

Gantner, Andreas

Multidimensionale Familientherapie für cannabis-abhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 7, S. 520-532

urn:nbn:de:bsz-psydok-46804

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/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
Bullinger, M.; Ravens-Sieberger, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltensorientierung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols)	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum) . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities)	36
10		
	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office)	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up)	314
15		
	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients)	53
20		
	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens)	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25		
	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control)	350
30		
	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age)	169
35		
	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness)	3
40		
	Übersichtsarbeiten / Review Articles	
42		
43	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) .	584
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M. C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P. L.; Fegert, J. M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M. A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675

Buchbesprechungen / Book Reviews

40		
42	Asendorpf, J. B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J. H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>)	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis- handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
5	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotio- nalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie- rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin- der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte- Markwort</i>)	419
20	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen. (<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis- sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag- nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>L. Unzner</i>)	571
43	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>)	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
45		

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. (<i>D. Irblich</i>)	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. (<i>K. Sarimski</i>)	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. (<i>K. Fröhlich-Gildhoff</i>)	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. (<i>G. Singe</i>)	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. (<i>L. Unzner</i>)	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. (<i>D. Irblich</i>)	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. (<i>R. Mayr</i>)	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	94
	Schäfer, U.; Rüter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. (<i>E. Rhode</i>)	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. (<i>I. Bohmann</i>)	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. (<i>K. Sarimski</i>)	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. (<i>K. Sarimski</i>)	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. (<i>S. Auschra</i>)	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. (<i>L. Unzner</i>)	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. (<i>U. Kiefling</i>)	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (<i>L. Unzner</i>)	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. (<i>D. Irblich</i>)	572
40	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. (<i>H. Mackenberg</i>)	414
	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. (<i>M. Mickley</i>)	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen (<i>B. Reiners</i>)	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
3	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

10	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Multidimensionale Familientherapie für cannabis-abhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie

Andreas Gantner

Summary

Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study

The INCANT pilot study (International Cannabis Need of Treatment) is based on the Cannabis Action Research Plan from 2003, which followed up on the joint Cannabis Conference with the Ministries of Health from Belgium, France, Germany, the Netherlands, and Switzerland. It was decided to fund a pilot study into the efficacy of Multidimensional Family Therapy (MDFT) in the European context. MDFT has been tested in several U.S.-RCT-studies and is developed by H. Liddle and colleagues at the “Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse” (CTRADA), University of Miami Medical School. Goal of the INCANT pilot study was to proof the feasibility of a multi-site randomized controlled trial with MDFT in Europe. The results of the INCANT study confirmed the need of treatment for those young clients in the five countries. The implementation of MDFT in the treatment centers seems to be feasible. The plan is now to start the trans-national multi-site trial (from 2006 to 2009) on behalf of the ministry of health of the five countries.

Key words: INCANT study – Multidimensional Family Therapy (MDFT) – treatment of cannabis abusers – cannabis use disorders

Zusammenfassung

Die INCANT-Pilotstudie (International Cannabis Need of Treatment) wurde initiiert auf der Basis des „Cannabis Action Research Plan“, der von den Gesundheitsministerien aus Belgien, Frankreich, Niederlande, Schweiz und Deutschland im Jahr 2003 beschlossen wurde. Angesichts des europaweit steigenden Behandlungsbedarfs für Cannabisklienten und des Mangels an evidenzbasierten Behandlungsprogrammen in Europa einigte man sich auf die Einführung und Erprobung der in den USA getesteten Multidimensionalen Familientherapie (MDFT), die von H. Liddle und Kollegen im „Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse“ (CTRADA), University of Miami Medical School entwickelt wurde (Liddle et al. 1992). Ziel der INCANT Pilotstudie war zunächst die Überprüfung der Machbarkeit einer sich anschließenden internationalen multizentrischen randomisierten klinischen Studie, mit der die evidenzbasierte Methode der Multidimensionalen Familientherapie

(MDFT) in den fünf genannten europäischen Ländern eingeführt und überprüft werden soll. Die Ergebnisse der INCANT Pilotstudie (Rigter 2005) bestätigten zum einen den Behandlungsbedarf in den Ländern. Zum anderen zeigte sich eine insgesamt positive Resonanz der beteiligten Einrichtungen und Therapeuten hinsichtlich der Einführung der MDFT-Behandlungsmethode. Die Durchführung einer multi-zentrischen RCT-Studie ist somit von allen beteiligten Gesundheitsministerien der europäischen Länder gewünscht und für die Jahre 2006 bis 2009 geplant.

Schlagwörter: INCANT-Studie – Multidimensionale Familientherapie (MDFT) – Behandlung jugendlicher Cannabismisssbraucher – cannabis-bezogene Störungen

1 Einleitung

In diesem Beitrag werden zunächst kurz die Ergebnisse der Berliner Befragung im Rahmen der INCANT-Pilotstudie dargestellt. Diese empirische Untersuchung und deren Auswertung wurden von Peter Tossman durchgeföhrt (vgl. Gantner u. Tossman 2005). Im Anschluss werden die wesentlichen Inhalte und Grundlagen der Multidimensionalen Familientherapie beschrieben. Diese Therapieform wurde bisher nur in den USA angewendet, deutschsprachige Veröffentlichungen zur MDFT gibt es bisher nicht. Zum Abschluss werden bisherige therapeutische Erfahrungen und Einschätzungen zur Umsetzung der MDFT bei Cannabis Klienten vermittelt.

