spezifischen Störungen: Substanzstörungen								
	36.	Stanton, M. & Shadish, W. R.	1997	Outcome, attrition and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of controlled comparative studies.	Psychological Bulletin, 122(2), 170-191			

Wirksamkeit von Psychotherapie bei spezifischen Störungen: Asthma				
37.	Panton, J. & Barley, E. A.	2004	Family therapy for asthma in children (Cochrane Review).	In : Cochrane Library, Issue 1. Chichester, UK : John Wilkey & Sons, Ltd.
Wirksamkeit spezifischer systemischer Interventionen: Paradoxe Interventionen				
38.	Shoham-Salomon, V. & Rosenthal, R.	1987	Paradoxical interventions: A meta-analysis.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 55(1), 22-28
Übersicht 2: Eingereichte Übersichtsartikel				
39.	Liddle, H. A., Rowe, C. L.	2004	Advances in family therapy research.	In: M. Nichols & R. Schwartz (Eds.), Family therapy: Concepts & methods (6th ed., pp 395-435). Boston, MA: Allyn & Bacon. In: Press.
40.	Rowe, C. L. & Liddle, H. A.	2003	Substance Abuse.	Journal of Marital & Family Therapy, 29(1), 97-120
41.	Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer-Rothers, J.	2006	Systemische Therapie bei Störungen des Erwachsenenalters: Eine Meta-Inhaltsanalyse von 26 randomisierten Primärstudien.	Psychotherapeut, 10, 2006, 1-25

Ablehnungsgründe:

Stichprobe = Behandelte Stichprobe mindestens teilweise ohne Störung mit Krankheitswert

Design = methodische Mindestanforderungen an das Untersuchungsdesign oder die statistische Methodik nicht erfüllt

Unzureichende Informationen = Die vorliegenden Information zur Studie reichen nicht aus, um die Qualität der Studie und dessen Ergebnisse adäquat bewerten zu können

Legende

Exp. VG = experimentelle Vergleichsgruppe (aktives Treatment)

TAU = Treatment as usual

Nachreichung (Nx) = Nachreichung von Studien bzw. Publikationen durch die Fachgesellschaften für Systemischen Therapie

Tabellarische Übersicht zur Studienbewertung im Rahmen der Begutachtung der Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Studiennummer	Publikationsnummer	Autor(en)	Jahr	Titel	Quelle	Stichprobe	Einschluss der Studie/Publ. Ablehnungsgrund (Katamnese)	Bewertung
1. Affektive Störungen (F30 - F39) und Belastungsstörungen (F43) (3 Studien)								
Depressive Störungen								
1.	1.	Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S. & Johnson, B. A.	1997	A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy.	Archives of General Psychiatry, 54(9), 877-885	Major Depressive Disorder	JA	Positiv
	2.	Brent, D. A., Kolko D., Birmaher, B., Baugher M., Bridge J., Roth, C. & Holder, D.	1998	Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(9), 906-914	DSM-III-R Major Depression	NEIN; nicht relevant	
	Ergänzung Oktober 2008: E1	Renaud, J., Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J. & Bridge, J.	1998	Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: A two year follow-up.	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37(11), 1184-1190	Major Depressive Disorder	JA	
	Ergänzung Oktober 2008: E2	Brent, D. A., Kolko, D. J., Birmaher, B., Baugher, M. & Bridge, J.	1999	A clinical trail for adolescent depression: Predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trail.	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38(3), 263-270	Major Depressive Disorder	JA (2-Jahres-Katamnese)	
	3.	Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., Iyengar, S. & Ulloa R. E.	2000	Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder.	Archives of General Psychiatry, 57(1), 29-36	Major Depressive Disorder	JA (2-Jahres-Katamnese)	
	Ergänzung Oktober 2008: E3	Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J. & Bridge, J.	2000	Compliance with recommendations to remove firearms in families participating in a clinical trail for adolescent depression.	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(10), 1220-1226	Major Depressive Disorder	JA	
	4.	Kolko, D. J., Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J & Birmaher, B.	2000	Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation, and moderation.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 68(4), 603-614	Adolescent Depression	NEIN	
Ergänzung Oktober 2008: E4	Brent, D. A., Birmaher, B., Kolko, D. J., Baugher, M. & Bridge, J.	2001	Subsyndromal depression in adolescents after a brief psychotherapy trial: course and outcome.	Journal of Affective Disorders, 63(1-3), 51-58	Major Depressive Disorder	JA		

