

Sheidow, Ashli J. und Henggeler, Scott W.

Multisystemische Therapie mit substanzkonsumierenden Jugendlichen: Überblick über Behandlung und Forschung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 5, S. 401-419

urn:nbn:de:bsz-psydok-48200

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

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

Multisystemische Therapie mit substanzkonsumierenden Jugendlichen: Überblick über Behandlung und Forschung¹

Ashli J. Sheidow und Scott W. Henggeler

Summary

Multisystemic Therapy with Substance Using Adolescents: A Clinical and Research Overview

Multisystemic therapy (MST) is a family and community-based treatment approach targeting youth with serious clinical problems who are at risk for out-of-home placement (e.g., detention, incarceration, or residential treatment facility). Based on an extensive body of controlled clinical research, MST has been identified as an effective treatment of youth antisocial behavior, including substance abuse.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 401-419

Keywords

Multisystemic Therapy – systemic Therapy – adolexcents – substance use

Zusammenfassung

Die Multisystemische Therapie (MST) ist ein familien- und gemeindenaher Behandlungsansatz für Jugendliche mit schweren klinischen Problemen, bei denen das Risiko einer Fremdunterbringung z. B. durch Festnahme, Inhaftierung oder Aufenthalt in einer Behandlungseinrichtung besteht. Die MST hat sich in umfangreichen kontrollierten klinischen Studien als effektives Behandlungsverfahren für dissoziales Verhalten erwiesen, darunter auch Drogenmissbrauch.

Schlagwörter

Multisystemische Therapie – systemische Therapie – Jugendliche – Drogengebrauch

¹ Genehmigte Übersetzung von Jainchill, N. (Hrsg.; im Druck) *Understanding and treating adolescent substance use disorders*, Kingston, NJ: Civic Research Institute. Die Veröffentlichung des Manuskriptes wurde vom National Institute on Drug Abuse, dem National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse und dem Center for Substance Abuse gefördert. Die Übersetzung wurde vorgenommen durch Anja Schultze-Krumbholz, Berlin und Rüdiger Retzlaff, Heidelberg.

1 Empirische Grundlagen für die Anwendung von MST

In den vergangenen Jahrzehnten wurden Ursachen und Begleitfaktoren von Verhaltensproblemen von Jugendlichen in zahlreichen Forschungsarbeiten untersucht (z. B. Hann u. Borek, 2001; Lipsey u. Derzon, 1998). Die Ergebnisse dieser Studien haben dazu beigetragen, die Bedeutung verschiedener Faktoren aus unterschiedlichen Ebenen des sozialen Umfeldes von Jugendlichen zu klären. Einen direkten Einfluss auf Verhaltensprobleme haben Merkmale des elterlichen Erziehungsstils, wie die Intensität der Beaufsichtigung, die Form von Disziplinierungsmaßnahmen, die Konsistenz des Erziehungsverhaltens, elterliche Unterstützung und die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung (z. B. Gorman-Smith, Tolan, Loeber, Henry, 1998; Steinberg, Fletcher, Darling, 1994). Als einer der stärksten Prädiktoren für Substanzkonsum von Jugendlichen erwies sich immer wieder der Substanzkonsum von Gleichaltrigen (Farrell u. Danish, 1993; Newcomb u. Bentler, 1989). Die Einnahme von illegalen Substanzen durch Jugendliche kann auf vielfältige Weise von Gleichaltrigen beeinflusst werden, z. B. über geteilte Einstellungen, Überzeugungen und Normen, durch Bindung, die Erleichterung des Zugangs zu Drogen, durch Modellwirkung und Statusstreben (Dodge, Dishion, Lansford, 2006). Zahlreiche weitere Faktoren können das Substanzkonsumverhalten von Jugendlichen indirekt beeinflussen. Das Risiko einer Substanzstörung ist bei Jugendlichen erhöht, wenn ihre Eltern selbst Substanzen missbrauchen (McGue, 1999). Zu diesem Effekt kommt es über den nachteiligen Einfluss, den die Einnahme von Substanzen auf die elterliche Kompetenz hat, etwa durch eine verringerte Fähigkeit, den Umgang mit Gleichaltrigen einzuschränken, die ihrerseits Drogen konsumieren.

Es gibt also eindeutige Befunde, die eine relativ komplexe, multikausale, sozialökologische Betrachtungsweise des Substanzkonsums von Jugendlichen nahelegen, simple monokausale Interpretationen dagegen ausschließen. Wie im Folgenden beschrieben wird, beruhen die Interventionen der MST auf dieser multikausalen Betrachtungsweise des Problemverhaltens von Jugendlichen. Die Therapieplanung der MST zielt auf eine Veränderung von Aspekten der sozialen Umwelt, die für den Jugendlichen maßgeblich ist, um eine Veränderung des Problemverhaltens zu bewirken. Von besonderer Bedeutung ist die gute Absicherung des ökologischen, systemischen Fokus des MST-Behandlungsansatzes durch klinische Forschungsergebnisse.

Huey und Kollegen (2000) untersuchten anhand von Daten aus randomisierten Studien mit Jugendlichen, die schwerwiegende Straftaten begangen hatten (Henggeler, Melton, Brondino, Scherer, Hanley, 1997), und von jugendlichen Straftätern, die Substanzen missbrauchten (Henggeler, Pickrel, Brondino, 1999), potenzielle vermittelnde Variablen, die positive Therapieeffekte beeinflussen. Übereinstimmend mit den oben erwähnten Untersuchungen zu Risikofaktoren zeigte sich, dass ein verbesserter Familienzusammenhalt, eine verbesserte Beaufsichtigung durch die Familie sowie eine Verringerung des Umgangs mit verhaltensauffälligen Gleichaltrigen Mediatorvariablen sind, über die Behandlungseffekte der MST bei dissozialem Verhalten vermittelt werden. In einer anderen Untersuchung zur MST mit delinquenten Jugendlichen gingen Verbesserungen der

Symptomatik der Jugendlichen mit einer Verbesserung der ehelichen Beziehung einher (Mann, Borduin, Henggeler, Blaske, 1990). Die Befundlage aus Therapiestudien bestätigt somit das theoretische Modell der MST und entspricht dem aktuellen Forschungsstand zu Ursachen und Korrelaten von jugendlichem Substanzkonsum.

2 Therapeutische Umsetzung

Die klinische Vorgehensweise der MST bei der Behandlung von dissozialem Verhalten und schwerwiegenden emotionalen Störungen bei Jugendlichen wird in zwei Manualen detailliert beschrieben (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, Cunningham, 1998; Henggeler, Schoenwald, Rowland, Cunningham, 2002). Auch die Schulung von Therapeuten und die Ausbildung zum MST-Supervisor wurden standardisiert, außerdem gibt es ein ausführliches Qualitätssicherungsverfahren, um die Adhärenz zu fördern (Schoenwald, 2008). Die MST-Manuale beschreiben den Prozess, wie Veränderungsziele ausgewählt werden und wie festgelegt wird, welche Probleme der Jugendlichen und ihrer Familie Priorität erhalten.

