

Henggeler
Schoenwald
Borduin · Rowland
Cunningham



Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen

Deutsche
Bearbeitung durch
Christian Bachmann

Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen

Scott W. Henggeler
Sonja K. Schoenwald
Charles M. Borduin
Melisa D. Rowland
Phillippe B. Cunningham

Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen

Deutsche Bearbeitung durch Christian Bachmann

Scott W. Henggeler
Phillippe B. Cunningham
Melisa D. Rowland
Sonja K. Schoenwald
Psychiatry and Behavioral Sciences
Medical University of South Carolina
President Street 67, 29425 Charleston/SC
USA

Charles M. Borduin
Psychological Sciences
University of Missouri-Columbia
McAlester Hall 210, 65211-2500 Columbia/MO
USA

Übersetzung der 2. Auflage des Buches »Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents« (Scott W. Henggeler et al.). © 2009 The Guilford Press New York London

ISBN 13 978-3-642-20146-2 ISBN 978-3-642-20147-9 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-642-20147-9

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg
Projektkoordination: Eva Schoeler, Heidelberg
Lektorat: Volker Drüke, Münster
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: ©Aleksandar Mijatovic - shutterstock.com
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Geleitwort zur deutschen Ausgabe

Schwere Verletzungen und Todesfälle durch Gewalttätigkeiten haben dazu geführt, dass dissoziales und gewalttätiges Verhalten bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren immer wieder in den Blickpunkt der deutschen Öffentlichkeit gerückt ist. Die Diskussion über spektakuläre Vorfälle hat aber bisher nicht zu grundlegenden Veränderungen geführt, obwohl wir heute recht gute Kenntnisse darüber haben, wie antisoziale Verhaltensweisen entstehen und wie sie in einem positiven Sinne verändert werden können: Kinder und Jugendliche, die unter ungünstigen familiären und sozialen Bedingungen aufwachsen, haben ein deutlich erhöhtes Risiko, aggressiv-ausagierendes und regelverletzendes Verhalten zu entwickeln. Zu den Risikofaktoren zählen Merkmale wie z.B. intrafamiliäre Konflikte und Gewalttätigkeiten, Alkohol- und Drogenmissbrauch der Eltern, Instabilität der Familienverhältnisse mit häufigen Trennungserfahrungen, Isolation und unzureichende soziale Integration der Familie, fehlende Beaufsichtigung und mangelhafte schulische Förderung der Kinder. Je länger Kinder unter solchen ungünstigen Bedingungen aufwachsen, umso geringer sind ihre Chancen auf eine normale Entwicklung.

Jugendämter, Erziehungsberatungsstellen, andere Jugendhilfeeinrichtungen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ebenso wie kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken haben sehr häufig mit Jugendlichen zu tun, die gravierende und bereits lange andauernde dissoziale und aggressive Verhaltensstörungen zeigen. Sehr oft werden bei diesen Jugendlichen vielfältige und äußerst kostenaufwändige Maßnahmen durchgeführt (z.B. stationäre jugendpsychiatrische Behandlungen, stationäre Jugendhilfemaßnahmen, aufwändige erlebnispädagogische Maßnahmen mit Auslandsaufenthalt). Trotz der enorm hohen Kosten sind die heute in Deutschland durchgeführten Maßnahmen nicht hinreichend effektiv. Bei einem erheblichen Teil dieser Jugendlichen verschärft sich die negative Entwicklung im weiteren Verlauf und führt in Drogenabhängigkeit und Delinquenz. Die Hilfsmöglichkeiten erscheinen äußerst begrenzt, die »Helfer« fühlen sich überfordert.

Dabei sind echte Fortschritte durchaus möglich: Das Interventionsmodell mit den besten Wirksamkeitsnachweisen ist die von Scott Henggeler und seinen Kolleginnen und Kollegen entwickelte Multisystemische Therapie (MST). Eine wesentliche Charakteristik der MST besteht darin, dass über einen relativ kurzen Zeitraum, von deutlich weniger als einem Jahr, sehr intensive, hochdirektive und sehr nachdrückliche, überwiegend ambulante Interventionen durchgeführt werden, wobei die Eltern, die Familien, das weitere Umfeld und der Jugendliche selbst in die Verantwortung genommen werden, um die negative Abwärtsentwicklung anzuhalten und stabile Verhaltensänderungen zu erzielen. Die MST wurde in vielen kontrollierten Studien evaluiert, und es konnte gezeigt werden, dass die Interventionen kurz- und langfristig hocheffektiv und hilfreich sind (z.B. Weiterführung der schulischen/beruflichen Ausbildung/drastische Reduktion der Delikte und der Gefängnisaufenthalte) und dass sie darüber hinaus kostenreduzierend wirken. Dies hat dazu geführt, dass die MST in den USA ebenso wie in einigen europäischen Ländern eingeführt wurde.

Deutschland hinkt dieser Entwicklung hinterher. Ein Grund hierfür liegt darin, dass in der MST eine Verbindung von sozialpädagogischen, psychotherapeutischen und medizinischen Interventionen erforderlich ist und diese Interventionen bisher in Deutschland aus unterschiedlichen »Töpfen« finanziert werden. Die Einführung der MST erfordert deshalb eine

kreative Überwindung bürokratischer Strukturen. Ein weiterer wichtiger Grund hat damit zu tun, dass das verfügbare Wissen über effektive, hilfreiche und kostenreduzierende Interventionsprogramme bei uns noch zu wenig zur Kenntnis genommen wird.

Wir haben es dem Engagement von Christian Bachmann und dem Springer-Verlag zu verdanken, dass nun endlich das Standardwerk der MST in deutscher Sprache vorliegt. Ich hoffe und wünsche, dass von der Veröffentlichung starke und nachhaltige Impulse für die praktische Implementierung der MST in Deutschland ausgehen.

Fritz Mattejat

Marburg

Vorwort

Im Jahr 1998 haben wir das Buch *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents* veröffentlicht, das bis zum Erscheinen dieses Buches die umfangreichste Darstellung der therapeutischen Prozesse der Multisystemischen Therapie (MST) bot. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung wurde die MST erst in wenigen amerikanischen und kanadischen Einrichtungen umgesetzt. Mittlerweile gibt es mehr als 400 MST-Programme in mehr als 30 US-Bundesstaaten und zehn Ländern weltweit, in denen pro Jahr ungefähr 17.500 Jugendliche und deren Familien betreut werden.

Die starke Ausbreitung von MST-Programmen innerhalb der letzten zehn Jahre ist durch das Zusammenwirken der hier dargestellten Faktoren bedingt:

- Therapeuten, Familien und andere beteiligte Akteure schätzen das zugrunde liegende Konzept, es verknüpft die Veränderungstheorie der MST, das therapeutische Vorgehen und die Ergebnisse der MST bei den Jugendlichen.
- Viele Behörden und andere Akteure des Gemeinwesens haben die begrenzte Wirksamkeit herkömmlicher restriktiver Maßnahmen für jugendliche Straftäter registriert und treten für wirksamere Maßnahmen ein.
- Verschiedene Forschergruppen haben die Ergebnisse der MST-Programme analysiert und hierbei – mit wenigen Ausnahmen – sowohl die therapeutische Wirksamkeit als auch die Kosteneffizienz des Konzeptes überwiegend bestätigt. Die aus den (wenigen) Studien mit suboptimalen Ergebnissen gezogenen Erkenntnisse wurden – als Teil der Optimierung des Programms – in das MST-Konzept eingearbeitet.
- Die Forschungsarbeiten zur Umsetzung der MST in die Praxis haben das noch neue Gebiet der Übertragbarkeitsforschung (»transportability«) wesentlich stimuliert. Die Ergebnisse dieser Studien haben dazu beigetragen, ein Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln, das in den MST-Programmen weltweit die Therapietreue der Therapeuten und die therapeutischen Ergebnisse der Jugendlichen fördert.
- Die *MST Services* und die als *Network Partners* anerkannten Organisationen haben sich dazu verpflichtet, das MST-Konzept unverändert und originalgetreu zu verbreiten.

Diese zweite Auflage spiegelt unser fortwährendes Bemühen wider, den Praktikern die therapeutischen Grundlagen und die praktische Umsetzung des MST-Konzeptes zu vermitteln. Während der vergangenen zehn Jahre waren wir direkt in die Arbeit vieler MST-Programme und in die Ausbildung und Supervision vieler MST-Therapeuten und MST-Supervisoren involviert. Die hierbei gewonnenen Erfahrungen haben zu einigen Änderungen in dieser Auflage geführt:

- Das Kapitel 2 (Grundlagen für die praktische Umsetzung) wurde um einen Passus erweitert, der Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit der Jugendlichen, der Familien und der praktizierenden Fachkräfte beschreibt.
- Der Text der »therapeutischen Kapitel« (Kapitel 3–7; Interventionen auf Familien-, Peer-, Schul- und Einzelebene sowie Interventionen zur sozialen Unterstützung) wurde anwenderfreundlicher und weniger theoretisch gestaltet. Der Schwerpunkt lag hierbei auf der klinischen Fallbeschreibung und weniger auf der theoretischen und wissenschaftlichen Fundierung. Um das Verständnis zu erleichtern, wurden neue Fallbeispiele, Abbildungen und Tabellen ergänzt.

