



INCANT – Multidimensionale Familientherapie. Therapie für Jugendliche, Eltern und das soziale Umfeld

Dr. Peter Tossmann

delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH

Birgit Spohr / Jeanine Bobbink

Therapieladen e.V.

CANNABIS – RELOADED Fachtagung des Therapieladen e.V.

Berlin, 25. Juni 2010

Ausgangssituation & Umsetzung

Ausgangssituation

- 1995-2000: Starker Anstieg des Cannabiskonsums in Europa
- EU-Gesundheitsministerkonferenz 2002:
Verabschiedung eines Aktionsplans Cannabis
- Auswahl eines erfolgreichen familientherapeutischen
Behandlungsmodells (MDFT) aus den USA
- Beteiligung von 5 EU-Ländern: NL, BE, F, CH, D

Umsetzung der INCANT-Studie

Auftraggeber:	Gesundheitsministerien der Länder „Steering committee“ (BMG)
Gesamtprojektleitung:	Prof. Rigter, Erasmus Universität Rotterdam
Wissenschaftliche Begleitung :	INCANT STUDY TEAM
für Deutschland:	Dr. Peter Tossmann, delphi GmbH, Berlin
Behandlung in Deutschland:	Therapieladen, Berlin

Einschluss- und Ausschlusskriterien

Einschluss

- Lebensalter 13-18 Jahre
- adäquate Sprachkenntnisse
- relative Wohnortnähe
- DSM-IV Abhängigkeit bzw. Missbrauch v. Cannabis
- Teilnahmebereitschaft zumindest eines Elternteils
- Informed Consent des/der Jugendlichen und Eltern

Ausschluss

- Indikation für spezifische Suchtbehandlung
- Durchführung einer anderen psychotherapeutischen Behandlung
- schwere akute psychiatrische Erkrankung

Forschungsfragen

- Ist MDFT im Hinblick auf die Reduzierung des Cannabiskonsums und cannabisassoziierter Störungen wirkungsvoller als herkömmliche Verfahren (TAU)?
- Ist MDFT im Hinblick auf die Minimierung von Risikofaktoren für cannabisassoziierte Störungen wirkungsvoller als herkömmliche Verfahren (TAU)?
- Ist MDFT im Hinblick auf die Haltequote besser als herkömmliche Verfahren (TAU)?
- Findet MDFT die Akzeptanz von Jugendlichen, Eltern und Therapeuten?

„TAU“ im INCANT-Projekt

Jugendpsychotherapie für Cannabisklienten (JUP)

- Drogen- und suchtspezifische **Jugendpsycho-**therapie (integrativer Ansatz: GT, VT, MI)
(im *Therapieladen e.V.* seit dem Jahr 2000)
- Einzeltherapie
- Frequenz: 1 Sitzung/wö mit Jugendlichen
- ca. 1 x monatl. begleitende Elternberatung
- Dauer: 8 bis max. 9 Monate



Inhalte und Ziele der JUP

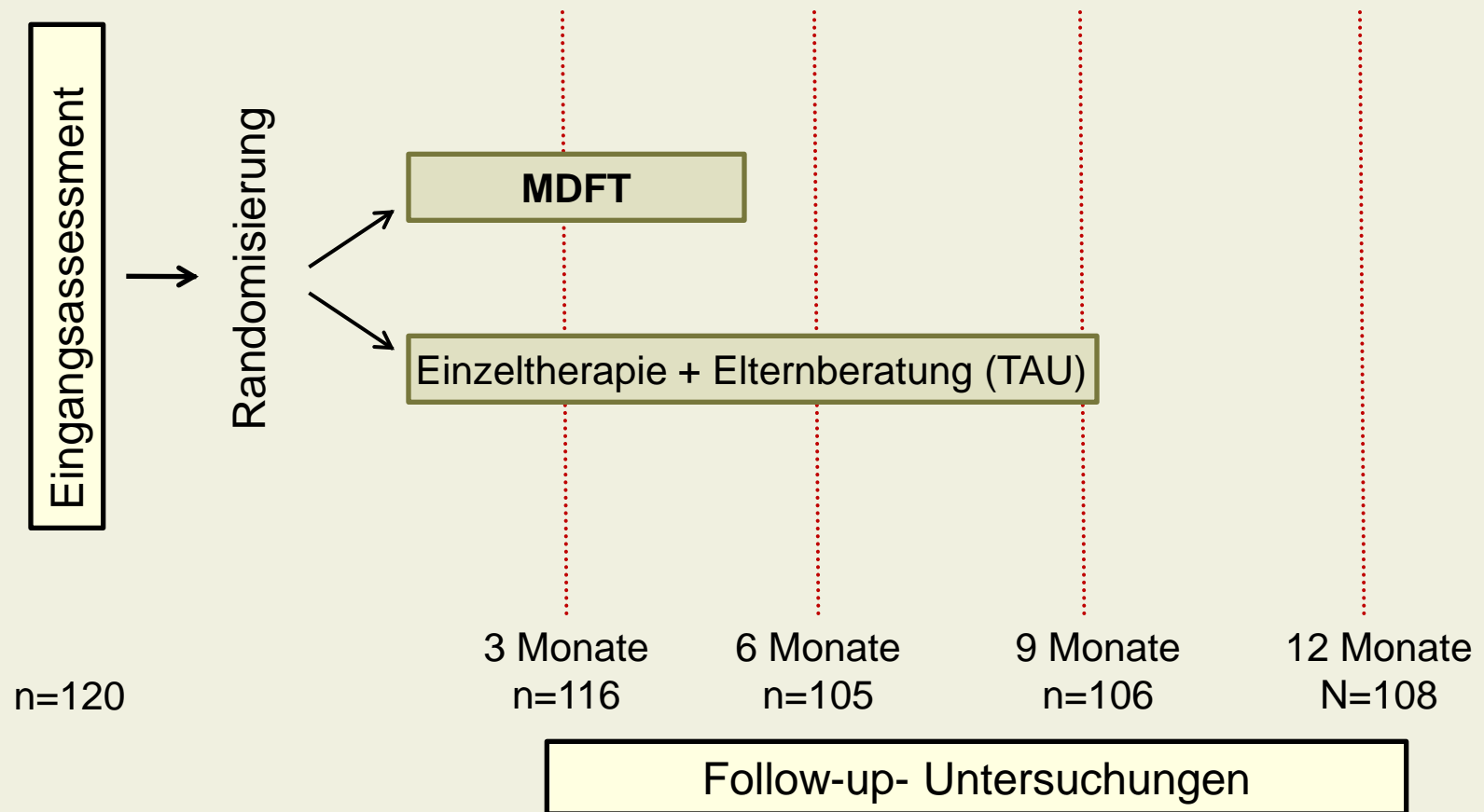
- Konsumreduktion / Abstinenzentwicklung / Rückfallprävention
- Bearbeitung spezifischer Entwicklungsdefizite
- Behandlung „krankheitswertiger Störungen“
- Elternberatung

