

Pendeldiplomatie im Quadrat

Multidimensionale Familientherapie (MDFT): ein systemischer Therapieansatz für Jugendliche mit Drogenproblemen und Verhaltensauffälligkeiten, deren Eltern und Bezugspersonen.

Andreas Gantner, Birgit Spohr, Jeanine Bobbink, Harvey Becker
Therapieladen e.V. Berlin

Zusammenfassung

Angesichts des europaweit steigenden Behandlungsbedarfs für jugendliche Cannabisklienten und der wissenschaftlich belegten Effektivität der Multidimensionalen Familientherapie für jugendliche Drogenklienten wird im Rahmen der europäischen INCANT Studie die in den USA entwickelte Multidimensionale Familientherapie (MDFT) eingeführt und in fünf europäischen Ländern wissenschaftlich evaluiert. Die gleichzeitige Arbeit mit den Jugendlichen, den Eltern, der Familie und anderen relevanten Personen im sozialen Kontext der jugendlichen Klienten ist ein Schwerpunkt des systemischen multidimensionalen Therapieansatzes, der in diesem Beitrag vorgestellt und anhand beispielhafter Therapieverläufe nachvollziehbar gemacht wird. Erste klinische Erfahrungen aus der Studie lassen eine Bestätigung der hohen Wirksamkeit von MDFT erwarten.

Schlüsselwörter

INCANT Studie, Multidimensionale Familientherapie (MDFT), Systemische Therapie für Jugendliche mit Suchtproblemen und anderen psychischen und Verhaltensproblemen, Cannabis, Multiproblemverhalten, Elternberatung

Um die weibliche und die männliche Form zu berücksichtigen, haben wir im Singular die Therapeutin und den Jugendlichen gewählt und im Plural die männliche Form beibehalten.

1. Einleitung

Die Multidimensionale Familientherapie (MDFT) wurde seit 1985 von einer Arbeitsgruppe um Prof. Howard Liddle im „Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse“ (CTRADA) der University of Miami Medical School entwickelt und bisher in 7 abgeschlossenen randomisierten klinischen Studien erfolgreich evaluiert (Liddle 2002, 2008, Rigter 2005). MDFT wird für die spezifische Zielgruppe der minderjährigen Drogenmissbraucher

mit multiplen Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt. Angesichts des europaweit steigenden Behandlungsbedarfs für Cannabisklienten (Simon et al. 2004, Tossmann 2006) und des bisherigen Mangels an evidenzbasierten Behandlungsprogrammen in europäischen Ländern einigten sich die Gesundheitsministerien von Belgien, Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz und Deutschland im Jahr 2003 darauf, im Rahmen einer multizentrischen Behandlungsstudie das evidenzbasierte MDFT Programm in Europa einzuführen und unter europäischen Bedingungen wissenschaftlich zu evaluieren.

In Deutschland ist der Berliner *Therapieladen* e.V. für die Einführung und Umsetzung des neuen zielgruppenspezifischen familientherapeutischen Ansatzes im Rahmen der INCANT Studie verantwortlich. Der *Therapieladen* e.V. wurde 1985 als bundesweit einzigartiges ambulantes Therapieprojekt speziell für jugendliche und erwachsene Konsumenten von Cannabis und sog. Partydrogen gegründet. Die Einrichtung hat die Aufgabe, Jugendliche und Erwachsene mit problematischem oder abhängigem Cannabis- und Partydrogenkonsum möglichst frühzeitig therapeutisch zu unterstützen. Dabei hat sich ein individualisierter und flexibler psychotherapeutischer Ansatz bewährt, der die spezifischen Suchtprobleme von Cannabisklienten im Kontext der individuellen Biographie, aktuellen Lebenssituation und anderer komorbider Störungen versteht und behandelt (Bobbink/Spohr 2002, Gantner 1998). In der regulären Behandlungspraxis der Einrichtung werden Jugendliche mit spezifischen kinder- und jugendpsychotherapeutischen sowie familientherapeutischen Angeboten behandelt (im Rahmen der Jugendhilfe SGB VIII, KJHG §27/§35a). Die Behandlung von Erwachsenen ab 18 Jahren findet im Rahmen der ambulanten Suchtrehabilitation statt (SGB IX, Kostenübernahme durch Sozialversicherungsträger). Darüber hinaus wird im *Therapieladen* e.V. aktuell mit verschiedenen manualisierten Therapieprogrammen gearbeitet, die parallel wissenschaftlich evaluiert werden. Neben INCANT sind dies CANDIS (manualisiertes Kurztherapieprogramm für erwachsene Cannabisabhängige), *Quit the shit* (onlinebasiertes Beratungsprogramm zur Reduzierung bzw. Einstellung von Cannabiskonsum) und *Double Trouble* (psychotherapeutisch-psychoedukatives Gruppenangebot für Menschen mit schizophrener Erkrankung und Cannabismissbrauch).

Der *Therapieladen* e.V. wurde u.a. deshalb für die Erprobung des MDFT Ansatzes unter streng kontrollierten Bedingungen im Rahmen der INCANT Studie ausgewählt, weil hier bereits eine spezialisierte ambulante Therapieeinrichtung mit einem entsprechend qualifizierten therapeutischen Team und guter Vernetzung innerhalb der Jugend- und Suchthilfe besteht.

Im Folgenden werden zunächst die INCANT Studie und der MDFT Ansatz vorgestellt. Im Anschluss wird anhand zweier methodisch kommentierter Therapieverläufe die praktische Anwendung von MDFT veranschaulicht. Schlussfolgerungen für die zukünftige Implementierung in die Praxis beenden den Beitrag.

2. INCANT Studie

Bis heute liegen in Europa nur wenige Erkenntnisse darüber vor, mit welchen therapeutischen Angeboten Cannabisabhängige besonders wirksam behandelt werden können. Dies gilt insbesondere für die Behandlung jugendlicher Cannabiskonsumanten. Vor diesem Hintergrund wurde in Deutschland eine Reihe von cannabis-spezifischen Forschungsprojekten initiiert mit dem Ziel, effektive Beratungs- und Behandlungsprogramme in die Praxis zu implementieren (Drogen- und Suchtbericht 2008, BMG). Bereits im Jahr 2003 wurde auf europäischer Ebene entschieden, im Rahmen des *Cannabis Research Action Plan* die gemeinsam entwickelte Behandlungsstudie INCANT (International Cannabis Need of Treatment) durchzuführen (Rigter 2007). Nach einer erfolgreichen Pilotstudie (Gantner/Tossmann 2005) wurde die methodisch anspruchsvolle Hauptstudie 2006 in allen fünf Ländern gestartet.

2.1 Ziele und Zielgruppe

Ziel der Studie ist es zu überprüfen, ob die Multidimensionale Familientherapie (MDFT) besser als die bisherigen Behandlungsmethoden, in der Regel Einzeltherapie, geeignet ist, Cannabismissbrauch bzw. -abhängigkeit und damit zusammenhängende Auffälligkeiten von Jugendlichen zu behandeln. Kriterien dafür sind die Reduzierung des Cannabiskonsums und der cannabisassoziierten Probleme sowie die Haltequote in der Therapie und die Akzeptanz bei Klienten und Therapeuten.

Zielgruppe der Therapiestudie sind minderjährige Jugendliche im Alter von 13 bis einschließlich 18 Jahren sowie deren Eltern und andere relevante Bezugspersonen. Mit einer diagnostizierten Cannabisstörung ist bereits die Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie erfüllt. Es gelten keine weiteren Ausschlusskriterien, abgesehen von manifester Opiatabhängigkeit und einer akuten psychiatrischen Erkrankung, die eine stationäre Behandlung erfordert. Damit wird im Vergleich zu den häufig hochselektiven Zielgruppen anderer Therapiestudien in der INCANT Studie mit sogenannten Multiproblemerklienten bzw. Multiproblemfamilien eine sehr heterogene Klientel erreicht.

2.2 Methodische Umsetzung

Die INCANT Behandlungsstudie ist als randomisiert-kontrollierte Untersuchung (RCT) und sowohl transnational als auch multizentrisch konzipiert (zum Studiendesign siehe www.incant.eu). In Deutschland werden insgesamt 120 Jugendliche/Familien aufgenommen. Dabei findet zunächst ein Baseline-Screening mit Hilfe von substanz- und verhaltensbezogenen Instrumenten (inkl. Urinalysen) sowie einer DSM IV Diagnostik statt. Danach werden die Jugendlichen randomisiert einer der beiden Behandlungsgruppen zugewiesen. Bei MDFT dauert die Behandlung - in Abhängigkeit von der vorliegenden Problematik - zwischen 4 bis max. 6 Monate. Für das Treatment as usual (nicht manualisierte Jugendpsychotherapie) ist ein Zeitfenster von 8 bis max. 10 Monaten vorgegeben. Es finden Follow-up-Untersuchungen jeweils 3, 6, 9 und 12 Monate nach Therapiebeginn statt. Die wissen-

schaftliche Begleitung am Projektstandort Berlin wird von der *delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH* in Kooperation mit der Erasmus Universität (Rotterdam) durchgeführt.

2.3 Aktueller Stand der Studie

Projektbeginn der INCANT Hauptstudie war der 1.9.2006. Bis zum 30.11.2008 konnten im Berliner *Therapieladen* e.V. 100 Jugendliche/Familien in die Studie aufgenommen werden. Der Altersdurchschnitt liegt bei 16,3 Jahren bei einem Anteil von etwa 20% weiblichen Klientinnen. Die Eingangsuntersuchungen ergeben bisher neben dem Vorliegen von Cannabismissbrauch bzw. -abhängigkeit ein hohes Vorkommen zusätzlicher Alkoholstörungen und weiterer psychiatrischer Komorbidität, z.B. ADHS, Depression sowie externalisierte Verhaltensstörungen wie Delinquenz und Schuldistanz. Etwa die Hälfte der Jugendlichen lebt aktuell nicht mehr in der Familie, sondern wird bereits in einer Jugendhilfemaßnahme pädagogisch betreut.

Die Behandlungsphase soll im Juli 2009 abgeschlossen sein, wegen der Follow-up Untersuchungen werden die wissenschaftlichen Ergebnisse zur europäischen Studie erst im Sommer 2010 erwartet.

3. Grundzüge der Multidimensionalen Familientherapie

3.1 Grundlagen der MDFT

MDFT hat ihre Wurzeln in der strukturellen Familientherapie nach Salvatore Minuchin (1984) und der direktiv-strategischen Familientherapie nach Jay Haley (1985). Beide Pioniere der systemischen Therapie betonen die Bedeutung und Funktion von Eltern, familiären Strukturen und Grenzen, transaktionalen Beziehungsmustern sowie die ziel- und damit problemlösungsorientierte Gestaltung des Therapieprozesses.

Ergänzend zu dieser systemischen Grundorientierung beinhaltet MDFT zentrale Elemente der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie und der kognitiven Verhaltenstherapie. Ein therapeutisches Anliegen ist die Förderung der Selbstexploration von Kognitionen und Emotionen jeweils bei Jugendlichen und Eltern. Dafür ist eine durchgängig empathisch-wertschätzende therapeutische Haltung ebenso unverzichtbar wie für den im Rahmen eines Kurzzeittherapieangebots raschen Aufbau von individuellen therapeutischen Beziehungen zu den einzelnen Beteiligten.

Die Arbeit in den jeweiligen Subsystemen (Jugendlicher alleine, Eltern alleine, einzelne Eltern alleine) hat dabei immer die Verbesserung der familiären Kommunikation und Beziehungen als zentrales Ziel. Die Verbesserung der Situation einzelner Familienmitglieder ist dafür komplementär notwendig. Die Einzelsitzungen dienen daher einerseits der Klärung individueller Anliegen, andererseits direkt oder indirekt der Vorbereitung von Familiensitzungen. Denn Kernstück der MDFT ist die Wiederherstellung positiver emotionaler Bindung zwischen Eltern und Ju-

gendlichen, um die notwendige Grundlage für die Wirksamkeit der elterlichen Erziehung zu schaffen und eine Suche nach Problemlösungen möglich und sinnvoll zu machen. Ein Grundsatz lautet: Emotionen beeinflussen Kognitionen und Verhalten wesentlich. Solange gravierende emotionale Störungen zwischen den Familienmitgliedern nicht geklärt sind, können praktische Problemlösungsstrategien auf der Verhaltensebene nicht greifen (Liddle 1994).

Zentral ist dabei die Annahme, dass Drogenmissbrauch Jugendlicher i.S. eines multidimensionalen Problemverständnisses nur im Kontext der wirksamen Risiko- und Schutzfaktoren begreifbar und behandelbar ist. Dies bezieht alle Ebenen der Lebenswelt des Jugendlichen ein, sowohl seine *individuelle Situation*, die *elterlichen, familiären Voraussetzungen* und *außerfamiliären Einflussfaktoren*. Folgerichtig erfordert das therapeutische Vorgehen eine Analyse der jeweiligen Problembereiche sowie multidimensionale Interventionen in diesen Entwicklungsbereichen und Kontexten.

Dieses systemische Problemverständnis wird bei MDFT ergänzt um *suchtspezifische Interventionen*. Gemeint sind konkrete Hilfen zur Reduzierung bzw. zum Ausstieg aus dem Konsum, Urinkontrollen, Vermittlung in Kurzzeitentgiftungsbehandlung, Rückfallprävention etc. Ebenso wichtig ist die Berücksichtigung von *entwicklungspsychologischen Aspekten* im Zusammenhang mit jugendlichem Drogenkonsum. Außerdem geht MDFT explizit auf *Risikoverhalten* wie Schulschwänzen, riskanter Sex, Delinquenz und Gewalt ein. Speziell bei cannabisabhängigen Jugendlichen sind zusätzliche *komorbide psychische Störungen* (ADHS, Depressionen, Ängste, drogeninduzierte Psychosen) häufig vorzufinden (Bonnet 2005, Thomasius 2005). Auch hier bezieht MDFT bei Bedarf störungsspezifische Interventionen ein (z.B. in enger Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiatern).

Das „störungsspezifische“ Element des MDFT-Ansatzes steht dabei nicht im Widerspruch zu einer ressourcenorientierten, salutogenetischen Perspektive, die als Grundprinzip systemischer Praxis und ebenso für die MDFT gilt (Schweitzer/von Schlippe 2007). Hier wird vielmehr der Notwendigkeit Rechnung getragen, Suchtverhalten Jugendlicher nicht nur als Symptom einer problematischen familiären Entwicklung sondern als spezifische Problematik mit eigenständiger Dynamik zu begreifen, die spezifische Interventionen erfordert wenn sie wirksam behandelt werden soll.

Eine weitere zentrale Grundlage ist die Verortung von MDFT innerhalb einer konsequenten empirischen Forschungstradition. Mit zahlreichen Prozess- und Outcome Studien wird das Behandlungsmanual weiterentwickelt und verschiedenen Settings und kulturellen Kontexten angepasst.

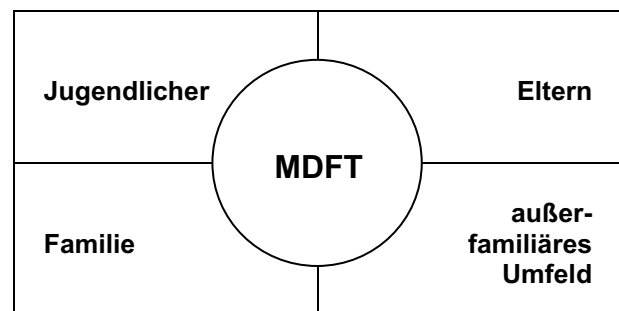
Orientierung für die Frage nach gelingenden Entwicklungsverläufen von Jugendlichen in der Adoleszenzphase liefern entwicklungspsychologische Theoriebildung und Forschungsergebnisse. Beispielhaft genannt seien das Konzept der Entwicklungsaufgaben, der „autoritative Erziehungsstil“ und die „elterliche Präsenz“ (Bergmann

2006, Omer/von Schlippe 2006) als relevant für die Einschätzung elterlicher Erziehungspraxis und Erziehungsstile hinsichtlich ihrer entwicklungsfördernden und suchtpreventiven Effektivität.

3.2 Interventionsebenen und Therapiesettings

MDFT unterscheidet vier verschiedene Interventionsebenen für die therapeutische Arbeit an je spezifischen Zielen:

Abb. 1: 4 Ebenen der MDFT



Interventionsebene Jugendlicher

Therapeutische Einzelsitzungen mit dem Jugendlichen basieren auf einer empathisch-wertschätzenden klientenzentrierten Grundhaltung. Dem Jugendlichen Klienten muss stetig das Gefühl vermittelt werden, dass die Therapeutin an „seiner Seite“ steht und ihm bei der Umsetzung seiner ganz persönlichen Ziele hilft. Entscheidend dabei ist, dass der Jugendliche für sich persönliche Erfolgsaussichten entwickelt. Eine der zentralen Botschaften an den Jugendlichen lautet: „There is something in for you!“.

Dem Herausarbeiten von Ambivalenzen des Jugendlichen in Bezug auf den Drogenkonsum und dessen Auswirkungen kommt dabei zunächst eine besondere Bedeutung zu. Dem jugendlichen Klienten werden dabei konkrete Problemlösungsstrategien im Umgang mit Konsum/Suchtverlangen, Eltern/Angehörigen, Freunden/Peers und dem sozialen Umfeld (Schule, Jugendhilfe, Ausbildung) angeboten. Die Therapeutin berücksichtigt dabei stets die Fähigkeiten bzw. den Entwicklungsstand des Jugendlichen. Auf der Basis eines gemeinsamen Arbeitsbündnisses wird außerdem systematisch die kognitive und emotionale Selbstexploration des Jugendlichen gefördert, die Ergebnisse werden dann in Familiensitzungen weiterkommuniziert. Der Jugendliche wird vorbereitet, den Eltern „seine Geschichte“ zu erzählen.

Interventionsebene Eltern

Die Arbeit mit den Eltern beinhaltet zwei verschiedene Ansatzpunkte: Einerseits fokussiert MDFT die Eltern in ihrer Rolle als erwachsene Einzelpersonen, unabhängig von ihren Aufgaben als Eltern und Erzieher. Es wird herausgearbeitet, inwiefern individuelle Schwierigkeiten wie psychische Probleme, Alkoholmissbrauch oder aktuelle Belastungen und Stressfaktoren (z.B. Partnerschaftskrise, Arbeitslosigkeit) die Erziehungspraxis negativ beeinflussen. Oft liegen hier langfristige, manchmal chronische, Probleme vor, die im Rahmen von MDFT nur

sehr eingeschränkt bearbeitet werden können. Aufgabe ist es hier, Eltern mit ihren eigenen Anliegen und Problemen zu verstehen, für Hilfebedarf zu sensibilisieren und ggf. an weiterführende Hilfen zu vermitteln. Grundhaltung dabei ist, die Eltern zu motivieren „etwas für sich zu tun“, damit sie in der Folge auch für ihre Kinder besser präsent sein können.

Der zweite Ansatzpunkt betrifft den Erziehungsstil der Eltern, der auf Stärken und Schwächen hin gewürdigt und therapeutisch beeinflusst werden soll. Hier geht es um Fragen nach einem ausgewogenen Verhältnis von Nähe/Distanz, Fürsorge/Selbstverantwortung, Kontrolle/Gewähren-Lassen etc. sowie um die Klärung, inwieweit die Eltern in diesen Punkten eine gemeinsame Haltung vertreten. In den Sitzungen mit einzelnen Eltern bzw. Elternpaaren werden diese in ihren Erziehungsfähigkeiten gefördert und in ihrem elterlichen Selbstvertrauen gestärkt, so dass sie wieder Gewissheit erlangen, Bedeutung für und Einfluss auf ihr Kind zu haben. Die zentrale Botschaft an die Eltern ist hier „You are the medicine!“. Dabei kommen auch psychoedukative Ansätze zum Einsatz um Wissen zu speziellen Themen zu vermitteln wie Drogen, Sucht, ADHS oder Depressionen. Es werden auch Informationen gegeben zur Adoleszenz und zu Erziehungsfragen (z.B. nach altersgemäßer Kommunikation mit dem Jugendlichen, dem Setzen von Grenzen oder den Konsequenzen im Hinblick auf getroffene Absprachen).

Interventionsebene Familie

Der Wiederaufbau positiver emotionaler Beziehungen in der Familie gilt als zentraler Wirkfaktor für das Erreichen einer langfristigen Verbesserung von Problemverhalten wie Drogenmissbrauch. MDFT fördert deshalb die Entdeckung und Einübung neuer Formen der familiären Kommunikation. Das beinhaltet, gegenseitige Offenheit und Vertrauen zu fördern und positive emotionale Beziehungen/Bindungen zwischen den Familienmitgliedern wieder zu beleben bzw. zu vertiefen. Das Thematisieren und Offenlegen negativer Gefühle auf beiden Seiten wie Enttäuschung, Ohnmacht, Wut, Verlassenheit, aber auch das Verstärken oder Erinnern an aktuell schwer zugängliche Gefühle wie Zuneigung, Bindung, liebevolle Verantwortung ist häufig für Jugendliche wie für Eltern eine große Herausforderung. Diese emotionale Klärung wird jedoch als unverzichtbarer Baustein für zukünftig bessere Kommunikation und gelingende Problemlösung in der Familie angesehen. Die hierfür zentrale methodische Herangehensweise des „Enactment“ (Minuchin 1983) beschreibt die Förderung der direkten Kommunikation der Beteiligten miteinander in den Sitzungen: Die Therapeutin regt die Interaktion an, moderiert sie und gibt praktische Hilfestellung beim Ausprobieren neuer Formen positiver familiärer Verständigung.

Die zentral belastenden Themen der Familie werden in der Regel zunächst in Einzelsitzungen mit den Jugendlichen und Eltern angesprochen und für die Familiensitzung vorbereitet. Das Pendeln und Vermitteln zwischen den Subsystemen beschleunigt und vertieft den therapeutischen Prozess auf der familiären Ebene. Die Methode, Themen aus der Einzelarbeit für die Familiensit-

zung zu nutzen, geht einher mit dem Gegenstück, Themen aus der Familiensitzung in darauf folgenden Einzelsitzungen mit Jugendlichen und Eltern weiter durchzuarbeiten.

Interventionsebene außerfamiliäres Umfeld

Die Prämisse für diesen Interventionsbereich ist, dass Veränderungen auf der individuellen und familiären Ebene oft nicht ausreichen, sondern das soziale Umfeld im Hinblick auf seine Bedeutung als Risiko- bzw. Schutzfaktor einbezogen werden muss. Diese Herangehensweise im Sinne von „case management“ hat seine Entsprechung in den Konzepten der „Sozialraumorientierung“ und des „empowerment“. Ziel ist, Eltern und Jugendliche im Umgang mit dem relevanten sozialen System zu unterstützen bzw. kompetenter zu machen, falls Probleme und Defizite in diesem Bereich als Belastung wirken bzw. vorhandene Ressourcen als zusätzliche Schutzfaktoren noch nicht genutzt werden. Zum sozialen System zählen vor allem Peers oder relevante außerfamiliäre Erwachsene sowie professionelle Bezugspersonen wie Mitarbeiter des Jugendhilfesystems, der Schulen sowie von Behörden (bei delinquenten Jugendlichen z.B. die Jugendgerichtshilfe) oder medizinischen Diensten. Die Therapeutin stellt bei Bedarf Kontakte zu den Institutionen her, vereinbart Treffen und begleitet Eltern bzw. Jugendliche zu diesen Terminen, um möglichst positive Ergebnisse für die Familie zu erzielen.

3.3 Therapeutische Sitzungen, Settings und Kontakte

MDFT hat ein erweitertes Verständnis von „therapeutischen Sitzungen“ sowohl in zeitlicher als auch räumlicher Hinsicht. Hintergrund dieser hohen Flexibilität ist eine pragmatische Orientierung an den Fragen: „Wie erreiche ich als Therapeutin möglichst viel möglichst schnell?“ und „Wie kann ich möglichst effektiv und gleichzeitig auf den vier Ebenen intervenieren?“. Dementsprechend finden Therapiesitzungen bzw. -kontakte sowohl in der Einrichtung als auch „aufsuchend“ in der Wohnung der Familie oder an anderen Orten, aber auch telefonisch statt. Die Zeitdauer eines Kontakts ist nicht standardisiert sondern richtet sich nach den Erfordernissen der je individuellen Sitzungsplanung und ihrer Ziele. Die Frequenz der wöchentlichen Kontakte bewegt sich zwischen zwei und vier Sitzungen/Telefonkontakten in unterschiedlichen Settings, d.h. mit dem Jugendlichen, mit den Eltern und mit der gesamten Familie. Ebenso typisch dafür ist eine weitere Besonderheit von MDFT, wonach sich Therapiesitzungen aus verschiedenen Teilen zusammensetzen können: In einer Sitzung kann es sinnvoll sein, zunächst mit dem Jugendlichen oder einem Elternteil alleine zu sprechen und unmittelbar im Anschluss die Sitzung auf familiärer Ebene fortzusetzen. Telefonische Kontakte sind dabei eine wichtige Ergänzung zu Sitzungen in der Einrichtung oder vor Ort.

Das häufige Wechseln von Interventionsebenen und das Pendeln zwischen den Subsystemen, eingebettet in eine ziel- und problemlösungsorientierte Gesamtstrategie, ist ein zentrales Element von MDFT.

3.4 Therapiephasen

MDFT ist in drei Phasen gegliedert, die sich prozesshaft überschneiden und in Abhängigkeit vom therapeutischen Fortschritt aufeinander folgen. Der zeitliche Rahmen ist abhängig von Studien- oder anderen praktischen Kontextbedingungen. Bisher wurde MDFT innerhalb eines Zeitraums von 3 bis 6 Monaten angeboten.

Aufbau von therapeutischen Arbeitsbündnissen und Motivation

Zunächst geht es darum, sowohl mit dem Jugendlichen als auch mit den Eltern und anderen Bezugspersonen ein therapeutisches Arbeitsbündnis aufzubauen. Dies ist angesichts der mit schwerem Drogenmissbrauch oft einhergehenden massiven familiären Konflikte sowie der erlebten Hoffnungs- und Hilflosigkeit von Eltern und Jugendlichen eine komplexe therapeutische Aufgabe, die sich nicht selten über den ganzen Therapieprozess erstreckt. Die Veränderungsmotivation der einzelnen Beteiligten muss mit gezielten therapeutischen Techniken (immer wieder) geweckt werden und ist eine der zentralen Aufgaben der Therapeutin. In dieser Phase arbeitet die Therapeutin auf der Basis einer klientenzentrierten Grundhaltung bzw. der motivierenden Gesprächsführung und sorgt dafür, dass sich alle Beteiligten ausführlich mit ihren Anliegen, Wünschen und Befürchtungen gehört fühlen. Aktuelles und vergangenes Leid von Jugendlichen und Eltern soll unter Fokussierung der affektiven Komponenten thematisiert werden. Details des jugendlichen und familiären Alltags werden erkundet, um zu klären welche Schutz und Risikofaktoren vorhanden sind und welche Bereiche von der Familie verändert werden wollen und müssen. Dabei sollte die Therapeutin möglichst frühzeitig erste positive Veränderungen initiieren, um den Aufbau von Allianzen und Therapiemotivation zu fördern. Erst auf dieser Grundlage können in der nächsten Phase sensible Themen bearbeitet werden.

Bearbeitung der wichtigen Themen, Entwicklung von Problemlösungen

In dieser Phase sollen die gemeinsam identifizierten Konflikte und Probleme besprochen und verändert bzw. gelöst werden. Dazu gehört, die Erziehungsfunktion der Eltern zu verbessern und diese in ihrer erzieherischen Kompetenz zu stärken. Eltern sollen das Gefühl wiedererlangen, in Bezug auf Erziehung und Beziehung zu ihren Kindern wirksam zu sein. Entgegen der oft erlebten Ohnmacht geht MDFT davon aus, dass sie den stärksten Einfluss auf die weitere Entwicklung ihrer heranwachsenden Kinder haben. Gleichzeitig werden Jugendliche und Eltern dabei unterstützt, sich wieder offener und angemessener auseinanderzusetzen. Dies gelingt selbstverständlich nur, wenn bei den Jugendlichen auch eine Reduzierung bzw. Abstinenz von Drogenkonsum erreicht werden kann und die Eltern neue Formen des Zuhörens und Kommunizierens entwickeln können. Im Zentrum dieser Phase steht die Veränderung bzw. Verbesserung der familiären Beziehungen, der Kommunikation und des Verhaltens. Parallel finden die erforderlichen Interventionen im außerfamiliären Bereich statt. Dazu gehört, bereits laufende Betreuungen durch die Jugendhilfe hinsichtlich ihrer Angemessenheit einzuschätzen und ggf.

Veränderungen zu initiieren. Ebenfalls wichtig ist zu klären, welche Veränderungen in der Schule/Ausbildung, im Freizeitverhalten sowie im Kontakt mit den Peers erforderlich sind und welche Unterstützung dafür notwendig ist.

Erreichte Ziele festigen und Abschluss

In der 3. Phase sollen die erzielten Veränderungen zusammengefasst, gewürdigt und abgesichert sowie der Abschluss der Therapie eingeleitet werden. Hierbei kommen Strategien der Rückfallprävention zum Einsatz. Diese können sich sowohl auf den Drogenkonsum als auch auf andere problematische Verhaltensweisen (Impulsdurchbrüche, Schuldistanz beim Jugendlichen; distanzierteres oder überkontrollierendes Verhalten der Eltern) oder das Vergessen von bereits erlernten Lösungsstrategien beziehen. Bei Bedarf werden Jugendliche oder Eltern in weiterführende Hilfe vermittelt.

3.5 Institutionelle Voraussetzungen für MDFT, Supervision und Qualitätssicherung

MDFT ist ein komplexes, fachlich anspruchsvolles und zeitintensives ambulantes Therapieverfahren. Das MDFT Manual ist grundsätzlich adaptiv und flexibel in der Umsetzung und somit innerhalb verschiedener institutioneller Kontexte bzw. Rahmenbedingungen (z.B. auch im stationären oder tagesklinischen Setting) einsetzbar.

Eine zentrale Voraussetzung für MDFT ist das Arbeiten in einem Behandlungsteam. Es sollte aus mindestens zwei MDFT Therapeuten und einem MDFT Supervisor zusammengesetzt sein. Da MDFT Elemente des „case managements“ integriert und durch die aufsuchende Arbeit den Kanon üblicher therapeutischer Vorgehensweisen überschreitet, sind in den durchführenden Institutionen organisatorische Veränderungen hinsichtlich existierender Ressourcenplanung (Zeitbudgets, Kostenmodelle) erforderlich. Die Komplexität und Intensität der Behandlungsmethode erfordert eine sorgfältige Planung und Vorbereitung von Sitzungen, die ein einzelner Therapeut nicht leisten kann und soll, daher beinhaltet MDFT das Konzept einer systematisch begleitenden cotherapeutischen Supervision. Die MDFT Supervision unterstützt die in den Sitzungen allein arbeitenden Therapeuten durch das Beisteuern einer Außenperspektive sowohl bei der Planung des Gesamtprozesses wie der Vor- und Nachbereitung von Sitzungen sowie mit Live-Supervision. Gleichzeitig wird dafür gesorgt, dem multidimensionalen „MDFT Kurs“ treu zu bleiben. MDFT Supervision ist zentraler und unverzichtbarer Bestandteil der Qualitätssicherung.

MDFT hat weitere quantitative und qualitative methodische Standards der Qualitätssicherung/Evaluation von Therapieprozessen entwickelt:

- In der „case conceptualization“, der Fallkonzeption, werden Informationen über den Stand der Dinge auf den vier Ebenen, die jeweilige Problemsicht, das Beziehungserleben, positive und negative Erziehungsstile sowie Veränderungswünsche und Ressourcen gesammelt. Sie bildet die Grundlage für die Therapieplanung und wird fortlaufend ergänzt.

- Im so genannten „*sessionplanning and implementation log*“ werden jeweils die Ziele, Prozesse und Ergebnisse jeder Sitzung festgehalten. Sie dienen der fortwährenden Reflexion des therapeutischen Vorgehens im Hinblick auf eine kontinuierliche Überprüfung und Anpassung von Teil- und Gesamtzielen und sind außerdem Grundlage für die Einzel- und Teamsupervision.
- Die „*contact logs*“ reflektieren das multidimensionale Arbeiten im Zeitverlauf. Hier wird dokumentiert, in welcher Frequenz und Intensität in welchen Dimensionen/Subsystemen gearbeitet wird.
- Mit dem *MDFT Intervention Inventory* (MII) werden ausgewählte Sitzungen hinsichtlich verschiedener MDFT Parameter evaluiert. Das standardisierte Instrument (Ratingskala) wird in MDFT Forschungsstudien und für die Schulung zur Evaluation der Manualtreue von MDFT Therapeuten eingesetzt.

4. MDFT in Aktion

Zur Veranschaulichung der MDFT Praxis werden im Folgenden zwei ausgewählte Fallbeispiele aus der INCANT Studie dargestellt. Aufgrund der Komplexität werden in der Falldarstellung bestimmte Therapieprozesse ausgewählt und zentrale Aspekte der MDFT Interventionen hervorgehoben und methodisch kommentiert. Eine Typologie charakteristischer klinischer Fälle ist damit nicht beabsichtigt und aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe auch nicht möglich.

4.1 Fallbeispiel Familie M. (Marcus 15 J.)

Problemhintergrund

Marcus lebt etwa seit seinem 4. Lebensjahr bei seinem Vater. Er war in eine u.a. wegen massivem Alkoholkonsum des Vaters kriselnde familiäre Situation geboren worden. Vater und Mutter hatten zuvor schon etwa 10 Jahre mit zwei Kindern der Mutter aus einer früheren Beziehung zusammen gelebt. Die Partnerschaft hatte sich nach der Geburt jedoch nicht wie gehofft stabilisiert, der Vater hatte sich vielmehr intensiv dem Kind zugewendet und von der Mutter zurückgezogen. Die Mutter trennte sich wegen einer neuen Partnerschaft, als Marcus etwa 2 Jahre alt war. Die Trennung und der Verlust seiner Partnerin und ihrer Kinder hatten den Vater damals stark belastet. Er hatte sich sehr an Marcus geklammert und war froh, als der Junge dann bald ganz bei ihm blieb.

Marcus hatte bereits ab der Geburt gesundheitliche Probleme (mehrere Operationen) gehabt, sehr spät sprechen gelernt und war insgesamt in seiner Entwicklung verzögert gewesen. Probleme in der Schule hatte es schon immer gegeben. Beide Eltern hatten sie immer auf seine schwierigen Startbedingungen zurückgeführt. Während der Therapie wurde allerdings auch das Vorliegen eines ADHS bei gleichzeitig unterdurchschnittlicher Intelligenz diagnostiziert.

Die Mutter wohnte seit Jahren wieder in unmittelbarer Nachbarschaft der väterlichen Wohnung und war ebenso

wie der Vater eine neue Partnerschaft eingegangen. Die neue Partnerin des Vaters lebte überwiegend mit im Haushalt des Vaters, hielt sich jedoch in Erziehungsfragen zurück. Während Marcus keinerlei Kritik am Erziehungsverhalten des Vaters äußerte, nur auf Nachfrage berichtete, dass sie nie zusammen essen und insgesamt kaum Zeit miteinander verbringen, beklagte die Mutter, dass der Vater dem Jungen seit langem alles durchgehen und ihn häufig alleine lasse, während er über das Wochenende oder auch länger verreise. Sie könne von außen wenig eingreifen, da Marcus sich ihr entziehe und sich von ihr nichts sagen lasse. Zugleich beklagte der Vater, dass die Mutter schon immer sehr neugierig gewesen sei, sich in alles einmische und viel zu viel wissen wolle. Das betonte auch Marcus, der fand, dass seine Mutter ihn sehr nervt.

Diese Informationen wurden sämtlich im Verlauf der ersten Sitzungen erfragt. Mit Hilfe eines MDFT Assessment Protokolls werden alle wichtigen Lebensbereiche anamnestisch erhoben. Dabei werden Jugendliche und Eltern bereits in der 1. Sitzung zusammen und getrennt befragt. Im Ergebnis wird eine Fallkonzeption erstellt, die als Grundlage für die weitere Therapieplanung dient. Das diagnostisch orientierte Erfragen wird dabei immer auch als Gelegenheit für erste Interventionen gesehen. Ziel ist, das Vertrauen der Beteiligten in die Therapie zu stärken und Hoffnung auf positive Veränderung zu wecken.

Ausgangssituation bei Therapiebeginn

Marcus hatte einige Wochen vor Therapiebeginn selbständig einen Termin bei einer Drogenberatungsstelle ausgemacht (!) und seine Eltern dorthin bestellt. Diese waren aus allen Wolken gefallen, als sie hörten, dass Marcus bereits seit längerem Drogen konsumiert hatte. Allerdings waren sie auch erleichtert, dass es „nur“ um Cannabis ging. Marcus hatte bereits mit 11 Jahren Cannabis probiert, ab 12 konsumierte er täglich bis zu 2 g.

Beim ersten Kontakt mit der Therapeutin hatte er seit 3 Wochen nicht mehr gekiff. Er hatte aufgehört, weil seine Freundin, an der er sehr hing, ihm angedroht hatte sich zu trennen, wenn er weiterhin kiff. Seitdem ging es ihm psychisch sehr schlecht. Der Junge hatte bei dem Gespräch in der Beratungsstelle schon den Wunsch geäußert, in eine Klinik zu gehen. Vom Drogenberater war jedoch das INCANT Projekt empfohlen worden. Marcus machte der Therapeutin deutlich, dass er sich mit dem regelmäßigen Kiffen sehr viel wohler gefühlt habe und er nicht wisse, wie er es in Zukunft ohne Cannabis schaffen solle. Er berichtete von starken depressiven Verstimmungen, wiederkehrenden Suizidgedanken und gelegentlichen aggressiven Impulsdurchbrüchen. So hatte er z.B. in einem Wutanfall zwei Handys zerstört.

Therapieziele und Fallkonzeption

Marcus wünschte sich eine Verbesserung seiner Stimmung, da er glaubte, sonst nicht auf Kiffen verzichten zu können. Er berichtete außerdem, dass die Schule ihn eigentlich immer gestresst habe. Er gehe zwar immer hin, mache da aber viel „Mist“ und beteilige sich wenig im Unterricht. Eine Verbesserung dieser Situation konnte er sich zunächst zwar kaum vorstellen, fand er jedoch wün-

schenswert. Weiterhin belastete ihn die Situation mit seiner sorgenvollen Mutter sehr, weil sie ihn zu oft ausfragte, seit er nicht mehr kifft. Er wünschte sich auch hier eine Verbesserung im Kontakt, ohne Genaueres benennen zu können. Vater und Mutter gaben als Ziel an, dass Marcus weiterhin abstinent bleibt und die Depressionen verschwinden. Die Mutter erhoffte sich außerdem mehr Kontakt zu ihrem Sohn.

Wesentlich für die Gestaltung des Therapieprozesses und die Motivierung der Beteiligten für die aktive Mitwirkung ist der ständige Rückbezug auf die bei Therapiebeginn erfragten individuellen Veränderungswünsche, die sich im weiteren Verlauf konkretisieren bzw. auch verändern.

Im Rahmen der Behandlungsplanung wurden von der Therapeutin folgende Ziele für die Behandlung formuliert:

- Diagnostische Klärung der psychiatrischen Symptomatik des Jungen nach Absetzen von Cannabis. Linderung der Symptomatik und Verbesserung seiner Schulsituation.
- Klärung der elterlichen Beziehung, Milderung der Konkurrenz und der Spannungen zugunsten einer engeren, einheitlichen Erziehungshaltung dem Sohn gegenüber.
- Stärkung des Vaters in seiner Erziehungs- und Aufsichtsfunktion neben der Versorgungsaufgabe.
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Marcus und Eltern hinsichtlich seiner Bedürfnisse und Schwierigkeiten.

Motivierung und Arbeitsbündnis

Bereits im ersten gemeinsamen Gespräch mit Vater und Sohn wurden zentrale Themen deutlich: So wirkte der Vater anfangs zwar überrascht von den Neuigkeiten über seinen Sohn, aber relativ gelassen und wenig besorgt, stattdessen manchmal im Gespräch abwesend und unaufmerksam. Er vermutete, sein Sohn sei durch falsche Freunde zum Kiffen gekommen und berichtete davon, dass es wegen der frühen Gesundheitsprobleme schon immer Schwierigkeiten mit Marcus gegeben habe. Ansonsten äußerten Vater und Sohn, dass ihr Verhältnis zueinander sehr gut sei und es hier keinerlei Veränderungswunsch gebe. Auffällig war allerdings, dass der Vater weder bemerkt hatte, dass der Sohn seit Jahren regelmäßig Cannabis konsumiert hatte, noch, dass er sich seit Wochen in einem krisenhaften Zustand befand und sich die gesamte Entwicklung selbst gar nicht erklären konnte. Zugleich reagiert der Vater sehr gereizt auf einen Anruf der Mutter während der Sitzung, die sich nach dem Therapiebeginn erkundigen wollte.

Die Therapeutin, die aus dem kurzen Vorgespräch mit dem Jungen von seiner schlechten Verfassung wusste, sah es als dringend an, dass der Vater den Ernst der Lage erkennen sollte. Deshalb ermutigte sie einerseits den Vater, seinen Sohn zu fragen nach allem, was er zum Thema Drogenkonsum und aktuelle Befindlichkeit gern von ihm wissen wollte und andererseits den Jungen, dem Vater zu schildern, wie es ihm aktuell geht. Nach anfänglichem Zögern auf beiden Seiten konnte Marcus seinem Vater deutlich machen, dass es nicht „nur um ein

bisschen Kiffen“ ging, sondern dass er täglich bis zu 2 g rauchte und sich bereits mehrmals selbst verletzt („geritz“) hatte, sehr depressiv sei und viele dunkle Gedanken habe. Der Vater erschrak zutiefst, weinte und versprach seinem Sohn, alles zu tun, was ihn unterstützen könnte. Marcus wirkte danach deutlich erleichtert. Die Therapeutin beendete das erste Gespräch mit großer Wertschätzung dafür, dass der Junge den Mut gefunden hatte, sich so offen seinem Vater mitzuteilen und dass der Vater so berührt und ernst nehmend auf seinen Sohn reagiert hatte.

Um bei Therapiebeginn möglichst schnell zu einem guten, verlässlichen Arbeitsbündnis mit den einzelnen Familienmitgliedern zu gelangen, ist es von zentraler Bedeutung, dass Jugendlicher und Eltern sich angenommen und verstanden sowie in ihren Bemühungen und Anstrengungen wertgeschätzt fühlen. Auch bei den offensichtlich gravierenden Defiziten in der Erziehung des Vaters vermied es die Therapeutin, den Vater damit zu konfrontieren. Stattdessen würdigte sie die positiven Seiten des Vater-Sohn-Verhältnisses, wertschätzte die Bemühungen des Vaters und die Bereitschaft des Sohnes, den Vater nicht zu belasten als Ausdruck einer starken emotionalen Verbindung. Zugleich wurde in dieser ersten Sitzung eine Intervention zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Vater und Sohn gemacht: Im Sinne des „Enactment“ ermutigte die Therapeutin Vater und Sohn, direkt miteinander ins Gespräch zu gehen und dabei Ungewohntes auszuprobieren.

Die Mutter wurde zum Einzelgespräch eingeladen und signalisierte große Bereitschaft, aktiv an der Therapie mitzuwirken. Sie zögerte zunächst, die Vorgeschichte offen und ohne Beschönigungen zu erzählen und ihre Bedenken über die väterliche Erziehungshaltung zu äußern, da sie sich wegen eines Schuldgefühls nach der damaligen Trennung immer noch sehr gehemmt fühlte und im Kontakt zu Sohn und Vater viel mehr tolerierte, als ihr erträglich war. Das empathische und wertschätzende Eingehen auf die persönliche Leidensgeschichte (im Zusammenhang mit der Trennung) der Mutter stärkte ihr Vertrauen in die therapeutische Allianz. Im späteren Verlauf der Therapie wurde die Mutter ermutigt, sich selbst therapeutische Unterstützung für ihre depressive Problematik zu suchen und ein Kontakt zu einer Psychotherapeutin herzustellen.

Hier zeigt sich eine für die Multisettingstrategie bei MDFT typische Herausforderung zum Thema Allparteilichkeit: Einzelne Familienmitglieder fürchten, die Therapeutin zu beeinflussen, andere Familienmitglieder zu verraten oder haben Angst, in ein schlechtes Licht gerückt zu werden. Hier ist gefordert, sowohl jeden Einzelnen in seiner Sichtweise und in seinen Verletzungen und Enttäuschungen ernst zu nehmen als auch deutlich zu machen, dass die Bemühungen aller Beteiligten geschätzt, grundsätzlich gute Absichten unterstellt werden und die Verbesserung der familiären Situation insgesamt im Vordergrund steht. Außerdem werden die Einzelnen ermutigt, im nächsten gemeinsamen Gespräch die schwierigen Punkte selbst anzusprechen und dabei, falls erforderlich, die Hilfe der Therapeutin zu erhalten.

Wenige Wochen nach Therapiebeginn spitzte sich die Situation zu, als Marcus im Einzelgespräch berichtete, dass er nicht in der Lage gewesen sei, zur Schule zu gehen. Auf hartnäckiges Nachfragen der Therapeutin gab er zu, akute Suizidgedanken zu haben. Er zeigte sich bereit, in eine Klinik zu gehen. Aus der Sitzung heraus wurde nach kurzer telefonischer Rücksprache mit dem Vater, der sich sofort einverstanden zeigte, eine Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie veranlasst. Der Junge blieb dort 14 Tage zur psychiatrischen Diagnostik und Stabilisierung. Während des Klinikaufenthalts fand ein enger Austausch mit der zuständigen Ärztin statt. Dort wurde neben der Cannabiskonsumsymptomatik eine intellektuelle Minderbegabung und ADHS diagnostiziert und eine medikamentöse Behandlung eingeleitet.

Diese Intervention zeigt die Relevanz einer guten Kooperation und Vernetzung im Hilfesystem im Zusammenhang mit den komplexen Problemlagen von MDFT-Klienten. In Krisensituationen muss manchmal schnell gehandelt werden. Dafür sind telefonische Absprachen der kürzeste Weg.

Bearbeitung der relevanten Themen

Während des Klinikaufenthalts wurden Gespräche mit den Eltern weitergeführt mit dem Ziel, die seit langem schwelenden Konflikte auf der Paarebene anzusprechen, um damit die Zusammenarbeit zwischen den Eltern zu verbessern. Dem Vater war gar nicht bewusst gewesen, dass er zwar Kontakt zur Mutter hatte, sich jedoch beiläufig ablehnend über sie äußerte, bis die Therapeutin ihn in einem Einzelgespräch darauf aufmerksam gemacht hatte. Auf der Grundlage des gewachsenen Vertrauens zur Therapeutin konnte der Vater seinen unterschwelligen Groll, seine Vorwurfshaltung und latente Abwertung der Mutter zugeben. Sie reagierte darauf zunächst verletzt, konnte jedoch ebenfalls offen von ihrer erlittenen Zurückweisung durch den Vater, aber auch ihren Schuldgefühlen Vater und Sohn gegenüber sprechen. Beide zeigten sich traurig und betroffen von der ungunstigen Entwicklung, die ihr Verhältnis zueinander genommen hatte. Nach dieser Klärung gab es ein beiderseitiges Einverständnis, in Zukunft besser und enger zusammen zu arbeiten und alles zu vermeiden, was ihren Sohn in weitere Loyalitätskonflikte bringen würde. Ein Ergebnis dieser Intervention war ein erstmaliges (!) gemeinsames Gespräch beider Eltern zusammen mit Marcus und der Therapeutin in der Schule mit den wichtigsten Lehrern. Bei diesem Treffen ging es um eine Klärung der Situation und Perspektive in der Schule.

Mit dieser Entwicklung wird ein häufiger Schwerpunkt von MDFT in der Konfliktbearbeitung und Problemlösung auf der Elternebene deutlich. Ob getrennt oder zusammenlebend, ziehen Eltern oft nicht an einem Strang in Bezug auf die Erziehung ihrer Kinder. Liegen massive Paarkonflikte vor, stellen diese ein erhebliches Risiko (Loyalitätskonflikte/Parentifizierung) für die Kinder dar. In MDFT werden Eltern respektvoll, aber sehr deutlich für diese Zusammenhänge sensibilisiert und dabei unterstützt, zum Wohle der Jugendlichen neue Wege der Konfliktlösung zu finden.

Während bei Therapiebeginn zunächst mehrere Einzelgespräche mit dem Jungen stattgefunden hatten, in denen es darum ging, dass er gehört und in seiner Not ernst genommen wurde, mochte er nach der Entlassung aus der Klinik kaum noch allein kommen. Denn nachdem diese Funktion von den Eltern übernommen wurde stand während der Sitzungen ohnehin im Vordergrund, die Kommunikation zwischen den Eltern und zwischen den Eltern und Marcus ganz direkt und praktisch zu verbessern.

Im Familiengespräch berichteten die Eltern Marcus von ihrem Klärungsprozess im Hinblick auf alte Konflikte und erklärten ihm, dass sie sich ab jetzt enger abstimmen und die Aufgaben zwischen ihnen neu verteilen würden: Der Vater werde ab jetzt statt der Mutter die Aufgabe des Fragens und Beaufsichtigens übernehmen, da Marcus ja bei ihm lebt und er deshalb für die Erziehung hauptverantwortlich ist. Davon war der Junge zwar zunächst wenig begeistert, da er bereits seit Jahren nahezu alle Entscheidungen allein getroffen hatte. Er konnte aber akzeptieren, dass der Vater es nun aus Fürsorge und Verantwortung anders machen wollte, nachdem er gemerkt hatte, dass sein Sohn im Rahmen der bisherigen Erziehungssituation in diese Krise geraten war.

Für diese Aufgabe erhielt der Vater intensives Coaching durch die Therapeutin, zumal er offensichtlich selbst seit seiner Kindheit unter starken Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen litt. Er konnte erkennen, dass seine schwach ausgeprägte Konflikt- und Strukturierungsfähigkeit für seinen Sohn erhebliche Risiken birgt und mehr Aufsicht und Kontrolle nötig ist. Er konnte sich zu einem Umschwung entschließen als ihm bewusst wurde, dass als Alternative nur eine professionelle Betreuung durch eine Jugendhilfemaßnahme infrage käme. Die Mutter wurde dahingehend beraten, die Aufsichts- und Kontrollfunktion weniger selbst zu übernehmen, sondern Marcus Vater in dieser Aufgabe in Zukunft stärker zu unterstützen (was durch den verbesserten Kontakt der Eltern jetzt möglich war). Denn es zeigte sich, dass Marcus viel eher bereit war, den Vorgaben des Vaters Folge zu leisten.

Hier wird erkennbar, wie MDFT die Eltern dabei unterstützt, wieder mehr Bedeutung und stärkeren Einfluss auf ihre Kinder zu bekommen, von denen die deutlichere elterliche Präsenz letztlich auch positiv wahrgenommen wird. Dabei werden die persönliche Geschichte der Eltern und deren eigene Belastungen und Probleme berücksichtigt.

Auf der außerfamiliären Ebene fand eine enge Abstimmung mit der Schule, hier vor allem der Klassenlehrerin und mit der Klinik (auch in Form von gemeinsamen Gesprächen vor Ort) statt. Das wurde ebenfalls von den Eltern als sehr unterstützend und hilfreich und von dem Jungen als deutliches Engagement für seine Themen erlebt.

Ergebnisse

Marcus entwickelte im Verlauf der Therapie eine eigenständige Abstinenzmotivation, als er seine Stimmungslage

schwankungen einerseits auszuhalten lernte, andererseits mittels medikamentöser Unterstützung eindämmen konnte. Es zeigten sich in der Schule erstmals seit Jahren deutliche Verbesserungen; nicht nur hinsichtlich der gezeigten Leistungen, sondern auch des Verhaltens, was ihn zusätzlich motivierte.

Im Bereich des Erziehungsverhaltens der Eltern waren ebenfalls positive Veränderungen erkennbar: Beide Eltern waren im Rahmen ihrer Möglichkeiten deutlich wachsamer geworden und hatten ein neues Verständnis dafür gewonnen, dass ihr Sohn entgegen der ursprünglichen Annahme erheblich gefährdet ist (auch i.S. einer Selbstmedikation). Der Vater hatte begonnen, mehr als früher die Aufsichtsfunktion zu übernehmen und die Eltern kooperierten im Gegensatz zu früher eng und tauschten sich regelmäßig aus.

Auf der familiären Ebene war mehr Entspannung spürbar, vor allem das Verhältnis zwischen Marcus und seiner Mutter hatte sich verbessert.

Die folgende Tabelle verdeutlicht die Verteilung der Interventionen auf die unterschiedlichen Ebenen.

**Tab. 1: Kontaktanzahl, Settingmix und Dauer:
Fall Marcus**

Setting	Familie	Eltern	Jugendliche/r	außer-familiär	Gesamt
Sitzungen in Einrichtung	10	10	4	0	24
Kontakte telefonisch	-	14	3	9	26
Kontakte aufsuchend	2	2	1	3	8
Kontakte Gesamt	12	26	8	12	58
Therapiedauer	4,5 Monate				

Am Beispiel von Marcus Familie zeigen sich unterschiedliche Schwerpunkte in der Arbeit mit Subsystemen. So war hier wegen der kurzfristigen Klinikeinweisung, aber vor allem wegen geringer vorhandener Ressourcen bei den Eltern ein großer Einsatz im elterlichen, aber auch im extrafamiliären Bereich notwendig. Marcus konnte aufgrund niedriger Reflektions- und Introspektionsfähigkeit weniger von den Einzelsitzungen mit der Therapeutin profitieren als dies für die Jugendliche im nächsten dargestellten Fall möglich war. Die Unterstützung der Eltern, vor allem des Vaters wurde hier als deutlich wichtiger angesehen und fand wegen dessen beruflicher Belastung häufig telefonisch, zum Teil auch aufsuchend statt.

4.2 Fallbeispiel Familie A. (Anna 14 J.)

Problemhintergrund

Anna, fast 15 Jahre alt, lebt zusammen mit ihren Eltern in einem Haushalt. Sie ist ein Nachkömmling, ihre drei bereits erwachsenen Geschwister sind in den letzten Jahren nach und nach von zu Hause ausgezogen. Erste Alkohol- und Cannabiserfahrungen machte sie mit 12 Jahren, ab dem 13. Lebensjahr konsumierte sie regelmäßig Cannabis und an Wochenenden exzessiv ver-

schiedene Substanzen wie Ecstasy, Amphetamine und Kokain. Einige Wochen vor Behandlungsbeginn gab es eine Phase von unregelmäßigem (nicht intravenösem) Heroinkonsum.

Ihre Eltern berichteten, dass sich Anna bis zur früh einsetzenden Pubertät gut entwickelte. Sie war ein unauffälliges, etwas verträumtes und zurückhaltendes Kind, das „mitlief“. Sie machte Musik und Sport, war eine mittelmäßige Schülerin und hatte guten Kontakt zu ihren Eltern und Geschwistern, aber auch zu Gleichaltrigen.

Mit dem Auszug der älteren Geschwister begann die Mutter verstärkt in der Firma ihres Mannes mitzuarbeiten. Beide Eltern sind neben ihrer Berufstätigkeit sozial engagiert und haben jeweils vielfältige Interessen und Hobbys. Die Tochter war deshalb häufig allein zu Hause. Es begann eine schleichende Veränderung, die durch zunehmendes Rückzugsverhalten, ausgeprägte Stimmungsschwankungen, Gereiztheit und Provokationen gekennzeichnet war. Die Eltern betrachteten die Entwicklung zunächst als ausgeprägte Pubertätserscheinungen, die sie bereits von ihren älteren Kindern her kannten. Die ersten Alkohol- und Cannabiserfahrungen der Tochter bewerteten sie als jugendtypisches Experimentierverhalten und maßen ihm zunächst keine große Bedeutung zu. Eine schwere Erkrankung der Mutter, verbunden mit längeren Krankenhausaufenthalten, verschärfte die Situation. Die Tochter gab ihre Hobbys nach und nach auf, ging unregelmäßig zur Schule und schloss sich älteren, neuen Freunden an, bei denen sie auch übernachtete. Weder Vater noch Mutter war bekannt, wo sie sich aufhielt. Sie gaben wiederholt Vermisstenanzeigen auf. Die Eltern fühlten sich zunehmend hoffnungs- und hilflos und zogen sich weiter zurück, was zu noch weniger elterlicher Präsenz und Beaufsichtigung führte.

Aufnahmesituation

Die Schule hatte Anna (und ihre Eltern) nach einem längeren Vorlauf vor die Wahl gestellt: Entweder sie begibt sich in eine (stationäre) Drogentherapie oder sie wird, mitten im Schuljahr, von der Schule gewiesen. Die zugespitzte Schulsituation war entstanden, weil Anna seit Monaten die Schule nur unregelmäßig besuchte, im Unterricht auffällig, d.h. teilnahmslos und kaum leistungsfähig war. Im Gespräch mit dem Klassenlehrer berichtete sie von ihrem regelmäßigen Cannabiskonsum, den sie selbst aber als unproblematisch beurteilte. Trotz vieler Bemühungen seitens der Lehrer (Gespräche mit Anna; Appelle an die Eltern, ihrer Verantwortung nachzukommen; Angebote von Nachhilfe; Weitergabe von Beratungsadressen etc.) veränderte sich die Situation nicht. Anna versprach zwar, keine Drogen mehr zu konsumieren und ihre Drogenfreiheit durch Urinkontrollen nachzuweisen, konnte diese Vereinbarung aber nicht umsetzen. Die Eltern erhielten über eine Erziehungsberatungsstelle den Hinweis auf das INCANT-Forschungsprojekt.

Seit der Anmeldung hatte sich die Situation so zugespitzt, dass die Eltern nicht mehr an einen ambulanten Behandlungserfolg glaubten. Bei Behandlungsbeginn wünschten sich die Eltern nur noch, Anna möglichst schnell in eine stationäre Therapie zu bringen und die Verantwortung für

ihre Tochter zunächst abzugeben. Sie hofften, dass sich durch den Aufenthalt auch die Beziehung zu ihrer Tochter wieder verbessern würde.

Anna hingegen formulierte den dringenden Wunsch, auf der alten Schule bleiben zu können, denn sie mochte die Schule und wollte dort den Abschluss machen. Nur „abhängen“ (wie ihre konsumierenden Freunde) erschien ihr langfristig nicht erstrebenswert. Auf keinen Fall wollte sie in eine stationäre Einrichtung gehen, wo sie würde Regeln einhalten müssen, von ihren Freunden getrennt wäre und nicht mehr auf ihre alte Schule gehen könnte. Die ambulante Familientherapie empfand sie zwar als Belästigung, war dort aber bereit mitzumachen, wenn sie dann auf der Schule bleiben konnte. Sie wollte zu Hause wohnen bleiben und wünschte sich außerdem, dass ihre Eltern öfter für sie da wären und die häusliche Stimmung sich verbessert.

Der erste wichtige Schritt und Entwicklung von Therapiezielen

Aufgrund des äußeren Drucks durch die schulische Situation mussten bereits in der ersten Sitzung wichtige Entscheidungen getroffen werden. Die Familie konnte sich auf einen ambulanten Behandlungsversuch einigen. Erstes gemeinsam vereinbartes Ziel sollte der regelmäßige Schulbesuch bis zu den Ferien sein. Die dafür notwendigen Voraussetzungen wurden mit Hilfe der Therapeutin ausgehandelt. Anna gab ihren Eltern zähneknirschend die Erlaubnis, sie mit allen Mitteln dabei unterstützen zu dürfen, pünktlich zur Schule zu kommen. Die Eltern wiederum, die sich zunächst ebenfalls schwer taten, versprachen ihren Alltag so umzustrukturieren, dass sie Anna jeden Morgen wecken, versorgen und ggf. zur Schule bringen konnten. Außerdem bot die Therapeutin an, sofort mit dem Klassenlehrer Kontakt aufzunehmen um sich für Annas Verbleiben auf der Schule einzusetzen. Die erste telefonische Abstimmung mit der Schule brachte folgendes Ergebnis: Wenn Anna es in einem ersten Schritt schaffen würde, die Tage bis zu den Ferien regelmäßig zur Schule zu kommen, wären der Verbleib und eine erfolgreiche Versetzung möglich.

Die Eltern und die Therapeutin verabredeten zunächst eine intensive Begleitung in Form von täglichen telefonischen Kontakten. Die Eltern wurden in ihrer „Aufsichtsfunktion“ gestärkt und mussten nun aktiv werden (Tochter zum Aufstehen bringen, d.h. abends zunächst zu Hause zu bleiben, damit sie dafür sorgen konnten, dass die Tochter rechtzeitig ins Bett geht). Die Tochter hatte durch diese Vereinbarung die Möglichkeit, ihre Veränderungsbereitschaft nachzuweisen und Verantwortung für sich zu übernehmen. Die Selbstverpflichtung, jeden Tag zur Schule zu kommen, war ein erster Schritt, sich dem Thema Drogenabstinenz anzunähern, denn allen Beteiligten war unmissverständlich klar, dass dies nur gelingen konnte wenn Anna ihren Konsum deutlich reduziert oder einstellt.

Hier zeigt sich, wie in MDFT mit Fremdmotivation bzw. Zwangskontexten gearbeitet werden kann: Die Situation eröffnete der Therapeutin die Möglichkeit, sofort im „außerfamiliären“ Bereich Schule mit der Arbeit zu beginnen.

Denn durch das klare Ultimatum der Schule standen sowohl die Eltern als auch die Tochter unter Handlungsdruck und wurden gemeinsam aktiv, um an einem von allen gewünschten ersten gemeinsamen Ziel zu arbeiten. Das Thema Schulbesuch konnte so als „Hebel“ dienen, um auch im weiteren Verlauf der Behandlung notwendige weitere Veränderungen anzustoßen.

Außerdem zeigt sich hier, wie in MDFT die Bedeutung von ersten (oft kleinen) Veränderungen der familiären Situation bereits zu Beginn der Therapie betont wird. Durch möglichst frühzeitig initiierte Anfangserfolge kann Zuversicht und Hoffnung geweckt werden, die wichtige Bausteine für die Motivations- und therapeutische Allianzbildung mit allen Beteiligten sind.

Bei der Fallkonzeption wurden von der Therapeutin folgende Ziele für die Behandlung der Familie formuliert:

- Motivierung zur Drogenabstinenz. Diagnostische Klärung der psychischen Beschwerden von Anna (Erschöpfung, Antriebsarmut, Konzentrationsstörungen etc.) nach erreichter Drogenabstinenz.
- Stärkung der Eltern in ihrer Erziehungs- und Aufsichtsfunktion. Klärung der elterlichen Rollen und Motivierung der Eltern zur gemeinsamen Anstrengung und Erziehungshaltung. Sensibilisierung der Eltern dafür, dass ihre Tochter noch einen großen Bedarf an elterlicher Fürsorge hat.
- Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion im Sinne einer positiven emotionalen Verbindung und Wiederherstellung von Vertrauen.

Krisensituation im weiteren Therapieprozess

Nach einer ferienbedingten Pause kam es zu einer sehr emotionalen und dramatischen Sitzung. Die Eltern berichteten telefonisch, ihre Tochter sei seit 5 Tagen verschwunden. Sie wollten die Therapie abbrechen, da sie nicht davon ausgingen, dass Anna zu dem für denselben Tag vereinbarten Gespräch kommen werde. Auf Nachfrage stellte sich heraus, dass die Eltern für einige Tage allein verreist waren, weil Anna keine Lust hatte mitzufahren. Sie war erneut unbeaufsichtigt gewesen und hatte sich wieder verstärkt mit den konsumierenden Freunden getroffen. Anna kam dann doch unerwartet zu der mit ihr vereinbarten Einzelsitzung, war emotional aufgelöst und körperlich völlig erschöpft. Sie hatte Angst, nach Hause zu gehen, wünschte sich aber nichts sehnlicher. Das Angebot eines ersten Wiedersehens mit den Eltern am selben Tag in einer Familiensitzung nahm sie erleichtert an. Die Eltern wurden informiert und kamen sofort, zeigten aber zunächst kaum Emotionen. Sie wirkten resigniert, fast erstarrt. Auch Anna zeigte kaum Regung. Erst, als die Therapeutin die unausgesprochenen Gefühle und Gedanken der Beteiligten stellvertretend formulierte, kam eine emotionale Bewegung zustande. Die Eltern hörten zu, als Anna erzählte, wie es ihr ergangen war und wie sie sich fühlte, auch die Eltern wurden aufgefordert, ihre Gefühle ohne Vorwürfe mitzuteilen. Alle Familienmitglieder waren sehr bewegt. Mit einem weiteren Termin für den nächsten Tag und dem Entschluss, die Therapie fortzusetzen, gingen sie nach Hause.

In der MDFT gelten das Wiederherstellen positiver Emotionen zwischen den Familienmitgliedern („parental reconnection intervention“) und das Arbeiten an und in den Krisen als zentrale Bausteine. In dieser Situation konnte die aktuelle Krisensituation genutzt werden, um mittels klientenzentrierter Techniken (Verbalisierung von Gefühlen, einführendes Verstehen) sowie durch „Enactment“ die Gefühle in der Familiensitzung zu aktualisieren und sich gegenseitig mitzuteilen. Dabei werden die Familienmitglieder wechselseitig aufgefordert, aktuelle oder vergangene Emotionen zu verbalisieren, wobei die Therapeutin darauf achtet, dass dies in einem konstruktiven Klima geschieht. Das erfordert in der Regel ein sehr direktives, d.h. moderierendes Vorgehen der Therapeutin.

Elterncoaching

Das Verhalten der Eltern zeigte, dass sie die Tragweite des Drogenkonsums ihrer Tochter noch nicht wirklich erfasst hatten (nach fünf Sitzungen konnte Anna mit Unterstützung der Therapeutin zugeben, dass sie bereits Heroin konsumiert hatte). In den nächsten Elternsitzungen wurden zentrale Erziehungsthemen (Bedürfnis der Tochter nach Zuwendung und Wärme, aber auch nach Grenzsetzung und Orientierung) vertieft und persönliche Grenzen bzw. Hindernisse (Krankheit, berufliche Einbindung) der Eltern erörtert. Dabei musste die Therapeutin sehr respektvoll und vorsichtig vorgehen, denn tatsächlich hatten die Eltern in den letzten Jahren ihre Aufsichtspflicht vernachlässigt und eigene Bedürfnisse sehr in den Vordergrund gestellt. Die Therapeutin zeigte den Eltern gegenüber Verständnis für diese Entwicklung, konfrontierte die Eltern jedoch auch deutlich mit den Folgen des zu permissiven bzw. vernachlässigenden Erziehungsstils.

Die positive Würdigung der bisherigen elterlichen Erziehung und die Förderung verbesserter Erziehungsstrategien müssen gleichzeitig vermittelt werden, damit sich Eltern angenommen und verstanden fühlen und neue Verhaltensweisen umsetzen können. Eltern werden in MDFT mitunter deutlich aufgefordert, heute alles zum Wohl ihrer Kinder zu tun, damit sie sich in Zukunft keine Vorwürfe machen müssen. In diesem Zusammenhang sind psychoedukativ vermittelte entwicklungspsychologische Informationen über Adoleszenz und Drogenkonsum hilfreich und nützlich. Die Einflüsse, die Eltern daran hindern für ihre Kinder ausreichend präsent zu sein, wie eigener Stress und persönliche Krisen, lebensgeschichtlich bedingte Faktoren oder auch eigene Suchterkrankungen werden in gemeinsamen oder separaten Sitzungen thematisiert. Besteht die Notwendigkeit einer längerfristigen Beratung oder Behandlung, vermittelt die MDFT-Therapeutin zu den entsprechenden Stellen.

Im weiteren Therapieverlauf entwickelten die Eltern in der Therapie Pläne und neue Abläufe des Familienalltags, um zu gewährleisten, dass Anna vorerst nicht längere Zeit alleine blieb. Die älteren Geschwister wurden dafür phasenweise hinzugezogen. Die Eltern, denen direktives, konsequentes Erziehungsverhalten eher schwer fiel, gewannen durch die praktische (teilweise telefonische) Unterstützung der Therapeutin zunehmend Sicherheit. Sie erlebten in der Folge deutlich, wie hilfreich es für ihre

Tochter ist, wenn sie klare Bedingungen und Grenzen aufstellten und durchsetzten. Auf der anderen Seite genossen sie auch selbst die gemeinsam verbrachte Zeit und den dadurch deutlich engeren emotionalen Kontakt zwischen allen Familienmitgliedern.

Einzelarbeit mit Anna

Die Einzelsitzungen mit der Tochter waren zunächst dazu bestimmt, ihr Vertrauen zu gewinnen und zu verstehen, welche Funktion der Konsum von Cannabis und anderen Drogen hatte. Dabei wurde deutlich, dass Anna sich seit der Pubertät zunehmend melancholisch, einsam und unverstanden fühlte und sich, ohne das Wissen der häufig abwesenden Eltern, schon früh auf Beziehungen mit wesentlich älteren, konsumierenden jungen Männern eingelassen hatte. Cannabis, aber auch andere Drogen gaben ihr die Möglichkeit, ihre Gefühle zu manipulieren und ihre eher depressive Grundstimmung nicht so stark wahrzunehmen. Sie bekam Anerkennung und Zuwendung als „Küken“ in der überwiegend aus jungen Männern bestehenden „Ersatzfamilie“. Anna fühlte sich aber schon seit einiger Zeit nicht mehr wohl im Kreis dieser Bezugsgruppe und spürte, dass sie immer mehr abrutschte. Sie war deshalb in gewisser Weise auch erleichtert, dass sie jetzt von den Eltern mehr empathische Aufmerksamkeit bekam und nicht mehr machen konnte, was sie wollte.

MDFT Therapeuten arbeiten in der Anfangsphase mit Jugendlichen nicht konfrontativ (z.B. im Sinne einer Abstinenzforderung) sondern im Sinne der motivierenden Gesprächsführung empathisch und auf offensichtliche Widersprüche im Verhalten hinweisend sowie sehr an ihren Anliegen und Wünschen orientiert. In diesem Fall nutzte die Therapeutin den Einzelkontakt auch zur weiteren diagnostischen Abklärung der hinter dem Cannabiskonsum verborgenen depressiven Grundstimmung des Mädchens. Im Rahmen von MDFT können, wie auch in diesem Fall, Elemente aus Modulen zur Depressionsbehandlung eingesetzt werden. Ist eine medikamentöse Mitbehandlung erforderlich, wird an einen Facharzt überwiesen, mit dem man sich kontinuierlich austauscht.

Ergebnisse der Therapie

In den im weiteren Verlauf der Behandlung stattfindenden Familiensitzungen ging es in erster Linie um die Veränderungen, die mit der neuen elterlichen Präsenz verbunden waren. Dabei zeigten die Eltern, dass sie an einem Strang zogen und beeindruckten die Tochter damit so sehr, dass sie ihre Versuche aufgab, die Eltern, wie früher, gegeneinander auszuspielen. Anna beschwerte sich zwar lautstark über die neuen Regeln und Grenzen die die Eltern plötzlich aufstellten und empfand es belastend, dass ein Elternteil nun mehr oder weniger immer zuhause war. Dennoch machte sie im gesamten weiteren Therapieprozess nicht einmal den ernsthaften Versuch, sich diesen neuen Regeln zu widersetzen. Die von den Eltern angebotenen alternativen (gemeinsamen) Aktivitäten nahm sie nach und nach an. Sie begann, wieder eine Theatergruppe zu besuchen und intensivierte alte, drogenfreie Kontakte. Anna ging weiterhin regelmäßig zur Schule und beteiligte sich wieder aktiver am Unterricht. In dieser Zeit entschied sie sich (sicher auch unter dem

Druck der durch die Schule angesetzten regelmäßigen Drogentests) den Drogenkonsum einzustellen, was sie in der Folge bei weiteren Urinkontrollen nachweisen konnte.

Tab. 2: Kontaktanzahl, Settingmix und Dauer: Fall Anna

Setting	Familie	Eltern	Jugendliche/r	außer-familiär	Gesamt
Sitzungen in Einrichtung	12	8	15	0	35
Kontakte telefonisch	-	8	2	9	19
Kontakte aufsuchend	-	-	-	2	2
Kontakte Gesamt	12	16	17	11	56
Therapiedauer	5,5 Monate				

In Tabelle 2 zeigen sich die unterschiedlichen Schwerpunkte in der Arbeit mit Subsystemen im Fall Anna. Anna konnte im Laufe der Therapie die Einzelsitzungen mit der Therapeutin zunehmend für sich selbst nutzen, so dass sich hier ein ausgewogeneres Verhältnis der Arbeit auf den vier Ebenen zeigt als im Fall Marcus.

Vor dem Hintergrund der manualorientierten Zielvorgabe, alle vier Interventionsbereiche im Blick zu haben und zu bearbeiten, verdeutlichen diese Unterschiede in den einzelnen Fällen eine fallspezifisch-flexible Anpassung der Arbeit in den Subsystemen sowie eine Variation von Intensität und Frequenz.

5. Ausblick

Die bisher vorliegenden Ergebnisse und therapeutischen Erfahrungen mit der Multidimensionalen Familientherapie sind sehr ermutigend. Sie knüpfen an die positiven Ergebnisse der Eppendorfer Familientherapiestudie mit Opiatabhängigen an (Thomasius 2005). Erste Trends aus der INCANT Studie verweisen erneut auf eine höhere Effektivität der MDFT gegenüber dem „Treatment as usual“ (i.d.R. Einzeltherapie). Der auf dieser Grundlage sinnvolle und anzustrebende Transfer in die suchtherapeutische bzw. jugend- und familientherapeutische Praxis stellt jedoch die beteiligten Institutionen und das Hilfesystem, aber auch die einzelnen Therapeuten vor spezifische Herausforderungen.

Denn innerhalb des (deutschen) Suchthilfesystems wurde die besondere Situation jugendlicher Suchtklienten und ihrer Eltern sowie die entsprechenden Anforderungen an therapeutische Hilfe bisher kaum berücksichtigt. Stattdessen sind die beratenden und therapeutischen Angebote auf junge Erwachsene oder ältere Konsumenten konzentriert. Der Großteil der Behandlungsprogramme im Suchtbereich (ambulant oder stationär) ist individuumszentriert und bezieht Eltern und Angehörige nur am Rand und meist nicht systematisch bzw. systemisch mit ein. Bis heute gibt es dementsprechend in Deutschland für systemische bzw. familientherapeutische Behandlungskonzepte keine Anerkennung als Sucht- oder

Psychotherapieverfahren von den Kostenträgern. Angesichts der in mehreren Studien nachgewiesenen Effektivität von Familientherapie (v. Sydow et al. 2006) zeigt sich hier ein dringender Bedarf, familientherapeutische Ansätze, insbesondere die Multidimensionale Familientherapie, stärker zu etablieren und zu finanzieren.

Infolge des stark angestiegenen Bedarfs ist zwar seit einigen Jahren festzustellen, dass sich das Suchthilfesystem für die jugendliche Klientel öffnet, sei es mit sekundärpräventiven Projekten und Kurzinterventionsprogrammen im ambulanten Bereich oder mit dem Aufbau jugendspezifischer stationärer Entgiftungs- und Rehabilitationseinrichtungen. Familientherapeutische Vorgehensweisen werden nach unserer Einschätzung noch zu wenig eingesetzt. Hier gibt es einen deutlichen Veränderungsbedarf, um Suchthilfeangebote für Jugendliche effektiver und nachhaltiger zu gestalten. Die Zusammenarbeit mit Eltern und anderen relevanten Bezugspersonen ist ja meist die Voraussetzung dafür, mit „unmotivierten“ jugendlichen Suchtklienten überhaupt in Kontakt zu kommen. In der Regel sind es die Eltern, die ein Anliegen haben, oft auch mit dem verständlichen Wunsch, ihre Kinder und deren Problem in professionelle Hände „abzugeben“. Hier muss sowohl im Hilfesystem als auch bei den betroffenen Familien die Einsicht gefördert werden, dass Eltern oder andere enge Bezugspersonen auch während der Adoleszenz immer noch einen sehr entscheidenden und oft unterschätzten Einfluss (im Guten wie im Schlechten) auf die weitere Entwicklung ihrer heranwachsenden Kinder haben und somit eine Kooperation die notwendige Grundlage der Hilfe darstellt.

Bei der Betreuung jugendlicher Suchtklienten sind die seit Jahren bekannten Schnittstellenprobleme zwischen verschiedenen Hilfesystemen (Jugendhilfe/Suchthilfe/Jugendpsychiatrie) eine weitere Herausforderung. Oft müssen in langwierigen Abstimmungsprozessen Zuständigkeiten (Kostenträger und Hilfeplanungen) geklärt und ausgehandelt werden, nicht selten zum Nachteil der betroffenen Jugendlichen und Familien. Einige Suchthilfeeinrichtungen haben deshalb explizit Jugendhilfeangebote auf gesetzlicher Grundlage in ihr Leistungsspektrum aufgenommen. Die Hilfekonzepte im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind im Prinzip eine deutlich bessere Grundlage für familienorientiertes systemisches Arbeiten mit drogenabhängigen Jugendlichen als klassische Suchthilfeansätze. Wenn es jedoch neben sozialpädagogischer und erzieherischer Hilfe zusätzlich um die Behandlung von Suchtproblemen geht, stellt sich auch dort oft das Kosten- und Zuständigkeitsproblem. Wir gehen davon aus, dass hier in Zukunft neue Lösungswege und verbindlichere Kooperationsvereinbarungen zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen gefunden werden müssen, nicht zuletzt, um die so oft formulierte Forderung nach Frühintervention angemessen zu beantworten und damit Bildungsabbrüche, Chronifizierungen von Sucht und komorbiden Störungen zu vermeiden und langfristig erhebliche gesellschaftliche Kosten zu sparen.

Auf der Ebene des therapeutischen Handelns sehen wir nach unseren Erfahrungen mit MDFT die dringende Notwendigkeit, für die Arbeit mit jugendlichen Suchtklienten den bisherigen Kanon therapeutischer Regeln und Stra-

tegien zu erweitern sowie den üblichen geschützten therapeutischen (Praxis-) Raum zu verlassen, um sich den Nöten und Bedürfnissen dieser schwer erreichbaren Zielgruppe besser anzupassen. Diesen niedrigschwelligen Ansatz gab es in der Jugend- und Drogenhilfe bisher nur bei Straßensozialarbeitern („streetwork“) mit dem Ziel, Risikoklientel für die Annahme von Hilfe zu motivieren und in Einrichtungen zu vermitteln. Gemäß der traditionellen Behandlungslogik beginnt Therapie erst danach, denn diese setzt ja Motivation und Veränderungsbereitschaft voraus. Will man jugendliche Klienten und deren Familien therapeutisch früher erreichen, muss Motivation und Veränderungsbereitschaft nicht als „Voraussetzung“ sondern als etwas durch die therapeutische Arbeit „Herzustellendes“ verstanden werden. Hierbei begibt sich die Therapeutin in eine deutlich aktivere Rolle.

Im Rahmen der systemisch orientierten Jugendhilfe gibt es bereits seit einiger Zeit Ansätze wie die „Aufsuchende Familientherapie“, um Multiproblemfamilien besser zu erreichen (Conen 2002, Rotthaus 2001). Oft sind es Familien aus sozial schwachen bzw. bildungsfernen Milieus (z.T. in Zwangskontexten), die von diesem therapeutischen Ansatz profitieren können. MDFT integriert die aufsuchende Strategie als ein notwendiges Element der Motivierung bzw. des Zugangs zur Zielgruppe und bietet darüber hinaus spezifische Ansätze zur Arbeit mit jugendlichen Suchtmittelkonsumenten.

Im Unterschied zu primär vorherrschenden kognitiv-narrativ systemischen Therapieansätzen ist MDFT dabei eher den handlungsorientierten Ansätzen zuzuordnen und bezieht sich stärker auf affektives Erleben (die Not, den Druck, die möglichen Sanktionen) der Beteiligten und den lebenspraktischen Alltag. Therapeuten sind bei dieser Arbeitsweise mit deutlich mehr Spannungen und Konflikten konfrontiert als im einzeltherapeutischen Setting und im geschützten Rahmen einer Therapieeinrichtung. Das direkte Erleben von negativen Emotionen in Familiensitzungen, das Arbeiten als „casemanager“ mit unterschiedlichen sozialen Systemen und der häufige Settingwechsel erfordern hohes Engagement, eine hohe Spannungstoleranz sowie empathische emotionale Beteiligung einerseits und reflektierte Distanz andererseits. Diese Anforderungen setzen neben persönlicher Eignung eine gute therapeutische Ausbildung voraus, verdeutlichen aber auch die Notwendigkeit einer intensiven fallbegleitenden Supervision und Teamarbeit, um den komplexen Rollenforderungen der MDFT-Therapeutin gerecht zu werden.

Die Autoren des Artikels, alle langjährig erfahren in der therapeutischen Arbeit mit jugendlichen Suchtklienten, sind überzeugt, dass sich diese Neuorientierung und dieses Engagement für die betroffenen Familien sehr lohnen.

Summary

MDFT is a family based systemic treatment model for adolescent drug abuse and related behavior problems.

The model has been tested in several U.S. RCT studies and is developed by Howard Little and colleagues at the "Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse" (CTRADA), University of Miami Medical School. Since 2006 MDFT is being tested in an international multi-site randomized controlled trial (INCANT) in Europe. The work with family members and the extra familiar system in different settings are core pieces of the treatment, which will be demonstrated by examples of clinical cases. First experiences with MDFT from the German INCANT site show promising outcomes regarding the effectiveness of MDFT Treatment.

Keywords

INCANT Study, Multidimensional Family Therapy (MDFT), Systemic Treatment for adolescent drug abusers, cannabis abuse, multi problem behavior, parent coaching

Literatur

Bergmann, W. (2008): Gute Autorität. Grundsätze einer zeitgemäßen Erziehung. Heidelberg: Beltz

Bonnet, U.; Scherbaum, N. (2005): Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. Deutsches Ärzteblatt, 102, 48

Bobbink, A.J.; Spohr, B. (2002): Drogenkonsum und psychische Störungen. In: Peter, K.; Bader, T.: Psychiatrie und Drogensucht. Pabst Verlag

CTRADA. Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse: www.miami.edu/ctrada

Conen, M.-L. (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden – Aufsuchende Familientherapie. Heidelberg: Carl Auer Verlag

Gantner, A. (1998): Psychotherapeutische Behandlung von Partydrogenkonsumenten. In: Thomasius, R. (Hrsg.): Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen. Stuttgart: Enke

Gantner, A. (2006): Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55: 520-532

Gantner, A.; Tossmann, P. (2005): INCANT Pilotstudie. Endbericht und Begleitforschung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit

Haley, J. (1985): Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen. München: Pfeiffer. Originalausgabe: Problem Solving Therapy (1976)

INCANT (2006): International Cannabis Need of Treatment: www.incant.eu

Little, H.A. (1994): The anatomy of emotions in family therapy with adolescents. In: Journal of Adolescent Research, 9: 120-157

Liddle, H.A. (2002): Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users. Cannabis Youth Treatment Series. Vol. 5. Miami: Center of Substance Abuse Treatment

Liddle, H.A. et al. (2008): Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. In: *Addiction*, 103: 1660-1670

Minuchin, S.; Fishman, H.C. (1983): Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg: Lambertus Verlag. Originalausgabe: Family Therapy Techniques (1981)

Minuchin, S. (1984): Familie und Familientherapie. Freiburg: Lambertus Verlag. Originalausgabe: Families and Family Therapy (1976)

Omer, H.; von Schlippe, A. (2006): Autorität ohne Gewalt: Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen. 'Elterliche Präsenz' als systemisches Konzept. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Rigter, H. (2005): Report on the INCANT Pilot Study. Rotterdam: Erasmus MC., Berlin: Bundesministerium für Gesundheit

Rigter, H. (2007): Five Countries Cannabis Research Action Plan. In: Reitox Academy: Cannabis prevention and treatment. Berlin: www.bmg.bund.de

Rotthaus, W. (Hrsg) (2001): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Carl-Auer Systeme Verlag

Schweitzer, J.; von Schlippe, A. (2007): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Von Sydow, K.; Beher, S.; Retzlaff, R.; Schweitzer-Rothers, J. (2006): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe

Simon, R.; Sonntag, D.; Bühringer, G.; Kraus, L. (2004): Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. München: IFT, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung

Thomasius, R. (2005): Cannabisbezogene Störungen in der psychiatrischen Ambulanz. In: *Jugendkult Cannabis. Risiken und Hilfen. Dokumentation des Bundesministeriums für Gesundheit*

Thomasius, R.; Küstner, U.J. (Hrsg.) (2005): Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention. Stuttgart: Schattauer

Tossmann, H.-P. (2006): Cannabis- Zahlen und Fakten zum Konsum. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2006, Hamm

Tsirigotis, C.; Schweitzer-Rothers, J.; von Schlippe, A. (Hrsg) (2007): Coaching für Eltern. Mütter, Väter und ihr "Job" (Broschiert)

Korrespondenzadresse

Therapieladen e.V.
Andreas Gantner
Potsdamer Str.131, 10783 Berlin
Tel.: +49-(0)30-23-60-77-90
Email: a.gantner@therapieladen.de
Web: www.therapieladen.de