

"Therapeutische Frühintervention" : MDFT in der Jugendsuchthilfe

Autor(en): **Gantner, Andreas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **37 (2011)**

Heft 5

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800304>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

«Therapeutische Frühintervention»: MDFT in der Jugendsuchthilfe

In den vergangenen Jahren wurden in der Suchthilfe zahlreiche Frühinterventionsangebote erprobt und erfolgreich etabliert. Mit der Einführung der Multidimensionalen Familientherapie MDFT im Rahmen der INCANT-Studie liegt nun ein familienorientiertes Programm vor, welches sich als therapeutische Frühintervention im Vorgehen von den bisherigen Angeboten deutlich unterscheidet und eine zentrale Lücke zwischen beratender Frühintervention und stationärer Langzeitrehabilitation schliessen kann.

Andreas Gantner

Dipl. Psych., Psychologischer Psychotherapeut, MDFT-Supervisor,
Therapieladen e.V., Potsdamer Strasse 131, D-10783 Berlin,
Tel. +49 (0)30 23 60 77 9 21, a.gantner@therapieladen.de

Einleitung

Im Folgenden beziehe ich mich auf eine über 20-jährige Erfahrungspraxis im Rahmen der Tätigkeit in der Berliner Einrichtung Therapieladen, in der seit 1985 zielgruppenspezifisch für KlientInnen mit Schwerpunkt Cannabismissbrauch/Abhängigkeit ambulant therapeutische Angebote entwickelt wurden. Ausgelöst durch den europaweit starken Anstieg des Cannabiskonsums seit Ende der 1990er Jahre wurden in Deutschland auf nationaler Ebene mehrere Forschungs- und Frühinterventionsprojekte initiiert¹ an deren Umsetzung der Therapieladen direkt beteiligt war² oder über die Vernetzung im Berliner Drogenverbundsystem mitgewirkt hat³. Hierdurch war es möglich, einen differenzierten Blick auf die unterschiedlichen Ansätze, Ziele und Zielgruppen der jeweiligen Frühinterventionsprojekte zu erhalten. Dabei zeigt sich, dass der inflationär verwendete und in der Definition unscharfe Begriff «Frühintervention» (FI) ein weites Feld möglicher Hilfen für unterschiedliche KlientInnengruppen einschliessen kann. In der Regel sind Frühinterventionsangebote zeitlich eng befristete Kurzinterventionen mit dem Ziel, suchtgefährdete Menschen zu einem frühen Zeitpunkt zu erreichen und Suchtentwicklungen zu verhindern. Dabei steht FI oft als Bindeglied zwischen Prävention und Behandlung. In diesem Beitrag soll vor dem Hintergrund der Ergebnisse und therapeutischen Erfahrung mit von der INCANT-Studie⁴ beforschten Multidimensionalen Familientherapie MDFT auf den Bedarf einer «therapeutischen Frühintervention» für Jugendliche mit ausgeprägten Suchtproblemen hingewiesen werden. Das intensive, kompakte MDFT-Programm unterscheidet sich dabei deutlich von bisher etablierten Frühinterventionsangeboten und konzentriert sich explizit auf Minderjährige und deren Familien.

Entwicklungstendenzen

Die Praxis der Frühintervention an der Schnittstelle Jugend-/Suchthilfe ist vielfältig, komplex und zum Teil unübersichtlich, deshalb sollen hier nur einige Entwicklungstendenzen – ohne

Anspruch auf Vollständigkeit – grob zusammengefasst werden. In den 1980er und 1990er Jahren waren drogenmissbrauchende Jugendliche in der Drogenhilfe eine eher kleine Randgruppe und es gab nur sehr wenige, gezielte therapeutische Angebote für Jugendliche. Diese Situation hat sich in den letzten Jahren beträchtlich verändert.