Interventionsebenen der MDFT

- **Einstellung & Verhalten
des Jugendlichen**
- **Einstellungen & Erziehungspraktiken
der Eltern**
- **Familienbeziehungen**
- **Soziales Umfeld**

Studiendesign & Stichproben

Rekrutierung: Okt 06 – März 09



Die Untersuchungsstichprobe (N=120)

Geschlecht

- männlich: n=99 (82,5%)
- weiblich: n=21(17,5%)
- **Alter** M=16,2 (SD=1,2)
- **Migrationshintergrund:**

Mindestens ein Elternteil ist **nicht** in Deutschland geboren bei: 29,6%

Schulbildung

derzeit Schüler/-in	n=80	Schulabgänger/innen	n=40
Förder- o. Hauptschule	21,3%	ohne Abschluss	50,0%
Realschule	18,8%	Hauptschulabschluss	40,0%
Gesamtschule	21,3%	Mittlere Reife	10,0%
Gymnasium	16,3%	Abitur	- -
alternative Schulform	22,5%		

Die Untersuchungsstichprobe (N=120)

Substanzkonsum, -missbrauch, -abhängigkeit

Cannabis	Frequenz (Tage/Quartal)	60,6 (SD=26,2)
	Missbrauch	11,7%
	Abhängigkeit	88,3%
Alkohol	Missbrauch	40,0%
	Abhängigkeit	19,2%
Amphetamine	Konsum (12 Monate)	37,5%
	Missbrauch/Abhängigkeit	4,2%
Ecstasy	Konsum (12 Monate)	30,8%
	Missbrauch/Abhängigkeit	3,3%

Die Untersuchungsstichprobe (N=120)

Substanzkonsum, -missbrauch, -abhängigkeit

Kokain	Konsum (12 Monate)	20,8%
	Missbrauch/Abhängigkeit	1,7%
Halluzinogene	Konsum (12 Monate)	20,8%
	Missbrauch/Abhängigkeit	0%
Beruhigungsmittel	Konsum (12 Monate)	9,2%
	Missbrauch/Abhängigkeit	0%
Heroin	Konsum (12 Monate)	6,7%
	Missbrauch/Abhängigkeit	1,7%

Die Untersuchungsstichprobe (N=120)

Komorbidität nach DSM-IV

Angststörungen (irgendeine)	30,8%
Affektive Störung (irgendeine)	27,4%
Störung des Sozialverhaltens	19,7%
ADHS	17,9%
Störung mit oppos. Trotzverhalten	9,4%
Essstörung (Anorexie o. Bulimie)	0,9%

Angststörungen sind unter weiblichen TN mit 70% wahrscheinlicher als unter männlichen TN (22,7%; $p < .001$).

Auch **affektive Störungen** kommen bei jungen Frauen (65,0%) häufiger vor als bei jungen Männern (19,6%) ($p < .001$).

Die Untersuchungsstichprobe (N=120)

Aus der Sicht der Erziehungsberechtigten.....