2 Ergebnisse der INCANT-Befragung in Berlin

Ein Ziel der INCANT-Pilotstudie war es, Erkenntnisse über den Bedarf spezifischer Hilfen für jugendliche Cannabismisssbraucher und Cannabisabhängige in Berliner Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Drogenhilfe zu gewinnen. Hierzu wurden zwischen Dezember 2004 und Februar 2005 in insgesamt 13 Einrichtungen alle jugendlichen Nutzer im Alter zwischen 13 und 18 Jahren in die Studie einbezogen. Der INCANT-Fragebogen erfasste neben soziodemografischen Angaben Daten zur Lebenssituation, zum Substanz- und insbesondere zum Cannabis Konsum. Darüber hinaus wurden mit dem Instrument Daten zur Cannabisabhängigkeit und Symptombelastung erfasst.

2.1 Beschreibung der Stichprobe

Bei der Befragung wurden Daten von insgesamt 241 Personen erhoben. Nachdem alle Teilnehmer ausgeschlossen wurden, die älter als 18 Jahre alt waren, konnten die Daten von 210 Personen für die weitere Auswertung verwendet werden. Bei der Geschlechterverteilung zeigt sich ein homogenes Bild. Beide Geschlechter sind in der Befragung zu etwa 50 % vertreten. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 16

Jahren, jedoch stellten die 17- bis 18-Jährigen mit 48,3 % etwa die Hälfte aller Teilnehmer in der Stichprobe.

2.2 Substanzkonsum

Tab. 1: 6-Monats-Konsumprävalenz der befragten Klienten in Einrichtungen der Drogenberatung bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie (Angaben in Prozent)

	<i>Drogenberatung</i>	<i>Jugendpsychiatrie</i>
Alkohol	90,9	58,3
Cannabis	80,3	31,9
Schlafmittel	12,1	15,3
Ecstasy	16,7	5,6
GHB/Ketamine	4,5	0,0
Amphetamine	28,8	9,7
LSD/Halluzinogene	19,7	9,7
Kokain/Crack	28,8	6,3
Heroin und Opiate	12,1	1,4

Insgesamt hat die Hälfte der Befragten in den letzten sechs Monaten Cannabis konsumiert. Aber nur ein Fünftel konsumierte ausschließlich Cannabis (Drogenberatung 33,8 %; Jugendpsychiatrie 14,3 %). Unter den weiblichen Untersuchungsteilnehmerinnen ist mit 52,8 % ein höherer Anteil Drogenabstinner zu finden als bei den Jungen (38,3 %).

2.3 Substanzstörungen

Zusätzlich zur Prävalenz des Substanzkonsums wurden im Rahmen der INCANT-Studie Screeninginstrumente eingesetzt, die substanzspezifische Störungen erfassen. Zur Diagnostik cannabisbezogener Störungen wurde der CUDIT (Cannabis Use Disorder Identification Test; Adamson u. Sellman 2003) und zur Bestimmung alkoholbezogener Störungen der AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) eingesetzt.

Die Auswertung der Daten aus den Einrichtungen ergab, dass 91,3 % aller Cannabiskonsumenten ein positives CUDIT-Ergebnis erzielten. Nach Adamson und Sellman (2003) ist bei der Bestimmung einer cannabisassoziierten Problematik ein Cut-point von 8 Punkten (von insgesamt 40) anzulegen. Beim Vergleich der beiden Einrichtungen waren die Unterschiede nur geringfügig. 94,9 % der cannabiskonsumierenden Jugendlichen in der Drogenberatung und 86,7 % derer in der Jugendpsychiatrie wiesen ein positives Ergebnis im CUDIT auf.

Interessant ist außerdem, dass mehr als die Hälfte (55,4 %) aller Befragten mit einem positiven CUDIT-Ergebnis auch einen schädlichen Alkoholkonsum aufweisen. In der gesamten Stichprobe weisen 42,2 % aller Klienten ein positives AUDIT-Ergebnis auf.

Tab. 2: Prävalenz substanzspezifischer Störungen aller befragten Klienten in Prozent

	<i>Drogenberatung</i>	<i>Jugendpsychiatrie</i>
CUDIT positiv	94,9	86,7
AUDIT positiv	50,9	35,6

2.4 Zusammenfassung

Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass etwa jeder dritte Klient, der in diesem Zeitraum in Berlin die Hilfe einer jugendpsychiatrischen Einrichtung bzw. eines jugendpsychiatrischen Dienstes in Anspruch nahm, aktuell Cannabis konsumiert. Erwartungsgemäß hoch war der Anteil der Cannabiskonsumenten in den beteiligten Drogenberatungsstellen (80 %).

Folgt man den hier vorliegenden Screening-Ergebnissen, so dürfte bei der überwiegenden Mehrzahl aller jugendlichen Cannabiskonsumenten, die Drogenberatungsstellen und jugendpsychiatrische Dienste und Einrichtungen (Ambulanzen, Kliniken) nutzen, eine behandlungsrelevante Cannabisstörung vorliegen. Für beide Einrichtungstypen stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, welche Interventionen und Strukturen erforderlich sind, um jugendliche Cannabismissbraucher möglichst frühzeitig in adäquate Hilfen einzubinden.