Entsprechend des ökologischen und systemtheoretischen Modells der MST richten sich diagnostischer Prozess, der integraler Teil der MST-Behandlung ist, und die spezifischen Interventionen auf individuelle Faktoren, auf Faktoren auf der Ebene der Familien, der Gleichaltrigen, der Schule und des sozialen Netzwerkes, die mit den identifizierten Problemen in Verbindung stehen, und natürlich auf die Schnittstellen dieser Systemebenen. Ziel der MST ist es, Verhaltensänderungen bei dissozialen Jugendlichen durch die Veränderung von Merkmalen des Umfeldes des Jugendlichen zu bewirken, die in Zusammenhang mit dem identifizierten Problem stehen.

3 Durchführung der Behandlung

MST wird von Therapeuten durchgeführt, die einen Masterabschluss haben. Sie sind Vollzeit tätig und betreuen jeweils vier bis sechs Familien. Drei bis vier Therapeuten arbeiten in einem Team zusammen. Jedes dieser Teams wird von einem Supervisor mit einem fortgeschrittenen Masterabschluss oder abgeschlossenem Promotionsstudium betreut, der dem Team mit mindestens 50 % seiner Arbeitszeit zur Verfügung steht. Therapeuten des Teams sind an sieben Tagen 24 Stunden am Tag im Einsatz. Dadurch werden Sitzungen zu Tageszeiten möglich, die für Familien günstig liegen. Außerdem können Therapeuten rasch auf Krisen reagieren, die eine Erreichung der Therapieziele gefährden könnten, beispielsweise durch Verhinderung einer Fremdplatzierung. Das therapeutische Angebot ist zeitlich begrenzt und umfasst durchschnittlich 60 Stunden direkter Kontakte in einem Zeitraum von drei bis sechs Monaten.

Die MST basiert auf einem aufsuchenden therapeutischen Versorgungsmodell, d.h. Therapeuten suchen Jugendliche zuhause auf und gehen in die Schule und in

die Gemeinde, um die Schwelle zum therapeutischen Angebot niedrig zu halten. In Kombination mit der ständigen Einsatzbereitschaft ist dieses aufsuchende Versorgungsmodell besonders effektiv, um Familien zu einer Behandlung zu bewegen und diese auch durchhalten zu lassen. Beispielsweise beendeten in einer Untersuchung zur MST mit jugendlichen Straftätern, die Substanzen missbrauchten oder abhängig waren, 100 % der Jugendlichen mit ihren Familien, die randomisiert der MST-Bedingung zugewiesen wurden, mindestens zwei Monate der Behandlung. Mit Ausnahme einer einzigen Familie setzten alle Familien die Behandlung bis zum vorgesehen Abschluss – etwa vier Monate nach der ärztlichen Überweisung – fort (Henggeler, Pickrel, Brondino, Crouch, 1996).

4 Therapeutisches Vorgehen

Bei MST-Programmen stehen Jugendliche mit ihren Familien im Mittelpunkt, die schwerwiegendes dissoziales Verhalten zeigen und bei denen das akute Risiko einer kostenintensiven Platzierung in einer Einrichtung besteht. Übergeordnetes Ziel der MST ist es, Familien zu befähigen, schwerwiegende klinische Störungen und andere potenzielle Probleme ihres heranwachsenden Kindes wirksam zu lösen und zu bewältigen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit in der Adoleszenz auftreten. Therapeuten sollen Jugendliche und ihre Familien dabei unterstützen, zur Lösung von Problemen erforderliche Fähigkeiten zu entwickeln. Diese gehen auf eine Reihe von multisystemischen auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren zurück. Zur Förderung und Stabilisierung von positiven Veränderungen werden häufig Ressourcen aus dem natürlichen Umfeld der Familien genutzt und gestärkt. Das Vorgehen der MST besteht weniger in der Vorgabe eines manualisierten Behandlungsplanes, der Schritt für Schritt abzarbeiten ist. Vielmehr wird ein allgemeiner Orientierungsrahmen zum Behandlungsablauf für die therapeutische Vorgehensweise geboten. MST-Therapeuten und Supervisoren folgen neun Kernprinzipien, die auch die diagnostische Praxis und die Einbeziehung von weiteren evidenzbasierten Interventionen in die MST bestimmen (Henggeler et al., 1998).

Diese neun Prinzipien (vgl. Tab. 1) dienen dazu, Therapieziele zu definieren und Interventionen für die Erreichung der Behandlungsziele zu entwickeln. Prinzip 1 beispielsweise befasst sich mit der Methode, wie ein identifiziertes Probleme aufzufassen ist. Auf Grundlage der vorhandenen Forschungsergebnisse über Korrelate und Ursachen von Problemen bei Jugendlichen verstehen MST-Therapeuten Symptome von Jugendlichen und Familien aus einer ökologischen, systemischen Perspektive heraus (vgl. Prinzip 5). Deshalb untersuchen Therapeuten im Rahmen der Behandlung Passungsfaktoren und Merkmale des Umfeldes des Jugendlichen, die das Problemverhalten aufrechterhalten. Dieses Prinzip wird durch einen dynamischen Analyseprozess mit regelmäßiger Überprüfung von Fortschritten verwirklicht, bei dem auch neu erkannte oder angemessen behobene Faktoren erfasst werden (s. auch Prinzip 8).

Tabelle 1: Behandlungsprinzipien der MST

1. *Die Passung finden.* Das wesentliche Ziel der Diagnostik ist ein Verständnis der „Passung“ zwischen den identifizierten Problemen und dem umfassenderen systemischen Kontext.
2. *Fokus auf dem Positiven und auf Stärken.* In Therapiesitzungen wird das Positive hervorgehoben und Stärken des Systems werden als Ansatzpunkt für Veränderungen genutzt.
3. *Verantwortliches Verhalten fördern.* Interventionen dienen dazu, verantwortungsvolles Verhalten zu fördern und verantwortungsloses Verhalten unter Familienmitgliedern zu vermindern.
4. *Gegenwartsorientiertes, handlungsorientiertes und klar definiertes Vorgehen.* Interventionen sind gegenwartsfokussiert und handlungsorientiert. Sie richten sich auf spezifische und klar definierte Probleme.
5. *Verhaltensabläufe in den Mittelpunkt stellen.* Die Interventionen stellen Verhaltensabläufe innerhalb eines oder zwischen mehreren Systemen in den Mittelpunkt, die das identifizierte Problem aufrechterhalten.
6. *Den Entwicklungsstand berücksichtigen.* Die Interventionen sind entwicklungspsychologisch angemessen und entsprechen den Entwicklungsbedürfnissen der Jugendlichen.
7. *Kontinuierlicher Einsatz.* Die Interventionen werden so geplant, dass sie einen täglichen oder wöchentlichen Einsatz der Familienmitglieder erfordern.
8. *Evaluation und Verantwortung für den Therapieerfolg übernehmen.* Die Effektivität der Interventionen wird kontinuierlich aus verschiedenen Perspektiven evaluiert. Das MST-Team und der Therapeut übernehmen die Verantwortung, Hindernisse auf dem Weg zu einem guten Therapieerfolg zu überwinden.
9. *Auf Generalisierung achten.* Die Interventionen werden so geplant, dass eine Generalisierung der Behandlungseffekte und eine dauerhafte Aufrechterhaltung der therapeutischen Veränderungen möglich wird, indem die Fähigkeit der Bezugspersonen gestärkt wird, die Bedürfnisse der Familienmitglieder in verschiedenen systemischen Kontexten zu verwirklichen.

