

Originalarbeit

Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens

Implementierung in der deutschsprachigen Schweiz und erste Ergebnisse

Bruno Rhiner¹, Thomas Graf¹, Gerhard Dammann² und Ute Fürstenau¹

¹Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Spital Thurgau AG, Weinfelden, Schweiz

²Psychiatrische Dienste, Spital Thurgau AG, Münsterlingen, Schweiz

Zusammenfassung. *Fragestellung:* Die Arbeit widmet sich der Frage, inwiefern sich MST auf die deutschsprachige Schweiz übertragen lässt und ob sich die guten internationalen Ergebnisse hier replizieren lassen. *Methodik:* Es wurde eine Stichprobe von $n = 70$ Jugendlichen mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 155 Tagen behandelt, davon blieben 60 (85.1 %) bis zum Behandlungsende in der Studie. Hiervon liegen für 38 Patienten (63.3 %) die Ergebnisse der Elternversion des SDQ sowie für 52 Patienten (86.7 %) Therapeutenratings (GAF und CGI) vor. *Ergebnisse:* Der SDQ-Gesamtproblemwert (Elternversion) verringerte sich von 20 (Behandlungsbeginn) auf 14.6 (Behandlungsende). Im GAF verbesserte sich der Gesamtscore von 55.4 auf 70.3 und CGI von 3.6 auf 2.7 Punkte. Diese Resultate zeigen statistisch hochsignifikante Verbesserungen. In der 6-Monats-Katamnese zeigten sich Erfolgsquoten von 91 % (Verbleib in Herkunftsfamilie), 94 % (Verbleib in Ausbildung) und 91 % (Vermeidung von Delikten) und in der 18 Monats-Katamnese entsprechende Erfolgsquoten von 80 %, 86 % und 86 %. *Schlussfolgerungen:* MST ist ein komplexes Behandlungsprogramm das sich durchaus auf den schweizerischen Kulturraum übertragen lässt. Die guten internationalen Ergebnisse konnten in unserer Stichprobe repliziert werden.

Schlüsselwörter: Störung des Sozialverhaltens, Multisystemische Therapie, MST, Evidenzbasierte Behandlung, Implementierung, Adoleszenz, Manualisiertes Therapieverfahren

Abstract. *Multisystemic Therapy (MST) for adolescents with severe conduct disorders in German-speaking Switzerland – implementation and first results*

Objective: To determine the extent to which MST can be applied in German-speaking Switzerland, and the extent to which respectable international treatment outcomes can be replicated. *Method:* A sample of 70 adolescents was treated for an average of 155 days. Of these adolescents, 60 (85.5 %) remained in the study until the conclusion of treatment. The results of the parent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) are available for 38 (63.3 %) of the completers. For 52 patients (86.7 %), the therapist ratings for Values for Clinical Global Impression (CGI) and for Global Assessment of Functioning (GAF) are available. *Results:* The overall problem score of the parent version of the SDQ was reduced from 20 at the beginning of treatment to 14.6 at the conclusion of treatment. The overall score of the GAF improved from 55.4 to 70.3, and the CGI improved from 3.6 to 2.7 points. These results are statistically highly significant. The 6-month follow-up interview revealed treatment success rates of 91 % for «adolescent remains in his family of origin», 94 % for «adolescent remains in school or vocational training.» and 91 % for «adolescent does not commit chargeable offences.» The 18-month follow-up interviews show success rates of 80 %, 86 %, and 86 %, respectively. *Conclusions:* Multisystemic Therapy is a complex treatment program that is clearly applicable in the cultural environment of Switzerland. Respectable international results were replicated in this sample.

Keywords: conduct disorders, Multisystemic Therapy, MST, evidence-based treatment, treatment implementation, adolescence, manualized treatment

Einleitung

MST basiert sowohl auf Bronfenbrenners sozioökologischer Theorie (1979), als auch den empirisch validierten Determinanten von dissozialem Verhalten von Jugendlichen (Lahey, Moffitt & Caspi, 2003; Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber & Van Kammen, 1998; Vloet, Herpertz & Herpertz-Dahlmann, 2006). Auf Ebene Individuum, Familie, Gleichaltrigengruppe, Schule und Nachbarschaft zielt MST auf Faktoren, die für das problematische Verhalten identifiziert wurden. Mit den Eltern als Startbasis fokussiert ein maßgeschneiderter Therapieplan auf pragmatische und handlungsorientierte Interventionen im familiären und sozialen Umfeld des Jugendlichen. Eine gute Einführung in das Therapieverfahren bietet der deutschsprachige Übersichtsartikel von Swenson und Henggeler (2005).