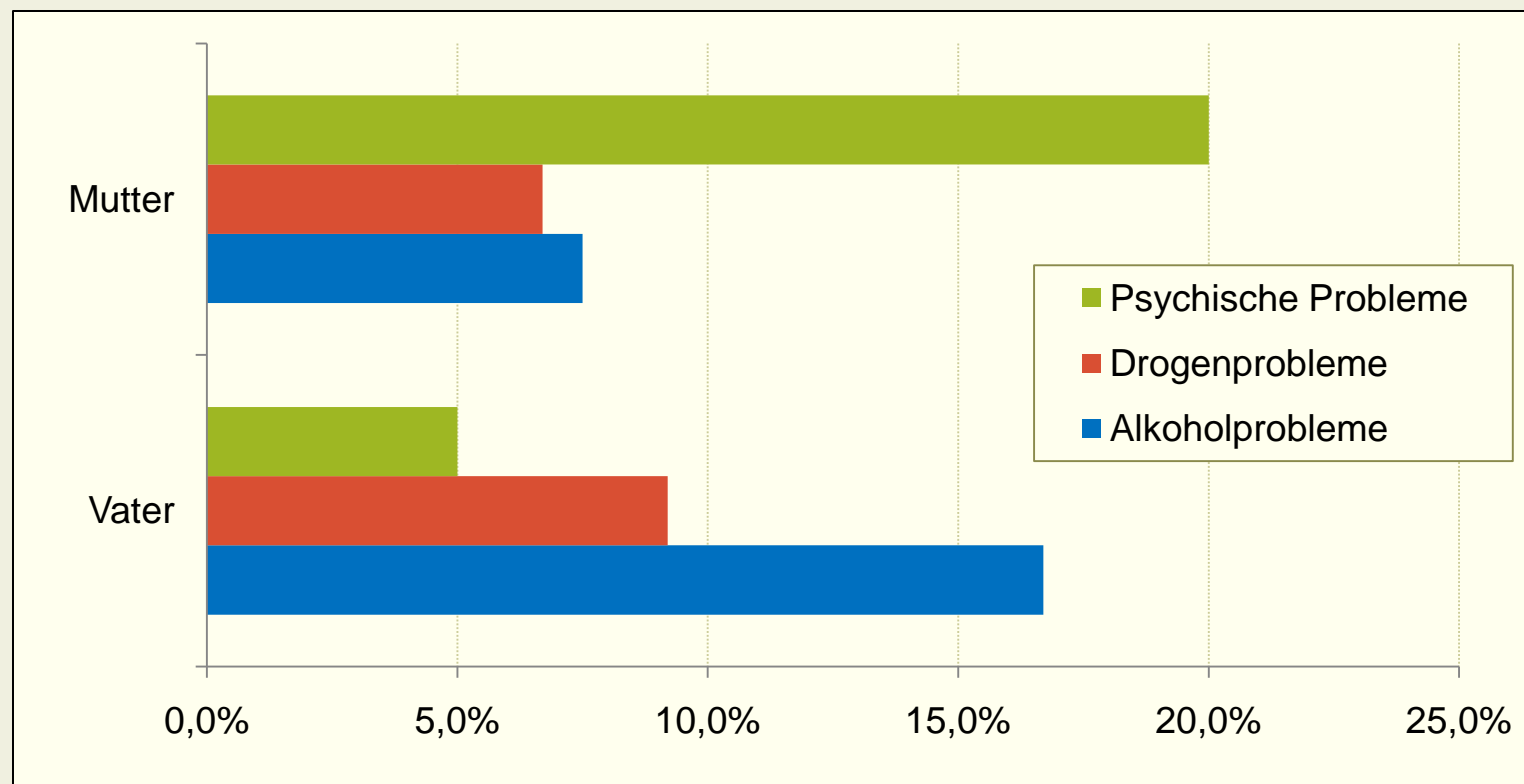
Jugendliche/-r

....war schon einmal in Behandlung wegen Suchtproblemen	30,0%
....war schon einmal in Behandlung wegen psychischer Probleme	51,7%
....war schon einmal im Kontakt mit der Polizei / der Justiz	70,8%

Die Untersuchungsstichprobe (N=120)

