

Störung des Sozialverhaltens bei Jugendlichen

Rudolf Eigenheer
Bruno Rhiner
Marc Schmid
Edith Schramm

Die Multisystemische Therapie
in der Praxis

Störung des Sozialverhaltens bei Jugendlichen

Praxis der Paar- und Familientherapie
Band 10

Störung des Sozialverhaltens bei Jugendlichen

Rudolf Eigenheer, Dr. Bruno Rhiner, Dr. Marc Schmid, Edith Schramm

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Cierpka, Prof. Dr. Astrid Riehl-Emde,
Dr. Martin Schmidt, Prof. Dr. Sabine Walper

Begründer der Reihe:

Manfred Cierpka, Astrid Riehl-Emde, Martin Schmidt,
Klaus Schneewind

**Rudolf Eigenheer
Bruno Rhiner
Marc Schmid
Edith Schramm**

Störung des Sozialverhaltens bei Jugendlichen

Die Multisystemische Therapie in der Praxis



Rudolf Eigenheer, geb. 1978. Masterstudium mit Schwerpunkt systemische Paar- und Familientherapie in Toronto, Kanada. 2000–2008 Mitarbeiter in der Stiftung „Christian Horizons“ für Menschen mit Behinderungen in Kitchener, Kanada. 2008–2011 Klinischer Psychologe im MST-Team, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste Thurgau. Seit 2012 therapeutischer Leiter des MST-Teams im Aargau.

Dr. Bruno Rhiner, geb. 1963. Medizinstudium an der Universität Zürich. 1997 Dissertation und Facharzt Diplom für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 1993–1998 Psychoanalytische Ausbildung, 1999–2001 Ausbildung zum systemischen Supervisor. Seit 2008 Chefarzt des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Thurgau.

Dr. biol. hum. Dipl.-Psych. Marc Schmid, geb. 1971. Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Systemischer Familientherapeut, Supervisor. Leitender Psychologe an der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel. Leiter des Zentrums Liaison und aufsuchende Hilfen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der UPK Basel.

Edith Schramm, geb. 1965. Ausbildung zur Sozialpädagogin an der Höheren Fachschule für Soziale Arbeit in Brugg. Weiterbildungen u.a. zur EBA-Trainerin (Ehebereitschaftsanalyse für Paare), PEP4Teens-Trainerin und in systemischer Sozialpädagogik. 2001–2007 Coaching von Pflegefamilien und Pflegekindern. 2007–2011 Sozialpädagogin im MST-Team, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste Thurgau. Seit 2011 therapeutische Leiterin des MST-Teams im Thurgau.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Tel.: +49 551 99950 0
Fax: +49 551 99950 111
E-Mail: verlag@hogrefe.de
Internet: www.hogrefe.de

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

1. Auflage 2016
© 2016 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2528-3; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2528-4)
ISBN 978-3-8017-2528-0
<http://doi.org/10.1026/02528-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
----------------------	---

Teil I: Theoretischer Hintergrund

1	Beschreibung des Störungsbildes	9
1.1	Eingliederung des Störungsbildes	9
1.1.1	Auswirkungen auf die Betroffenen	10
1.1.2	Auswirkungen auf die Gesellschaft	11
1.2	Symptomatik	12
1.3	Diagnostische Subtypen	15
1.3.1	Differenzierung nach Störungsbeginn	15
1.3.2	Differenzierung nach Einschränkung der prosozialen Emotionalität	16
1.3.3	Dimensionale Diagnostik und Beurteilung des Schwere- grades der Störung	18
1.3.4	Geschlechtsspezifische Diagnostik	18
1.3.5	Soziale Einbindung	19
1.4	Prävalenz	19
1.5	Komorbidität	21
1.5.1	Störung des Sozialverhaltens und Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung	22
1.5.2	Störung des Sozialverhaltens und internalisierende Störungen	24
1.5.3	Störung des Sozialverhaltens und Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	25
1.5.4	Störung des Sozialverhaltens und Persönlichkeitsstörungen ...	26
1.6	Langfristiger Verlauf	26
2	Ätiologie	29
2.1	Genetische und biologische Faktoren	29
2.1.1	Neuroanatomische Befunde	31
2.1.2	Untersuchungen zur physiologischen Reaktivität	31
2.1.3	Einfluss von Hormonen und Neurotransmittern	32
2.1.4	Prä- und perinatale Faktoren	33
2.1.5	Neuropsychologische Auffälligkeiten	33
2.2	Umweltfaktoren	34
2.2.1	Gesellschaftliche, familiäre und psychosoziale Risikofaktoren	34
2.2.2	Soziologische Einflüsse	37