3 Die Multidimensionale Familientherapie

Das Modell der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) wurde in den USA seit 1985 auf der Grundlage empirischer Forschung von der CTRADA-Forschungsgruppe in Miami/Florida entwickelt und wird weiterhin in US-amerikanischen Forschungsprojekten getestet. MDFT zeigte sich in vier abgeschlossenen randomisierten klinischen Studien (RCTs) alternativen Behandlungsmodellen gegenüber in verschiedenen Outcomes überlegen (Liddle 2002; Rigter 2005). Zielgruppen der Studien waren drogenmissbrauchende (primär cannabisabhängige) Jugendliche mit komorbiden Störungen im Alter zwischen 13 und 18 Jahren.

Die Behandlungsdauer der MDFT variiert zwischen 3 bis maximal 6 Monaten, in denen zwei bis drei Sitzungen in der Woche angeboten werden. Therapiesitzungen werden in verschiedenen Settings durchgeführt und umfassen telefonische Kontakte, Sitzungen in den Therapieeinrichtungen und zuhause in den Familien sowie in kommunalen Institutionen (Schule, Jugendgericht, Freizeitbereich). Der Behandlungsansatz kann den Behandlungsanforderungen unterschiedlicher Klientengruppen angepasst und modifiziert werden.

3.1 Theoretische Grundlagen

MDFT ist ein integrativer systemischer Familientherapieansatz, der sich in seinen Grundlagen an empirischen Erkenntnissen über Schutz- und Risikofaktoren bei ju-

gendlichem Substanzmissbrauch orientiert und auf dieser Grundlage verschiedene Interventionsebenen im Behandlungsmodell integriert.

Zentral ist die Annahme, dass drogenbezogene Störungen Jugendlicher nur im Kontext multidimensionaler Problementwicklungen zu verstehen sind. Vor diesem Hintergrund erfordert die Therapie einen multidimensionalen Interventionsansatz, der in verschiedenen Entwicklungsbereichen und Kontexten Veränderungen anstrebt. Der MDFT-Ansatz basiert auf Kenntnissen

- der Forschung zu Risiko- und Schutzfaktoren von Substanzstörungen,
- einer sozial-ökologischen Perspektive,
- der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie.

Durch die Einbeziehung von Erkenntnissen über Risiko- und Schutzfaktoren des Drogenmissbrauchs stellt MDFT eine störungsspezifische Methode dar, was sie von anderen Therapieansätzen unterscheidet, in denen dies keine Berücksichtigung findet. In der sozial-ökologischen Perspektive (Bronfenbrenner 1979) wird in der MDFT die Stellung des Jugendlichen im Verhältnis zu Familie, den Altersgenossen, der Schule und sonstigen sozialen Kontexten berücksichtigt und als Ansatzpunkt für Interventionen genutzt.

Für den Umgang mit Jugendlichen und Eltern in der Adoleszenzphase sind entwicklungspsychologische Erkenntnisse, die den Stand des Jugendlichen im Hinblick auf die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben sehen, von großer Relevanz. MDFT bezieht sich in den Interventionen deshalb explizit auf das Konzept der Entwicklungsaufgaben.

Speziell bei cannabisabhängigen Jugendlichen sind außerdem komorbide psychische Störungen (Verhaltensstörungen, Depressionen, Ängste, drogeninduzierte Psychosen) häufig vorzufinden (Bonnet u. Scherbaum 2005; Thomasius 2005). Die Diagnostik und das Verständnis von psychopathologischen Entwicklungsverläufen ist daher von besonderer Bedeutung und in der MDFT Grundlage von Interventionen.

3.2 Therapeutische Grundlagen

MDFT-Interventionen orientieren sich sowohl an intrapersonalen (Emotionen, Kognitionen) als auch an interpersonalen Aspekten (transaktionale Muster der Familie, soziales Umfeld). Das Pendeln und Variieren zwischen verschiedenen Systemaspekten ist grundlegendes Kennzeichen therapeutischer Interventionen.

Der Entstehungshintergrund für die MDFT ist zum einen die strukturell-strategische Familientherapie nach Minuchin (1976; vgl. Minuchin 1984; Minuchin u. Fishman 1988) und Haley (1976). Beide betonen die Funktionen von Eltern sowie familiären Strukturen, Mustern und Hierarchien, sowie die aktive Rolle und direktive Haltung des Therapeuten. In der weiteren Entwicklung kamen Einflüsse aus der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie von de Shazer und Kim Berg (1986) hinzu, die sehr zielgerichtet und outcome-orientiert arbeiten.

Die MDFT ist außerdem von psychotherapeutischen Methoden und Grundhaltungen der Klientenzentrierten Gesprächstherapie (Rogers) und der Kognitiven Therapie (Beck) beeinflusst. Das Fördern der Selbstexploration von Kognitionen

und Emotionen auf der Grundlage einer empathisch-wertschätzenden Grundhaltung gegenüber den Jugendlichen und den Eltern zeigt sich besonders im Aufbau individueller therapeutischer Beziehungen mit den Subsystemen. Sowohl mit den Jugendlichen als auch mit den Eltern finden intensive einzeltherapeutische Sitzungen statt, die als Vor- und Nachbereitung von therapeutischen Sitzungen mit der Familie dienen.