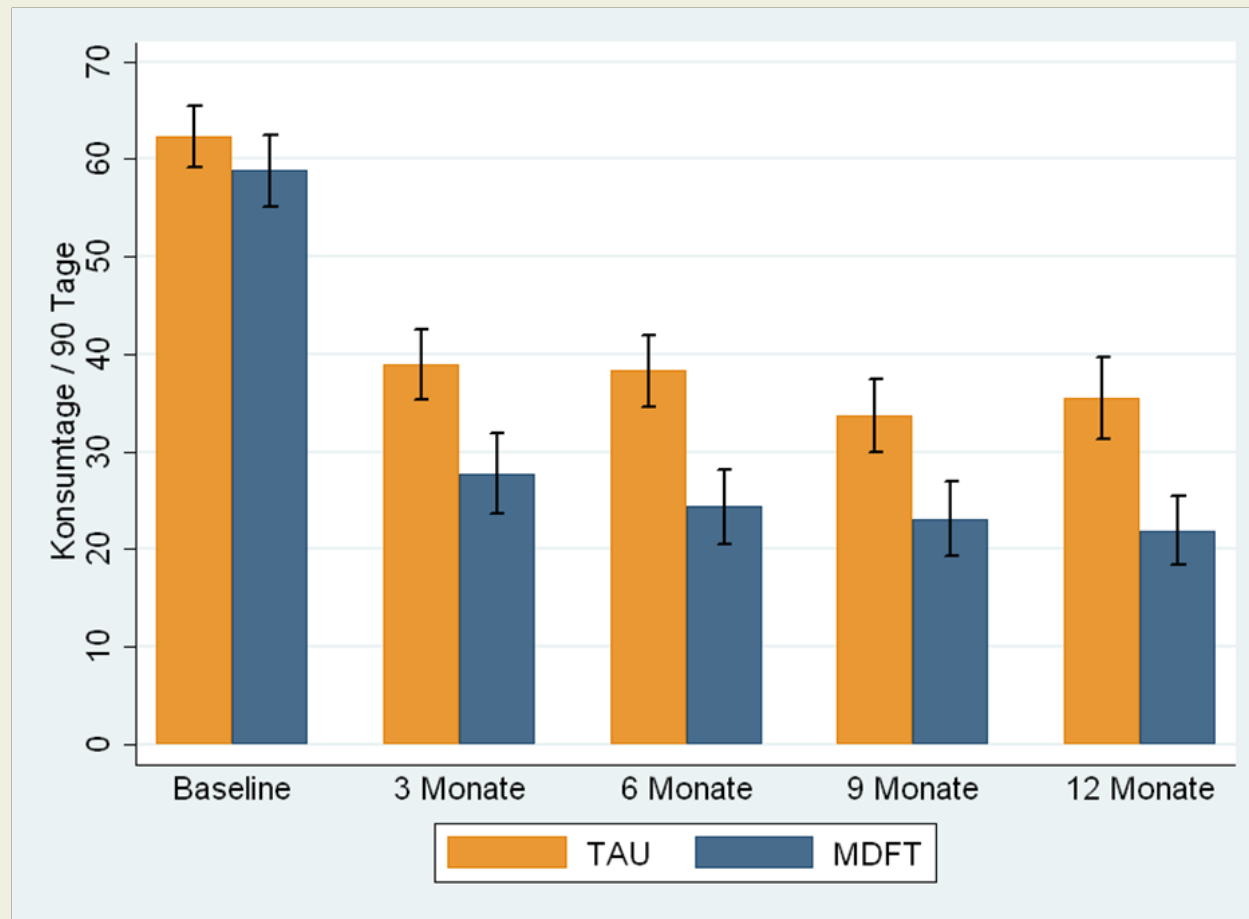
Problembelastung in der Familie

- 61,7% der Jugendlichen berichten von substanzbezogenen und/oder psychischen Problemen in der eigenen Familie



Ergebnisse

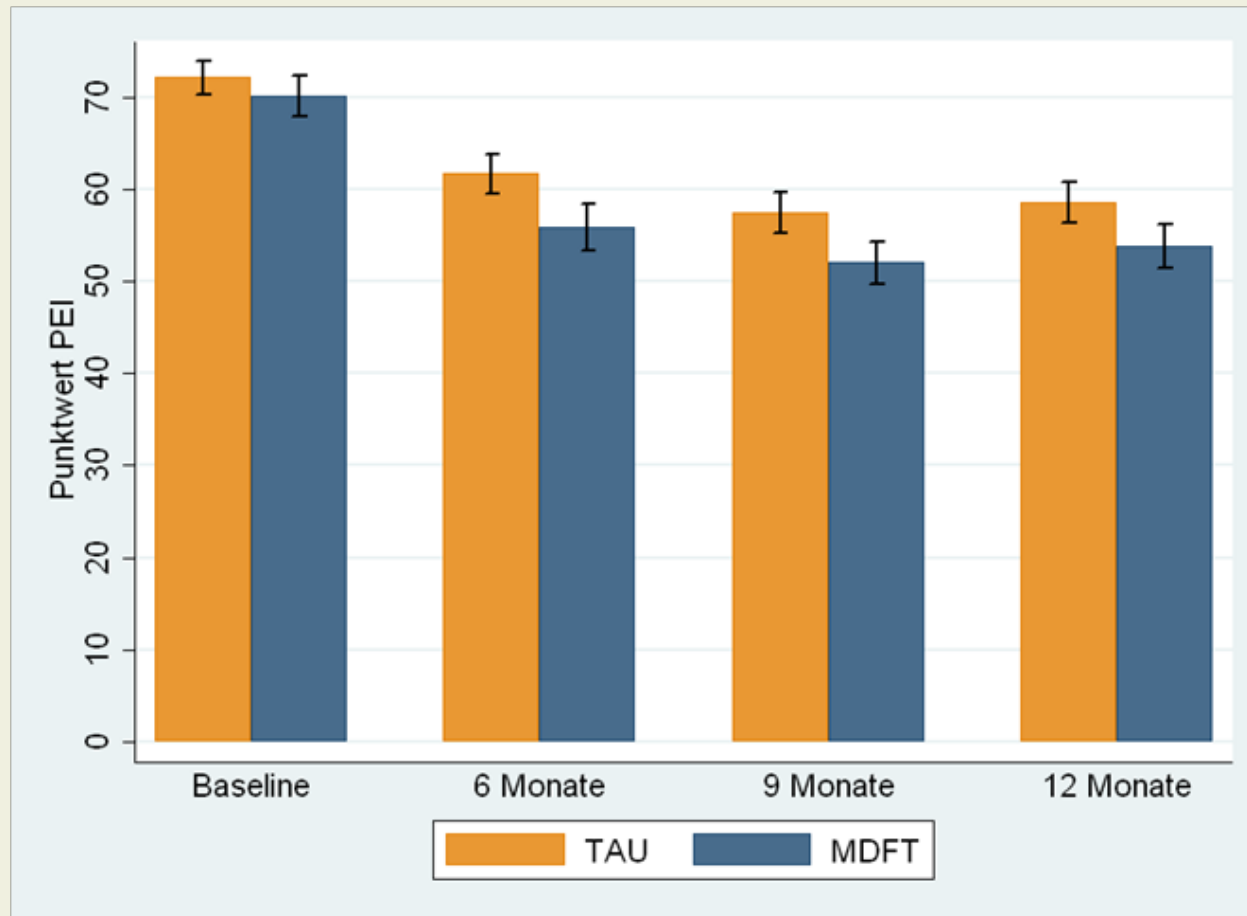
Veränderung der **Konsumfrequenz** von Cannabis (n=120)