3	Behandlungsstrategien bei der Störung des Sozialverhaltens	41
3.1	Stationäre und teilstationäre Jugendhilfemaßnahmen und Jugendstrafvollzug	42
3.2	Medikamentöse Behandlung	44
3.3	Psychotherapeutische Interventionen	45
3.3.1	Elterntrainings	45
3.3.2	Antiaggressionstrainings (AAT)	49
3.3.3	Verhaltenstherapeutische Intensivprogramme zur Reduktion von Aggression – Summercamps	50
3.3.4	Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppentherapie	51
3.3.5	Dialektisch-behaviorale Therapieansätze	52
3.3.6	Deliktorientierte Therapie	52
3.3.7	Traumatherapeutische Verfahren	52
3.3.8	Familientherapeutische Therapieverfahren	53
3.4	Warum ein multisystemisches Behandlungskonzept?	57
3.4.1	Aus dem Teufelskreis von Bindung und Ausstoßung ausbrechen	57
3.4.2	Die Lücke in der kinder- und jugendpsychiatrischen/ -psychotherapeutischen Versorgungskette schließen	60

Teil II: Das MST-Behandlungskonzept

4	Was ist die Multisystemische Therapie?	65
4.1	Kernelemente des MST-Ansatzes	66
4.2	Bedeutung der Manualtreue	69
4.3	Wirksamkeitsnachweise	71
4.4	Kosteneffektivität	76
5	Theoretische Grundlagen der Multisystemischen Therapie	78
5.1	Lerntheoretische Modelle	78
5.1.1	Jedes Verhalten ist erlernt	80
5.1.2	Jedes Verhalten hat eine Funktion	81
5.2.3	Jedes Verhalten kann umgelernt werden	82
5.2	Kognitive Verhaltenstherapie	84
5.3	Systemische und familientherapeutische Modelle	86
5.4	Sozioökologische Theorie	88
5.5	MST-Konzeptualisierung der SSV	89

VI

6	Behandlungskonzept der Multisystemischen Therapie	93
6.1	Behandlungsziele (Der Kompass)	93
6.1.1	Kernziele	93
6.1.2	Prozessziele	94
6.1.3	Fallspezifische Ziele	95
6.2	Der analytische Prozess (Die Landkarte)	96
6.2.1	Die Abklärungsphase (Schritte 1 bis 3)	97
6.2.2	Die Fit-Analyse (Schritt 4, Die Lupe)	99
6.2.3	Die Behandlungsphase (Schritte 5 bis 8)	103
6.2.4	Abschlussphase (Schritt 9)	106
6.3	Die Grundprinzipien (Die Wegweiser)	107
6.4	MST-Qualitätskontrolle (Das Navigationsgerät)	109
6.4.1	Überprüfung und Förderung der Personen auf der nachgeordneten Ebene	110
6.4.2	Rückmeldungsprozesse an Personen auf den „übergeordneten“ Ebenen	114
6.4.3	Unsere Erfahrungen mit der MST-Qualitätssicherung	116
6.5	Interventionen (Die Werkzeugkiste)	116

Teil III: MST in der Praxis

7	Indikationsstellung und Therapievorbereitung	121
7.1	Anmeldung und Einladung zum Vorgespräch	122
7.2	Ablauf und Struktur des Vorgesprächs	122
7.2.1	Vorstellung der Anwesenden und Erfassung des Familiensystems	123
7.2.2	Erfassung des Problemverhaltens	124
7.2.3	Informationen über Behandlungsweise und Bedingungen	125
7.3	Diagnostische Abklärung	126
7.4	Nachbesprechung des Indikationsgesprächs	128
7.5	Behandlungsplanung	129
7.6	Die Rolle der Therapiebereitschaft	129
8	Durchführung der Multisystemischen Therapie: Darstellung anhand von Fallbeispielen	132
8.1	Yves, 16;6, Störung des Sozialverhaltens mit ausgeprägtem Substanzmissbrauch	132
8.1.1	Zuweisung und Indikationsgespräch	132
8.1.2	Diagnose und Beurteilungen	134