3.3 Ablauf und methodische Umsetzung

Systematische Planung von Sitzungen bei gleichzeitiger Flexibilität im Therapieprozess sind Kernelemente der MDFT-Strategie. Grundlage für die Festlegung von Interventionszielen und therapeutischen Strategien ist eine Fallkonzeption, die nach den ersten Sitzungen (in Familien- und Einzelsitzungen) erstellt wird. Mit Hilfe des sogenannten MDFT-Assessment-Protokolls werden die unterschiedlichen Funktionsebenen des Falles diagnostiziert (und im weiteren Verlauf ergänzt). Diagnostische Fragestellungen werden von Beginn an mit therapeutischen Interventionen verbunden. Auf der Grundlage der Fallkonzeption und der Orientierung an den Behandlungsphasen werden die Therapiesitzungen systematisch wöchentlich geplant und ausgewertet (session planning/outcome). Sitzungsfrequenz und Setting werden dem individuellen Bedarf des Klientensystems angepasst.

Die Therapie gliedert sich in drei Phasen, die sich zum Teil überschneiden und in Abhängigkeit vom therapeutischen Fortschritt aufeinander folgen.

(1) *Aufbau von therapeutischen Bündnissen und Motivation:* Hier geht es darum, sowohl zu dem Jugendlichen als auch zu seinen Eltern eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, die die Auseinandersetzung und Konfrontation mit den eigentlichen Konflikten und Themen ermöglicht. Jeder soll ausführlich mit seinen Belangen gehört werden, aktuelles und vergangenes Leid von Jugendlichen und Eltern soll unter Fokussierung der affektiven Komponenten thematisiert werden. Einzelheiten des jugendlichen und familiären Alltags sollen erforscht werden und der Jugendliche soll die Idee gewinnen, dass diese Therapie für ihn etwas bringen kann. An die Eltern wird die Botschaft gerichtet: „You are the medicine for your child!“

(2) *Bearbeiten der Themen:* In dieser Phase sollen die identifizierten Konflikte und Probleme besprochen und verändert bzw. gelöst werden. Dazu gehört es, die Eltern dabei zu unterstützen, ihre Elternrolle wahrzunehmen sowie die Selbstexplorationsfähigkeit sowohl der Jugendlichen als auch der Eltern als Paar zu fördern. Im Zentrum dieser Phase steht die Veränderung bzw. Verbesserung der familiären Beziehung und Kommunikation mittels familientherapeutischer Techniken. Außerdem wird im Sinne des Case Managements in außerfamiliären Bereichen, die mit dem Problemkontext im Zusammenhang stehen, interveniert.

(3) *Veränderungen festigen und Abschluss:* In der 3. Phase sollen die erzielten Entwicklungen und Veränderungen gewürdigt und hervorgehoben werden. Zukünftige Probleme und Schwierigkeiten werden antizipiert und mit gelernten Bewältigungsstrategien (Rückfallprophylaxe) verglichen. Bei Bedarf wird für Eltern oder Jugendliche in andere Therapieformen weitervermittelt.

3.4 Entwicklungsbereiche und Interventionsebenen

Praktisch versucht MDFT vier zentrale Entwicklungsbereiche gleichermaßen zu bearbeiten (multidimensional) und in ihnen je nach Therapiephase gezielt zu intervenieren. Die vier Interventionsebenen der Therapie sind der Jugendliche, die Eltern, die Familie, das soziale Umfeld. Im Folgenden werden die Interventionsziele in diesen vier Bereichen dargestellt.

Interventionen mit den Jugendlichen: Durch die diagnostische Exploration erhält der Therapeut Kenntnisse über die Umgangsweisen des Jugendlichen mit Drogen und seine Einstellungen dazu. Ausführlich werden Funktionen und Motivationen des Substanzkonsums besprochen. Außerdem werden alle relevanten Entwicklungsaspekte/-aufgaben des Jugendlichen hinsichtlich vorhandener Risiko- und Schutzfaktoren analysiert. Dabei soll der Jugendliche für seine sozialen Probleme und Gesundheitsrisiken sensibilisiert werden. Im Weiteren werden folgende Themen/Ziele mit dem Jugendlichen erarbeitet:

- Drogenmissbrauch wird als unvereinbar mit den persönlichen Zielsetzung des Jugendlichen bewertet. Die angestrebten Veränderungen hinsichtlich eines neuen Lebensstils sollen positiv bestärkt und anerkannt werden und die Diskrepanz zwischen persönlich gewünschten Zielen und aktuellem drogenbezogenen Lebensstil herausgearbeitet werden.
- Förderung der Bewältigung von anstehenden Entwicklungsaufgaben.
- Bearbeitung familiärer Probleme und Konflikte (Verbalisierung von Gefühlen).
- Verbesserung der Beziehung zu Peers und Freunden.
- Verbesserung schulischer Leistungen/beruflicher Integration.
- Unterstützung bei vorhandenen sozialen/gerichtlichen Problemen.