$F(1, 117)=5,436; p=.011; d=0.31$

Ergebnisse

Problemassoziiertes Substanzkonsum* (n=119)

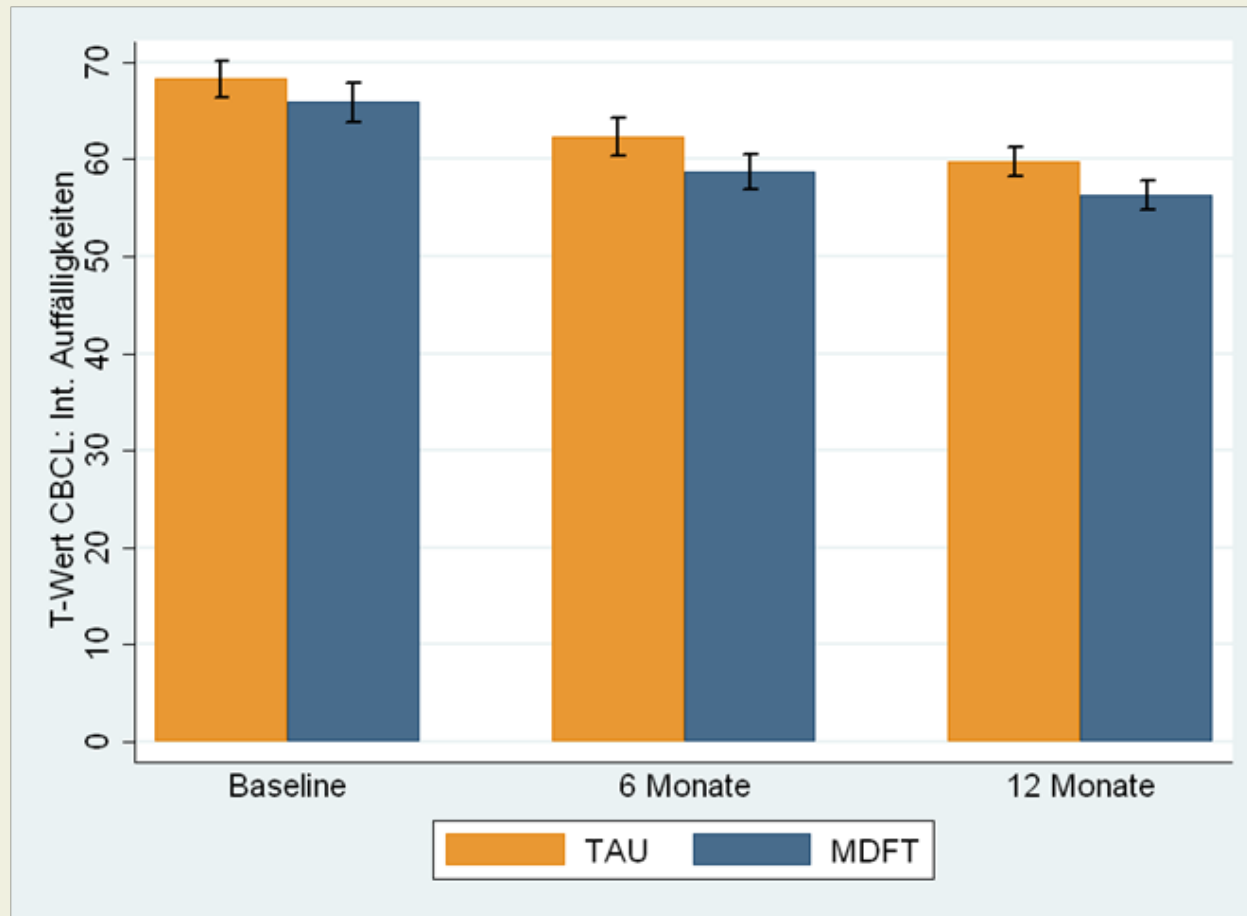


*erfasst mit *Personal Experience Inventory* (PEI; Winters & Henly, 1989)