8.1.3	Weiteres Vorgehen	134
8.1.4	Behandlungsverlauf	135
8.1.5	Abschließende Beurteilung und Bemerkungen zum Therapieverlauf	148
8.2	Lilly, 15;9, kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	149
8.2.1	Zuweisung und Indikationsgespräch	149
8.2.2	Diagnose und Beurteilungen	151
8.2.3	Weiteres Vorgehen	151
8.2.4	Behandlungsverlauf	152
8.2.5	Abschließende Beurteilung und Bemerkungen zum Therapieverlauf	161
8.3	Kevin, 13;9, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens ...	163
8.3.1	Zuweisung und Indikationsgespräch	163
8.3.2	Diagnose und Beurteilungen	165
8.3.3	Weiteres Vorgehen	166
8.3.4	Behandlungsverlauf	166
8.3.5	Abschließende Beurteilung und Bemerkungen zum Therapieverlauf	176
8.4	Blick auf die Fallverläufe anhand der MST-Grundprinzipien ..	177

Teil IV: Resultate und Rückmeldungen

9	Eigene Ergebnisse	183
9.1	Behandlungsdauer und -abschlüsse	183
9.2	Zielerreichung bei Behandlungsende	185
9.3	Zielerreichung in den Nachbefragungen	185
9.4	Zahlen zur Manualtreue	190
9.5	Gesundheitsökonomische Auswertungen	191
10	Erfahrungen und Rückmeldungen	194
10.1	System „Jugendlicher“	194
10.1.1	Eigene Erfahrungen	194
10.1.2	Rückmeldungen von Jugendlichen	195
10.2	System „Familie“	197
10.2.1	Eigene Erfahrungen	197
10.2.2	Rückmeldungen von Familien	200
10.3	System „Schule“	201
10.3.1	Eigene Erfahrungen	201
10.3.2	Rückmeldungen von Schulen	204
10.4	System „Therapeuten“	204
10.4.1	Eigene Erfahrungen	204
10.4.2	Rückmeldungen von Therapeuten	205

VIII

Teil V: Implementierung von MST

11	Implementierung eines MST-Teams	211
11.1	Institutionelle Rahmenbedingungen der Anbieterorganisation	212
11.2	Personal und Teamaufbau	214
12	Vorbereitungs- und Umsetzungsprozess auf der politischen Ebene	218
12.1	Planungsphase: Die Frage der Finanzierung	218
12.2	Implementierung: Die Rolle des Pilotprojekts und des Beirats	220
12.3	Rückmeldungen aus der Politik	221
12.3.1	Department für Gesundheit und Soziales	221
12.3.2	Justizdepartment	226
12.3.3	Bildungsdepartement	229
13	MST-Adaptionen	235
13.1	MST Child Abuse and Neglect (MST-CAN)	238
13.2	MST Substance Abuse (MST-SA)	240
14	Fazit und Ausblick	242
	Weiterführende Informationen	246
	Literatur	247
	Anhang	275
	Vorlage für die Fit-Analyse	277
	Checkliste: Problemverhalten zu Hause	278
	Checkliste: Problemverhalten in der Schule bzw. im Rahmen der Berufsausbildung	279
	Checkliste: Problemverhalten in der Freizeit	280
	Arbeitsblatt Die vier A's	281
	Drogenplan	282
	Knopfdrück- und Deeskalationsstrategien (nach Sells, 2001)	283
	Vorlage für das Erstellen von Regeln, Belohnungen und Konsequenzen	285
	Gedankenprotokoll	286
	Stichwortverzeichnis	287

Vorwort

Die *Störung des Sozialverhaltens* (im Folgenden SSV genannt) bei Kindern und Jugendlichen ist als Thema im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern in der therapeutischen medizinischen Fachliteratur schwach vertreten. Jugendliche mit einer SSV sind keine Patienten, die freiwillig und hochmotiviert in die Therapie kommen. Vielmehr werden Jugendliche mit SSV wie „heiße Kartoffeln“ im Versorgungssystem weitergereicht. Auch wir (im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Thurgau) fühlten uns lange Zeit unwohl und selbstunwirksam mit diesen Patienten. Daher nahmen wir unsere jugendpsychiatrische Verantwortung nur zögernd an, weil wir bemerkten, dass wir diesen Jugendlichen weder mit unseren ambulanten noch mit stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten wirklich gerecht wurden und oft scheiterten. Häufig hatten wir das schale Gefühl, den Familien nicht das anbieten zu können, was sie brauchen, oder den Eindruck, mit nicht ausreichend intensiven Behandlungen einige Wochen oder Monate an der Oberfläche des Problems zu kratzen. Oft wurden die Therapien rasch wieder abgebrochen und selbst wenn es gelang, eine tragende Beziehung zum Jugendlichen aufzubauen, war der Erfolg nicht garantiert. Nicht selten wurden Jugendliche ohne eindeutige Indikation letztlich fremdplatziert, weil sie die Ressourcen für die Zusammenarbeit des ambulanten Helfersystems überforderten.