Therapeutische Einzelsitzungen mit dem Jugendlichen basieren auf einer empathisch-wertschätzenden, klientenzentrierten Grundhaltung. Gefördert wird die kognitive und emotionale Selbstexploration des Jugendlichen. Dem Klienten werden konkrete Problemlösungsstrategien im Umgang mit Craving (Verlangen), mit Problemen in der Familie, Peers und dem sozialen Umfeld angeboten. Interventionen sind den Fähigkeiten und dem komorbiden Störungsbild des Jugendlichen anzupassen.

Interventionen mit den Eltern: Interventionen mit den Eltern setzen auf zwei Ebenen an.

Zunächst fokussiert MDFT die Funktionsebene der Eltern in ihrer Rolle als erwachsene Einzelpersonen, unabhängig von ihren Aufgaben als Eltern und Erzieher. Es gilt herauszuarbeiten, inwiefern spezielle Probleme, beispielsweise psychische Störungen der Eltern, Alkoholmissbrauch oder Eheprobleme, die Erziehungspraxis negativ beeinflussen. Stellt sich heraus, dass diese Probleme sich dauerhaft negativ auf den Erziehungsstil auswirken und durch die MDFT-Intervention keine Distanzierung möglich ist, sollte hier an weiterführende Hilfen vermittelt werden.

Im Weiteren wird der Erziehungsstil der Eltern analysiert und therapeutisch beeinflusst. Hier geht es um Themen wie Nähe/Distanz, emotionale Verbindung zum Kind, das Verhältnis von elterlicher Kontrolle und Autonomiebestrebungen des Kindes, der gemeinsamen elterlichen Grundhaltung/Konsistenz im Erziehungsver-

halten sowie besondere familiäre Themen oder Belastungen (z. B. Tod, Erkrankung, Scheidung, Gewalt).

In den Einzelsitzungen mit den Eltern/Elternteilen werden diese in ihren Erziehungsfähigkeiten gefördert und psychoedukativ unterstützt. Hierzu gehört unter anderem die Etablierung einer phasengerechten adäquaten Kommunikation mit dem Jugendlichen, das Setzen von Grenzen und das Verfolgen und konsequente Umsetzen von gemeinsamen Absprachen.

Interventionen mit der Familie: Die Qualität der familiären Beziehung wird als primärer Kontext und stärkste Kraft für die Entwicklung des Jugendlichen gesehen. Positive Beziehungen in der Familie gelten als wichtiger Schutzfaktor in Bezug auf Problemverhalten bzw. Drogenmissbrauch. MDFT fördert deshalb neue Formen der familiären Kommunikation, indem die emotionalen Beziehungen und die Organisationsstruktur der Familie verändert werden. In Familiensitzungen arbeitet MDFT mit „Realinszenierungen“ (enactment), damit wichtige Themen der Familie in neuer Form ausgetragen und konstruktiv emotional bearbeitet werden können. Diese häufig sehr belastenden Themen werden in der Regel zunächst in Einzelsitzungen mit den Jugendlichen und Eltern aufgegriffen und für die Familiensitzung vorbereitet. Diese grundlegende Methodik, Themen aus der Einzelarbeit für die Familiensitzung zu nutzen („working part to whole“), geht einher mit dem Gegenstück, nämlich Themen aus der Familiensitzung für die darauf folgende Einzelsitzung zu nutzen und mit Jugendlichen und Eltern weiter durchzuarbeiten („working whole to part“).

Interventionen im sozialen Umfeld: Hier ist das Ziel, Eltern und Jugendliche im Umgang mit dem relevanten sozialen System zu unterstützen, insoweit Probleme und Defizite in diesem Bereich vorhanden sind. Zum sozialen System zählen vor allem Ämter und Behörden (bei delinquenten Jugendlichen vor allem Jugendgerichtshilfe), Schule/Ausbildungsbetrieb, medizinische Dienste sowie der Freundeskreis. Der Therapeut stellt bei Bedarf Kontakte zu den Institutionen her, vereinbart Treffen und begleitet Eltern und Jugendliche zu diesen Sitzungen, um möglichst positive Ergebnisse für die Familie zu erzielen. Ziel ist es, möglichst gute Kooperationsbeziehungen zu den Professionellen in den relevanten sozialen Systemen herzustellen, um somit insgesamt die sozialen Ressourcen für das Klientensystem zu optimieren.

Die Prämisse für diesen Interventionsbereich ist, dass Veränderungen auf der individuellen und familiären Ebene oft nicht ausreichen, wenn das soziale Umfeld (als Risiko- bzw. Schutzfaktor) nicht miteinbezogen wird. Diese Orientierung, im Sinne eines „case managements“ hat seine Entsprechung in den Konzepten der „Sozialraumorientierung“ und des „empowerment“.