Als Folge eines deutlich gestiegenen Hilfebedarfs, insbesondere für cannabisbezogene Störungen⁵, sind in Deutschland zahlreiche, teilweise bundesweit geförderte Programme für Jugendliche mit Cannabis-, bzw. Alkoholmissbrauch entwickelt worden.⁶ Konzeptionelle Grundlage ist hier vor allem das in der Suchthilfe etablierte Konzept der Motivierenden Gesprächsführung (MI), um Jugendliche für ihre Ambivalenzen zu sensibilisieren und für Verhaltensänderungen zu motivieren. Während Projekte wie *FreD* oder *HaLT* eher der Früherkennung und Problemsensibilisierung dienen, sprechen Programme wie *realize it*, *quit the shit* oder *Candis* eine veränderungsbereite Klientel an und erreichen dabei vor allem junge Erwachsene um Mitte 20. Weiterführende intensive ambulante Suchttherapie gibt es derzeit nur für Erwachsene im Rahmen der Ambulanten Suchtrehabilitation der Rentenversicherungsträger. Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen in eigener Praxis erreichen schwach motivierte Multiproblem-Jugendliche mit Drogenmissbrauch kaum und verweisen auf Entzug und Spezialbehandlung, die ebenfalls im stationären Feld stattfinden. Neben den FI-Angeboten wurden in Deutschland zunehmend für abhängige Jugendliche zahlreiche stationäre Langzeittherapieeinrichtungen etabliert. Diese Angebote werden überwiegend als Jugendhilfemassnahmen finanziert. Die Öffnung der Jugendhilfe für die jugendliche Suchtklientel ist begrüßenswert, wobei Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen nach wie vor Zugänge erschweren.

Parallel dazu wurden in zahlreichen Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie Suchtstationen für eine qualifizierte Entzugsbehandlung und anschließende Therapie eingerichtet. Einigkeit besteht in der Fachwelt dahingehend, dass Jugendliche mit Suchtstörungen aufgrund der Multiproblemmkonstellation einen komplexen Hilfebedarf haben, der unter Berücksichtigung der Suchtausprägung, zusätzlicher komorbider Störungen und der vorhandenen psychischen und sozialen Ressourcen, eine mehr oder weniger intensive multiprofessionelle Behandlung im ambulanten

oder stationären Setting erfordert. Die Orientierung der Behandlung an klinischen Leitlinien und sorgfältiger Diagnostik sowie der Einsatz wirksamer Behandlungsmethoden werden zukünftig an Bedeutung gewinnen. Dabei bilden Schnittstellen und Übergänge zwischen den Hilfeformen eine besondere Herausforderung.

Mangelnde Einbeziehung von Eltern und Angehörigen

Dieser grobe Überblick über die bestehenden Hilfeangebote zeigt folgendes: Einerseits «boomt» der stationäre Bereich, d.h. dass sich die Jugendsuchttherapie derzeit primär auf eine Zielgruppe konzentriert, die scheinbar nur noch ausserhalb ihrer Familie und ihres sozialen Kontextes zu betreuen ist. Andererseits sind eine Vielzahl von drogenspezifischen Frühinterventionsprojekten entstanden, die mit Kurzintervention im Vorfeld von Suchtentwicklung ansetzen. Völlig unterrepräsentiert bleiben bisher ambulante suchtspezifisch-therapeutische Programme für Minderjährige mit bereits bestehenden Suchtproblemen.

Bei den aktuellen Konzepten ist festzustellen, dass die Beratungs- und Behandlungsangebote individuumszentriert sind, dass sie das Sucht- bzw. Problemverhalten der Jugendlichen/jungen Erwachsenen fokussieren und Eltern oder andere Familienangehörige kaum in den Therapie- oder Beratungsprozess einbeziehen. Bei den o.g. Frühinterventionsprojekten ist dies z.B. gar nicht vorgesehen. Eltern- und Familienarbeit ist weiterhin eine Schwachstelle in der Drogen- und Suchthilfe.

Im Vergleich dazu werden bei den stationären Angeboten der Jugendhilfe bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie Eltern sehr wohl einbezogen, sei es in Form von Eltern- bzw. Familiengesprächen oder durch Tagesseminare für Eltern/Familien. Der tatsächliche Bedarf der Familien für eine konkrete Veränderung im Alltag kann damit aber nur eingeschränkt beantwortet werden, wobei ein Transfer neuer Beziehungs- und Verhaltensmuster in der Familie oft nicht nachhaltig erreicht wird. Zudem liegt langfristiger stationärer Behandlung in der Jugendhilfe das Konzept zugrunde, dass der bisherige familiäre/soziale Kontext der Entwicklung des Jugendlichen nicht förderlich ist, und stattdessen im therapeutischen Milieu eine professionell begleitete «Nachreifung» erfolgen soll. Es geht also hierbei nicht um eine systematische Beeinflussung der Familie als primärem System, sondern in der Regel um eine ablösungsorientierte Begleitung des Jugendlichen vor dem Hintergrund eines als defizitär wahrgenommenen familiären Milieus.