Dabei ist schon lange bekannt, dass die kurz- und langfristige Prognose einer SSV so düster ist wie bei kaum einer anderen psychischen Erkrankung. Nicht selten chronifiziert das dissoziale Verhalten und es droht eine kriminelle Karriere mit Gefängnisaufenthalten oder die Betroffenen verpassen nach abgebrochenen Schulausbildungen den Einstieg ins Berufsleben und werden dadurch häufiger von Sozialleistungen abhängig. Außerdem haben die von einer SSV betroffenen Jugendlichen als Erwachsene ein erhöhtes Risiko für verschiedenste psychiatrische, aber auch somatische Erkrankungen. Der Gesellschaft entstehen dadurch hohe langfristige Kosten von notwendigen medizinischen Leistungen über soziale Unterstützungsleistungen bis hin zu Gefängniskosten, Steuerausfällen und Opferkosten. Die Betroffenen und ihre Familien bedürfen daher dringend rechtzeitig einer multidisziplinären Hilfe, bei der auch die kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Profession ihrer Verantwortung für die Krankenbehandlung nachkommt. Seit der Einführung der *Multisystemischen Therapie* (im Folgenden *MST* genannt) haben wir erstmals das Gefühl, den Familien effektiv helfen zu können und ihren sowie den Bedürfnissen des ganzen Helfersystems, gerecht werden zu können.

Die MST ist ein hochstrukturiertes, aufsuchendes Therapieverfahren, welches mit hochfrequenter Behandlung und einer zeitlichen Beschränkung eine sehr hohe therapeutische Intensität realisieren kann. Sie integriert kognitiv-verhaltenstherapeutische und systemisch-familientherapeutische Grund-

Kurz- und langfristige Prognose einer Störung des Sozialverhaltens ist düster

prinzipien in einem sorgfältig erstellten Behandlungsmodell. Das Verfahren wurde in den USA von Scott Henggeler und Kollegen entwickelt (Henggeler et al., 1998; Henggeler et al., 2009). MST verfügt über eine beeindruckend hohe Zahl an wissenschaftlichen Studien. Kaum ein anderes Therapieverfahren kann in randomisiert-kontrollierten Studien auch nach 25 Jahren noch so deutliche Behandlungseffekte und damit Nachhaltigkeit nachweisen. „MST ist derzeit der empirisch am häufigsten evaluierte systemische Therapieansatz bei psychiatrischen/suizidalen Krisen, dissozialen Störungen und Substanzstörungen im Jugendalter“ (Sydow et al., 2007). Darüber hinaus weisen gesundheitsökonomische Studien auch die Kostenwirksamkeit und nachhaltige Spareffekte überzeugend nach. MST ist international weit verbreitet und wird weltweit in über 500 Teams mit 23.000 Jugendlichen jährlich durchgeführt.

Wir möchten an dieser Stelle dem innovativen Kopf hinter dem ganzen Therapiekonzept, Scott Henggeler, das Wort erteilen, wie er über die Entstehung von MST berichtet:

Meine erste Arbeitsstelle war an der Memphis State Universität. Wir hatten eine Forschungsstudie vorbereitet mit hochmoderner Einrichtung. Wir hatten Einwegspiegel und Videoaufnahmegeräte, wie das damals in der Ausbildung von Familientherapeuten üblich war. Wir waren bestens vorbereitet und freuten uns, loszulegen. Als wir dann den delinquenten Jugendlichen, die wir für die Studie rekrutiert hatten, unsere Türen öffneten, siehe da: Es kam niemand ...

Wir lernten eine wichtige Lektion: Bei dieser Population müssen wir mit extrem hohen „No-Show“-Raten rechnen. Die delinquenten Jugendlichen kommen nicht zu uns und lassen sich auf Video aufnehmen, damit wir Master-Studenten beibringen können, wie Familientherapie funktioniert. So entschieden wir uns, zu ihnen zu gehen.

Ich besuchte alle diejenigen Familien, in denen ich die geringsten Behandlungserfolge hatte und in jedem Fall hatte ich das gleiche Erlebnis. Ich kam bei der Familie an, klopfte an die Tür, wurde hereingelassen und als ich dann in der Stube saß, realisierte ich binnen 15 bis 20 Sekunden, wie unglaublich blödsinnig meine genialen Behandlungspläne waren. Und sie waren wirklich unglaublich blödsinnig! Sie waren vielleicht sinnvoll, als ich weit weg in meinem Büro über das Problem nachdachte, aber sie ergaben keinen Sinn im Kontext des Lebens und der Umwelt, in der die Familien tatsächlich lebten. Das war eine komplett andere Situation. Es war ein Augenöffner für uns!