- Das Kapitel 5 wurde – in Kenntnis der für viele Jugendliche in MST-Programmen eingeschränkten regulären Ausbildungsmöglichkeiten – um den Teil »Optimierung der Berufsausbildung« erweitert.
- Das Kapitel 8 zur Therapie von Substanzmissbrauch, einem häufigen Problem jugendlicher Straftäter, wurde neu ins Buch aufgenommen, da dieses Thema in der ersten Auflage nur angerissen wurde.
- Das Kapitel 9 gibt den neuesten Stand der Forschung zur Wirksamkeit der MST bei jugendlichen Straftätern wieder; es informiert auch über Modifikationen des MST-Konzeptes bei Jugendlichen mit Substanzmissbrauch, schwerwiegenden emotionalen Störungen, chronischen somatischen Erkrankungen und sexueller Delinquenz.
- Das Kapitel 10 (Qualitätssicherung und -verbesserung) wurde neu konzipiert angefügt, um MST-Therapeuten, -Teamleitern und -Projektleitern eine Grundlage zum besseren Verständnis der Strategien zur Ergebnisoptimierung durch verbesserte Therapie- und Konzepttreue an die Hand zu geben.

Wir bedanken uns sehr für Ihr Interesse an der Multisystemischen Therapie und hoffen, dass dieses Buch Ihre Arbeit erleichtern wird.

Zur deutschen Übersetzung

Kinder und Jugendliche mit dissozialem Verhalten sind für Kliniker und Therapeuten keine einfache Klientel. Dies liegt an verschiedenen Faktoren, zu denen insbesondere die herausfordernde Symptomatik mit hoher Persistenz und die häufig schlechten Erfolge therapeutischer Interventionen gehören.

Seit einiger Zeit haben sich jedoch insbesondere im englischsprachigen Ausland und in Skandinavien strukturierte Therapieprogramme etabliert, die in der Behandlung solcher Kinder und Jugendlichen gute, in randomisiert-kontrollierten Studien nachgewiesene Erfolge zu verzeichnen haben.

Hierzu gehört auch die Multisystemische Therapie (MST), bei der es sich um das bisher am stärksten beforschte Programm zur Behandlung von dissozialem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen handelt. Basierend auf einem systemisch-verhaltenstherapeutischen Ansatz, werden in einer hochfrequenten und intensiven Intervention diese Kinder und Jugendlichen und ihre Familien über eine mittlere Dauer von 4–6 Monaten therapeutisch begleitet, wobei der jeweilige Therapeut gleichzeitig auch die Rolle eines Case Managers einnimmt.

Seitdem ich im Rahmen meiner Therapieausbildung die MST und später im Rahmen eines Forschungsaufenthaltes am Institute of Psychiatry und der National Academy for Parenting Practitioners (jetzt: National Academy for Parenting Research) in London weitere evidenzbasierte Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche mit dissozialem Verhalten kennengelernt habe, ist es mir ein großes Anliegen, solche Interventionen auch in Deutschland implementiert zu sehen.

Es ist meine Hoffnung, dass die nun vorliegende deutsche Übersetzung des MST-Standardwerkes *Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents* dieses Vorhaben befördert und eine entsprechende Verbreitung der MST in Deutschland ermöglicht, um so den betroffenen Kindern, Jugendlichen und Familien hilfreiche und wirksame Interventionen anbieten zu können.

Wenngleich die MST ursprünglich in den USA entwickelt wurde, haben wissenschaftliche Studien inzwischen gezeigt, dass sie auch unter den Bedingungen europäischer Sozial-, Rechts- und Gesundheitssysteme wirksam ist. Um diese Übertragbarkeit der MST zu verdeutlichen, haben wir uns bei der Übersetzung bemüht, den Text so weit möglich an deutsche Gegebenheiten anzugleichen (z.B. psychologische Testverfahren, Rechts- und Schulsystem, Namen etc.).

Zu Dank verpflichtet bin ich Herrn Dipl.-Psych. Maxim Bannack für die Erstellung einer Rohübersetzung sowie Herrn Professor Dr. Hannsjörg Bachmann für Vorschläge zur Verbesserung der Lesbarkeit des deutschen Textes. Meiner Chefin, Frau Professor Dr. Dipl.-Psych. Ulrike Lehmkuhl, danke ich für ihre großzügige finanzielle Unterstützung der Übersetzungsarbeit.

Frau Renate Scheddin vom Springer-Verlag danke ich für die jederzeit freundliche und unkomplizierte Zusammenarbeit und Herrn Volker Drüke für ein zügiges, präzises und konstruktives Lektorat.

Schließlich bin ich Herrn Professor Dr. Dipl.-Psych. Fritz Mattejat, Leiter des Instituts für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (IVV) an der Philipps-Universität Marburg, zu besonderem Dank dafür verpflichtet, dass er mich während meiner Psychotherapieausbildung mit der MST bekannt gemacht und den Kontakt zu Professor Scott Henggeler, PhD, ermöglicht hat.

Christian Bachmann

Berlin

Inhaltsverzeichnis

1	Die Veränderungstheorie der Multisystemischen Therapie	1
1.1	Die sozial-ökologische Theorie	2
1.1.1	Menschliches Verhalten ist durch viele verschiedene Faktoren bestimmt	2
1.1.2	Ökologische Validität	3
1.1.3	Die Wechselseitigkeit menschlicher Interaktion	3
1.2	Die Veränderungstheorie der MST	4
1.3	Empirische Evidenz für die Veränderungstheorie der MST	5
1.3.1	Familientherapien nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft	5
1.3.2	Untersuchungen zu den Bedingungen dissozialen Verhaltens Jugendlicher	6
1.3.3	Empirische Überprüfung der Veränderungstheorie der MST	7
1.4	Schlussfolgerungen aus der Veränderungstheorie der MST für die praktische Umsetzung	9
2	Grundlagen für die praktische Umsetzung	11
2.1	Die zentrale Bedeutung der Familie	12
2.2	Arbeitshilfen für die Umsetzung der Therapie	12
2.2.1	Die therapeutischen Leitsätze der MST	12
2.2.2	Administratives Konzept der MST	13
2.3	Risikoeinschätzung und Interventionen zur Sicherheit der MST-Familien	27
2.3.1	Organisatorische und therapeutische Ansätze	28
2.4	Unterstützung für den therapeutischen Prozess der MST: Die Rollen des MST-Teamleiters und des MST-Fachberaters	33
2.4.1	Der Teamleiter	33
2.4.2	Der Fachberater	34
2.5	Das System zur Qualitätssicherung und Qualitätsoptimierung der MST: Wo alles zusammenkommt	35
2.5.1	Zusammenfassung	36
2.6	Mitwirkungsbereitschaft der Familien in der Therapie	36
2.6.1	Grundlegende therapeutische/fachliche Kompetenzen zur Förderung der Mitwirkung	37
2.6.2	Allgemeine Strategien zur Erhöhung der Mitwirkungsbereitschaft	40
2.6.3	Fortlaufende Selbsteinschätzung des Therapeuten zum Erhalt der Mitwirkungsbereitschaft	41
2.6.4	Zusammenfassung	42
3	Interventionen in der Familie	43
3.1	Die Diagnostik innerfamiliärer Beziehungen	45
3.1.1	Allgemeine Übersicht	45
3.1.2	Die wichtigsten Dimensionen innerfamiliärer Beziehungen	46
3.1.3	Diagnostik der familiären Beziehungen	50
3.2	Die Therapie innerfamiliärer Beziehungen	60
3.2.1	Allgemeine Übersicht	60
3.2.2	Veränderung der Beziehung zwischen Eltern und Kind	61
3.2.3	Die Veränderungen der familiären Beziehung während der Therapiesitzungen (Familientherapie)	68