Ein weiteres Beispiel: Prinzip 2 befasst sich mit der an Stärken orientierten Perspektive, die während des gesamten diagnostischen und therapeutischen Prozesses der Familie klar vermittelt wird. Diese optimistische Orientierung wird durch Supervision und Peer-Konsultation offen unterstützt. Die Therapeuten identifizieren potenzielle Stärken in verschiedenen sozialökologischen Kontexten und überprüfen Faktoren, die beim Jugendlichen liegen, wie besondere Kompetenzen, Attraktivität, Altruismus, Stärken der Angehörigen oder Betreuungspersonen (z. B. verschiedene Ressourcen, emotionale Bindung, soziale Unterstützung), der Gleichaltrigen (z. B. ihre Kompetenzen, prosoziale Aktivitäten), der Schule (z. B. Leitung, Fürsorge, prosoziale Aktivitäten) und der Nachbarschaft oder Gemeinde (z. B. Strafverfolgung, gesellschaftliches Engagement von Wirtschaftsunternehmen², Gesundheitspflege, Nachbarschaftshilfe). Diese Stärken werden dann bei der Therapieplanung wirksam genutzt. Wenn beispielsweise eine geringe Beaufsichtigung nach Schulschluss zur Beteiligung des Jugendlichen an dissozialem Verhalten beiträgt, kann die Beaufsichtigung verbessert werden. Dies geschieht etwa durch ein *empowerment* der Eltern

² „Business involvement“, auch „corporate social responsibility“; dieses Konzept ist in Deutschland bekannt als „Unternehmen & Verantwortung“ und beschreibt die Einbindung von Wirtschaftsunternehmen in gesellschaftliche Belange der Region oder weltweit (Anm. der Übersetzerin).

oder anderer Bezugspersonen, den Jugendlichen durch gut organisierte, prosoziale Aktivitäten zu beschäftigen, die von der Schule oder der Gemeinde angeboten werden. Wichtig ist hierbei, dass Therapeuten so ausgebildet werden, diesen stärkenorientierten Ansatz in die gesamte therapeutische Arbeit einfließen zu lassen. Statt Klienten als veränderungsresistent zu beurteilen, werden sie von ihren Supervisoren unterstützt, „Hindernisse“ für den Behandlungserfolg zu erkennen. Die Behandlungsprinzipien der MST werden ausführlich in den bereits erwähnten Manualen dargestellt (Henggeler et al., 1998, 2002).

Zu Beginn der Behandlung werden die Problemverhaltensweisen, um die es in der Behandlung gehen soll, detailliert aus der Warte verschiedener Parteien beschrieben – z. B. von Familienmitgliedern, Lehrern und Vertretern der Jugendstraßbehörden. Auf Basis unterschiedlicher Informationsquellen, wie z. B. der Einschätzung von verschiedenen Parteien oder dem klinischen Eindruck werden sozialökologischen Faktoren, die offensichtlich hinter dem jeweiligen Problemverhalten stehen, zu einem stimmigen Gesamtbild geordnet. Als nächstes entwickelt der MST-Therapeut mit Unterstützung anderer Teammitglieder, des MST-Supervisors oder eines kundigen MST-Experten spezifische Interventionsstrategien, die sich gezielt auf diese Triebkräfte richten; weitere Interventionstechniken aus pragmatischen, problemorientierten Behandlungsansätzen, die zumindest teilweise empirisch fundiert sind, können dabei mit eingesetzt werden. Dazu zählen die strategische Familientherapie (Haley, 1987), die strukturelle Familientherapie (Minuchin, 1974), behaviorales Elternt raining (Munger, 1993) und die kognitiv-behavioralen Therapien (Kazdin u. Weisz, 2003). Bei Hinweisen für die Beteiligung von biologischen Faktoren an einem identifizierten Problem wird eine psychopharmakologische Behandlung gemäß evidenzbasierten Kriterien in die psychosoziale Behandlung integriert (z. B. Weisz u. Jensen, 1999). Bei der Umsetzung von Interventionen erfolgt eine kontinuierliche Überprüfung der Behandlungseffekte. In einem rekursiven Prozess werden wirkungslose Interventionen neu konzipiert und so lange modifiziert, bis eine wirksame Strategie erarbeitet worden ist. Dabei ist zu beachten, dass spezifische Behandlungsziele auf der Ebene des Klienten als Einzelperson, der Familie, der Gleichaltrigen, der Schule und auf der Ebene des sozialen Netzwerkes ansetzen können. Insgesamt versteht das Modell der MST jedoch primär die Eltern oder entsprechende Betreuungspersonen des Jugendlichen als Schlüssel für das Erreichen der gewünschten Ziele. Deshalb zielen die Interventionen meist auf ein empowerment der Familie, damit diese selbst mit den relevanten Systemen umgehen kann, um die erwünschten Ergebnisse zu verwirklichen.

5 Qualitätssicherung

Erfolgreiche Therapiestudien zur MST, die Mitte der 1990er Jahre durchgeführt wurden, führten dazu, dass Behandlungseinrichtungen überall in den USA MST-Teams an ihrer Institution bilden wollten. Sehr rasch stellte sich jedoch heraus, dass bei der Einführung der MST in die Regelversorgung in Gemeinden klare, genau vorgegebene, effektive Qua-

litätssicherungsmechanismen erforderlich waren, um die Adhärenz zu gewährleisten und die therapeutische Wirksamkeit zu wahren. Ein Qualitätssicherungssystem wurde entwickelt, dessen Durchführung auf der Annahme beruht, dass die genaue Befolgung der MST-Vorgehensweise durch Therapeuten entscheidend ist, um günstige Therapieeffekte zu erzielen. In zahlreichen MST-Studien wurde eine signifikante Beziehung zwischen der Adhärenz und günstigen Therapieeffekten bei Jugendlichen gefunden, die diese Annahme bestätigt (Henggeler et al., 1997, 1999; Huey et al., 2000; Schoenwald, Henggeler, Brondino, Rowland, 2000; Schoenwald, Sheidow, Letourneau, 2004; Schoenwald, Sheidow, Letourneau Liao, 2003). In Anbetracht dieser Befundlage wurde bei der Einführung von MST-Programmen in Therapieeinrichtungen in über 30 Bundesstaaten der USA und neun Ländern (Australien, Kanada, Dänemark, England, Irland, Niederlande, Norwegen, Neuseeland und Schweden) ein solider Katalog von Qualitätssicherungsprozeduren eingesetzt, um die Adhärenz an die Vorgehensweise der MST zu fördern und die Therapieeffekte bei den Jugendlichen zu optimieren. Ogden und Kollegen (2008) beschreiben die Verbreitung von MST-Programmen in ganz Norwegen, und Gustle und Kollegen (im Druck) untersuchen die Einführung von MST in Schweden.