3.5 Zusammenfassung

Die MDFT ist gestützt durch evidenzbasierte klinische Forschung. Das Behandlungsmodell versteht den Missbrauch von Cannabis oder anderen Drogen als Teil eines schädlichen Lebensstils. Suchtentwicklung ist somit Teil eines komplexen Problemverhaltens. Hierzu zählen komorbide Störungen, familiäre Disharmonie, fehlende soziale Bindungen, Schulprobleme, Strafverfolgung, gerichtliche Sanktionen usw. Dementsprechend zielt MDFT auf möglichst viele dieser relevanten Lebens-

und Problembereiche. Ein rein drogenbezogener Fokus wird als unzureichend erachtet. Aufgrund dieser vorhandenen klinischen Komplexität bietet MDFT ein breites Spektrum von therapeutischen Interventionen. Viele dieser Techniken sind bekannt und nicht MDFT-spezifisch. Aber die spezifische Kombination, Abfolge und der Fokus der Interventionen unterscheidet MDFT von anderen familienorientierten Ansätzen für jugendliche Drogenmissbraucher. In der aktuellen deutschen und europäischen ambulanten Behandlungspraxis werden gewöhnlich Sitzungen mit Jugendlichen, manchmal unter Einbeziehung der Familie, in Beratungsstellen durchgeführt. Sie sind begrenzt auf diese Settings und im Behandlungsfokus oft recht eingeschränkt. Im Unterschied dazu ist MDFT aufsuchend und proaktiv, indem der Therapeut bei Bedarf auch zuhause in der Familie oder in kommunalen Settings Sitzungen durchführt, mit Lehren, Ärzten, Bewährungshelfern und Peers spricht, Material von einer Quelle für die andere nutzt und jede dieser Sitzungen klar plant und strukturiert. Die Behandlungsdauer von MDFT ist nicht sehr lang, die Behandlung selbst dafür sehr intensiv und fokussiert. Durch die Intensität und Strukturierung kann MDFT auch eine Alternative für eine stationäre Behandlung von jugendlichen Suchtklienten sein.

4 Therapeutische Erfahrungen mit MDFT in der Pilotphase

Während der Pilotphase wurden in jedem Land zwei bis vier Therapeuten (teilweise) und ein Supervisor-Therapeut (vollständig) in der MDFT-Methodik geschult und supervidiert. Bei der Umsetzung von MDFT in den drei Pilotfällen war es eine große Herausforderung, eine aktuell neu gelernte „manualisierte“ Methode vor dem Hintergrund der eigenen langjährigen Berufspraxis mit dieser Klientel unmittelbar anzuwenden. Von Anfang an galt es, gemeinsam mit dem CTRADA-Team auszuloten, wie viel Flexibilität in der Durchführung von MDFT möglich ist und wo Grenzen der „Methodentreue“ bestehen. Insbesondere beim Kennenlernen des CTRADA-Teams und der Klientenarbeit vor Ort in den USA wurde deutlich, dass Kontexte und Störungsbilder der dortigen Klienten sich von unseren Klienten (hier: Klientel des Therapieladen e. V.) in einigen Aspekten unterscheiden. Deshalb gehen wir davon aus, dass eine klientspezifische Adaption und Flexibilisierung hinsichtlich „Settingmix“ und „Sitzungsfrequenz“ unter Wahrung der zeitlichen Befristung sowie der Grundhaltungen und Prinzipien der multimodalen systemischen Orientierung grundsätzlich möglich sein muss und angemessen ist.

Dazu ein konkretes Beispiel aus den eigenen Fällen: Bei zwei Familien beschränkte sich die Arbeit auf die Interventionsebenen „Jugendlicher“, „Eltern“, „Familie“. Die vierte Ebene des sozialen Kontextes spielte nur eine geringe Rolle. Diese Familien verfügten über gute soziale Ressourcen und Kompetenzen und brauchten in diesem Bereich wenig bzw. keine Unterstützung. Auch der aufsuchende Anteil entfiel bei diesen Familien (alle Termine wurden regelmäßig und motiviert in der Einrichtung wahrgenommen). Absehbar ist, dass bei Familien aus sozial schwachem Milieu mit geringen sozialen Ressourcen wesentlich mehr Arbeit im Bereich des in die MDFT integrierten Case Managements zu leisten ist. Hier wird zu klären sein,

inwiefern ein „Therapieassistent“ (wie im MDFT-Modell vorgesehen) für die Unterstützung der Arbeit im „sozialen Bereich“ benötigt wird.

Entscheidend bei der Umsetzung der MDFT ist das permanente „supervidierte“ Reflektieren und Planen des Therapieprozesses vor dem Hintergrund der diagnostizierten Störungsbereiche (Risikofaktoren) und das gleichzeitige flexible Arbeiten auf unterschiedlichen Ebenen in verschiedenen therapeutischen Allianzen. Die Integration unterschiedlicher Rollen in der Person des Therapeuten und das gleichzeitige Erarbeiten und Aufrechterhalten der therapeutischen Allianzen mit dem Klientensystem durch ein und denselben Therapeuten hat sich bei der Therapie mit den Pilotfällen als hilfreich und nützlich erwiesen. Ursprüngliche Bedenken im Umgang mit der Schweigepflicht (wann kann/darf man wem was mitteilen?) haben sich als weniger problematisch erwiesen als angenommen. Ein solches therapeutisches Vorgehen erfordert jedoch eine hohe Integrationsfähigkeit des Therapeuten, wobei die dazugehörige engmaschige Supervision (wann immer möglich „live supervision“) dabei helfen soll, den Therapieprozess zu planen und reflektieren.

4.1 Bewertung der Therapieverläufe

In der INCANT-Pilotstudie wurde nicht die Effektivität der durchgeführten Behandlungen evaluiert, sondern primär das Therapeutenverhalten. Anhand acht transkribierter Therapiesitzungen wurde von den Supervisor-Therapeuten eine quantitative und qualitative Auswertung ihrer Sitzungen vorgenommen. Außerdem wurden Sitzungsprotokolle (Session planning) und die gesamte Sitzungsfrequenz (Session log) aller Fälle ausgewertet. Ziel war ja primär die Schulung und Überprüfung der Methodenadhärenz der Supervisor-Therapeuten durch das CTRADA-Team. Hier nur eine kurze Beschreibung der behandelten „Pilotfälle“.

Bei einem Fall (17-jähriger Junge) lag neben der Cannabisabhängigkeit eine drogeninduzierte Psychose vor, welche zuvor stationär in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt worden war. Die Cannabisabstinenz konnte in der ambulanten Therapie nach dem Klinikaufenthalt aufrecht erhalten und stabilisiert werden. Außerdem gelang dem Klienten die Wiedereingliederung in eine neue Schulklasse. Die Mutter ist alleinerziehend und fühlte sich durch die enge therapeutische Begleitung sehr unterstützt. Sie erlebte das proaktive Verhalten des Therapeuten als persönliches Engagement, das man so nicht erwarten würde.

Beim zweiten Fall (17-jähriger Junge) lagen neben der Cannabisabhängigkeit soziale Verhaltensstörungen vor (Diebstahlsdelikte, Schulschwänzen, Trebegang). Durch die Verbesserung des elterlichen Erziehungsstils (gemeinsame Grenzsetzung) und der familiären Kommunikation während der Therapie gelang es dem Jugendlichen, den Cannabiskonsum einzustellen, die Schule wieder regelmäßig zu besuchen und die Eltern (insbesondere den Vater) mehr zu respektieren. Neben der Entlastung der überengagierten und kontrollierenden Mutter war die gezielte Arbeit mit Vater (früherer Alkoholiker) und Sohn der Schlüssel zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik in diesem Fall.

Beim dritten Fall (16-jähriges Mädchen) zeigten sich deutlich größere Probleme bei der Motivations- und Allianzbildung mit der ebenfalls alleinerziehenden Mutter. Die Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Alkoholmissbrauch wollte die Mutter zunächst nicht führen, obwohl dies ein deutliches Signal an die darunter leidende (bereits abstinente) Tochter gewesen wäre und die Mutter damit die Grundlage für eine verbesserte familiäre Interaktion hergestellt hätte. Die Herstel-

lung von Motivation bei wenig motivierten Klienten (Jugendliche und Eltern) ist jedoch das entscheidende erste Ziel in der ersten Phase des MDFT-Ansatzes. Ohne äußeren Druck bedarf es hier sehr viel Geschick des Therapeuten, um das Klientensystem, vor allem auch die Eltern, von der Notwendigkeit und Intensität der Therapie zu überzeugen.

4.2 Unterschiede in der Klientel USA – Europa?

Ein wichtiger Aspekt im europäischen INCANT-Projekt bezieht sich auf die Frage, wie sich cannabisabhängige Jugendliche innerhalb der europäischen Länder und im Vergleich zu den USA unterscheiden und inwiefern unterschiedliche soziokulturelle und drogenpolitische Kontexte sich auf die Umsetzung des in den USA entwickelten Therapiemodells auswirken. Bisher gibt es nur wenig evidenzbasierte Untersuchungen zum Störungsbild von Cannabisklienten (Bonnet u. Scherbaum 2005; Thomasius 2005). Diese beziehen sich zudem primär auf junge erwachsene oder erwachsene Klienten.

Deshalb können hier nur einige grobe Einschätzungen auf der Grundlage von vielen Gesprächen mit europäischen Kollegen und dem CTRADA-Team sowie der langjährigen Erfahrung mit jugendlichen Cannabisklienten im Berliner Therapieladen gemacht werden.

- Jugendliche Drogenklienten in den USA stehen aufgrund der „repressiveren Drogenpolitik“ unter deutlich höherem gesellschaftlichen Druck. Das Risiko eines Abgleitens in soziale Verelendung, Kriminalität und strafrechtliche Verurteilung scheint dort auch bei Cannabiskonsumenten wesentlich höher als in Deutschland (vor allem bei US-Amerikanern afrikanischer Abstammung und anderen ethnischen Gruppen). Die Therapiemotivation von Klienten scheint somit stärker von Auflagen und juristischen Sanktionen geprägt als in Deutschland oder anderen europäischen Ländern.
- Eventuell damit zusammenhängend zeigt sich in den USA bei den komorbiden Störungen der Cannabisklienten ein höherer Anteil von dissozialen und externalisierten Verhaltensstörungen. Klienten mit primär affektiven oder Angststörungen sind nach unserer Einschätzung dort nicht so häufig vertreten, wie wir es aus unserer eigenen ambulanten Arbeit kennen. Es entstand der Eindruck einer insgesamt heterogeneren Problemlage der hilfesuchenden Cannabisklientel in Deutschland (Simon et al. 2004.) Auch das soziale Herkunftsmilieu der Cannabisklienten scheint in Deutschland heterogener zu sein, mit der Tendenz zu einem durchschnittlich höheren Bildungsniveau.
- Das Problem und Ausmaß von „cannabisinduzierten Psychosen“ scheint in Deutschland eine größere Relevanz zu haben (Ähnliches wird in Frankreich beobachtet). Doppeldiagnosen (Psychose und Sucht) haben jedoch bisher keine Indikation für die MDFT. Hier sehen wir die Notwendigkeit zu klären, inwiefern auch Klienten mit diesem Störungsbild unter bestimmten Bedingungen in ein cannabispezifisches ambulantes Behandlungsprogramm – was MDFT ja sein soll – aufgenommen werden können.