3.2.4	Die Faktoren in Angriff nehmen, die zu den Problemen in den Eltern-Kind- und den Familienbeziehungen beitragen.	79
3.2.5	Veränderungen in Paarbeziehungen.	83
3.2.6	Entwicklung des reibungslosen Zusammenspiels während und nach Umbrüchen in der Familie	91
3.3	Schlussfolgerung	97
4	Interventionen auf Peerebene	99
4.1	Der Einfluss von Peers auf die Entwicklung von Kindern	100
4.2	Für positive Peerbeziehungen nötige Kompetenzen	100
4.3	Die Bedeutung der Peerbeziehungen für die Therapie schwerer Störungen des Sozialverhaltens	100
4.4	Die Bedeutung der Schnittstelle zwischen Familie und Peers	101
4.5	Die Diagnostik der Peerbeziehungen	102
4.5.1	Zentrale Merkmale von Peerbeziehungen	102
4.5.2	Wie Peerbeziehungen erfasst werden können.	102
4.5.3	Übersetzung der diagnostischen Informationen in Passungsschemata	105
4.6	Therapie der Peerbeziehungen	107
4.6.1	Den Umgang mit auffälligen Peers einschränken und den Anschluss an prosoziale Peers stärken	107
4.6.2	Sozial zurückgewiesenen oder vernachlässigten Jugendlichen helfen	115
4.6.3	Hindernisse für Veränderungen und Strategien zu ihrer Überwindung.	120
4.7	Schlussfolgerung	122
5	Erfolg in Schule und Ausbildung fördern	123
	<i>Cindy M. Schaeffer</i>	
5.1	Beteiligung von Lehrern und weiteren Mitarbeitern der Schule	125
5.1.1	Beteiligung von Lehrern	125
5.1.2	Einbeziehung weiterer Mitarbeiter der Schule.	125
5.1.3	Die Planung und Auswahl von Interventionen als gemeinschaftliches Vorgehen sicherstellen	126
5.1.4	Die Umsetzung der Interventionen in der Schule unterstützen	126
5.1.5	Die Familie und die Schule zu Austausch und Zusammenarbeit befähigen	126
5.2	Die Passung der schulischen Probleme erfassen	128
5.2.1	Die Diagnostik von Verhaltensproblemen im Klassenzimmer.	128
5.2.2	Standardisierte psychologische Testung	130
5.3	Fallbeispiel: Yalaz Gökdal	130
5.4	Interventionen bei Problemen in der Schule	132
5.4.1	Problemverhalten im Unterricht durch einen adäquaten Umgang beenden	133
5.4.2	Eine wirkungsvolle Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Schule und Elternhaus aufbauen	135
5.4.3	Die schulischen Leistungen und das schulbezogene Verhalten zu Hause fördern	136
5.5	Wenn Schulabbruch droht oder der Jugendliche nicht zur Schule geht	137
5.5.1	Dem Schulabbruch vorbeugen	137
5.5.2	Alternativen zum regulären Schulabschluss	139
5.5.3	Abschluss auf dem zweiten Bildungsweg	141
5.5.4	Berufsausbildung	141
5.5.5	Arbeit für Jugendliche	142

5.5.6	Unterstützung durch die Familie und aus dem sozialen Umfeld für Jugendliche, die nicht zur Schule gehen.....	143
5.6	Schlussfolgerung.....	144
6	Individuelle Interventionen – wann und wie?.....	145
6.1	Die Voraussetzungen für den Erfolg schaffen: Wann und wie individuelle Interventionen in Betracht gezogen werden.....	146
6.1.1	Wann.....	146
6.1.2	Wie.....	147
6.2	Hindernisse für die Mitwirkung ausräumen.....	148
6.2.1	Wenn Eltern glauben, dass der Fokus der Therapie beim Jugendlichen verbleiben sollte.....	148
6.2.2	Wenn Eltern überfordert sind.....	148
6.2.3	Wenn Eltern glauben, eine Depression oder Angststörung zu behandeln bedeute, sie wären verrückt oder schwach.....	149
6.3	Die Therapie der psychischen Probleme der Eltern, die Hindernisse für Erfolge beim Jugendlichen darstellen.....	150
6.3.1	Eltern mit Depressionen.....	150
6.3.2	Eltern mit Angststörungen.....	160
6.3.3	Medikation bei Erwachsenen.....	164
6.4	Individuelle Interventionen bei Jugendlichen.....	165
6.4.1	Die Unterstützung Erwachsener bei individuellen Interventionen für den Jugendlichen.....	166
6.4.2	Training von Problemlösefertigkeiten und sozialer Kompetenz bei Jugendlichen: Der Fall Tim Kaiser.....	167
6.5	Interventionen bei spezifischen Störungen, die häufig bei Jugendlichen in der MST bestehen.....	173
6.5.1	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.....	173
6.5.2	Traumabedingte Symptome bei Jugendlichen.....	176
6.6	Schlussfolgerung.....	181
6.7	Weiterführende Ressourcen für Therapeuten.....	182
7	Aufbau sozialer Unterstützung für die Familie.....	183
7.1	Faktoren, welche die soziale Unterstützung für Eltern einschränken können.....	184
7.2	Vorgehen beim Aufbau sozialer Unterstützung.....	186
7.2.1	Die Mitwirkungsbereitschaft der Eltern bei der Suche nach sozialer Unterstützung erlangen.....	186
7.2.2	Unterstützungsbedarf.....	189
7.2.3	Einschätzung der sozialen Unterstützung.....	191
7.2.4	Das Für und Wider möglicher Quellen der Unterstützung abwägen.....	196
7.2.5	Die Einzelteile zusammenbringen.....	197
7.3	Schlussfolgerung.....	200
8	Therapie von Substanzmissbrauch.....	201
8.1	Forschung und Ergebnisse zur MST bei Substanzmissbrauch.....	202
8.1.1	Heranwachsende.....	202
8.1.2	Kontingenzmanagement bei substanzmissbrauchenden Eltern.....	203
8.2	Den Bedarf für eine Therapie des Substanzmissbrauchs darstellen.....	204

8.2.1	Das Kontinuum des Drogenkonsums: Von Abstinenz bis Abhängigkeit	204
8.2.2	Aufgaben des Therapeuten: Die Bewertung des Substanzkonsums und des Therapiebedarfs des Jugendlichen	205
8.3	Therapie des Substanzmissbrauchs mit dem Standardvorgehen der MST	205
8.4	Die Durchführung des Kontingenzmanagements innerhalb der MST	208
8.4.1	Was ist Kontingenzmanagement (KM)?	208
8.4.2	Familien das Kontingenzmanagement vorstellen.	208
8.4.3	Analyse des ABCs des Drogenkonsums	208
8.4.4	KM-Punktesystem	209
8.4.5	Selbstmanagementplanung und Training der Fertigkeiten für das Ablehnen von Drogen	209
8.4.6	Protokollierung der Drogentests	210
8.5	Anpassung des Kontingenzmanagements für Eltern	212
8.5.1	Mitwirkung und Diagnostik der Eltern	212
8.5.2	Soziale Unterstützung	212
8.6	Voraussetzungen für die Integration des Kontingenzmanagements in die MST	213
8.7	Schlussfolgerung	213
9	Studienergebnisse zur MST	217
9.1	Unabhängige Bewertungen	218
9.2	Ergebnisse von Therapiestudien zur MST	218
9.2.1	Die Anfänge: »Efficacy«-Studien	218
9.2.2	»Effectiveness«-Studien	219
9.2.3	»Efficacy«- und »Effectiveness«-Studien als Hybridstudien bei Substanzmissbrauch	224
9.2.4	Übertragbarkeitsstudien (Transportability trials)	224
9.2.5	Evaluation der unter Praxisbedingungen durchgeführten Programme	226
9.2.6	Adaptationen des MST-Basismodells	227
9.3	Schlussfolgerung	229
10	Qualitätssicherung und -optimierung (QS/QO) und ihre grundsätzliche Bedeutung für die MST-Programme	231
10.1	Die Komponenten des Systems der QS/QO der MST	233
10.1.1	Die Ausbildung	233
10.1.2	Organisatorische Unterstützung für MST-Programme	237
10.1.3	Messung der Umsetzung und Rückmeldung	241
10.2	Empirische Belege für das System der QS/QO	243
10.2.1	Die Beziehung zwischen der Therapietreue der Therapeuten und den Resultaten bei den Jugendlichen	243
10.2.2	Therapietreue der Teamleiter und der Therapeuten sowie die Resultate bei den Jugendlichen	243
10.2.3	Therapietreue der Fachberater und der Therapeuten sowie die Resultate bei den Jugendlichen	244
10.2.4	Prädiktoren bei Therapeuten und Klienten für die Therapietreue sowie Therapieergebnisse	244
10.2.5	Faktoren der Programmträger, Therapietreue der Therapeuten und die Resultate bei den Jugendlichen	245

10.3	Netzwerkpartner: Sich anhand der QS/QO messen lassen	246
10.4	Schlussfolgerung	246
	Literatur	249
	Stichwortverzeichnis	259

Autorenverzeichnis

Scott W. Henggeler, PhD
 Medical University of
 South Carolina
 Psychiatry and Behavioral
 Sciences
 President Street 67
 29425 Charleston/SC
 USA

Sonja K. Schoenwald, PhD
 Medical University of
 South Carolina
 Psychiatry and Behavioral
 Sciences
 President Street 67
 29425 Charleston/SC
 USA