So begannen wir, in den Familien zu arbeiten, erstellten Ton- und Videoaufnahmen und begannen, diese zu analysieren. Wir sammelten Informationen aus dem realen Lebensumfeld, aus dem Zuhause und der Nachbarschaft – wir besuchten die Lehrer und die Schulen – und fanden so die Information, die wir brauchten, um zu verstehen, was die Probleme verursachte, in welchem Zusammenhang die Problemen standen, die die Jugendlichen zeigten. Als wir das verstehen konnten, als wir die Einflussfaktoren, die zu den Problemen der Jugendlichen beitrugen, im echten Leben erkennen konnten, kamen wir einen bedeutenden Schritt vorwärts, der uns erlaubte, wirksame Interventionen zu entwickeln. (übersetzt nach https://www.youtube.com/watch?v=kCxtq_vpkD8; Abdruck mit freundlicher Genehmigung von S. Henggeler)

Henggeler schrieb uns in einem freundlichen Begleitbrief zum Buch, dass es ihm eine ganz besondere Freude sei, dass sich MST nun auch im deutschsprachigen Europa verbreitet. Drei seiner Großeltern würden aus Deutschland stammen und der Großvater väterlicherseits stamme aus der Inner-schweiz, wie sich dies auch aus seinem Name erahnen lässt. Henggeler vermutet den Einfluss seiner deutschen und schweizerischen Ahnen im hochstrukturierten und zielorientierten Ansatz von MST sowie in der Bedeutung, die Eltern bei der Lösung der Probleme der Jugendlichen gegeben wird.

MST wird am wirkungsvollsten als „Gesamtpaket“ über eine Institution (z. B. eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik) angeboten. Um die manualtreue und wirksame Umsetzung dieses Behandlungsangebotes zu gewährleisten, verpflichteten sich die einzelnen lokalen Anbieterinstitutionen in einem Lizenzvertrag mit MST Services (Mount Pleasant, South Carolina, USA). Die Rolle von MST Services umfasst die aktive Unterstützung der lokalen Teams und leistet durch eine kontinuierliche Datenerhebung (aktive Überprüfung der Manualtreue und der Behandlungsergebnisse der einzelnen Teams) einen einzigartigen Beitrag zur Qualitätssicherung und ermöglicht damit eine langfristig hohe Behandlungsqualität, die wiederum erheblich zu den Behandlungsergebnissen beiträgt. Auf diese Strukturen und Abläufe wird detaillierter in Kapitel 6 dieses Buches eingegangen.

Der multisystemische Ansatz im Verstehen und Behandeln ist jedoch für alle Therapeuten hilfreich, denn das Buch wurde von Klinikern aus der Perspektive der Praxis geschrieben. Wir arbeiten seit über sieben Jahren mit gleichbleibender Begeisterung nach diesem Konzept und sind von MST überzeugt. Vor Ihnen liegt kein hochtheoretisches Fachbuch, sondern ein reichhaltiger, mit praktischen Beispielen illustrierter Werkstattbericht. Er wurde für Sie als praktisch Tätige im familientherapeutischen Alltag geschrieben und bietet gerade auch für den Therapeuten in der Familien- und Jugendhilfe, für den Sozialarbeiter in der Schule oder für die interessierte Lehrperson eine Fundgrube an hilfreichen Werkzeugen und Techniken. Dieses Buch wurde auch für Entscheidungsträger in den Bereichen Medizin, Justiz, Schule und für Politiker geschrieben, die sich mit Versorgungsfragen beschäftigen und über beschränkte finanzielle Mittel verfügen, die sie möglichst effektiv und kosteneffizient einsetzen müssen.

Damit Sie sich schneller orientieren und die Bereiche und Themen, die Sie speziell interessieren, auf Anhieb finden können, bietet folgende Zusammenfassung der Inhalte einen Überblick.

Im *ersten Teil* beleuchten wir den empirischen und theoretischen Hintergrund bezüglich der SSV. In Kapitel 1 erfahren Sie alles über die Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“, deren Symptome, Subtypen und komorbide Erkrankungen sowie Ursachen und Folgen. Kapitel 2 beleuchtet die

Ätiologie dieser Störung: von genetisch-biologischen, prä- und perinatalen über neuropsychologische und entwicklungsrelevante bis hin zu gesellschaftlichen, familiären und psychosozialen Faktoren. In Kapitel 3 werden die gängigen evidenzbasierten Behandlungsstrategien für die SSV aufgeführt und deren Wirksamkeit diskutiert.