	Ergänzung Oktober 2008: E5	Stein, D., Brent, D. A., Bridge, J., Kolko, D. J., Birmaher, B & Baugher, M.	2001	Predictors of parent-rated credibility in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression.	Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10(1), 1- 7	Major Depressive Disorder	JA	
	Ergänzung Oktober 2008: E6	Gaynor, S. T., Weersing, V. R., Kolko, D. J., Birmaher, B., Heo, J. & Brent, D. A.	2003	The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: a comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy.	Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(2), 386- 393	Major Depressive Disorder	JA	
	5.	Barbe, R. P., Bridge, J., Birmaher, B., Kolko, D. & Brent, D. A.	2004	Suicidality and its relationship to treatment outcome in depressed adolescents.	Suicide & Lifethreatening Behavior, 34(1), 44-55	Depressed Adolescents	JA	
	Ergänzung Oktober 2008: E7	Barbe, R. P., Bridge, J. A., Birmaher, B., Kolko, D. J. & Brent, D. A.	2004	Lifetime history of sexual abuse, clinical presentation, and outcome in a clinical trial for adolescent depression.	Journal of Clinical Psychiatry, 65(1), 77-83	Major Depressive Disorder	NEIN	
	Ergänzung Oktober 2008: E8	Bridge, J., Barbe, R. P., Birmaher, B., Kolko, D. J. & Brent, D. A.	2005	Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trail for adolescent depression.	American Journal of Psychiatry, 162(11), 2173-2175	Major Depressive Disorder	JA	
2.	6.	Diamond, G. S., Reis, B., Diamond, G. M., Siqueland, L. & Isaacs, L.	2002	Attachment based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41, 1190-1196	Adolescents meeting DSM- III-R criteria for MDD	JA	Positiv
3.	Nach- reichung Mai 2007: N1	Trowell, J., Joffe, I. Campbell, J. et al.	2007	Childhood Depression: a place for psychotherapy: an outcome study comparing Individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy	Eur. Child Adolescent Psychiatry, 16(3), 157-167	MDD, Dysthymia (Kiddie-SADS) (auf DSM-IV- Kriterien basierend)	JA	kein Beleg
2. Angststörungen (F40 - F42) und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F93) (keine Studien eingereicht)								
3. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F44 - F45) und andere neurotische Störungen (F48) (keine Studien eingereicht)								
4. Essstörungen (F50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5) (13 Studien)								
Essstörungen (F50)								
4.	12.	Hall, A. & Crisp, A. H.	1987	Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: Outcome at one year.	British Journal of Psychiatry, 151, 185-191	Severe Anorexia Nervosa	JA	kein Beleg