Charles M. Borduin, PhD
 University of Missouri-Columbia
 Psychological Sciences
 McAlester Hall 210
 65211-2500 Columbia/MO
 USA

Melisa D. Rowland, MD
 Medical University of
 South Carolina
 Psychiatry and Behavioral
 Sciences
 President Street 67
 29425 Charleston/SC
 USA

Phillippe B. Cunningham, PhD
 Medical University of
 South Carolina
 Psychiatry and Behavioral
 Sciences
 Family Services Research
 Center
 Calhoun St. 326
 29425 Charleston/SC
 USA

Cindy M. Schaeffer, PhD
 Medical University of
 South Carolina
 Psychiatry and Behavioral
 Sciences
 Family Services Research
 Center
 Calhoun St. 326
 29425 Charleston/SC
 USA

Priv.-Doz. Dr. Christian Bachmann
 Klinik für Psychiatrie,
 Psychosomatik und
 Psychotherapie des Kindes-
 und Jugendalters Charité
 -Universitätmedizin Berlin
 Augustenburger Platz1
 13353 Berlin
 Deutschland

Über die Autoren

Scott W. Henggeler, PhD, ist Professor für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften an der *Medical University of South Carolina*. Außerdem ist er Direktor des dortigen *Family Services Research Center*, welches kürzlich den *Annie A. Casey Foundation Families Count Award* sowie den *Points of Light Foundation President's Award* erhielt, und zwar in Anerkennung seiner herausragenden Leistungen auf dem Gebiet gemeinnütziger Dienstleistungen zur Lösung von Problemen im Gemeinwesen. Dr. Henggeler hat mehr als 250 wissenschaftliche Artikel, Buchkapitel und Bücher veröffentlicht und gehört dem redaktionellen Beirat von neun wissenschaftlichen Zeitschriften an. Zu seinen wissenschaftlichen und sozialpolitischen Interessen gehören die Entwicklung und Validierung innovativer Angebote für benachteiligte Kinder und deren Familien in den Bereichen psychische Störungen und Substanzmissbrauch. Auch setzt er sich ein für eine Umverteilung therapeutischer Ressourcen zur Behandlung von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch an Einrichtungen, die therapeutisch und ökonomisch effizient arbeiten und dabei die Intaktheit von Familien wahren, sowie für die Forschung zur Übertragbarkeit evidenzbasierter Behandlungsmethoden in gemeindenahen Settings.

Sonja K. Schoenwald, PhD, ist Professorin für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften an der *Medical University of South Carolina*. Von 1994 bis 2004 war sie stellvertretende Direktorin des *Family Services Research Center*. Dr. Schoenwald hat bei der Entwicklung, Weiterentwicklung und empirischen Überprüfung der Ausbildungs- und Qualitätssicherungsmanuale zur Übertragung der Multisystemischen Therapie in die Praxis vor Ort Pionierarbeit geleistet. Ihre Forschung konzentriert sich auf die Übertragbarkeit, Umsetzung und Verbreitung wirksamer gemeindenaher Therapien für Jugendliche und Familien. Sie hat zahlreiche peer-reviewed Artikel und Buchkapitel veröffentlicht und ist als Ko-Autorin an drei Büchern und mehreren Therapiemanualen sowie Monographien beteiligt.

Charles M. Borduin, PhD, ist Professor für Psychologie an der *University of Missouri-Columbia* und Direktor des *Missouri Delinquency Project*. Er hat über 100 wissenschaftliche Artikel, Buchkapitel und Bücher zur Entwicklung und Validierung wirksamer psychiatrischer Interventionen für Jugendliche mit komplexer klinischer Symptomatik veröffentlicht und war national sowie international als Berater öffentlicher und privater Träger zur Reform psychiatrischer Versorgungsangebote für Kinder tätig.

Melisa D. Rowland, MD, ist Dozentin für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften am *Family Services Research Center* der *Medical University of South Carolina*. Ihre Forschungsinteressen konzentrieren sich auf den Bereich der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation therapeutisch wirksamer familienbasierter Interventionen für Jugendliche mit schwerwiegenden emotionalen und Verhaltensproblemen. Dr. Rowland ist Ko-Leiterin für die therapeutische Umsetzung und Projektdurchführung einer vom *National Institute on Drug Abuse* geförderten Studie zur Überprüfung der Wirksamkeit von drei unterschiedlich intensiven Trainingsmanualen zur Etablierung eines Kontingenzmanagements in der Therapie von Jugendlichen mit Substanzmissbrauch in South Carolina. Zudem ist sie Ko-Leiterin eines durch die *Annie A. Casey Foundation* geförderten Projekts zur Entwicklung eines evidenzbasierten Maßnahmenpakets für Jugendliche mit dissozialem Verhalten in New York City, denen eine außerhäusliche Unterbringung droht.

Phillippe B. Cunningham, PhD, ist Professor für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften am *Family Services Research Center* der *Medical University of South Carolina*. Er engagiert sich seit langem für die psychosozialen Belange von Kindern und Jugendlichen, insbesondere solchen, die benachteiligt und unterversorgt sind. Dr. Cunningham erhielt im Jahr 2000 den *Theodore H. Blau Early Career Award* der *American Psychological Association's Society of Clinical Psychology*. 2006 nahm er an der *First Lady's Conference »Helping America's Youth«* teil.

Die Veränderungstheorie der Multisystemischen Therapie

Konzeptionelle und empirische Grundlagen

- 1.1 Die sozial-ökologische Theorie – 2**
 - 1.1.1 Menschliches Verhalten ist durch viele verschiedene Faktoren bestimmt – 2
 - 1.1.2 Ökologische Validität – 3
 - 1.1.3 Die Wechselseitigkeit menschlicher Interaktion – 3
- 1.2 Die Veränderungstheorie der MST – 4**
- 1.3 Empirische Evidenz für die Veränderungstheorie der MST – 5**
 - 1.3.1 Familientherapien nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft – 5
 - 1.3.2 Untersuchungen zu den Bedingungen dissozialen Verhaltens Jugendlicher – 6
 - 1.3.3 Empirische Überprüfung der Veränderungstheorie der MST – 7
- 1.4 Schlussfolgerungen aus der Veränderungstheorie der MST für die praktische Umsetzung – 9**

Inhalte dieses Kapitels

- Die sozial-ökologische Theorie als konzeptueller Rahmen für die MST
- Die Veränderungstheorie der MST
- Die empirische Evidenz für die Veränderungstheorie der MST

Täglich suchen Familien Hilfe im Umgang mit ihren in ernsthaften Schwierigkeiten steckenden Teenagern; und täglich versuchen Therapeuten, diese Hilfe zu leisten. Doch nicht jede Therapie ist gleich wirksam. Einige Therapien sind bei der Behandlung bestimmter Probleme effektiver als andere; und andere wiederum sind hierfür gänzlich ungeeignet. Dieses Buch konzentriert sich auf eine Therapieform, die sich bei Jugendlichen mit schwerwiegendem dissozialem Verhalten und ihren Familien als wirkungsvoll erwiesen hat: die Multisystemische Therapie (MST). Es werden die Gedanken dargestellt, die den im Rahmen von MST verwendeten Interventionen zugrunde liegen. Weiter werden Inhalt und Ablauf dieser Interventionen sowie die Ausbildungs-, Unterstützungs- und Feedbackstrategien beschrieben, die die Durchführung der Therapie und das Erreichen der Therapieziele fördern. Für die in den hunderten MST-Programmen weltweit tätigen Therapeuten und Supervisoren, die Jugendliche mit schwerwiegendem dissozialem Verhalten und deren Familien behandeln, dient dieses Buch als Handlungsleitfaden, der Struktur und Durchführung der therapeutischen Interventionen vorgibt. Für Therapeuten, die nicht direkt in MST-Programmen arbeiten, hoffen wir, dass die beschriebenen Behandlungsprinzipien und -abläufe einen Beitrag zum Erfolg ihrer Arbeit leisten können. Wir möchten unsere optimistische Sicht vermitteln, dass die hier dargestellten Interventionen – gut durchdacht, wissenschaftlich überprüft und implementiert in familien- und milieuzentrierten gemeindenahen Programmen – geeignet sind, den Lebensweg Heranwachsender mit schwerwiegendem dissozialem Verhalten positiv zu beeinflussen.