MST hat in zahlreichen randomisierten klinischen Studien die Effektivität nachweisen können (eine übersichtliche Zusammenfassung aller Studien findet sich in Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2009). Dabei zeigte sich, dass MST im Vergleich zu Kontrollgruppen folgendes erreichte:

- Langfristige Senkung von erneuten Verhaftungen von 25–70 %
- Senkung des Drogenmissbrauchs
- Verbesserte familiäre Beziehungen
- Erhöhung und Verbesserung der Präsenz am Schulunterricht
- Verringerung von jugendpsychiatrischen Symptomen und Hospitalisationen
- Zwischen 47 und 64 % weniger Fremdunterbringungen
- Deutlich bessere Zufriedenheit der Klienten

Die multisystemische Therapie kann den Therapieerfolg in langfristigen Katamnesestudien nachweisen. So blieben die Anzahl Wiederverhaftungen nach über 13 Jahren im Vergleich zur Kontrollgruppe um 54 % tiefer und die Anzahl der Tage in Haft war sogar um 57 % tiefer (Schaeffer & Borduin, 2005). In einer Metaanalyse (Curtis, Ronan & Borduin, 2004) mit 7 primären und 4 sekundären Outcomestudien und insgesamt 708 Patienten zeigte sich MST im Vergleich zur alternativen Behandlung mit einer durchschnittlichen Effektstärke von $d = 0.55$ überlegen. Andererseits konnten die hervorragenden Ergebnisse in Kanada (Leschied & Cunningham, 2002) und in Schweden (Sundell et al., 2008) nicht repliziert werden. Hier zeigte sich die enorme Bedeutung der genauen Anwendung des Manuals als entscheidender Faktor, in beiden Fällen waren die Anforderungen an «treatment fidelity» nicht erfüllt. Entsprechend wenig optimistisch hinsichtlich der Wirksamkeit der MST sind die Ergebnisse der Metaanalyse von Litell, Popa und Fortsythe (2005), wobei sich die Autoren insbesondere auf die oben erwähnte kanadische Studie beziehen.

Aufgrund seiner nachgewiesenen Wirksamkeit ist das MST-Behandlungsmodell in das nationale Register anerkannter evidenzbasierter Programme des US-amerikani-

schen Sozial- und Gesundheitsministeriums aufgenommen worden. Es liegen zudem gesundheitsökonomische Studien vor, die den volkswirtschaftlichen Nutzen dieses Verfahrens im Vergleich zu anderen nachgewiesen haben (siehe dazu auch Henggeler, Schoenwald, Rowland & Cunningham 2002; Henggeler et al., 2009). Als weitere evidenzbasierte Behandlungsverfahren mit hoher Effizienz sind Functional Family Therapy und Multidimensional Treatment Foster Care zu erwähnen (eine gute Übersicht findet sich bei Aos, Miller & Drake, 2006; ebenso Bachmann, Bachmann, Rief & Mattejat, 2008, und Wagner, Jennen-Steinmetz, Göpel & Schmidt, 2004). Aufgrund der zahlreich vorliegenden Ergebnisse zu Effektivität und Effizienz war es nicht unser Ziel als klinisch tätige und nicht universitäre Institution, dies erneut unter Beweis zu stellen. Um diese guten Ergebnisse in einem neuen kulturellen Kontext zu erreichen, spielt die Stringenz, mit der das manualisierte Therapieprogramm implementiert wird und die Treue der Therapeuten zum Manual eine entscheidende Rolle (Henggeler, Melton, Brondino, Scherer & Hanley, 1997; Schoenwald, Heblum, Saldana & Henggeler, 2008; Schoenwald et al., 2003). Unsere Evaluation verzichtete auf eine Vergleichsgruppe und fokussierte auf die Prozess- und Qualitätsevaluation und klinische Ergebnisse vor und nach der Behandlung und in der 6, 12 und 18 Monate Katamnese. Die Arbeit widmet sich der Frage, inwiefern sich das Therapieprogramm auf die deutschsprachige Schweiz übertragen lässt und ob sich die guten internationalen Ergebnisse hier replizieren lassen.