5.	13.	Russel, G. F. M., Szumukler, G. I., Dare, C. & Eisler, I.	1987	An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa.	Archives of General Psychiatry, 44, 1047-1056	Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa	JA (1-Jahres-Follow-up)	Positiv
	15.	Dare, C., Eisler, I., Russel, G. F. M. & Szumukler, G. I.	1990	The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa.	Journal of Marital & Family Therapy, 16(1), 39-57	Anorexia Nervosa	NEIN	
	14.	Eisler, I., Dare, C., Russel, G. F. M., Szumukler, G., Le Grange, D. & Dodge, E	1997	Family and individualtherapy in anorexia nervosa: A five-year follow-up.	Archives of General Psychiatry, 54(11), 1025-1030	Anorexia and Bulimia Nervosa	JA (5-Jahres-Follow-up)	
6.	16.	Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C. & Russel, G. F. M.	1992	Evaluation of family therapy in anorexia nervosa: A pilot study.	International Journal of Eating Disorder, 12(4), 347-357	Anorexia Nervosa	JA	kein Beleg
7.	17.	Robin, A. L., Siegel, P. T., Koepke, T., Moye, A. & Tice, S.	1994	Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa.	Journal of Development & Behavioral Pediatrics, 15, 111-116	Anorexia Nervosa	JA	
	18.	Robin, A. L., Siegel, P. T. & Moye, A.	1995	Family versus individual therapy for anorexia: Impact on family conflict.	International Journal of Eating Disorders, 17, 313-322	Anorexia Nervosa	JA	Positiv
	19.	Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Baker-Dennis, A. & Sikard, A.	1999	A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38, 1482-1489	Anorexia Nervosa	JA (1-Jahres-Follow-up)	
8.	20.	Eisler, I., Dare, C. Hodes, M., Russell, G., Dodge, E. & Le Grange, D.	2000	Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The result of a controlled comparison of two family interventions.	Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 41(6), 727-736	Anorexia Nervosa	NEIN; Design	kein Beleg
9	21.	Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., Davis & Katzmann	2000	Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa.	Canadian Journal of Psychiatry, 45(2), 173-178	Anorexia Nervosa	NEIN; Design	kein Beleg
10.	Nachreichung Oktober 2007: N2	Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J. et al.	2007	A randomized controlled trail of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders	American Journal of Psychiatry, 164, 591-598	Bulimia Nervosa	JA	Positiv
11.	Nachreichung Oktober 2007: N3	Le Grange, D., Crosby, R., Rathouz, P., Leventhal, B.	2007	A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa	Archives of General Psychiatry, 64(9), 1049-1056	Bulimia Nervosa	JA (6-Monats-follow-up)	Positiv

Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen (F54)								
12.	22.	Lask, B. & Matthew, D.	1979	Childhood asthma: A controlled trial of family psychotherapy.	Archives of Disease in Childhood, 54 (2), 116-119	Moderate to severe asthma	NEIN; Design	kein Beleg
13.	23.	Gustafsson, P. A., Kjellman, N.I.M. & Cederblad, M.	1986	Family therapy in the treatment of severe childhood asthma.	Journal of Psychosomatic Research, 30(3), 369-374	Severe, chronic bronchial asthma		Studie nicht näher geprüft
14.	26.	Flodmark, C. E., Ohlsson, T., Ryden, O. & Sveger, T.	1993	Prevention of progression to severe obesity in a group of obese schoolchildren treated with family therapy.	Pediatrics, 91(5), 880-884	Obesity	NEIN; Design	kein Beleg
15.	25.	Ryden, O., Nevander, L., Johnsson, P., Hansson, K., Kronvall, P., Sjoblad, S. & Westboom, L.	1994	Family therapy in poorly controlled juvenile IDDM: Effects on diabetic control, self evaluation and behavioural symptoms.	Acta Paediatrica, 83(3), 285-291	IDDM	NEIN; Design	kein Beleg
16.	24.	Onnis, L., Di Gennaro, A., Cespa, G., Dentale, R. C., Benedetti, P., Forato, F., Maurelli, F. M., Businco, L., Vazzoler, C., Bernardini, L. & Sera, F.	2001	Prevention of chronicity in psychosomatic illness: A systematic research study into the treatment of childhood asthma.	Families, Systems & Health, 19(3), 237-250	Asthma	JA; (2-Jahres-Katamnese)	Positiv
5. Verhaltensstörungen (F90 - F92, F94, F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (F95), Hyperkinetische Störungen (F90), Störungen des Sozialverhaltens (F91), Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92), Störungen sozialer Funktionen (F94), Tic-Störungen (F95), andere Verhaltensstörungen oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98) (10 Studien)								
Hyperkinetische Störungen (F90)								
17.	27.	Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. & Fletcher, K. F.	1992	A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 60(3), 450-462	ADHD	JA	Positiv
18.	28.	Saile, H. & Forse, I.	2002	Allgemeine und differentielle Effekte von behavioraler und systemischer Familientherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen von Kindern.	Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 50(3), 281-299	Aufmerksamkeits-defizit-/Hyperaktivitätsstörungen	JA	Positiv