5 Ausblick

Der Bedarf an einem cannabisspezifischen Behandlungsprogramm für Jugendliche ist nach unserer Einschätzung und aktuellen Forschungsergebnissen in hohem Maß vorhanden. Die Einführung eines wissenschaftlich evaluierten, effektiven Behandlungsprogramms könnte in Deutschland längst notwendige neue Impulse für den therapeutischen Umgang mit dieser an Bedeutung zunehmenden Problematik bringen. MDFT ist ein störungsspezifischer Ansatz und steht somit im Trend der Überwindung einer Fixierung auf bestimmte Therapieschulen hin zu empirisch abgesicherten schulenübergreifenden Methoden.

Unter dem Aspekt der Relevanz und Notwendigkeit von Frühintervention bei stark problembelasteten Risikogruppen wäre ein systemisch-adoleszenzspezifisches Behandlungsangebot für diese Zielgruppe sehr hilfreich. Der ressourcenorientierte ambulante MDFT-Ansatz würde auch eine Entsprechung in dem in der Jugendhilfe diskutierten Konzept der „Sozialraumorientierung“ finden. Wir sehen in dem strukturierten und zeitlich limitierten ambulanten Behandlungsprogramm auch eine für Kostenträger attraktive und ergänzende Behandlungsalternative bzw. -ergänzung zu langfristigen Sucht- oder Psychotherapien. Hierzu kann die geplante multizentrische INCANT-Studie einen wesentlichen Beitrag leisten, indem die Effektivität von MDFT in verschiedenen europäischen Ländern mit unterschiedlichen Kontrollbehandlungsgruppen evaluiert wird.

Generell ist zu bemerken, dass die Indikation für MDFT in der jetzigen Form nur bei jugendlichen Cannabisabhängigen mit komorbiden Störungen sinnvoll scheint. Jugendliche mit weniger gravierenden Cannabisproblemen oder ohne komorbide Störungen sind mit anderen, eher niedrigschwelligen und weniger intensiven Kurz- oder Frühinterventionsangeboten zu erreichen (Tossmann 2006a, b; Bonnet u. Scherbaum 2005).

Literatur

- Adamson, S. J.; Sellman, J. D. (2003): A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review* 22: 309–315.
- Bonnet, U.; Scherbaum, N. (2005): Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt* 102 (48): A3334–3341.
- Bronfenbrenner, U. (1979): *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse (CTRADA): www.miami.edu/ctrada.
- Gantner, A.; Tossmann, P. (2005): INCANT-Pilotstudie. Endbericht und Begleitforschung. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.
- Haley, J. (1976): *Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen*. München. Pfeiffer
- Liddle, H. A. (1999): Theory Development in a Family-Based Therapy for Adolescent Drug Abuse. *Journal of Clinical Child Psychology* 28 (4): 521–532.
- Liddle, H. A. (2002): *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users*. Cannabis Youth Treatment Series. Bd. 5. Center of Substance Abuse Treatment. Miami.

- Liddle, H. A.; Dakof, G. A.; Diamond, G. (1992): Adolescent Substance Abuse: Multidimensional Family Therapy in Action. In: Kaufman, E.; Kaufman, P. (Hg.): Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse. Boston: Allyn and Bacon, S. 120–171.
- Minuchin, S. (1984): Familie und Familientherapie. Freiburg: Lambertus Verlag, 1976.
- Minuchin, S.; Fishman, H. C. (1988): Praxis der strukturellen Familientherapie. Strategien und Techniken. Freiburg: Lambertus Verlag, 1978.
- Rigter, H. (2005): Report on the INCANT Pilot Study. Erasmus MC. Rotterdam. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.
- Simon, R.; Sonntag, D.; Bühringer, G.; Kraus, L. (2004): Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. IFT München. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. Berlin.
- de Shazer und Kim Berg (1986): Kurzzeittherapie – Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. Familiendynamik 11(3):182–205.
- Thomasius, R. (2005): Cannabisbezogene Störungen in der psychiatrischen Ambulanz. In: Jugendkult Cannabis. Risiken und Hilfen. Dokumentation des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Tossmann, H. P. (2006a): Cannabis – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e. V. (Hg.): Jahrbuch Sucht 2006. Hamm.
- Tossmann, H. P. (2006b): Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55: 509–519.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Andreas Gantner, Therapieladen e. V., Potsdamer Straße 131, 10783 Berlin; E-Mail: a.gantner@therapieladen.de