Einseitiger Fokus auf Jugendliche und deren «Störung»

Als Fazit lässt sich zusammenfassen: Bei allen bisherigen jugendsuchtspezifischen Angeboten liegt eine primäre Fokussierung der Interventionen auf den Jugendlichen und deren «Störung» bzw. Problemverhalten vor. Es besteht ein gravierender Mangel an systemisch-familienorientierter Arbeit für eine jugendliche Zielgruppe:

- die sich noch in Erziehungsprozessen befindet
- deren Eltern oft hilflos sind und Unterstützung brauchen, weil sie sowohl zum Problem als auch zur Lösung beitragen
- deren Suchtverhalten weit mehr entwicklungs- und kontextabhängig ist, als bei Erwachsenen
- deren Suchtverhalten oft ein sichtbares Symptom für Multiproblemlagen in den Familien ist.

Mit der INCANT-Studie⁷ wurde nun erstmals in fünf Ländern Europas die MDFT als ein evidenzbasiertes systemisches Therapiemodell erprobt und eingeführt. Es lässt sich als therapeutisches Frühinterventionsprogramm einordnen und kann das Versorgungsangebot für Jugendliche und deren Familien deutlich verbessern.

Multidimensionale Familientherapie MDFT als «Best Practice»-Ansatz

Ein evidenzbasiertes Behandlungsprogramm

Die 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 zehn abgeschlossenen, randomisierten klinischen Studien erfolgreich evaluiert.⁸ MDFT hat sich in den USA für die Behandlung Jugendlicher mit Substanzproblemen als evidenzbasierter «Best Practice»-Ansatz etabliert. Die Ergebnisse der MDFT-Studien wurden in Deutschland vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie positiv bewertet und trugen im Jahr 2008 zur Anerkennung der Systemischen Therapie/Familientherapie als wissenschaftlichem Therapieverfahren bei.⁹

MDFT ist als ambulantes Behandlungssystem in unterschiedlicher Intensität erprobt. Es hat sich als intensive ambulante Alternative zu stationären Angeboten bewährt. Derzeit wird in Frankreich und den Niederlanden der Einsatz von MDFT auch in einem stationären, tagesklinischen Setting im Bereich der Jugenddelinquenz untersucht.

MDFT hat ihre Wurzeln in der strukturellen Familientherapie nach Salvador Minuchin und der direktiv-strategischen Familientherapie nach Jay Haley. Ergänzt wird die familienorientierte Perspektive durch die ökologische Sichtweise, die Individuen und ihre Familien immer eingebettet in ihre sozialen Kontexte begreift und folgerichtig relevante ausserfamiliäre Bezugspersonen bzw. Systeme in Konzeption und Behandlung einbezieht.

MDFT beinhaltet darüber hinaus psychotherapeutische Haltungen und Techniken, die sich an der Gesprächspsychotherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie und der motivierenden Gesprächsführung (MI) orientieren. Neben der Stärkung der Therapie- und Veränderungsmotivation ist ein therapeutisches Anliegen die Förderung der Selbstexploration von Jugendlichen und Eltern. Dafür ist eine durchgängig empathisch-wertschätzende therapeutische Haltung ebenso unverzichtbar wie der schnelle Aufbau von multiplen, individuellen therapeutischen Arbeitsbündnissen/Beziehungen zu den einzelnen Beteiligten.

Pendeldiplomatie im multisystemischen Setting

Die therapeutische Arbeit erfolgt in dichter Abfolge, teilweise aufsuchend in den jeweiligen Subsystemen (Jugendliche alleine, Eltern alleine, einzelne Elternteile alleine, Familie zusammen) und hat dabei die Verbesserung der familiären Kommunikation und Beziehungen als zentrales Ziel. Die Einzelsitzungen dienen daher einerseits der Klärung individueller Anliegen, andererseits direkt oder indirekt der Vorbereitung von Familiensitzungen. Kernstück der MDFT ist die Wiederherstellung positiver emotionaler Bindung zwischen Eltern und Jugendlichen, um die notwendige Grundlage für die Wirksamkeit der elterlichen Erziehung zu schaffen und eine Suche nach Problemlösungen möglich zu machen.