Dissoziale Störungen und jugendliche Delinquenz								
19.	29.	Alexander, J. F. & Parsons, B. V.	1973	Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism.	Journal of Abnormal Psychology, 81(3), 219-225	Delinquent teenagers	NEIN; Design	kein Beleg
	30.	Parsons, B. V. & Alexander, J. F.	1973	Short-term family intervention: A therapy outcome study.	Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41(2), 195-201	Delinquent teenagers	NEIN; Design	
	31.	Klein, N. C., Alexander, J. F. & Parsons, B.V.	1977	Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: A model of primary prevention program evaluation.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 45(3), 469-474	Delinquent teenagers	NEIN; Design	
20.	34.	Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M. & Stein, R.	1990	Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders.	International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 34(2), 105-113	Sexual offenders	JA (3-Jahres- follow-up)	Positiv
21.	35.	Mann, B. J., Borduin, C., Henggeler, S. W. & Blaske, D.	1990	An investigation of systemic conceptualisations of parent-child coalitions and symptom change.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 58(3), 336-344	Delinquent adolescents	JA	Positiv
22.	39.	Henggeler, S. W., Melton, G. B. & Smith, L. A.	1992	Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 60(6), 953-961	Serious juvenile offenders		Studie nicht näher geprüft
	40.	Henggeler, S. W., Melton, G.B., Smith, L. A., Schoenwald, S. & Hanley, J.	1993	Family preservation using multisystemic therapy: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders.	Journal of Child and Family Studies, 2, 283-293	Serious juvenile offenders		
23.	38.	Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., Williams, R. A.	1995	Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 63, 569-578	Criminal behavior, Violent offending	JA; (4-Jahres- follow-up)	Positiv
24.	42.	Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G. & Hanley, J. H.	1997	Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful termination.	Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65(5), 821-833	Violent and chronic juvenile offenders		Studie nicht näher geprüft

25.	49.	Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W., Murray, E. & LaPerriere, A.	1996	Efficacy of interventions for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness.	Journal of Family Psychology, 10, 35-44	Drug abuse	NEIN; Design	Studie nicht näher geprüft
	48.	Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, M. W., Schwartz, S. J., LaPerriere, A. & Szapocznik, J.	2003	Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use.	Journal of Family Psychology, 17(1), 121-133	Behavior Problem and Drug-using Youth		
26.	Nach- reichung vom 25.02.2008: N12	Painter, K. R.	2007	Multisystemic therapy as an alternative community-based treatment for youth with severe emotional disturbance	Dissertation, University of Texas at Arlington	Externalisierende Störungen	JA	Positiv
6. Autistische Störungen (F84) (keine Studien eingereicht)								
7. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F60, F62, F68-F69), Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F64-F66), Abhängigkeit und Missbrauch (F1, F55), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F20-F29) (13 Studien)								
27.	52.	Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F. H., Perez-Vidal, A. & Hervis, O.	1983	Conjoint versus one-person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 51 (6), 889-899	Drug abuse	NEIN; Design	kein Beleg
	53.	Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F. H., Perez-Vidal, A. & Hervis, O.	1986	Conjoint versus one-person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 54(3), 395-397	Drug abuse	s.o.	
28.	54.	Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A. L., Foote, F. H., Santisteban, D., Hervis, O. & Kurtines, W.	1988	Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic-structural systems approach.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 56(4), 552-557	Drug abuse	NEIN; Design	kein Beleg
29.	55.	Friedman, A. S.	1989	Family therapy vs. Parent groups: Effect on adolescent drug abusers.	American Journal of Family Psychology, 8, 335-347	Drug abuse	JA	kein Beleg