Das Qualitätssicherungssystem besteht aus den Komponenten: (a) umfangreiche organisatorische Beratung vor und nach der Entwicklung von MST-Programmen in Gemeindefestsetzungen; (b) manualisierte Diagnostik-, Interventions-, Supervisions- (Henggeler u. Schoenwald, 1998) und Beratungsprozesse (Schoenwald, 1998); (c) didaktische und erfahrungsorientierte Schulung von Therapeuten, mit anschließenden regelmäßigen Wiederholungssitzungen mit MST-Experten, wöchentliche Supervision innerhalb des MST-Behandlungsteams (bestehend aus Therapeuten und MST-Supervisor) und wöchentliche Konsultationen mit einem MST-Experten, und (d) Verwendung von Messinstrumenten für die Adhärenz der Therapeuten und Supervisoren, z. B. durch monatliche Beurteilungen des Therapeuten bezüglich der Einhaltung der Behandlungsstandards mit einer validierten Skala durch die Familienangehörigen oder Bezugspersonen (Henggeler u. Borduin, 1992). Die Einhaltung des Behandlungsmodells durch Therapeuten wird also kontinuierlich überprüft und eine intensive Unterstützung geboten, um Therapeuten bei der Erreichung optimaler Ergebnisse zu helfen, auch wenn sie mit komplexen, schwierigen Fällen konfrontiert sind.

6 Empirische Befunde

Die MST gilt als eines der am besten validierten Interventionsmodelle auf dem Gebiet schwerwiegender klinischer Probleme bei Jugendlichen. Bundeseinrichtungen wie die *President's New Freedom Commission on Mental Health* (2003), der *Surgeon General* (U.S. Public Health Service, 1999a; 2001), das *National Institute on Drug Abuse* (1999), die *National Institutes of Health* (2006) und das *Center for Substance Abuse Prevention* (2001) und führende Übersichtsartikel bezeichnen MST als wirksame Behandlung von dissozialem Verhalten, einschließlich Substanzkonsum, von Jugendlichen (z. B. Burns,

Hoagwood, Mrazek, 1999; Elliott, 1998; Farrington u. Welsh, 1999; Kazdin u. Weisz, 1998; Mihalic, Irwin, Elliott, Fagan, Hansen, 2001; Stanton u. Shadish, 1997). Der Leiter der Bundesgesundheitsbehörde (*U.S. Public Health Service*, 2001) beschreibt MST als einen von insgesamt nur drei empirisch gestützten Behandlungsansätzen für jugendliche Straftäter, und die *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2005) schätzt MST als Programm mit Vorbildcharakter für diese Population ein.

6.1 Empirische Belege für die MST mit jugendlichen Straftätern

Die MST für Jugendliche, die schwerwiegende Straftaten begangen hatten und meist unmittelbar vor einer Fremdunterbringung standen, war Gegenstand zahlreicher veröffentlichter Wirksamkeitsstudien (neun randomisierte und eine quasi-experimentelle Studie). Vier publizierte randomisierte Untersuchungen wurden mit gewalttätigen und chronischen Straftätern durchgeführt (Borduin et al., 1995; Henggeler et al., 1997; Henggeler, Melton, Smith, 1992; Henggeler, Melton, Smith, Schoenwald, Hanley, 1993; Schaeffer u. Borduin, 2005; Timmons-Mitchell, Bender, Kishna, Mitchell, 2006), zwei mit jugendlichen Sexualstraftätern (Borduin, Henggeler, Blaske, Stein, 1990; Borduin u. Schaeffer, 2001), zwei mit substanzmissbrauchenden und abhängigen jugendlichen Straftätern (Brown, Henggeler, Schoenwald, Brondino, Pickrel, 1999; Henggeler, Clingempeel, Brondino, Pickrel, 2002; Henggeler et al., 2006; Henggeler et al., 1999; Schoenwald, Ward, Henggeler, Pickrel, Patel, 1996), eine mit dissozialen Jugendlichen in Norwegen (Ogden u. Hagen, 2006; Ogden u. Halliday-Boykins, 2004), sowie eine quasi-experimentelle Untersuchung mit innerstädtischen Straftätern (Henggeler et al., 1986).

Diese Studien weisen übereinstimmend Vorteile der MST gegenüber den Kontrollbedingungen nach. MST führte beispielsweise zu einer signifikanten Verminderung der Rate erneuter Verhaftungen und weiterer Verhaltensprobleme, wobei der Zeitraum der Nachuntersuchungen bis zu 13,7 Jahre lang war (Schaeffer u. Borduin, 2005). Studienübergreifend lag die Verminderung der Rückfallrate bei Jugendlichen, die mit MST behandelt wurden, zwischen 26 % und 69 % unter den jeweils behandelten Kontrollgruppen. Eine aktuelle Metaanalyse von MST-Studien bezog sieben Outcome-Studien (insgesamt 708 Teilnehmer, 35 MST-Therapeuten) mit ein (Curtis, Ronan, Borduin, 2004). Die Effektstärken zugunsten der MST betrugen durchschnittlich .50 für kriminelles Verhalten (basierend auf amtlichen Unterlagen), 1.01 für die Schwere des Straftatbestandes und .29 für Substanzkonsum. Die Studien wurden außerdem unter gewöhnlichen Feldbedingungen durchgeführt und hatten fast keine Ausschlusskriterien, ein zusätzlicher Beleg für die Wirksamkeit der MST unter realen Versorgungsbedingungen.

Die Behandlungseffekte der MST zeigten sich auch bei Variablen, die als Korrelate/Mediatoren von dissozialem Verhalten von Jugendlichen bekannt sind. MST verbessert beispielsweise die familiären Beziehungen und die Familienfunktionen, erhöht die Anwesenheit in der Schule und verringert psychiatrische Symptome bei den Jugendlichen. Therapiestudien zur MST wurden auch mit Jugendlichen durchgeführt, die derzeit nicht

straffällig sind, bei denen jedoch ein unmittelbares Risiko für eine Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung oder einer Heimeinrichtung besteht.

Bei psychiatrischen Notfällen, d. h. suizidale, massiv fremdgefährdende, oder psychotische Jugendlichen (Henggeler, et al., 1999; Huey et al., 2004; Rowland et al., 2005; Schoenwald, Ward, Henggeler, Rowland, 2000) und bei Kindern aus misshandelnden Familien konnten positive Therapieeffekte von MST festgestellt werden (Brunk, Henggeler, Whelan, 1987). Bei diesen Populationen handelt es sich um Hoch-Risiko-Gruppen für Substanzkonsum. Insgesamt demonstrieren die Ergebnisse von Therapiestudien die Fähigkeit von MST, Schlüsseldeterminanten für Problemverhaltensweisen zu verändern, z. B. familiäre Beziehungen, und einen signifikanten Rückgang von weiteren Verhaftungen und Fremdplatzierungen zu bewirken.