$F(1, 116)=1,96; p=.082$

Ergebnisse

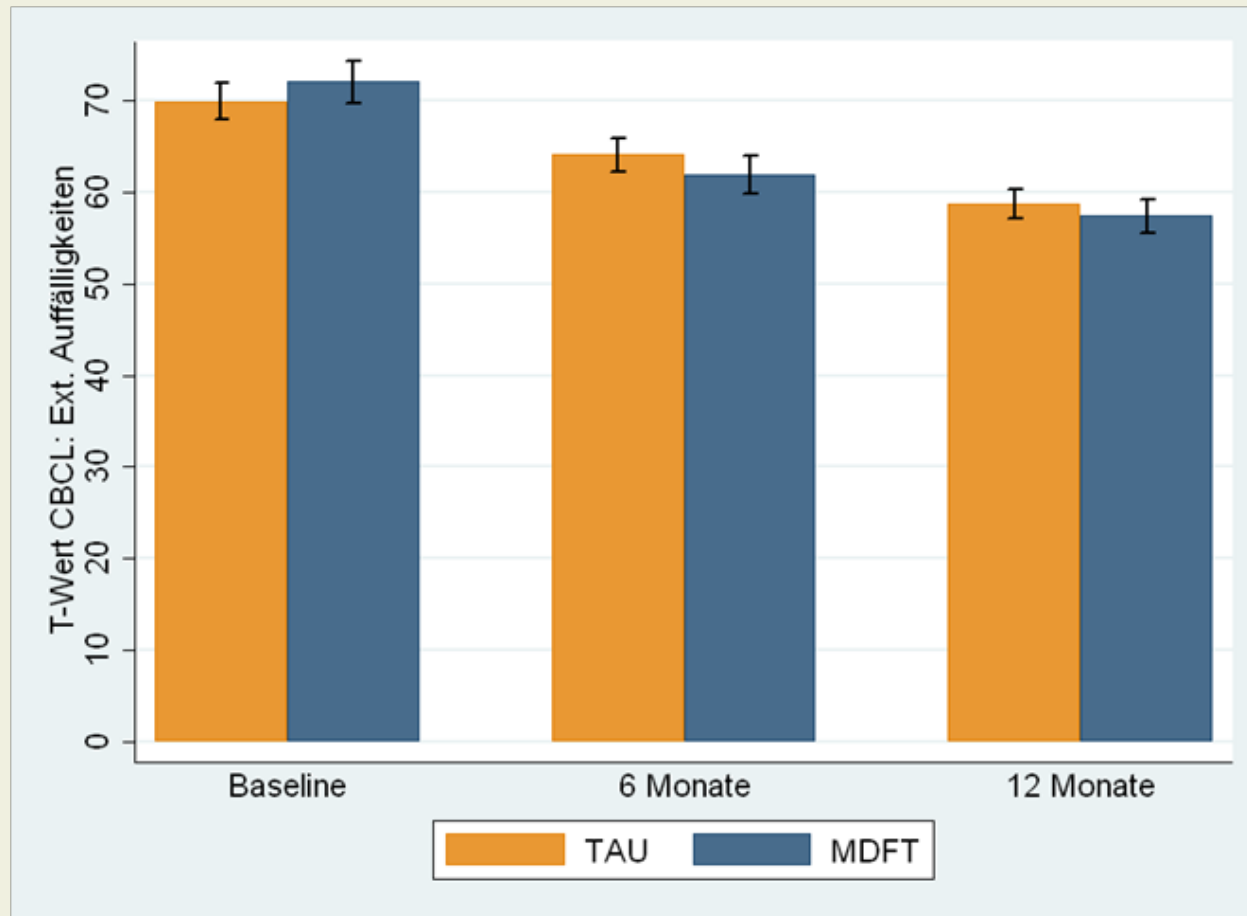
Internalisierende Auffälligkeiten* (n=119)



*erfasst mit *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983) $F(1, 116)=1,73$; $p=.096$