30.	56.	Lewis, R. A., Sprenkle, D. H. & Trepper, T. S.	1990	Family-based interventions and community networking for helping drug-abusing adolescents.	Journal of Adolescent Research, 5, 82-95	Drug abuse	NEIN; Design/ Stichprobe	kein Beleg
32.	58.	Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Melton, G., Mann, B., Smith, L., Hall, J., Cone, L. & Fucci, B.	1991	Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: A progress report from two outcome studies.	Family Dynamics of Addiction Quarterly, 1(3), 40-51	Antisocial Behavior of Serious Juvenile Offenders	Studie II der Publikation (FANS-Project) JA	Positiv
33.	59.	Joanning, H., Quinn, W., Thomas, F. & Mullen, R.	1992	Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education.	Journal of Marital & Family Therapy, 18, 345-356	Drug abuse	NEIN, Stichprobe	kein Beleg
31.	57.	Trepper, M. D., Piercy, F., Lewis, R., Volk, R. & Sprenkle, D.	1993	Family therapy for adolescent alcohol abuse.	In T. J. O'Farrel (Ed.), Treating alcohol problems: Marital and family interventions (pp. 261-278). New York : Guilford.	Alcohol abuse	NEIN; keine empirische Studie	kein Beleg
34.	60.	Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barret, K. & Tejada, M.	2001	Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial.	American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 27(4), 651-688	Marijuana- and alcohol abuse	JA (1-Jahres-follow-up)	Positiv
35.	61.	Waldron, H. B., Slesnik, N., Brody, J. L., Turner, C. W. & Peterson, T. R.	2001	Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments.	Journal of Consulting & Clinical Psychology 69(5), 802-813	Substance abuse		Studie nicht näher geprüft
36.	62.	Dennis, M., Titus, J., Diamond, G. S. et al.	2002	The Cannabis Youth Treatment (CYT) Experiment: Rationale, study design and analysis plans.	Addiction, 97, 16-34 Suppl 1	Marijuana dependence or abuse		Studie nicht näher geprüft
	63.	French, M. T., Roebuck, M. C., Dennis, M. L., Godley, S. H., Liddle, H. A. & Tims, F. M.	2003	Outpatient marijuana treatment for adolescents: Economic evaluation of a multisite field experiment.	Evaluation Review, 27(4), 421-459	Marijuana dependence or abuse		
	64.	Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J.C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N. & Funk, R.	2004	The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials.	Journal of Substance Abuse Treatment, 27(3), 197-213	Cannabis use		

37.	66.	Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A. & Henderson, C. E.	2004	Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment.	Journal of Psychoactive Drugs, 36(1), 49-63	Substance abuse, Behavioral problems	JA	Positiv
	Nachreichung Oktober 2007: N5	Liddle, H. A., Rowe, C. L. Dakof, G. A. Turner, R. M. Henderson, C. E. Greenbaum, P. E.	eingereicht	Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve month outcomes of a randomized controlled trial.	Manuskript eingereicht beim JCCP am 14.9.2007	Drug abuse	JA (1-Jahres-follow-up)	
38.	67.	Rowe, C. L., Liddle, H. A., Greenbaum et. al.	2004	Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers.	Journal of Substance Abuse & Treatment, 26(2), 129-140	Drug- abuse	NEIN, Design	kein Beleg
39.	65.	Liddle, H. A.	2002a	Advances in family-based therapy for adolescent substance abuse: Findings from the Multidimensional Family Therapy research program.	In L. S. Harris (Ed.), Problems of Drug Dependence 2001 : Proceedings of the 63rd Annual Scientific Meeting (NIDA Research Monograph No. 182, NIH Publication No. 02-5097, pp. 113-115). Bethesda, MD : National Institute on Drug Abuse	Drug abuse		Studie nicht näher geprüft
	Nachreichung Oktober 2007: N4	Liddle, H. A., Dakof, G. A. Turner, R. M. Henderson, C. E. Greenbaum, P. E.	2008	Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy.	Addiction, 103(10), 1660-1670	Drug abuse		
8. Intelligenzminderung (F7), hirnorganische Störungen (F0) und Entwicklungsstörungen (F80 - F83, sowie F88 und F89) (keine Studien eingereicht)								
Studien zu gemischten Störungen (mixed neurotics) (13 Studien)								
44.	Nachreichung vom 25.02.2008: N6	Garrigan & Bamberick,	1975	Short term family therapy with emotionally disturbed children.	Journal of marriage and family counselling, 1, 379-385	Emotionally disturbed children	NEIN; Stichprobe	kein Beleg