Im *zweiten Teil* des Buches befassen wir uns ausführlich mit dem multisystemischen Ansatz zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens. Kapitel 4 zeigt auf, worin sich MST von klassischen Therapieverfahren unterscheidet und weshalb die MST als eine der effektivsten Therapieverfahren für Jugendliche, die unter einer SSV leiden, gilt. In Kapitel 5 beleuchten wir die theoretischen Grundlagen, auf denen das MST-Konzept basiert. Kapitel 6: Von einem multifaktoriellen Modell der Entstehung von SSV aufbauend führen wir das MST-Behandlungskonzept und Kernelemente der MST-Behandlung ein.

Im *dritten Teil* des Buches zeigen wir auf, wie die theoretischen Bausteine des Behandlungskonzepts im therapeutischen Alltag ihren Einzug finden. In Kapitel 7 beschreiben wir die Vorabklärungen und sorgfältige Indikationsstellung sowie sämtliche notwendigen Abläufe vor dem eigentlichen Start der Behandlung. Kapitel 8 illustriert die praktische Umsetzung anhand von drei Fallbeispielen.

Im *vierten Teil* des Buches werten wir aus und blicken zurück. Wir lassen die verschiedenen Systeme zu Wort kommen: Während Kapitel 9 für den wissenschaftlich Interessierten die Ergebnisse unserer Arbeit in Form von Zahlen darstellt, finden Sie in Kapitel 10 Rückmeldungen aus den verschiedenen involvierten Systemen. Zu Wort kommen betroffene Jugendliche, die Eltern, Schulen und die Behandlungsteams.

Im *fünften Teil* wagen wir einen Blick hinter die Kulissen und berichten über wichtige Aufgaben in der sachgerechten Implementierung eines MST-Teams. So berichten wir in Kapitel 11 von hilfreichen Erfahrungen, die wir im Vorbereitungsprozess und bei der Implementierung von MST in eine Versorgungslandschaft gemacht haben. In Kapitel 12 zeigen wir auf, was uns geholfen hat, den politischen Boden und die Grundlage für eine solide Finanzierung vorzubereiten. Dabei kommen die Entscheidungsträger aus den Bereichen Gesundheit, Schule und Justiz zu Wort. Das kurze Kapitel 13 beschreibt die Adaptionen der MST auf andere Krankheitsbilder und Problemfelder wie z. B. Abhängigkeitserkrankungen und Kinderschutz.

Wir hoffen, Ihnen nicht nur einen Einblick in die Theorie und Prozesse hinter den Kulissen zu gewähren, sondern auch Ihre praktische Arbeit mit neuen Impulsen, Ideen und Werkzeugen zu bereichern.

Danksagung

Allen voran möchten wir hier Ute Fürstenau danken. Sie hat als Kinder- und Jugendpsychiaterin mit ihrem herzhaften Engagement die vielen MST-Teams aufgebaut, angeleitet und sich mit kulturellen Hürden internationaler und regionaler Natur auseinandergesetzt. Ute Fürstenau ist hauptverantwortlich, dass MST sich bei uns so hervorragend entwickeln konnte.

An dieser Stelle danken wir auch unseren Entscheidungsträgern im *Kanton Thurgau* für ihren Mut und ihre fachpolitische Weitsicht. Insbesondere dem CEO der Spital Thurgau AG, Marc Kohler, für seine Begeisterung und den Mut, in unternehmerisches Neuland einzusteigen und Peter Riediker für seine hartnäckige Geduld in den zähen Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen sowie der Spitaldirektion der Psychiatrischen Dienste, im Speziellen Gerhard Dammann, für die stabile Rückendeckung.

Spezieller Dank gebührt den Regierungsräten Bernhard Koch, Claudius Graf-Schelling, Jakob Stark und Monika Knill sowie dem Kantonsarzt Matthias Wenger für die pionierhafte und weitsichtige Bereitschaft, über Departementsgrenzen und kurzfristige Zeiträume hinweg zusammenzuarbeiten. Sie alle haben sich als erste im deutschsprachigen Raum, trotz Sprachbarriere und neuen Finanzierungswegen, auf die MST eingelassen und sie haben sich von unserer Begeisterung für diese Interventionsform anstecken lassen. Es hat sich gelohnt.