Dieses erste Kapitel beschreibt die theoretischen Grundlagen der MST. Jedes Therapieverfahren hat ein zugrunde liegendes theoretisches Konzept, das vorgibt, wie ein Therapeut ein klinisches Problem konzeptualisiert und welche therapeuti-

schen Interventionen er dann anwendet. Auf der einfachsten Ebene gibt dieses Grundkonzept vor, dass ein durch die Variable A verursachtes Problem B durch die positive Beeinflussung der Variable A verringert werden kann. Ein Beispiel aus Sicht der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT): Unter der Annahme, dass ein Übermaß an negativen Gedanken zu Depressionen bei Jugendlichen führt, sollten Interventionen zur Verringerung negativer Gedanken demnach zur Reduktion depressiver Symptome führen. Diese Abfolge – die Reduktion einer Problematik durch Behandlung der Ursachen – beschreibt die **Veränderungstheorie**, die der Intervention zugrunde liegt. Wichtig hierbei ist, dass Veränderungstheorien überprüft werden und die Therapieergebnisse die Theorie und den resultierenden Behandlungsansatz stützen oder widerlegen können.

1.1 Die sozial-ökologische Theorie

Die Veränderungstheorie der MST basiert in erster Linie auf verschiedenen Aspekten von Bronfenbrenners *Theorie der sozialen Ökologie* (1979).

1.1.1 Menschliches Verhalten ist durch viele verschiedene Faktoren bestimmt

Zu einem zentralen Merkmal der sozial-ökologischen Theorie gehört die Annahme, dass menschliches Verhalten durch viele verschiedene Faktoren bestimmt ist. Bronfenbrenner (1979, S. 3) vergleicht die individuelle ökologische Umwelt mit einem »Set ineinander eingebetteter Strukturen, jede umgeben von einer größeren, wie bei einer russischen Puppe. Im Zentrum befindet sich das innerste, unmittelbare System mit der sich entwickelnden Person.« Jede konzentrische Schicht wird als Repräsentation eines Systems (z.B. Familie, Peers, Schule, Nachbarschaft) oder Subsystems (z.B. Geschwister, erweiterter Familienkreis) angesehen, das eine bedeutende Rolle im Leben dieser Person spielt. Die sozial-ökologische Theorie betont hierdurch – im Unterschied zur traditionellen Familiensystemtheorie – den Einfluss einer Vielzahl von

Einflussfaktoren, auch aus dem weiteren Umfeld, auf das Leben des Individuums. Dies umfasst auch Settings und Personen, die nicht im direkten Kontakt mit dem Jugendlichen stehen (z.B. der Arbeitgeber der Mutter oder die Schulleitung).

Aus der therapeutischen Perspektive betrachtet, legt diese Besonderheit der sozial-ökologischen Theorie nahe, dass das Verhalten (inklusive der Verhaltensauffälligkeiten) eines Heranwachsenden durch das Zusammenspiel wichtiger Aspekte aus dem Leben des Jugendlichen beeinflusst wird, also durch Familie, Freunde, Schule oder Wohnviertel. Das sozial-ökologische Modell behauptet also, dass Verhaltensauffälligkeiten Heranwachsender vielfältige Einflussfaktoren haben und sich die spezifischen Risikofaktoren von Person zu Person unterscheiden können. Um zu einer möglichst exakten und umfassenden therapeutischen Einschätzung und zum Verständnis eines Falles zu kommen, muss also eine große Bandbreite möglicher Einflussfaktoren für Verhaltensauffälligkeiten in Betracht gezogen werden – zu berücksichtigen sind sowohl intrasystemische (z.B. nachlässige elterliche Aufsicht, Kontakt zu auffälligen Peers) als auch intersystemische (fehlendes Wissen der Sorgeberechtigten um den Freundeskreis des Jugendlichen, konflikthafte Interaktion zwischen Sorgeberechtigten und Schule) Faktoren. Wie in den folgenden Kapiteln noch ausgeführt werden wird, ist der umfassende, MST-spezifische diagnostische Prozess zumindest am Anfang der Behandlung für die Auswahl und Implementierung von Interventionen zur positiven Beeinflussung der beim Jugendlichen erkannten Probleme richtungsweisend. Diese Fallkonzeptualisierung wird während der gesamten Behandlung vom MST-Therapeuten fortlaufend durch Faktoren ergänzt, die sich im konkreten Fall als wirksam erwiesen haben. Sollten therapeutische Interventionen versagen, werden neue Strategien entwickelt, um die identifizierten Hindernisse für den Behandlungserfolg zu überwinden.

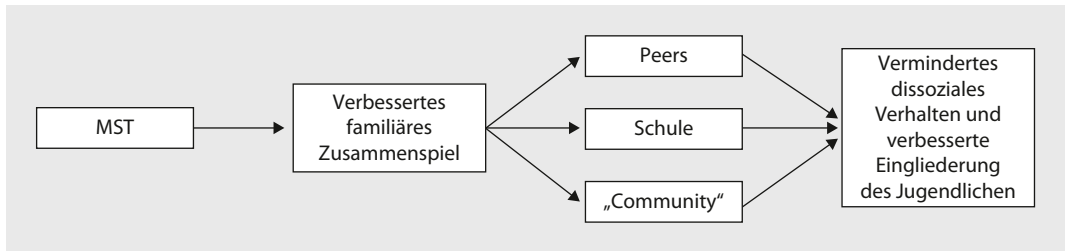
1.1.2 Ökologische Validität

Ein weiterer wichtiger Aspekt der sozial-ökologischen Theorie ist die Betonung der **ökologischen Validität** für das Verständnis von Entwicklung und

Verhalten. Die grundlegende Annahme der ökologischen Validität besagt, dass Verhalten nur dann vollständig verstanden werden kann, wenn es in seinem natürlichen Kontext betrachtet wird. Diese Annahme gilt auch für die Planung und Durchführung von Fallkonzeptualisierung und Intervention in der MST. Eine ökologisch valide Fallkonzeptualisierung erfordert, dass der Therapeut das Verhalten des Jugendlichen in einer Vielzahl alltäglicher Settings (z.B. zu Hause, im Klassenraum, während gesellschaftlicher Aktivitäten) nachvollziehen kann und dass diese Auffassung sich so weit möglich aus direkten Quellen speist (z.B. Eltern, Geschwister, erweiterter Familienkreis, Lehrer, Trainer). Entsprechend müssen therapeutische Interventionen mit größtmöglicher ökologischer Validität, d.h. im natürlichen Umfeld durchgeführt werden. Dies ist auch einer der Gründe, weshalb in allen MST-Programmen ausschließlich das in Kapitel 2 beschriebene Konzept der aufsuchenden Therapie angewendet wird. In der MST wird die Behandlung dort durchgeführt, wo die Probleme auftauchen – zu Hause, in der Schule oder an bestimmten Orten im Wohnviertel.

1.1.3 Die Wechselseitigkeit menschlicher Interaktion

Ein drittes für die Praxis relevantes Merkmal der sozial-ökologischen Theorie ist die Wechselseitigkeit menschlicher Interaktion. Ein ausgezeichnetes Beispiel für die gegenseitige Beeinflussung in der Eltern-Kind-Beziehung sind Machtkämpfe (Patterson, Reid & Dishion, 1992): Ein Vater fordert seine Tochter im Teenageralter auf, das Geschirr abzuwaschen. Daraufhin fängt diese eine Diskussion an und meckert herum. Der Vater kommt zu dem Schluss, dass es für ihn weniger Ärger bedeutet, den Abwasch selbst zu machen, woraufhin seine Tochter das Diskutieren und das Gemecker einstellt. Die Tochter lernt hieraus, dass Diskutieren und Meckern sie von ihren Pflichten befreit, während der Vater lernt, dass es ihm kurzfristig Stress erspart, wenn er seiner Tochter nachgibt. Dieser Aspekt der Wechselseitigkeit ist sowohl für die Fallkonzeptualisierung als auch für die im Rahmen der MST verwendeten Interventionen von zentraler



■ Abb. 1.1 Die Veränderungstheorie der MST

Bedeutung. Auf der Ebene der Fallkonzeptualisierung beispielsweise hilft der Gedanke der Wechselseitigkeit dem Therapeuten, zu verstehen, warum ein Elternteil seine Versuche der Erziehung seines Sohnes oder seiner Tochter aufgegeben hat – nicht etwa aufgrund mangelnder Zuneigung, sondern wegen erlernter Hoffnungslosigkeit. Der Therapeut sollte deshalb bei der Ausarbeitung der Behandlungsstrategien die zu erwartenden Reaktionen und Folgeaktionen aller Beteiligten im Rahmen der geplanten Interventionen berücksichtigen (ausführliche Darstellung in ► Kap. 3).

1.2 Die Veränderungstheorie der MST

In Übereinstimmung mit der sozial-ökologischen Theorie Bronfenbrenners (1979) lautet eine der grundlegenden Annahmen der Veränderungstheorie der MST, dass dissoziales Verhalten Heranwachsender (d.h. kriminelles Verhalten, Substanzmissbrauch, Verhaltensauffälligkeiten) durch das Zusammenspiel von Risikofaktoren bestimmt wird, die sich aus den zahlreichen Bezugssystemen ergeben (d.h. Familie, Peers, Schule, Nachbarschaft), in die der Jugendliche eingebettet ist. Um eine größtmögliche Wirkung zu erzielen, sollten Interventionen so aufgebaut sein, dass sie sich stets auf mehrere Risikofaktoren beziehen. Die Interventionen müssen natürlich individuell zugeschnitten sein, da nicht bei allen Jugendlichen und deren Familien die gleichen Risikofaktoren vorliegen. Begleitend sollten protektive Faktoren aufgebaut werden.