45.	Nachreichung vom 25.02.2008: N7	Garrigan & Bamberick,	1977	Family therapy for disturbed children: Some experimental results in special education.	Journal of marriage and family counselling, 3, 83-93	Emotionally disturbed children	JA	Positiv
46.	Nachreichung vom 25.02.2008: N8	Hardcastle	1977	A mother-child, multiple-family, counseling program: Procedures and results.	Family Process, 16, 67-74.	Schüler mit Verhaltens- und Einstellungsproblemen in der Schule	NEIN; Design	kein Beleg
47.	Nachreichung vom 25.02.2008: N9	Ro-Trock, G. K., Wellisch, D. K. & Schoolar, J. C.	1977	A family therapy outcome study in an inpatient setting.	American Journal of Orthopsychiatry, 47(3), 514-522.	Hospitalized adolescent patients of a mental health services unit	JA	Positiv
	Nachreichung vom 25.02.2008: N10	Wellisch et al.	1980	A Three-Year Follow-Up of Family Therapy.	International Journal of Family Therapy, 2 (3) 169-175	Hospitalized adolescent patients of a mental health services unit	JA	
50.	32.	Szykula, S. A., Morris, S. B., Sudweeks, C. & Sayger, T. V.	1987	Child-focused behaviour and strategic therapies: outcome comparisons.	Psychotherapy, 24(3 Suppl.), 546-551	Behavioral and Emotional Problems	NEIN; Design	kein Beleg
40.	33.	Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Valquez, A., Hervis, O. & Posada, V.	1989	Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys.	Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(5), 571-578	Behavioral and Emotional Problems	JA	Positiv
41.	36.	Simpson, L.	1990	The comparative efficacy of Milan family therapy for disturbed children and their families.	Journal of Family Therapy, 13, 267-284	Outpatients of a department of child and family psychiatry	JA	kein Beleg

52.	43.	Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., Brondino, M. J. & Crouch, J. L.,	1996	Elimination (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy.	American Journal of Psychiatry, 153, 427-428	Delinquents who met criteria for substance abuse or dependence	JA	Positiv
	44.	Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W., Pickrel, S. G. & Patel, H.	1996	Multisystemic therapy treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement.	Journal of Child & Family Studies	Substance-abusing or dependent juvenile offenders	JA	
	45.	Henggeler, S. W., Pickrel, S. G. & Brondino, M. J.	1999	Multisystemic treatment of substance-abusing and –dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability.	Mental Health Services Research, 1(3), 171-184	Juvenile Offenders meeting DSM-III-R criteria for Substance Abuse or Dependence	JA	
	46.	Brown, T., Henggeler, S. W., Schoenwald, S., Brondino, M. J. & Pickrel, S. G.	1999	Multisystemic treatment of substance-abusing and –dependent delinquents: Effects on school attendance at post-treatment and 6-month-follow-up.	Children´s Services: Social Policy, Research & Practice, 2(29), 81-93	Juvenile Offenders	JA	
	41.	Huey, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. J. & Prickel, S. G.	2000	Mechanisms of change in Multisystemic Therapy: Reducing delinquent behaviour through therapist adherence and improved family and peer functioning.	Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(3), 451-467	Serious Juvenile Offenders	JA	
	47.	Henggeler, S. W., Clingempeel, W.G., Brondino, M. J. & Pickrel, S. G.	2002	Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(7), 868-874	Substance-abusing Juvenile Offenders	JA	