6.2 Therapieeffekte bei Substanzkonsum aus Behandlungsstudien zur MST

Es überrascht kaum, dass zahlreiche Belege für einen starken Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch durch Jugendliche, Drogenmissbrauch und kriminellen Aktivitäten gefunden wurden (e.g., Crowley, Mikulich, MacDonald, Young, Zerbe, 1998; Huizinga, Loeber, Thornberry, 1994). Tatsächlich zeigten bereits die ersten klinischen Studien mit jugendlichen Straftätern das Potenzial von MST, den Substanzkonsum von Jugendlichen positiv zu beeinflussen. Dies führte dazu, dass die MST in führenden Übersichtsartikeln als vielversprechendes Verfahren für die Behandlung von substanzmissbrauchenden Jugendlichen eingeschätzt wurde (z. B. McBride, VanderWaal, Terry, VanBuren, 1999; Stanton u. Shadish, 1997).

Die Therapieeffekte in Bezug auf Substanzkonsum wurden in zwei frühen randomisierten Studien der MST mit gewalttätigen und chronischen jugendlichen Straftätern untersucht (Borduin et al., 1995; Henggeler et al., 1992) und die Ergebnisse zum Substanzkonsum in einer Übersichtsarbeit veröffentlicht (Henggeler et al., 1991). In der ersten Studie zeigten sich nach der Behandlung beim selbstberichteten Alkohol- und Drogenkonsum positive Behandlungseffekte der MST (Henggeler et al., 1992). In der zweiten Studie wurde der Drogenkonsum als solcher nicht erhoben, doch die Verhaftungen wegen Drogendelikten lagen bei einer Nachuntersuchung nach vier Jahren bei 4 % für die MST-Gruppe gegenüber 16 % in der Vergleichsgruppe – ein signifikanter Unterschied (Borduin et al., 1995). Eine Nachuntersuchung zu dieser Studie nach fast 14 Jahren ergab, dass es bei den Teilnehmern der MST-Bedingung auch weiterhin weniger drogenbezogene Verhaftungen gab als bei Teilnehmern, die eine Einzeltherapie erhalten hatten (Schaeffer u. Borduin, 2005).

Im Anschluss an diese beiden Untersuchungen wurden in einer Studie mit 118 jugendlichen Straftätern, die DSM-III-R Kriterien für Substanzmissbrauch (56 %) oder -abhängigkeit (44 %) erfüllten, und ihren Familien die Wirksamkeit und die Übertragbarkeit der MST untersucht ((Henggeler et al., 1999)).

Die Teilnehmer wurden randomisiert zwei Behandlungsbedingungen zugewiesen – entweder MST, oder die in der jeweiligen Gemeinde üblichen Therapie- und Beratungs-

angebote, wie Bewährungshilfe, ambulante Angebote für Substanzmissbrauch – meist in Form von wöchentlichen Gruppentreffen in einem 12-Schritt-Programm – oder stationäre Behandlung, Aufnahme in eine Wohneinrichtung und psychiatrische Versorgungsangebote. Im Vergleich zur Bedingung „übliche Therapie- und Beratungsleistungen“ senkte MST den selbstberichteten Alkohol- und Marihuanakonsum unmittelbar nach der Behandlung. Sechs Monate nach Beendigung der Behandlung war die Zahl der in Haft verbrachten Tage um 46 % und die Anzahl der Tage, die insgesamt in stationären psychiatrischen oder Jugendhilfeeinrichtungen verbracht wurden, um 50 % geringer (Schoenwald et al., 1996); die Teilnahme der Jugendlichen im regulären Schulsetting war dagegen höher (Brown et al., 1999). Daten zu den Kosten aus dieser Studie zeigten, dass die Mehrkosten für die MST der Jugendlichen durch den Rückgang von Unterbringungen, also Inhaftierungen, Krankenhausaufenthalten und Behandlung in therapeutischen Wohneinrichtungen – in der MST-Bedingung kompensiert wurden (Schoenwald et al., 1996). Wie bereits weiter oben erwähnt, war MST außerdem besonders erfolgreich, substanzmissbrauchende oder abhängige Jugendliche mit ihren Familien für eine Behandlung zu gewinnen. Volle 100 % – also alle 58 Familien der MST-Bedingung – nahmen mindestens zwei Monate an der Behandlung teil; 98 % setzten die Behandlung fort, bis diese ungefähr vier Monate nach der Zuweisung regulär beendet wurde (Henggeler et al., 1996). Bei einer Nachuntersuchung nach vier Jahren war die Abstinenzrate bezüglich Marihuana für die Teilnehmer der MST-Bedingung signifikant höher als bei jenen der üblichen Bedingungen (55 % vs. 28 % abstinent; Henggeler et al., 2002). Diese inzwischen jungen Erwachsenen, die vier Jahre zuvor als Jugendliche an MST teilgenommen hatten, wiesen gemessen an offiziellen Akten und Selbstberichten eine signifikant geringere Beteiligung an strafbaren Handlungen auf als Teilnehmer der Bedingung „übliche Therapie- und Beratungsangebote“. MST-Teilnehmer hatten beispielsweise jährlich durchschnittlich 0,15 Verurteilungen wegen Gewaltdelikten, während es bei den Teilnehmern der herkömmlichen Therapie und Beratung 0,57 waren.

6.3 Empirische Befunde zur MST mit integrierten Verstärkerplänen

In einige MST-Projekte wurden Verstärkerpläne integriert, um die Behandlungsergebnisse in Bezug auf den Substanzkonsum weiter zu verbessern (Petry, 2000). Erstmals wurden Verstärkerpläne in einem gemeindebasierten Interventionsprojekt für substanzmissbrauchende Jugendliche in die MST integriert (Swenson, Henggeler, Taylor, Addison, 2005). An diesem Projekt nahmen 13 substanzmissbrauchende Jugendliche teil, von denen fast alle bereits mit dem Jugendgerichtssystem zu tun bekommen hatten. Auf Grundlage eines familienorientierten Ansatzes sollten die Therapeuten den Jugendlichen helfen, für die Nutzung von Verstärkerplänen auslösende Bedingungen für Substanzkonsum zu erkennen und alternative Verhaltensweisen für Situationen zu üben, in denen auslösende Bedingungen für Drogenkonsum gegeben waren. Außerdem sollten wirksame, praktikable Fertigkeiten, angebotene Drogen abzulehnen, und allgemeine Strategien zur Vermeidung von Drogen entwickelt werden.

Zusätzlich zu diesen kognitiv-behavioralen Interventionen wurde der Drogenkonsum der Jugendlichen durch die Familien und den MST-Therapeuten mit regelmäßigen, stichprobenartigen Drogenscreenings, mit Urinschnelltests, Atemtests für Alkohol und mit gezielten Kontrollen überwacht (z. B. bei zu spätem Nachhausekommen). Familien wurden durch den MST-Therapeuten außerdem unterstützt, einen Vertrag mit wirksamen Belohnungen und Konsequenzen für negative und positive Testergebnisse auszuarbeiten. Auf Grundlage der Daten der wöchentlichen Urintests waren sieben Wochen nach Behandlungsende alle Jugendlichen abstinent von Kokain und 85 % abstinent von Cannabis. Diese Ergebnisse bestanden in der Regel auch nach durchschnittlich 22 Wochen nach Behandlungsende fort.