Eine zweite bedeutungsvolle Annahme der Veränderungstheorie der MST ist, dass im Regelfall die Eltern bzw. Sorgeberechtigten die wichtigsten

Akteure für die Umsetzung von Veränderungen sind. Ein zentrales Anliegen der MST-Interventionen ist es deshalb, Eltern dazu zu befähigen, sich die Ressourcen und Fähigkeiten anzueignen, die sie für einen erfolgreicherer Umgang mit ihren Kindern benötigen. Die Eltern werden in ihrer Kompetenzentwicklung vom Therapeuten begleitet und unterstützt, z.B. bei ihren Bemühungen, ihr Kind von auffälligen Peers loszulösen und seine Schulleistungen zu verbessern. Um das Ziel zu erreichen (und aufrechtzuerhalten), dass ein Jugendlicher weniger dissoziales Verhalten zeigt und besser zu-rechtkommt, wird also der Familie eine zentrale Rolle beigemessen.

Eine einfache Darstellung der Veränderungstheorie der MST findet sich in ■ Abb. 1.1. Der Therapeut arbeitet gemeinsam mit der Familie, indem er ihre Stärken (z.B. Zuneigung zum Jugendlichen, vorhandene soziale Unterstützung) nutzt, um die Hindernisse (z.B. Substanzmissbrauch der Eltern, kraftraubender Stress, Hoffnungslosigkeit) zu überwinden, die einem erfolgreichen elterlichen Handeln entgegenstehen. Bei zunehmender elterlicher Kompetenz (z.B. der Fähigkeit, das Kind zu beaufsichtigen, anzuleiten und zu unterstützen) hilft der Therapeut den Eltern dabei, Interventionen zu planen und umzusetzen, die das dissoziale Verhalten des Jugendlichen vermindern und dessen konstruktives Verhalten in der Familie, mit Peers, in der Schule und im Umfeld verbessern. Oberstes Ziel ist es, den Jugendlichen mit einem Umfeld zu umgeben, das prosoziales Verhalten verstärkt (z.B. prosoziale Peers, engagierte und effektive Eltern, eine unterstützende Schule) – im Gegensatz zu einer Umgebung, die dissoziales Verhalten fördert. Das gleiche Therapieziel gilt für Eltern (► Kap. 7): Aufbau eines eigenständigen unterstützenden

Netzwerks (d.h. erweiterter Familienkreis, Freunde, Nachbarn), das ihnen dabei hilft, die während der Therapie erreichten Veränderungen aufrechtzuerhalten.

1.3 Empirische Evidenz für die Veränderungstheorie der MST

Wie bereits angemerkt, können der konzeptuelle Rahmen und die dem Behandlungsansatz zugrunde liegende Veränderungstheorie überprüft werden. Die Ergebnisse dieser Überprüfungen können die Veränderungstheorie der Behandlung stützen oder widerlegen. Die Veränderungstheorie der MST scheint sich erfreulicherweise zu bewähren, was durch Forschungsergebnisse aus verschiedenen Bereichen belegt wird.

1.3.1 Familientherapien nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft

In einer veröffentlichten Übersichtsarbeit zu Familientherapien kommt Lebow (2005) zu dem Schluss, dass die wichtigsten familientherapeutischen Ansätze der neuen Generation (zu denen auch die MST gehört) zentrale Eigenschaften gemeinsam haben. An erster Stelle steht dabei die Wahrung einer systemischen Sichtweise (z.B. die Bedeutung stetiger gegenseitiger Beeinflussung und die Auffassung, dass das Ganze mehr als die Summe seiner Teile ist). Darüber hinaus weisen die Therapieprogramme der neuen Generation Merkmale auf, die von den Begründern der Familientherapie nicht in diesem Maße betont wurden. Für die Darstellung der MST sind diese Merkmale jedoch von besonderer Bedeutung, da sie mit der Veränderungstheorie der MST und den in diesem Buch beschriebenen therapeutischen Schwerpunkten im Einklang stehen:

Berücksichtigung der biologischen Grundlagen von Verhalten Die Kombination von medikamentöser Therapie und MST bei der Behandlung Jugendlicher mit zusätzlichem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) stellt ein gutes

Beispiel für die Integration biologischer und psychosozialer Interventionen dar (► Kap. 6).

Betonung des therapeutischen Bündnisses Die MST widmet dem Aufbau und der Pflege der Mitwirkungsbereitschaft der Familie bei der Therapie besondere Aufmerksamkeit, da diese entscheidend für den therapeutischen Fortschritt ist. Die Einbeziehung weiterer Personen aus dem natürlichen Umfeld der Familie, die potentiell den Behandlungsablauf beeinflussen, ist ebenfalls wichtig. Für jede Familie, mit der die MST durchgeführt wird, werden Strategien zur Förderung der Mitwirkungsbereitschaft und zur Überwindung diesbezüglicher Hindernisse überprüft und angepasst (► Kap. 2 und 3).

Anpassung der Interventionen an den gegenwärtigen Erkenntnisstand zu spezifischen Verhaltensschwierigkeiten Die Interventionen der MST zielen auf in der Forschung übereinstimmend identifizierte Risikofaktoren für schwerwiegendes dissoziales Verhalten Jugendlicher ab. Daneben (► Kap. 9) wurden Adaptationen des Programms für andere Formen von Verhaltensschwierigkeiten entwickelt (z.B. Vernachlässigung/Misshandlung von Kindern oder chronische Erkrankungen wie Diabetes oder AIDS). Die Abwandlungen des MST-Manuals, die für diese Adaptationen vorgenommen wurden, basieren auf empirischem Wissen bezüglich der Faktoren, die zu diesen spezifischen Problemen beitragen.

Wahrung einer multisystemischen Sichtweise Den Einfluss der MST würdigend merkt Lebow (2005) an, dass moderne Familientherapien oft mehrere Ebenen der Umwelt eines Jugendlichen berücksichtigen und dass die Familie mitunter nicht das primäre Ziel der Interventionen ist.

Förderung der Nachhaltigkeit von Veränderungen Die MST legt besonderen Wert auf eine Veränderung der sozialen Umgebung des Jugendlichen (z.B. die Einbindung des Jugendlichen in prosoziale Peergruppen, wie etwa Sportteams, kirchliche Jugendgruppen und andere von Erwachsenen betreute Aktivitäten), damit prosoziales Verhalten auch unter Alltagsbedingungen aufrechterhalten wird. Die MST legt ebenfalls Wert auf die Förderung

eines Unterstützungssystems im sozialen Umfeld, das der Familie hilft, die Behandlungserfolge aufrecht zu erhalten (► Kap. 7).

Betonung der Stärken einer Familie Die MST sieht familiäre (und außerfamiliäre) Stärken als zentrale Hebel für therapeutische Veränderungen an. Alle Interventionen im Rahmen der MST sowie die Qualitätssicherung und -verbesserung sind explizit auf Stärken ausgerichtet.

Berücksichtigung der Ziele der Klienten Wie in ► Kap. 2 ausführlich dargestellt wird, wird in der MST ein standardisiertes Vorgehen zur Identifizierung und Bestimmung der genauen Behandlungsziele verwendet. Familienmitglieder (aber z.B. auch Lehrer) sind dabei ganz wesentlich für die Bestimmung dieser Ziele.

Evaluation der Ergebnisse Die MST hat eine führende Rolle in der Förderung umfangreicher Evaluierungs- und Rechenschaftspflichten der Anbieter von Therapieprogrammen eingenommen. Die fortlaufende Evaluation der angestrebten Resultate ist einer der zentralen Leitsätze der MST (► Kap. 2). Darüber hinaus ist die Wirksamkeitsprüfung ein integraler Bestandteil des Systems zur Qualitätssicherung und -optimierung der MST. Wir versuchen kontinuierlich, die Effizienz und Validität der Evaluation der weltweit eingesetzten MST-Programme zu verbessern (► Kap. 10).

Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds Der kulturelle Kontext von Kindern und ihren Familien findet im sozio-ökologischen Modell intensive Beachtung. Das bedeutet, dass das Design und die Durchführung von Interventionen der MST dem kulturellen Hintergrund der Familie und ihrem sozialen Umfeld Rechnung tragen. Darüber hinaus wird jede Anstrengung unternommen, MST-Therapeuten zu gewinnen, die den kulturellen Hintergrund der in Frage kommenden Familien und Gemeinschaften verstehen oder sich mit diesem auseinandersetzen. Wie Huey und Polo (2008) sowie Schoenwald, Heiblum, Saldana und Henggeler (2008) berichten, wurde die MST bei Jugendlichen und Familien unterschiedlichster kultureller Herkunft (z.B. Afro-, Hispano- und indigene

Amerikaner, Maori, Pazifische Inseln, Skandinavien) erfolgreich durchgeführt.