Ergebnisse

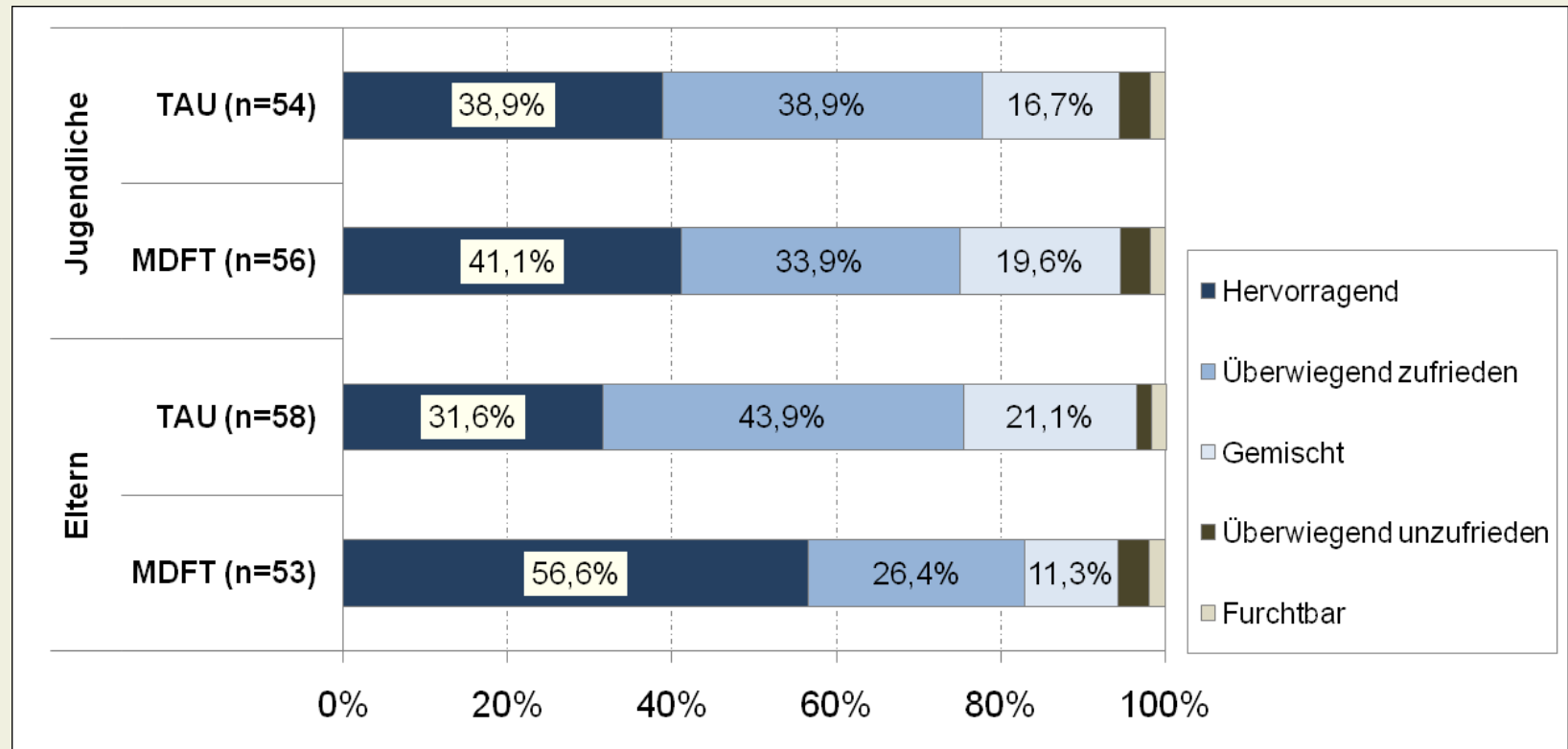
Externalisierende Auffälligkeiten* (n=120)



*erfasst mit *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983) $F(1, 117)=0,88; p=.175$

Ergebnisse

Gesamtzufriedenheit mit der Therapie



Jugendliche: OR=0,99; 95%-KI: 0,50-1,98; p=.985

Eltern: OR=0,41; 95%-KI: 0,20-0,85; p=.002

Ergebnisse

Haltequote / Art der Beendigung (n=120)

	Regulär abgeschlossen	Abbruch durch Therapeut/in	Abbruch durch Klient/in	Weiterverweis	Anderer Grund
TAU (n=58)	73,8%	6,6%	9,8%	8,2%	1,6%
MDFT (n=57)	88,1%	1,7%	5,1%	5,1%	0,0%

OR=2,87; 95%-KI: 1,09-7,55; p=.033

Zusammenfassung

Die Zielgruppe cannabisabhängiger Jugendlicher mit multiplen Problemen bzw. komorbiden Störungen konnte erreicht und in die klinische Studie einbezogen werden.

- Im Hinblick auf den Cannabiskonsum konnten beide Therapieverfahren eine signifikante Verbesserung erzielen.
- MDFT erzielt signifikant bessere Resultate in der Reduktion des Cannabiskonsums als JUP
- Psychische Auffälligkeiten wurden in beiden Treatments deutlich gesenkt. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen MDFT & der Einzeltherapie gefunden werden.
- Beide Verfahren stoßen auf große Akzeptanz. Die Erziehungsberechtigten bewerten MDFT deutlich besser als das Vergleichstreatment.

Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Peter Tossmann
tossmann@delphi-gesellschaft.de



**Multidimensionale Familientherapie (MDFT)
Therapie für Jugendliche, Eltern und das soziale Umfeld**

**Cannabis – Reloaded
Fachtagung des Therapieladen e.V.
Berlin, 25.6.2010**

Birgit Spohr & Jeanine Bobbink

Fallskizze Marcus

Ziele in der Fallkonzeption

aus Sicht der Klienten:

- **Marcus:** Deutliche Besserung der schlechten Stimmung, sonst Abstinenz nicht möglich
- **Eltern:** Abstinenz, Verbesserung seiner psychischen Verfassung

Fallskizze Marcus

Ziele in der Fallkonzeption

aus Sicht der Therapeutin

- **Jgdl.:** Linderung der Depression, Diagnostik (Schulprobleme), Entw. eigenständiger Abstinenzmotivation
- **Eltern:** mehr Elternfunktion, Sensibilisierung v.a. des Vaters für Bedürfnisse des 15 jähr. (Beaufsichtigung), Klärung alter Konflikte – Eltern als Team, stärkerer Einbezug der Mutter
- **Familie:** Intensivierung von Kontakt und Kommunikation zw. Marcus und beiden Eltern, Abbau des Loyalitätskonflikts von M.
- **Umfeld/Schule:** Verbesserung der Schulsituation, des Kontakts der Eltern zur Schule