Die positiven Erfahrung mit dieser Integration von Verstärkerplänen in die MST in diesem gemeindebasierten Behandlungsprojekt war Grundlage für eine randomisierte Studie, die in Zusammenarbeit mit der Drogenkammer des Jugendgerichts³ durchgeführt wurde (Henggeler et al., 2006). Die Studie wurde konzipiert, um (a) die Wirksamkeit von Maßnahmen der Drogenkammer des Jugendgerichts zu evaluieren, (b) die Effekte der Integration eines evidenzbasierten Behandlungsmodells (d. h. MST) als gemeindebasierten Interventionsansatz mit der Vorgehensweise der Kammer zu evaluieren und (c) zu evaluieren, ob die Integration von Verstärkertechniken in die MST-Behandlungsverfahren die Therapieeffekte der MST im Hinblick auf Substanzkonsum verbessert. In dieser Untersuchung wurden 161 jugendliche Straftäter, die diagnostische Kriterien für Substanzkonsum oder -abhängigkeit erfüllten, einer von vier Behandlungsbedingungen randomisiert zugewiesen:

- *Jugendgericht mit den in der Kommune üblichen Therapie- und Beratungsangeboten.* Die Jugendlichen mussten durchschnittlich ein- bis zweimal jährlich vor einem Jugendrichter erscheinen und erhielten eine ambulante Alkohol- und Drogenberatung in der örtlichen Drogenberatungsstelle des Bundesstaates.
- *Drogenkammer des Jugendgerichts mit den in der Kommune üblichen Therapie- und Beratungsangeboten.* Die Jugendlichen erschienen einmal wöchentlich zur Kontrolle des Substanzkonsums (Urintests) vor dem Richter der Drogenkammer des Jugendgerichts und erhielten ambulante Alkohol- und Drogenberatung in der örtlichen Drogenberatungsstelle des Bundesstaates.
- *Drogenkammer mit MST.* Neben dem Erscheinen vor der Drogenkammer erhielten die Jugendlichen anstelle der in der Kommune üblichen Therapie- und Beratungsangebote MST als evidenzbasiertes Behandlungsverfahren.
- *Drogenkammer mit MST, ergänzt durch Verstärkerpläne.* Neben dem Erscheinen vor dem Drogenrichter erhielten die Jugendlichen MST, die durch Schlüsselkomponenten von Verstärkerplänen erweitert wurde.

Über einen Erhebungszeitraum von einem Jahr wurden Maße für den Substanzkonsum, kriminelle Vergehen und psychiatrische Krankheitssymptome der Jugendlichen

³ Besonderheit des amerikanischen Rechtssystems (Anm. der Übersetzerin).

sowie die Anzahl der Tage in Fremdunterbringung erfasst. Insgesamt bestätigte sich die Vermutung, dass das Ausmaß des Substanzkonsums und kriminelles Verhalten der Jugendlichen wirksamer durch Maßnahmen der spezialisierten Drogenkammer reduziert wurden als durch Maßnahmen des allgemeinen Jugendgerichts. Die relative Abnahme des dissozialen Verhaltens ging jedoch nicht mit einer entsprechenden Reduzierung von weiteren Festnahmen oder Inhaftierungen einher – vielleicht wegen der ohnehin schon deutlich höheren Beaufsichtigung von Jugendlichen durch die Drogenkammer.

Die Befunde zeigen außerdem, dass die Anwendung eines evidenzbasierten Behandlungsverfahrens im Kontext der Drogenkammer des Jugendgerichts die Therapieergebnisse in Bezug auf Drogenkonsum wirksam verbesserte. Während der ersten vier Monate der Maßnahme der Drogenkammer waren beispielsweise 70 % der Urintests bei Jugendlichen positiv, die an der Behandlungsbedingung „Drogenkammer mit üblicher Therapie- und Beratung“ teilnahmen, im Vergleich zu lediglich 28 % und 18 % bei Jugendlichen der Bedingungen „Drogenkammer mit MST“ und „Drogenkammer mit MST ergänzt durch Verstärkerpläne“. Während der folgenden acht Monate konnten mit Hilfe von Urintests stabile Unterschiede zwischen den Bedingungen „Drogenkammer und übliche Therapie- und Beratung“ und den beiden Formen der Bedingung „Drogenkammer mit MST“ bestätigt werden (jeweils 45 %, 7 % und 17 %). Ein anderes wichtiges Ergebnis der Studien ist die einhergehende signifikante Verringerung des Substanzkonsums bei Geschwistern von Jugendlichen, die an Maßnahmen des Drogengerichts teilgenommen und die evidenzbasierte Behandlung für Substanzmissbrauch erhalten hatten (Rowland, Chapman, Henggeler, 2008). Diese Befunde bestätigen, dass spezialisierte Drogenkammern sinnvoll sind, und zeigen außerdem, dass Verstärkerpläne rasche Behandlungserfolge in Bezug auf den Drogenkonsum erleichtern können, wenn sie in die standardisierte MST-Vorgehensweise integriert werden. Gegenwärtig werden in einer 5-Jahres-Nachuntersuchung die Behandlungsergebnisse und –kosten untersucht.

Zusammengefasst wird die Wirksamkeit der MST bei der Behandlung von Substanzstörungen bei Jugendlichen durch diese Forschungsergebnisse eindeutig bestätigt. MST bietet einen umfassenden konzeptionellen Rahmen, in den andere Interventionsansätze effizient in eine einheitliche, methodisch fundierte Behandlungsstrategie integriert werden können. Nach den Erfahrungen aus Behandlungsstudien mit diesem Modell sind Verstärkerpläne eine spezifische Intervention, die mit dem MST-Modell im Einklang steht und in dieses integriert werden kann, um die MST-Behandlung für jugendlichen Substanzmissbrauch zu verbessern.

6.4 Aktuelle Forschung zu MST und Substanzmissbrauch

In einer Reihe von großen Projekten werden Untersuchungen zur MST bei Substanzkonsum fortgesetzt. Diese Projekte verbinden Therapieforschung und Implementierungsstudien und untersuchen verschiedene Strategien für die Übertragung von evidenzbasierten Behandlungsansätzen für Substanzmissbrauch in kommunale Settings.

6.5 Übertragbarkeit und internationale Replikationsstudien

Aktuell führen MST-Forscher Versorgungsforschungsprojekte durch, um Methoden für die Sicherstellung der korrekten Übertragung von MST mit integrierten Verstärkerplänen in gemeindebasierte MST-Behandlungsteams zu evaluieren. In einer Studie wurden verschiedene Verfahren zur Sicherstellung der Adhärenz an eine evidenzbasierte Vorgehensweise (d. h. MST mit integriertem Verstärkerplan für substanzmissbrauchende Straftäter) in gemeindebasierten Behandlungseinrichtungen untersucht (Henggeler, Sheidow, Cunningham, Donohue, Ford, 2007). Übereinstimmend mit Ergebnissen aus der spärlich vorhandenen Literatur (z. B. Sholomskas et al., 2005) erhöhte ein intensives Qualitätssicherungsverfahren die Anwendung von kognitiv-behavioralen Techniken des Verstärkungsprogramms durch Therapeuten. Eine Zunahme des Einsatzes von Überwachungstechniken aus dem Programm wurde jedoch nicht beobachtet. Das Projekt wird gegenwärtig in Norwegen repliziert, um kulturelle Unterschiede bei der Übertragung von evidenzbasierten Behandlungsverfahren für Substanzmissbrauch von Jugendlichen zu untersuchen (Ogden et al., 2008).