51.	7.	Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Randall, J., Ward, D. M., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B., Miller, S. L., Edwards, J., Zealberg, J., Hand, L. D. & Santos, A. B.	1999	Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38(11), 1331-1339	Children and adolescents approved for emergency psychiatric hospitalization	JA	
	8.	Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W. & Rowland, M.	2000	Multisystemic therapy versus hospitalization for crisis stabilisation of youth: Placement outcomes 4 months post-referral.	Mental Health Service Research, 2, 3-12	Children and adolescents approved for emergency psychiatric hospitalization	NEIN; Design	
	9.	Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C., Sheidow, A. J., Ward, D. M., Randall, J., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B. & Edwards, J.	2003	One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youths in psychiatric crisis.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42(5), 543-551	Children and adolescents approved for emergency psychiatric hospitalization	JA (1-Jahres-Follow-up)	Positiv
	10.	Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G. & Edwards, J.	2004	Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43(2). 183-190	Youths presenting psychiatric emergencies	JA (1-Jahres-Follow-up)	
	11.	Sheidow, A. J., Bradford, W. D., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C., Schoenwald, S. K. & Ward, D. M.	2004	Treatment costs for youths receiving Multisystemic Therapy or hospitalisation after a psychiatric crisis.	Psychiatric Services, 55, 548-554	Children and adolescents approved for emergency psychiatric hospitalization	NEIN Design	
42.	50.	Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K. & Szapocznik, J.	2001	Brief strategic family therapy versus community: Engagement, retention and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity.	Family Process, 40, 313-332	Adolescents with externalizing, internalizing, academic or substance problems	NEIN, Design	kein Beleg
43.	51.	Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A.	2004	Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US.	Child & Adolescent Mental Health, 9(2), 77-83	Seriously Antisocial Youths	JA	Positiv
48.	Nachreichung vom 25.02.2008	Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Lee, G. L., Kruesi, M. J. P. & Shapiro, S. B.	2005	A randomized trial of multisystemic therapy with Hawaii's Felix Class youths.	Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 13(1), 13-23.	Emotionale Störung nach DSM IV	JA	Positiv

49.	Nachreichung vom 25.02.2008: N11	Nickel, Luley, Krawczyk et al.	2007	Bullying girls – Changes after Brief Strategic Family Therapy	Psychotherapy and Psychosomatics, 75: 47 – 55	Bullying girls	JA	Positiv
Weitere klinisch bedeutsame Syndrome (1 Studie)								
Körperliche Misshandlung / Vernachlässigung von Kindern durch ihre Eltern								
53.	68.	Brunk, M., Henggeler, S. W. & Whelan, J. P.	1987	A comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect.	Journal of Consulting & Clinical Psychology, 55(2), 171-178	Child Abuse, Child Neglect	NEIN, Stichprobe	kein Beleg
Studien zu Kosten-Nutzen-Analysen (2 Studien)								
54.	69.	Law, D. D. & Crane, D. R.	2000	The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health maintenance organization.	Journal of Marital & Family Therapy 26(3), 281-291		NEIN, Design	kein Beleg
55.	70.	Law, D. D. & Crane, D. R. & Berge, J. M.	2003	The influence of individual, marital and family therapy on high users of health care.	Journal of Marital & Family Therapy 29(2), 353-362		NEIN, Design	kein Beleg
Meta-Analysen und Systematische Übersichtsarbeiten								
	71.	Curtis, N. M., Ronan, K. R. & Borduin, C. M.	2004	Multisystemic Treatment: A meta-analysis of outcome studies.	Journal of Family Psychology, 18(3), 411-419			
	72.	Sydow, K. v., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J. & Retzlaff, R.	2006	Systemische Therapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters: Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien.	Psychotherapeut, 51, 107-143			

Ablehnungsgründe:

Stichprobe = Behandelte Stichprobe mindestens teilweise ohne Störung mit Krankheitswert

Design = methodische Mindestanforderungen an das Untersuchungsdesign oder die statistische Methodik nicht erfüllt

Unzureichende Informationen = Die vorliegenden Information zur Studie reichen nicht aus, um die Qualität der Studie und dessen Ergebnisse adäquat bewerten zu können

Legende

Exp. VG = experimentelle Vergleichsgruppe (aktives Treatment)

TAU = Treatment as usual

Studie nicht näher geprüft = Studie wurde nicht näher geprüft, da für diesen Anwendungsbereich bereits genügend positiv bewertete Studien vorlagen.
Aus der Studie ergibt sich kein Hinweis auf negative Wirkungen

Nachreichung (Nx) = Nachreichung von Studien bzw. Publikationen durch die Fachgesellschaften für Systemischen Therapie

Ergänzung (Ex) = Ergänzung von Studien bzw. Publikationen durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie