

Henggeler
Schoenwald
Borduin · Rowland
Cunningham



Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen

Deutsche
Bearbeitung durch
Christian Bachmann

 Springer

Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen

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

Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen

Deutsche Bearbeitung durch Christian Bachmann

 Springer

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

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

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

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

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

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

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

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

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

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

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

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

Geleitwort zur deutschen Ausgabe

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

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

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

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

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

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

Fritz Mattejat

Marburg

Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

Zur deutschen Übersetzung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Christian Bachmann

Berlin

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

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