Es freut uns insbesondere, dass sich auch andere Kantone und Entscheidungsträger von unserem Pioniergeist haben anstecken lassen. Im *Kanton Aargau* wurde in enger Zusammenarbeit zwischen den Departementen Bildung, Kultur und Sport, Gesundheit und Soziales sowie dem Departement Volkswirtschaft und Inneres (Jugendanwaltschaft) im März 2012 ein MST-Team als Pilotprojekt gestartet. Auch dieses Team konnte sich schnell in die kantonalen Strukturen integrieren und mit seinen Behandlungsergebnissen bereits innert weniger Monate mit den erfahrenen internationalen Teams messen. Dieser Erfolg führte nicht nur dazu, dass die Aargauer Regierung eine Verlängerung des Projekts um drei weitere Jahre bewilligte, sondern beeinflusste auch maßgeblich die Entscheidung des Kantons Basel im Oktober 2014 zwei eigene MST-Teams einzuführen.

Es ist sehr erfreulich, dass MST inzwischen auch im *Raum Basel* implementiert werden konnte. Dieser Schritt war nur mit der Unterstützung, dem Mut und der Weitsicht des Verwaltungsrates und der Geschäftsführung der UPK Basel möglich – hierfür herzlichen Dank. Die Etablierung in Basel befördert hat aber vor allem die hervorragende Zusammenarbeit mit dem Erziehungsdepartement und dem Kinder- und Jugenddienst Basel Stadt. Ohne das große Engagement und die Unterstützung von Anne Klein, Ruedi Hafner, Stefan Blülle und Hansjörg Lüking wäre es nie möglich gewesen,

MST in Basel zu implementieren und zu evaluieren. Erst die Bereitschaft des Erziehungsdepartements, an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie neue Wege zu gehen und eine Mischfinanzierung zu realisieren, ermöglichten es, MST umzusetzen.

Wir bedanken uns beim Verlag und den Herausgebern der Reihe *Praxis der Paar- und Familientherapie*, im Speziellen bei Herrn Prof. Cierpka, für die Möglichkeit, MST einem breiteren Publikum vorzustellen.

Ganz herzlich möchten wir uns bei all den Therapeuten und Therapeutinnen bedanken, die zu jeder Tages- und Nachtzeit draußen bei den Familien ihren außergewöhnlichen Arbeitseinsatz leisten! Sie verkörpern täglich das Motto der MST „*whatever it takes*“ (was auch immer es erfordert).

„Last but not least“ (im Gegenteil!) bedanken wir uns bei den inzwischen über 400 Familien, die sich uns in großer Not und unter schwierigsten Bedingungen anvertraut haben. Sie haben sich z. T. schon jahrelang in diesen äußerst herausfordernden Umständen „durchgekämpft“ und waren nicht nur bereit, sich nochmals auf eine große Herausforderung einzulassen, sondern diese Arbeit auch lange nach einer MST weiterzuführen. Ihnen gebührt unser größter Dank!

Weinfelden und Basel, im Juni 2015

*Rudolf Eigenheer
Bruno Rhiner
Marc Schmid
Edith Schramm*

Teil I: Theoretischer Hintergrund

1 Beschreibung des Störungsbildes¹

In diesem Kapitel werden die Eingliederung des Störungsbildes in die gängigen Klassifikationssysteme, Modelle für die Entstehung der Störung und die Auswirkungen auf die Betroffenen und die Gesellschaft erläutert. Des Weiteren werden die Symptomatik und Subtypen beleuchtet und die Diagnostik mit diversen Differenzierungen und Komorbiditäten werden dargestellt.

1.1 Eingliederung des Störungsbildes

Regelübertretendes und delinquentes Verhalten sowie oppositionelles Verhalten gegenüber Erwachsenen sind im Jugendalter weit verbreitet und beschäftigen die politischen Entscheidungsträger schon, seit es ihre Gremien gibt. Gemäß der Statistik des Bundeskriminalamtes Deutschland für das Jahr 2012 zur Häufigkeit polizeilich verfolgter Straftaten haben weit über ein Drittel aller Tatverdächtigen das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet (Bundeskriminalamt, 2013). Die Altersverteilung bei Delikten verläuft gipfelartig mit einem steilen Anstieg in der Pubertät und einem ebenso steilen Abfall im jungen Erwachsenenalter (Overbeek et al., 2001). Allerdings wird über die Hälfte aller angezeigten Straftaten im Jugendalter von einer kleinen Gruppe von 5 % von Jugendlichen verübt, die persistierend Deliktverhalten zeigen (Farrington & Loeber, 2000). Diese Intensivtäter sind mit einer Vielzahl von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren belastet und leiden oft unter mehreren psychischen Erkrankungen. Dabei ist eine ausgeprägte Delinquenz im Jugendalter ein erheblicher Risikofaktor nicht nur für eine kriminelle Karriere, sondern auch für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen im Erwachsenenalter (Kim-Cohen et al., 2003; Loeber et al., 2001).