1.3.2 Untersuchungen zu den Bedingungen dissozialen Verhaltens Jugendlicher

Ein wichtiger Anstoß für den Beginn der Entwicklung der MST Ende der 1970er Jahre war die Tatsache, dass bestehende Therapien für straffällig gewordene Jugendliche eine geringe empirische Fundierung aufwiesen und sich auf wenige Variablen konzentrierten, von denen man wusste, dass sie in Verbindung mit kriminellem Verhalten Jugendlicher standen. Obwohl in wissenschaftlichen Untersuchungen eindeutig gezeigt werden konnte, dass kriminelles Verhalten und andere Aspekte jugendlicher Psychopathologie mit Variablen aus dem sozialen Umfeld (d.h. dem Jugendlichen selbst, seiner Familie, Peers, Schule und Nachbarschaft) assoziiert sind, konzentrierten sich die damals vorherrschenden Therapien nur auf eine beschränkte Auswahl dieser Risikofaktoren. Durch diese verengte Sichtweise waren selbst die von kompetenten Therapeuten durchgeführten Behandlungen von vornherein zum Scheitern verurteilt. Auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse (die besagten, dass damalige Therapien für Delinquenz ineffektiv waren und dass Verhaltensschwierigkeiten Jugendlicher von vielen Faktoren abhängen) stellten Henggeler und Kollegen in ihrem Buch *Delinquency and Adolescent Psychopathology: A Family-Ecological Systems Approach* (Henggeler 1982; das Buch enthält zusätzliche Beiträge von Borduin) die These auf, dass wirksame Therapien die Multideterminiertheit schwerer Verhaltensauffälligkeiten und vor allem die Familienvariable berücksichtigen müssen.

Die Entwickler von Therapieprogrammen für Verhaltensstörungen, Delinquenz und Substanzmissbrauch von Jugendlichen sind allen exzellenten Wissenschaftlern, die die Ursachen und Zusammenhänge dissozialen Verhaltens im Kindes- und Jugendalter herausgearbeitet haben, zu großem Dank verpflichtet. Aus der Vielzahl wichtiger Untersuchungen stechen hierbei die bedeutenden Längsschnittstudien von Elliott (z.B. Elliott 1994a), Loeber (z.B. Loeber, Farrington, Stouthammer-

■ **Tab. 1.1** Hauptursachen und -symptome dissozialen Verhaltens bei Jugendlichen

Ebene des Jugendlichen	ADHS, Impulsivität Positive Einstellung gegenüber Delinquenz und Substanzgebrauch Fehlendes Schulbewusstsein bei Verstößen Negativer Affekt
Ebene der Familie	Mangelnde Aufsicht Substanzmissbrauch und psychische Probleme der Eltern Inkonsistente oder nachlässige Erziehung Schwache emotionale Beziehungen zwischen Jugendlichen, Eltern und Geschwistern
Ebene der Peers	Verbindung zu Peers mit Drogenkonsum und/ oder Delinquenz Schlechte Beziehungen zu Peers, Zurückweisung durch Peers
Ebene der Schule	Schulische Schwierigkeiten, schlechte Noten, Zurückstufungen Verhaltensauffälligkeiten in der Schule, Schwänzen, Schulverweise Negative Einstellung gegenüber der Schule Besuch einer Schule, die nicht auf die Bedürfnisse des Jugendlichen eingeht (z. B. Null-Toleranz-Politik)
Ebene der Nachbarschaft	Verfügbarkeit von Waffen und Drogen Hoher psychosozialer Stress und Stress in der Umgebung (z.B. Gewalt)

Loeber & Van Kammen, 1998) und Thornberry (Thornberry & Krohn, 2003) besonders hervor. Obwohl es einige Unterschiede in der Bewertung von Risikofaktoren gibt (z.B. Jungen vs. Mädchen, Weiße vs. Afroamerikaner, frühes vs. späteres Jugendalter), sind die Aussagen dieser und anderer Studien zum dissozialen Verhalten Jugendlicher aus den letzten Jahrzehnten auffallend einheitlich: Dissoziales Verhalten Heranwachsender ist multideterminiert; es wird von in den Jugendlichen selbst liegenden Faktoren und von solchen, die in ihrer sozialen Umwelt liegen (d.h. Familie, Peers, Schule und Nachbarschaft), bestimmt.

■ **Tab. 1.1** liefert auf der Grundlage einiger exzellenter Übersichtsarbeiten (Biglan, Brennan, Foster & Holder, 2004; Hoge, Guerra & Boxer, 2008; Loeber et al., 1998) einen kurzen Überblick über therapeutisch beeinflussbare Faktoren (Risikofaktoren, die therapeutisch unbeeinflussbar sind, wie z.B. genetische Faktoren oder vorgeburtliche Schädigung, sind also nicht aufgeführt).

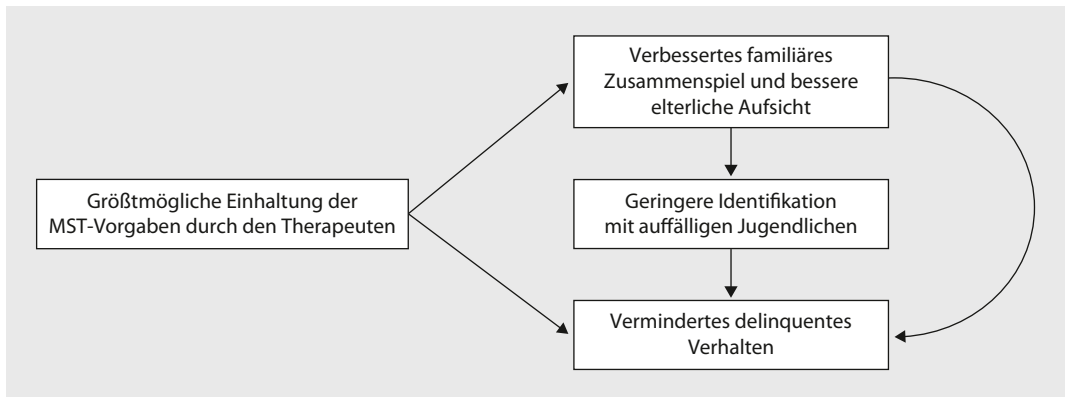
1.3.3 Empirische Überprüfung der Veränderungstheorie der MST

Selbst die Veränderungstheorien der erwiesenermaßen effektiven Therapien für Jugendliche mit

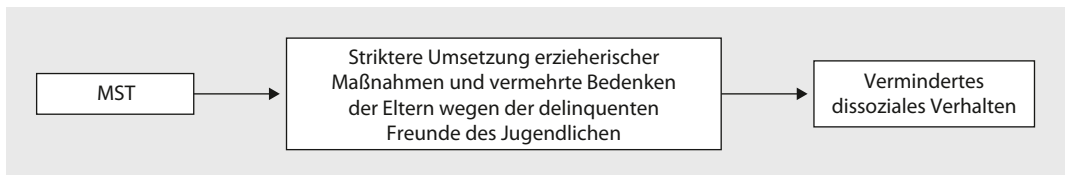
emotionalen und Verhaltensproblemen sind selten empirisch auf ihre Gültigkeit hin überprüft worden (Kazdin, 2007). Wie zuvor angemerkt, ist aber für den Beleg der Gültigkeit der konzeptuellen Basis einer psychosozialen Therapie eine solche Validierung unabdingbar. Die in ■ **Abb. 1.1** dargestellte Veränderungstheorie der MST wird von Forschungsergebnissen aus verschiedenen Bereichen gestützt.

Ergebnisse von MST-Therapiestudien

In Wirksamkeitsstudien (► Kap. 9) mit hochwertigem Design (d.h. in randomisiert-kontrollierten Studien, dem wissenschaftlichen Goldstandard) wurde nachgewiesen, dass die MST im Gegensatz zu anderen Interventionen eine signifikante Verringerung dissozialen Verhaltens jugendlicher Straftäter (d.h. kriminelle Delikte, Substanzgebrauch) erzielt. Viele dieser Studien zeigen auch, dass es eine Verbindung zwischen der Wirksamkeit von MST und den Veränderungen wichtiger mit dissozialem Verhalten Heranwachsender assoziierter Variablen aus den Bereichen Familie (z.B. verbesserte Erziehungskompetenzen) und Peers (z.B. geringere Identifikation mit auffälligen Jugendlichen) gibt. Diese Befunde sind wichtige Belege für die Veränderungstheorie der MST. Auch wenn diese Ergebnisse nicht beweisen, dass verbesserte familiäre Beziehungen und eine geringere Identifikation



■ Abb. 1.2 Die Veränderungsmechanismen der MST bei jugendlichen Straftätern (auch mit Drogenkonsum)



■ Abb. 1.3 Der Veränderungsmechanismus der MST bei jugendlichen Sexualstraftätern

des Jugendlichen mit straffälligen Peers einen direkten Einfluss auf die positive Entwicklung des dissozialen Verhaltens bewirkt haben, stehen solche Ergebnisse zumindest im Einklang mit dieser Möglichkeit.