Fallskizze Marcus: Ergebnisse

- **Jgdl.:** clean mit eigener Abstinenzmotivation, auch durch ADHS-Medikation, Aushalten von Stimmungsschwankungen etc. Erlebt Schulbesuch positiver, hat kleine Erfolge
- **Eltern:** Eltern wachsamer und sensibler für Risiken. Mutter gibt Aufsicht mehr an Vater ab, der mehr Elternfunktion übernimmt. Eltern kooperieren, keine Entwertungen mehr
- **Familie:** Klima und Beziehung zw. Marcus und Mutter deutlich besser, mehr Kommunikation zw. M. und beiden Eltern
- **Umfeld/Schule:** Verbesserung der Schulsituation: Marcus unauffälliger und aktiver im Unterricht (Versetzung/Zeugnis!) Vater verliert Angst vor Kontakt mit Schule

Fallskizze Marcus: Übersicht Interventionen

- **Familie:** Marcus, Mutter, Vater, Stiefmutter
- **außerfamiliär:** Marcus' Freundin, Stationsärztin Klinik, Klassenlehrerin

Setting	Familie	Eltern	Jugendlicher	Außerfamiliär	Gesamt
Sitzungen in Einrichtung	10	10	4	-	24
Kontakte aufsuchend	2	2	1	3	8
Kontakte telefonisch	-	14	3	9	26
Kontakte Gesamt	12	26	8	12	58
Therapiedauer	4,5 Monate				



Fallskizze Johann

Ziele in der Fallkonzeption

aus Sicht der Klienten:

- **Johann:** Reduzierung Drogenkonsum, mehr Kontakt zu Vater und Mutter, Zukunftsperspektive, bessere psychische Verfassung
- **Eltern:** Reduzierung Drogenkonsum, Selbständigkeit u. berufliche Perspektive, Mutter: Verbesserung der Beziehung zum Sohn
- **Betreuer:** Reduzierung des Konsums, Verselbständigung, Einhaltung von Absprachen und Terminen durch J.

Fallskizze Johann

Ziele in der Fallkonzeption

aus Sicht der Therapeutin:

- **Jgdl.:** Abstinenz, Diagnostik und Behandlung der psych. Symptomatik, Selbständigkeit und berufliche Perspektive, Selbstwertstärkung, Tagesstruktur
- **Eltern:** mehr Kontakt und Einbindung in Alltag, Wahrnehmung der Probleme von Johann, v.a. Reaktivierung des Vaters, Eltern als Team
- **Familie:** mehr Verbindlichkeit und Stärkung der Bindung J. und Eltern
- **Umfeld/BEW:** klare Haltung zum Konsum, Zusammenarbeit mit Eltern, Sensibilisierung f. psychiatrische Symptomatik

Fallskizze Johann: Ergebnisse

- **Jgdl.:** Abstinenz, psychisch stabiler u.a. durch Selbstwertstärkung und Medikation, Tagesstruktur erreicht, berufl. Perspektive (FSJ)
- **Eltern:** Eltern als Team entspannt und als Eltern engagiert im Kontakt mit Sohn
- **Familie:** J. wieder mehr integriert und zugehörig, Kommunikation besser
- **Umfeld/BEW:** fordern Abstinenz und aktive Mitwirkung von J., bieten mehr Unterstützung

Fallskizze Johann: Übersicht Interventionen

- **Familie:** Johann, Mutter, Vater, Stiefvater
- **außerfamiliär:** 2 Betreuer des BEW, Psychiater FEZ, Tagesklinik

Setting	Familie	Eltern	Jugendlicher	Außerfamiliär	Gesamt
Sitzungen in Einrichtung	14	10	23	7	54
Kontakte aufsuchend	-	-	-	-	-
Kontakte telefonisch	2	12	15	12	41
Kontakte Gesamt	16	22	38	19	95
Therapiedauer	5 Monate				

Zusammenfassung

- **Motivation** der Klienten wird nicht vorausgesetzt, sondern Motivierung ist Bestandteil der Therapie
- Therapeuten arbeiten auch **aufsuchend** und **beziehen alle ein**, die im Sinne von Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung des Jgdl. wichtig sind
- zentral ist **Stärkung der Eltern** in ihrer Erziehungsfunktion
- Therapie ist **kurz und intensiv**, das Vorgehen ist **pragmatisch** und verbindet Psychotherapie mit Case-Management
- Therapeuten arbeiten **zielorientiert und direktiv** (Planung jeder einzelnen Sitzung, Balance zwischen Struktur und Flexibilität)
- **Kombination** von Einzel- mit Familiensitzungen fördert therapeutische Allianzbildung mit jedem Familienmitglied und beschleunigt Veränderungsprozesse
- Ein Therapeut pro Familie, dicht begleitet vom **MDFT-Supervisor** im Team



Schlussfolgerungen

- **JUP** ist sehr gut, aber **MDFT** ist besser
- erreicht Familien aus bildungsarmen und sozial schwachen Milieus, hohe **Haltequote**
- erreicht auch völlig **unmotivierte Jugendliche**, indem Eltern gestärkt und gecoacht werden
- Nutzt **Einfluss der Eltern** auch, wenn bereits Jugendhilfemaßnahmen laufen
- **Integration** in und Nutzung von bereits laufenden Hilfen
- auch als **Frühintervention** bei auffälligen Jugendlichen mit positiven Effekten auf die ganze Familie



Multidimensionale Familientherapie (MDFT)
Therapie für Jugendliche, Eltern und das soziale Umfeld

Vielen Dank!