Über die Hälfte aller angezeigten Straftaten im Jugendalter wird von einer kleinen Gruppe (5%) besonders delinquenter Jugendlicher verübt

Delinquentes Verhalten im Kindes- und Jugendalter gilt daher nicht nur als Abweichung von der Gesellschafts- und Rechtsnorm, sondern eben auch von der Gesundheitsnorm und hat deshalb eine lange Tradition als anerkanntes kinder- und jugendpsychiatrisches Krankheitsbild. Wie bei anderen psychischen Erkrankungen sind die Hintergründe der Störung nicht ausreichend entwickelte innerpsychische Fertigkeiten (Verhaltenshemmung, Emotionsregulation, soziale Wahrnehmung), aus denen problematische Verhaltensweisen resultieren.

Nicht ausreichend entwickelte innerpsychische Fertigkeiten

Aus diesem Grunde ist es sinnvoll, delinquentes und aggressives Verhalten im Jugendalter als psychische Erkrankung zu verstehen und zu behandeln. Diese Erkrankung ist als *Störung des Sozialverhaltens (SSV)* in den gängigen Klassifikationssystemen als medizinisch, kinder- und jugendpsychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandelndes Krankheitsbild anerkannt

1 Wir danken Tania Pérez und Christina Stadler für die Mitarbeit an diesem Kapitel.

(ICD-10: WHO/Dilling & Freyberger, 2013; DSM-5: American Psychiatric Association, 2013). Dies wird durch eine Vielzahl von Studien untermauert, die darauf hinweisen (vgl. zusammenfassend Fairchild et al., 2013), dass eine SSV unabhängig von ihrem Störungsbeginn mit einer Vielzahl von biologischen Risikofaktoren assoziiert ist, die in Interaktion mit psychosozialen Risikofaktoren zu einer Beeinträchtigung grundlegender Mechanismen führt, die wiederum aggressivem Verhalten zugrunde liegen (insbesondere Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation).

Delinquentes und regelbrechendes Verhalten gelten an sich noch nicht als psychische Erkrankung. Nur wenn das oppositionelle und aggressiv-dissoziale Verhalten einen gewissen Schweregrad (Häufigkeit, auffälliges Sozial- und Interaktionsverhalten) über einen definierten Zeitraum hinweg erreicht, kann man im Kindes- und Jugendalter die Diagnose einer SSV vergeben und damit auch die Notwendigkeit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung feststellen (vgl. Remschmidt & Walter, 2009).

1.1.1 Auswirkungen auf die Betroffenen

Das zentrale Problem am Krankheitsbild der SSV ist, dass die Heranwachsenden durch ihr regelübertretendes Verhalten sukzessive aus allen gesellschaftlichen Bezügen fallen und viele Systeme sprengen, die für ihre Integration zuständig sind. Aus ihrem rücksichtslosen Interaktionsverhalten in allen Systemen, die sich mit ihnen befassen, resultieren Schwierigkeiten und oft heftige Konflikte mit Erwachsenen, aber auch mit normorientierten Gleichaltrigen. Die Betroffenen scheitern häufig an ihren zentralen Entwicklungsaufgaben und werden aus der Gruppe der Gleichaltrigen, der Schule, der Ausbildung und dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen. Diese Exklusion führt nicht selten dazu, dass sich besonders vulnerable Heranwachsende zusammenfinden und sich gegenseitig in ihren dissozialen Verhaltensweisen und beim Konsum von psychotropen Substanzen verstärken. In vielen Fällen folgen für die Betroffenen negative Perspektiven und deutliche, langfristige Einschränkungen in ihrer psychosozialen Entwicklung und gesellschaftlichen Teilhabe.

Aggressives Verhalten mündet somit oft in einen Teufelskreis von Exklusion und stärkerem aggressivem Verhalten, der es den Heranwachsenden erschwert, prosoziales und verantwortungsbewusstes Verhalten zu erlernen (Borg-Laufs, 1997). Insbesondere Kinder und Jugendliche mit einer hohen sozialen Position in der Gruppe der Gleichaltrigen und ausgeprägten sozialen Fertigkeiten meiden Heranwachsende mit externalisierenden psychischen Erkrankungen (Hoza et al., 2005, 2007). Nur sehr wenige unauffällige Jugendliche sind mit delinquenten Jugendlichen befreundet, wohingegen über 90 % der delinquenten Jugendlichen angeben, auch straffällige Freunde zu haben (Thornberry, 1998; Farrington & Loeber, 2000).