Direkte Untersuchungen der Veränderungsmechanismen der MST

Ein zweiter Untersuchungsschwerpunkt überprüft die unmittelbare Wirkweise der Veränderungstheorie der MST mit erweiterten statistischen Methoden. Unter Verwendung der Daten einzelner Studien zur MST mit Jugendlichen, die schwere Straftaten begangen haben (Henggeler, Melton, Brondino, Scherer & Hanley, 1997) bzw. bei Straftätern mit Substanzmissbrauch (Henggeler, Pickrel & Brondino, 1999) konnten Huey, Henggeler, Brondino und Pickrel (2000) zeigen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der Beachtung der MST-Vorgaben durch den Therapeuten und einer Verbesserung der familiären Beziehungen sowie geringer Identifikation mit straffälligen Jugendlichen (und diese wiederum in Verbindung mit einer Verringerung strafbaren Verhaltens). ■ Abb. 1.2 fasst die Ergebnisse beider Studien zusammen.

In einer neueren Studie – es handelt sich um eine randomisiert-kontrollierte MST-Studie mit jugendlichen Straftätern – konnten Henggeler, Letourneau, Chapman, Borduin, Schewe und McCart (2009) zeigen, dass die günstigen Effekte der MST in der Verringerung dissozialen Verhaltens im 12-Monats-Follow-up durch zwei Maßnahmen vermittelt wurden: durch die Striktheit in der Umsetzung erzieherischer Maßnahmen und durch die Eindeutigkeit, mit der die elterliche Missbilligung gegenüber auffälligen Freunden vermittelt wurde (■ Abb. 1.3). Dieser Befund legt nahe, dass Eltern durch die MST befähigt wurden, Freunde mit einem schlechten Einfluss auf ihr Kind leichter zu identifizieren, den Umgang mit diesen Freunden zu untersagen und geplante erzieherische Maßnahmen strikter umzusetzen. Dieses Verhalten führte wiederum zu verringertem dissozialem Verhalten der jugendlichen Sexualstraftäter. Die drei genannten »Effectiveness«-Studien zur Wirksamkeit von MST führten demnach zu Ergebnissen, die mit den Annahmen der Veränderungstheorie übereinstimmen.

Die MST (bzw. die Einhaltung der Vorgaben der MST) verändert zentrale Risikofaktoren für kriminelles Verhalten innerhalb der Familie und

bei den Peers, diese Veränderung der Risikofaktoren führt zu vermindertem dissozialem Verhalten der Heranwachsenden.

Veränderungsmechanismen anderer evidenzbasierter Interventionen für Jugendliche mit dissozialem Verhalten

Eine dritte Forschungsrichtung, die die Veränderungstheorie der MST stützt, bilden jene (wenigen) Studien, die Veränderungsmechanismen anderer evidenzbasierter Therapieprogramme für Jugendliche mit dissozialem Verhalten untersucht haben. In einer Studie zur Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC; Chamberlain, 2003), bei der jugendliche Straftäter entweder eine MTFC-Therapie oder eine gewöhnliche Gruppentherapie am Wohnort erhielten, konnten Eddy und Chamberlain (2000) zeigen, dass der positive Effekt des MTFC auf die kriminellen Aktivitäten der Heranwachsenden zum einen durch die erzieherischen Maßnahmen der Eltern und zum anderen durch die Identifikation des Heranwachsenden mit verhaltensauffälligen Peers vermittelt wurden. Lochman und Wells (2002) kamen in einer Evaluation des präventiv angelegten Coping-Power-Programms für durch dissoziales Verhalten gefährdete vorpubertäre Jungen zu dem Ergebnis, dass ein inkonsistenter Erziehungsstil der Eltern einen zentralen Mediator für späteres dissoziales Verhalten Jugendlicher darstellt.

Zusammengefasst bilden die Ergebnisse der drei genannten Forschungsrichtungen – State-of-the-art-Arbeiten zu Familientherapien, Erforschung der Ursachen und Symptome dissozialen Verhaltens Jugendlicher und empirische Tests der Veränderungstheorie der MST – einen überzeugenden Beleg für die Veränderungstheorie der MST sowie die Theorie der sozialen Ökologie, auf der die MST basiert.

1.4 Schlussfolgerungen aus der Veränderungstheorie der MST für die praktische Umsetzung

Die Aussagen der Theorie der sozialen Ökologie, die Forschungsarbeiten zu den Ursachen und Faktoren, die mit dissozialem Verhalten korreliert sind,

die Veränderungstheorie der MST sowie die Untersuchungen, die die Veränderungstheorie der MST stützen, haben zusammengekommen eine große Bedeutung für die Therapie schwerwiegenden dissozialen Verhaltens Jugendlicher.

Dissoziales Verhalten Jugendlicher ist multideterminiert

Effektive Interventionen müssen deshalb so angelegt sein, dass mit ihnen ein umfangreicher Satz an Risikofaktoren aus den verschiedenen Systemen, in die der Jugendliche eingebunden ist, in Angriff genommen werden können. Um effizient zu sein, werden diese Risikofaktoren für jeden Jugendlichen individuell erfasst und behandelt (das individuelle Risikoprofil ist von Fall zu Fall unterschiedlich). In Übereinstimmung mit dem Konzept, die Stärken zu betonen, wird dem Aufbau von Schutzfaktoren, wie etwa Kompetenzen in der Erziehung (► Kap. 3), Fertigkeiten des Jugendlichen im Umgang mit Problemsituationen (► Kap. 6) oder sozialen Ressourcen (► Kap. 7) große Aufmerksamkeit gewidmet.

Familien werden befähigt, die Probleme des Jugendlichen in Angriff zu nehmen

Eltern werden als die Schlüsselfiguren für das Erreichen dauerhafter Fortschritte des Jugendlichen angesehen. Eine Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen hat sehr oft eine Schlüsselfunktion, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen. Deshalb werden in der MST Hindernisse für die Verbesserung erzieherischer Fähigkeiten, wie etwa Substanzmissbrauch der Eltern (► Kap. 8), zunächst identifiziert und anschließend angegangen. Erst danach werden die erzieherischen Fertigkeiten und Kompetenzen der Eltern/Sorgeberechtigten im Umgang mit den ermittelten Schwierigkeiten des Jugendlichen gestärkt (► Kap. 3).

Beendigung des schlechten Einflusses auffälliger Peers

Die Identifikation mit straffälligen und Drogen konsumierenden Peers steht in einem engen Zusammenhang mit Verhaltensproblemen des Jugendlichen. Unter Anleitung des Therapeuten unternehmen die Eltern alles Menschenmögliche, um die Verbindung zu auffälligen Jugendlichen zu beenden und Freundschaften mit prosozialen Peers zu ermöglichen.

Verbesserung der schulischen oder beruflichen Leistungen Die Schule bietet ausgezeichnete Möglichkeiten für die prosoziale Entwicklung. Ausbildung und berufliche Fertigkeiten sind entscheidend für die wirtschaftliche und soziale Zukunft des Jugendlichen. Eine berufliche Anstellung, die in einen gesetzeskonformen Werdegang münden kann, ist ein wichtiger Prädiktor für die Unterlassung kriminellen Verhaltens (Sampson & Laub, 2005; ► Kap. 5).

Entwicklung eines Hilfenetzwerkes im sozialen Umfeld, das die Familie und den Jugendlichen dabei unterstützt, die erreichten Therapieerfolge aufrechtzuerhalten Viele Familien, die an der MST teilnehmen, verfügen über nur geringe soziale Ressourcen (z.B. Freunde, Nachbarn oder Mitglieder des erweiterten Familienkreises), auf die sie in Zeiten vermehrter Belastung zurückgreifen können. Die MST hat das Ziel, diesen Familien beim Aufbau und Ausbau eines Hilfenetzwerkes im sozialen Umfeld zu helfen; dieses leistet einen wesentlichen Beitrag für die Aufrechterhaltung des angestrebten prosozialen Verhaltens (► Kap. 7).

Wir hoffen, dass unsere Ausführungen zur Theorie der sozialen Ökologie als Grundlage für die MST, zur Veränderungstheorie der MST und zu den Ergebnissen aus verschiedenen Forschungsfeldern, die diese Annahmen stützen, eine fundierte Darstellung des konzeptuellen Fundaments der MST vermittelt haben.