Suchtspezifisch und entwicklungsorientiert

Das systemische Problemverständnis wird bei MDFT ergänzt um suchtspezifische Interventionen. Gemeint sind konkrete Hilfen zur Reduzierung bzw. zum Ausstieg aus dem Konsum, Urinkontrollen, Vermittlung in Entzugsbehandlungen, Rückfallprävention etc. Ebenso wichtig ist die Berücksichtigung von entwicklungspsychologischen Aspekten im Zusammenhang mit jugendlichem Drogenkonsum. Ausserdem geht MDFT explizit auf Risikoverhalten wie Schuleschwänzen, riskanter Sex, Delinquenz und Gewalt ein. Speziell bei cannabisabhängigen Jugendlichen sind häufig zusätzliche komorbide psychische Störungen (ADHS, Depressionen, Ängste, drogeninduzierte Psychosen) vorzufinden.¹⁰ Auch hier bezieht MDFT bei Bedarf störungsspezifische In-

terventionen ein (teilweise in enger Kooperation mit Kinder- und JugendpsychiaterInnen). Ausführliche Beschreibungen der MDFT mit zahlreichen Fallbeispielen wurden im deutschsprachigen Manual¹¹ veröffentlicht.

Weiterentwicklungsbedarf in der Jugendsuchthilfe

Mit der Entwicklung von FI-Angeboten, in der Regel als beratender Kurzintervention, sowie der Etablierung jugend-spezifischer stationärer Entzugs- und Rehabilitationsangebote schreitet die Etablierung einer «Jugendsuchthilfe» als eigenständiges Fachgebiet voran. Hierbei kann in Zukunft der ambulante MDFT-Ansatz, als Missing link bisherige Schwachstellen in der Jugendsuchthilfe verbessern:

- MDFT kann die Lücke zwischen beratender Frühintervention und stationärer Langzeittherapie schliessen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass durch eine frühzeitige intensive MDFT auch in «schwierigen Fällen» ein stationärer Aufenthalt vermieden werden kann.
- MDFT mobilisiert familiäre Ressourcen, die bisher wegen des Mangels an gezielten Unterstützungsprogrammen für Eltern kaum genutzt werden. Die therapeutische Arbeit an nachhaltiger Verbesserung familiärer Kommunikation und «ungesunder» Bindung in der Familie ist, insbesondere für die langfristige Entwicklung der Jugendlichen, ein entscheidender Wirkfaktor.
- Die sehr aktive, direktive und auch aufsuchende Herangehensweise packt eines der zentralen Probleme dieser Zielgruppe an: die aus unterschiedlichsten Gründen oft nur sehr schwache Motivation von Jugendlichen und Eltern. Die Arbeit mit möglichen «Auflagen» (Jugendamt/ Jugendgericht) kann dabei im positiven Sinne genutzt werden.
- Die Orientierung der MDFT hin zum sozialen Raum der Jugendlichen beinhaltet die Vernetzung und Abstimmung von Angeboten aus verschiedenen Hilfesystemen, die häufig parallel involviert sind und nur Teilaspekte der Gesamtsituation fokussieren (können).

Diskussion und Ausblick

Einordnung der MDFT

Von den zahlreichen, in den vergangenen Jahren in Deutschland realisierten cannabisspezifischen Beratungs- und Behandlungsprojekten wurde mit der MDFT in der INCANT-Studie das zeit- und ressourcenintensivste, sowie methodisch anspruchsvollste Therapieprogramm evaluiert. Dabei ist zunächst festzustellen, dass die MDFT wesentlich mehr als ein «Cannabisreduktionsprogramm» darstellt. Die MDFT zielt umfassend auf eine deutliche Verbesserung eines mit diagnostizierten Suchtproblemen einhergehenden Multiproblemlverhaltens Jugendlicher, welches wiederum in Zusammenhang mit der elterlichen Erziehungskompetenz und dem Verhalten anderer relevanter Bezugspersonen steht. Dabei wird neben dem Cannabismissbrauch auch anderes Suchtverhalten thematisiert und bearbeitet, insbesondere Alkoholmissbrauch und exzessive Computernutzung. Des Weiteren werden komorbide Störungen eingeordnet und behandelt. Adressaten der MDFT sind gleichermaßen Jugendliche und Eltern sowie einflussreiche Bezugspersonen aus dem ausserfamiliären Umfeld. Demgegenüber richten sich alle anderen cannabisspezifischen Programme ausschliesslich auf die KonsumentInnen und deren individuelles Suchtverhalten.

Weiterhin konzentriert sich die MDFT, im Unterschied zu den anderen bisher evaluierten cannabisspezifischen Projekten, ausschliesslich auf Minderjährige und erreicht eine Zielgruppe von durchschnittlich 16-Jährigen. Obwohl die anderen Projekte auch Jugendliche ansprechen, werden dort in der Regel eher junge Erwachsene zwischen 20 und 25 Jahren erreicht.