6.6 Integration von evidenzbasierter Behandlung für Erwachsene in die familienbasierte Behandlung von Jugendlichen

Forschungsergebnisse und zahlreiche Einzelbefunde sprechen dafür, dass Substanzmissbrauch von Eltern oder Bezugspersonen die Wirksamkeit von evidenzbasierten Behandlungsverfahren für psychosoziale Probleme von Kindern und Jugendlichen mindert. Rowland (s. Schaeffer, Saldana, Rowland, Henggeler, Swenson, 2008) integriert Schlüsselaspekte des Verstärkerprogramms für substanzmissbrauchende Bezugspersonen, deren Familien an einem gemeindebasierten MST-Programm teilnehmen. Das Projekt beschreibt detailliert das therapeutische Vorgehen bei elterlichem Drogenmissbrauch und evaluiert in einer Pilotstudie die direkten Effekte des Interventionsprogramms auf den Substanzkonsum der Eltern und indirekte Effekte auf die Therapieeffekte bei den Jugendlichen. Sollten die Ergebnisse viel versprechend ausfallen, werden die Interventionsverfahren für Eltern weiter modifiziert. Außerdem soll getestet werden, ob sie in andere evidenzbasierte Behandlungsmodelle für Verhaltensprobleme von Kindern integriert werden können.

6.7 Das Projekt „Building Stronger Families“

Kindesmisshandlung in Verbindung mit elterlichem Substanzmissbrauch ist der Hauptanlass für eine Inobhutnahme von Kindern durch das Kinderschutzsystem (Bess, 2002; U.S. Public Health Service, 1997, 1999b). Das Projekt „Building Stronger Families“ integriert verstärkerbasierte Therapie (Jones, Wong, Tuten, Stitzer, 2005), ein viel versprechendes Kontingenzprogramm für Drogenmissbrauch von Erwachsenen, in eine Form von MST für Kindesmisshandlung (Swenson, Saldana

et al., 2005). In einer kleinen Studie wird überprüft, in welchem Ausmaß dieses Interventionsmodell den Substanzkonsum von Bezugspersonen sowie Fremdplatzierungen von Kindern reduziert (Schaeffer et al., 2008).

6.8 Benchmarking-Studie zur Arbeit der Drogenkammern

Als Teil einer Benchmarking-Studie wird versucht, die weiter oben beschriebene Wirksamkeit einer Integration eines evidenzbasierten Behandlungsprogramms für Substanzmissbrauch in die Maßnahmen der Drogenkammern zu replizieren (Henggeler et al., im Druck). Konkret werden die Therapieeffekte von MST mit integrierten Verstärkerplänen bei Jugendlichen überprüft, wie sie derzeit an den Drogenkammern der Jugendgerichte angeboten werden. Sie werden mit den Effekten verglichen, die in der oben genannten Therapiestudie an den Drogenkammern erzielt wurden (Henggeler et al., 2006). Mit der Studie wird auch geprüft, ob die Zusammenarbeit von Therapeutenteams, die MST mit integrierten Verstärkerplänen praktizieren, mit den Drogenkammern eine Zukunft hat. Entscheidend ist dabei die Bereitschaft und die Kapazität der Drogenkammern, empirisch fundierte, familienorientierte Therapie- und Beratungsangebote auch außerhalb des Rahmens einer finanziell sehr gut ausgestatteten Therapiestudie zu unterstützen.

7 Schlussfolgerungen

Auf Grundlage eines gut konzipierten theoretischen Modells und eines engagierten Forschungsprogramms wird von Forschern und Praktikern der MST ein fundierter, kosteneffektiver Behandlungsansatz für Jugendliche mit Substanzstörungen entwickelt und angewandt. Das Forschungsinteresse richtet sich in erheblichem Umfang auf die Frage, welche Form evidenzbasierter Behandlungsverfahren für Substanzstörungen am effektivsten in gemeindebasierte Behandlungseinrichtungen übertragen, wie Therapieeffekte bei Jugendlichen durch die Integration evidenzbasierter Beratungsangebote für Erwachsene und wie die Wirksamkeit vorhandener Therapieangebote für Jugendliche verbessert werden können.

Literatur

- Bess, R. (2002). The cost of protecting vulnerable children. Caring for children: Facts and perspectives. Washington, DC: The Urban Institute.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy Comparative Criminology*, 34, 105-113.
- 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 and Clinical Psychology*, 63, 569-578.

- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M. (2001). Multisystemic treatment of juvenile sexual offenders: A progress report. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 13, 25-42.
- Brown, T. L., Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Brondino, M. J., Pickrel, S. G. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile delinquents: Effects on school attendance at posttreatment and 6-month follow-up. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 2, 81-93.
- Brunk, M. A., Henggeler, S. W., Whelan, J. P. (1987). Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 171-178.
- Burns, B. J., Hoagwood, K., Mrazek, P. J. (1999). Effective treatment for mental disorders in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 199-254.
- Center for Substance Abuse Prevention. (2001). Exemplary substance abuse prevention programs award ceremony. Washington, DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Author.
- Crowley, T. J., Mikulich, S. K., MacDonald, M., Young, S. E., Zerbe, G. O. (1998). Substance-dependent, conduct-disordered adolescent males: Severity of diagnosis predicts 2-year outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 225-237.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R., Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.
- Dishion, T. J., Kavanagh, K. (2003). *Intervening in adolescent problem behavior: A family-centered approach*. New York: Guilford.
- Dodge, K. A., Dishion, T. J., Lansford, J. E. (Hrsg.). (2006). *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions*. New York: Guilford.
- Elliott, D. S. (Hrsg.). (1998). *Blueprints for violence prevention*. Boulder, CO: University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, Blueprints Publications.
- Farrell, A. D., Danish, S. J. (1993). Peer drug associations and emotional restraint: Causes or consequences of adolescents' drug use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 327-334.
- Farrington, D. P., Welsh, B. C. (1999). Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 13, 287-303.
- Gorman-Smith, D., Tolan, P. H., Loeber, R., Henry, D. B. (1998). Relation of family problems to patterns of delinquent involvement among urban youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 319-333.
- Gustle, L., Hansson, K., Sundell, K., Andree-Lofholm, C. (im Druck). Implementation of evidence-based models in local social work practice: Practitioner perspectives on the MST trial in Sweden. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*.
- Haley, J. (1987). *Problem-solving therapy* (2. Aufl.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hann, D. M., Borek, N. (2001). *Taking stock of risk factors for child/youth externalizing behavior problems* (NIH Publication No. 02-4938). Washington, DC: Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- Henggeler, S. W., Borduin, C. M. (1992). *Multisystemic Therapy Adherence Scales*. Charleston, SC: Medical University of South Carolina, Department of Psychiatry and Behavioral Science.
- Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Melton, G. B., Mann, B. J., Smith, L., Hall, J. A., 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, 40-51.

- 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 and Adolescent Psychiatry*, 41, 868-874.
- Henggeler, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapiro, S. B., Chapman, J. E. (2006). Juvenile drug court: Enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 42-54.
- 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 dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.
- 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 and Clinical Psychology*, 60, 953-961.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., Schoenwald, S. K., Hanley, J. H. (1993). Family preservation using multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 283-293.
- 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, 171-184.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., Brondino, M. J., Crouch, J. L. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 153, 427-428.
- Henggeler, S. W., Rodick, J. D., Borduin, C. M., Hanson, C. L., Watson, S. M., Urey, J. R. (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interaction. *Developmental Psychology*, 22, 132-141.
- Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Randall, J., Ward, D. M., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B., Zealand, J., Hand, L., Santos, A., Miller, S., Edward, J. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1331-1339.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K. (1998). *The MST supervisory manual: Promoting quality assurance at the clinical level*. Charleston, SC: MST Services.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Rowland, M. D., Cunningham, P. B. (2002). *Serious emotional disturbance in children and adolescents: Multisystemic therapy*. New York: Guilford.
- Henggeler, S. W., Sheidow, A. J., Cunningham, P. B., Donohue, B. C., Ford, J. D. (2007). Promoting the implementation of an evidence-based intervention for adolescent marijuana abuse in community settings: Testing the use of intensive quality assurance. Manuscript submitted for publication.
- Huey, S. J., Jr., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 451-467.
- Huey, S. J., Jr., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Edwards, J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youth presenting

- psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 183-190.
- Huizinga, D., Loeber, R., Thornberry, T. P. (1994). *Urban delinquency and substance abuse: Initial findings*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, U.S. Department of Justice.
- Jones, H. E., Wong, C. J., Tuten, M., Stitzer, M. L. (2005). Reinforcement-based therapy: 12-month evaluation of an outpatient drug-free treatment for heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 119-128.
- Kazdin, A. E., Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Kazdin, A. E., Weisz, J. R. (Hrsg.) (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford.
- Lipsey, M. W., Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber D. P. Farrington (Hrsg.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. (S. 86-105). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Mann, B. J., Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M. (1990). An investigation of systemic conceptualizations of parent-child coalitions and symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 336-344.
- McBride, D. C., VanderWaal, C. J., Terry, Y. M., VanBuren, H. (1999). *Breaking the cycle of drug use among juvenile offenders* (NCJ Publication No. 179273). Washington, DC: National Institute of Justice.
- McGue, M. (1999). Behavioral genetic models of alcoholism and drinking. In K. E. Leonard, H. T. Blane (Hrsg.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (2nd ed., pp. 372-421). New York: Guilford.
- Mihalic, S., Irwin, K., Elliott, D., Fagan, A., Hansen, D. (2001). *Blueprints for violence prevention*. Boulder, CO: Center for the Study of Violence Prevention.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Munger, R. L. (1993). *Changing children's behavior quickly*. Lanham, MD: Madison.
- National Institute on Drug Abuse. (1999). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (NIH Publication No. 99-4180). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, Author.
- National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement (2006). Preventing violence and related health-risking, social behaviors in adolescents October 13-15 2004. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 457-470.
- Newcomb, M. D., Bentler, P. M. (1989). Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychologist*, 44, 242-248.
- Ogden, T., Christensen, B., Sheidow, A. J., Holth, P. (2008). Bridging the gap between science and practice: The effective nationwide transport of MST programs in Norway. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 17, 93-109.
- Ogden, T., Hagen, K. A. (2006). Multisystemic therapy of serious behaviour problems in youth: Sustainability of therapy effectiveness two years after intake. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 11, 142-149.
- Ogden, T., Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 77-83.

- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 9-25.
- President's New Freedom Commission on Mental Health (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America – Final Report*. Rockville, MD: DHHS.
- Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Lee, T. G., Kruesi, M. J., Shapiro, S. B. (2005). A randomized trial of multisystemic therapy with Hawaii's Felix Class Youths. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13, 13-23.
- Rowland, M. D., Chapman, J. E., Henggeler, S. W. (2008). Sibling outcomes from a randomized trial of evidence-based treatments with substance abusing juvenile offenders. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 17, 11-26.
- Schaeffer, C. M., Borduin, C. M. (2005). Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 445-453.
- Schaeffer, C. M., Saldana, L., Rowland, M. D., Henggeler, S. W., Swenson, C. C. (2008). New initiatives in improving youth and family outcomes by importing evidence-based practices. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 17, 27-45.
- Schoenwald, S. K. (1998). *Multisystemic therapy consultation guidelines*. Charleston, SC: MST Institute.
- Schoenwald, S. K. (2008). Toward evidence-based transport of evidence-based treatments: MST as an example. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 17, 69-91.
- Schoenwald, S. K., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., Rowland, M. D. (2000). Multisystemic therapy: Monitoring treatment fidelity. *Family Process*, 39, 83-103.
- Schoenwald, S. K., Sheidow, A. J., Letourneau, E. J. (2004). Toward effective quality assurance in evidence-based practice: Links between expert consultation, therapist fidelity, and child outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 94-104.
- Schoenwald, S. K., Sheidow, A. J., Letourneau, E. J., Liao, J. G. (2003). Transportability of evidence-based treatments: Evidence for multi-level influences. *Mental Health Services Research*, 5, 223-239.
- 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 and Family Studies*, 5, 431-444.
- Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W., Rowland, M. D. (2000). Multisystemic therapy versus hospitalization for crisis stabilization of youth: Placement outcomes 4 months postreferral. *Mental Health Services Research*, 2, 3-12.
- Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F., Carroll, K. M. (2005). We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 106-115.
- Stanton, M. D., Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Steinberg, L., Fletcher, A., Darling, N. (1994). Parental monitoring and peer influences on adolescent substance abuse. *Pediatrics*, 93, 1060-1064.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *SAMHSA model programs: Multisystemic therapy*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

- Swenson, C. C., Henggeler, S. W., Taylor, I. S., Addison, O. W. (2005). *Multisystemic therapy and neighborhood partnerships: Reducing adolescent violence and substance abuse*. New York: Guilford.
- Swenson, C. C., Saldana, L., Joyner, C. D., Caldwell, E., Henggeler, S. W., Rowland, M. D. (2005). *Multisystemic Therapy for child abuse and neglect*. Charleston: Medical University of South Carolina, Family Services Research Center.
- Timmons-Mitchell, J., Bender, M. B., Kishna, M. A., Mitchell, C. C. (2006). An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 227-236.
- U.S. Public Health Service (1997). *National study of protective, preventive, and reunification services delivered to children and their families*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- U.S. Public Health Service (1999a). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- U.S. Public Health Service (1999b). *Blending perspectives and building common ground: A report to Congress on substance abuse and child protection*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S. Public Health Service (2001). *Youth violence: A report of the Surgeon General*. Washington, DC.
- Weisz, J. R., Jensen, P. S. (1999). Efficacy and effectiveness of child and adolescent psychotherapy and pharmacotherapy. *Mental Health Services Research*, 1, 125-157.

Korrespondenzanschrift: Ashli J. Sheidow, Family Services Research Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, 67 President Street, Suite CPP, P.O. Box 250861, Charleston, South Carolina, 29425. E-Mail: sheidoaj@musc.edu