Schnittstellenproblematik

Bei den Therapien in der INCANT-Behandlungsstudie wurden bei den beteiligten Systemen der Jugendhilfe, Suchthilfe und Jugendpsychiatrie z.T. grosse Unsicherheit, aber auch sehr heterogene Auffassungen angetroffen. Es wurde z. B. gefragt, ob bei einer Cannabisproblematik ein qualifizierter Entzug notwendig ist, ob und wann stationäre oder ambulante Behandlung angezeigt ist oder in welcher Reihenfolge und welchem Verhältnis die Behandlung von Sucht- und komorbiden Störungen erfolgen sollte. Die Kooperationen gelangen dementsprechend unterschiedlich gut und es wurde erkennbar, dass der integrative und multidimensionale MDFT-Ansatz an vielen Punkten «quer» zu bestehenden Problemsichtweisen, Zuständigkeiten und Hilfeangeboten liegt. Bei der Betreuung jugendlicher SuchtklientInnen sind die seit Jahren bekannten Schnittstellenprobleme zwischen verschiedenen Hilfesystemen (Jugendhilfe/Suchthilfe/Jugendpsychiatrie) eine ständige Herausforderung. Oft müssen in langwierigen Abstimmungsprozessen Zuständigkeiten (Kostenträger und Hilfeplanungen) geklärt und ausgehandelt werden, nicht selten zum Nachteil der betroffenen Jugendlichen und Familien. So werden schnelle notwendige Vermittlungen verzögert, oft auch aus finanziellen Gründen, z. B. auf Grund «gedeckelter Budgets» in der kommunalen Jugendhilfe.

Viele suchtgefährdete und suchtkranke Jugendliche nutzen derzeit Angebote der offenen, sowie der ambulanten und stationären Jugendhilfe, ohne dass sie hier eine fachgerechte suchtmittelbezogene Beratung und Behandlung erfahren, weil Erkenntnisse und Erfahrungen der Suchthilfe nicht genutzt werden oder Kooperationen mit Suchthilfediensten noch nicht entwickelt wurden. Dabei zeigt ein nicht geringer Anteil suchtgefährdeter Jugendlicher psychische Auffälligkeiten, für deren Abklärung suchtspezifische- bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz gefragt wäre.

Mängel in der Diagnostik

Bei Kindern und Jugendlichen greifen jedoch die bestehenden Diagnoseverfahren für Suchterkrankungen nur eingeschränkt. So wird bei den psychiatrischen Diagnosesystemen (ICD10/DSMIV) eine mangelnde Berücksichtigung entwicklungsorientierter Konsummotive, sowie die Relevanz des sozialen Kontextes kritisiert. Unsere Erfahrung ist, dass Jugendlichen nach einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Kurzbehandlung aufgrund komplexer «komorbider Störungen» primär stationäre Unterbringungen empfohlen werden und Möglichkeiten der ambulanten Therapie nicht genutzt werden. Nach wie vor überwiegt hier ein systembedingter «defizitärer Blick» einhergehend mit einer mangelnden Berücksichtigung vorhandener persönlicher und sozialer Ressourcen der Jugendlichen und der Familie. Eine gute systemübergreifende ressourcenorientierte psychosoziale Diagnostik als Grundlage einer angemessenen Indikationsstellung und Zuweisung ist im Jugendsuchtbereich noch kein Standard.

Hier kann das multidimensionale Vorgehen der MDFT mit einer ressourcenorientierten Diagnostik der relevanten Subsysteme (unter Einbeziehung psychiatrischer Diagnostik) sowie der Einbeziehung der relevanten sozialen (Hilfe-)Systeme vorhandene Schnittstellenprobleme überwinden. Dabei können Suchtprobleme im Jugendalter frühzeitiger bearbeitet werden, wenn proaktive, für Eltern und Jugendliche motivationsfördernde und damit verbundene aufsuchende Strategien und Konzepte genutzt werden.

MDFT-Transfer

In den Niederlanden wurde bereits 2008 mit dem Transfer von MDFT in die Praxis begonnen.¹² MDFT ist dort bereits eine von verschiedenen Kostenträgern (Jugendhilfe, Justiz, Krankenkassen) anerkannte Therapieform für die jugendliche Zielgruppe.

Es wurden bisher 36 Teams aus der Jugend- und Suchthilfe sowie der forensischen Hilfe ausgebildet.¹³ Im Mai 2010 wurde von den Beteiligten der INCANT-Studie unter der Federführung von Prof. Henk Rigter der internationale Dachverband MDFT Europa gegründet. Ziel und Aufgabe dieses Verbandes sind die Weiterentwicklung und Verbreitung des MDFT-Ansatzes in europäischen Ländern und die Sicherstellung der Qualitätsstandards von MDFT in Anwendung und Ausbildung. Mit der Übertragung der Rechte auf MDFT Europa ist – unabhängig von den USA, sowie lizenzfrei – eine Qualifizierung nationaler Teams auf der Grundlage der vereinbarten Standards möglich. Dabei besteht ein MDFT-Team aus mindestens drei therapeutischen MitarbeiterInnen mit therapeutischer Grundqualifikation, wobei einer die Funktion des MDFT Supervisors übernimmt. In der Schweiz wird MDFT bislang von der Suchthilfeinstitution «Fondation Phénix» in Genf angeboten.¹⁴ In Deutschland wurde im Rahmen eines MDFT-Transferprojekts das US-amerikanische MDFT-Manual ins Deutsche übersetzt und adaptiert.¹⁵ Gleichzeitig wurden an der Studie beteiligte MDFT-TherapeutInnen/SupervisorInnen zu TrainerInnen qualifiziert. Der Weg für einen weiteren Praxistransfer der MDFT ist somit vorbereitet. ●

Literatur

- Aden, A./Stolle, M./Thomasius, R. (2011): Cannabisbezogene Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Diagnostik Komorbidität und Behandlung. SUCHT 57 (3): 215-230.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009): Drogen und Suchtbericht 2009. Best-Nr. BMG-D-09008.
- Gantner, A./Spohr, B. (2010): Multidimensionale Familientherapie (MDFT) in der Praxis: Therapeutische Erfahrungen mit jugendlichen Cannabisabhängigen und ihren Familien. SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 56 (1): 71-76.
- Liddle, H. A. (2010): Treating Adolescent Substance Abuse. Using Multidimensional Family Therapy. pp. 416-432 in: J. Weisz/A. Kazdin (Eds.), Evidence-based psychotherapies for Children and Adolescents. New York: Guilford Press.

- Rigter, H./Moos, K. (2011): Die Einführung Multidimensionaler Familientherapie (MDFT) in Europa: Das Beispiel der Niederlande. S. 300-312 in: M. Müller/B. Bräutigam (Hrsg.), Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext. Heidelberg: Carl-Auer.
- Simon, R./Sonntag, D. (2004): Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. www.tinyurl.com/cannabis-stoerungen, Zugriff 26.08.2011.
- Spohr, B./Gantner, A./Bobbink, J./Liddle, H. (2011): Multidimensionale Familientherapie. Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sydow, K. von/Schindler, A./Beher, S./Schweitzer-Rothers, J./Retzlaff, R. (2010): Die Wirksamkeit Systemischer Therapie bei Substanzstörungen des Jugend- und Erwachsenenalters. Sucht 56 (1): 21-42.
- Tossmann, P./Jonas, B./Gantner, A. (2011): Ergebnisbericht der INCANT Behandlungsstudie. Bundesministerium für Gesundheit 2011.

Endnoten

- 1 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009.
- 2 Z. B.: Quit The Shit – ein webbasiertes Cannabisreduktionsprogramm, CANDIS – ein kognitiv-behaviorales Cannabisentwöhnungsprogramm), INCANT/MDFT.
- 3 Z. B.: FreD – Frühintervention bei ersttauffälligen Drogenkonsumenten, realize it! ein Cannabisalkoholreduktionsprogramm). Vgl. auch www.netzwerk-fruehintervention.de/index.php?id=90
- 4 Vgl. Tossmann et al. 2011 und den Artikel Schaub in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 5 Vgl. Simon et al. 2004.
- 6 Z. B.: FreD, HaLt (Hart am Limit), realize it, Quit the Shit, CanStop (Gruppentraining zur Rückfallprävention bei problematischem Cannabisalkoholkonsum) und Candis.
- 7 Vgl. dazu den Artikel von Schaub in dieser Ausgabe.
- 8 Vgl. Liddle 2010.
- 9 Vgl. Sydow et al. 2010.
- 10 Vgl. Aden et al. 2011.
- 11 Vgl. Rigter et al. 2011.
- 12 Vgl. ebd.
- 13 Für Möglichkeiten der Ausbildung in MDFT vgl. den Artikel von Bachmann/Fabian/Kläusler-Senn in dieser Ausgabe.
- 14 Vgl. dazu auch den Artikel von Schaub/Haug in dieser Ausgabe.
- 15 Vgl. Spohr et al. 2011.