Methodik

Teilnehmende und Zuweisungsprozesse

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst Thurgau versorgt eine Region mit 250'000 Einwohnern, davon sind 70'000 Kinder und Jugendliche. Die Patienten wurden aus den üblichen Zuweisungen zu unserer Institution rekrutiert. Zugewiesen wurde der größte Teil der Klienten (40.4 %) durch therapeutische oder medizinische Dienste, wobei hier ein Großteil aus unserem eigenen Ambulatorium stammte. Weitere zuweisende Stellen waren Familienangehörige (30.8 %), Schulen/schulpsychologische und soziale Dienste (21.1 %), darüber hinaus auch die Justiz (5.8 %) und andere Anmeldungen (1.9 %). Aufnahmekriterium für die Behandlung mit MST waren: 1) problematisches Sozialverhalten, das zu Konflikten mit dem Gesetz führte oder andere schwere dissoziale Verhaltensweisen (dysfunktionale interpersonale Beziehungen, verbale Aggressionen, Drohung oder konkrete Akte andere zu verletzen, Zerstören von Gegenständen); 2) unmittelbar daraus folgende Gefährdung des Verbleibens in Schule und Berufsausbildung oder des Zusammenlebens innerhalb der Herkunftsfamilie; 3) Alter zwischen 12 und 17 Jahren; 4) elterliche Bezugspersonen sind genügend involviert und

motiviert, um MST zu beginnen. Ausschlusskriterien waren: 1) eine psychotische Erkrankung; 2) das Vorliegen von akuter Suizidalität; 3) eine intellektuelle Minderbegabung oder 4) das Verbleiben des Jugendlichen in der Familie bildet ein ernsthaftes Risiko für ihn selber oder seine Familie.

MST-eigene Evaluationen

Sämtliche Patienten, die im Zeitraum 1. Oktober 2007 bis 31. Dezember 2009 mit MST behandelt wurden, stimmten einer Aufnahme in die MST-eigene Studie zu. Dabei wurden bei Austritt, nach 6, 12 und 18 Monaten die Schlüsselergebnisse mit folgenden Fragen an die Eltern durch eine externe telefonische Befragung überprüft: (1) Lebt der Jugendliche weiterhin in der Herkunftsfamilie; (2) besucht er weiterhin die Schule/Ausbildung; (3) kam es zu weiteren Delikten? Die Prozessqualität und Manualtreue der Therapeuten, die sogenannten TAM (therapist adherence measure) wurde in regelmäßigen Befragungen einmal monatlich per Telefoninterview durch eine externe Untersucherin gemäß den Vorgaben von MST Services erhoben. Dabei handelt es sich um ein durch MST in allen internationalen Teams angewandtes und durch MST auf Deutsch übersetztes Instrument, das auf einer 26 Items umfassenden Likert-Skala basiert (Henggeler et al., 2009). Die Auswertung erfolgt durch MST Institute bei allen Teams weltweit, was einen Vergleich unserer Ergebnisquoten mit dem Durchschnitt aller Teams erlaubt.

Zusätzliche Evaluationen

Nebst der MST eigenen Evaluation wurden die Patienten ebenfalls durch die in unserem Hause laufende Verbundstudie VEB-KJP evaluiert. Durch zwei verschiedene Erhebungen der MST Behandlungsgruppe ergeben sich bei der zusätzlichen Evaluation ein im Umfang geringfügig kleineres N. Bei Behandlungsbeginn und -ende wurde durch die Therapeuten eine Basisdokumentation (BADO) ausgefüllt. Die verwendete Version ist eine Adaption einer deutschen Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Englert, Jungmann, Wienand, Lam & Poustka, 2005) an die Schweizer Verhältnisse, sämtliche in diesem Artikel verwendeten soziodemographischen Merkmale wurden hiermit erhoben. Bei allen Patienten wurde bei Behandlungsbeginn und -ende von den Therapeuten CGI (NIMH, 1976) und Global Assessment of Functioning-Skala (GAF) (Achse V, DSM-IV; APA, 1996) erhoben, sowie von den Eltern und Jugendlichen der «Fragebogen zu Stärken und Schwächen» (SDQ-D) (Goodman, 1997, 1999, 2001; Klassen, Woerner, Rothenberger & Goodman, 2003) ausgefüllt. Die subjektive Veränderung in Bezug auf Befinden der Familie und Befinden des Jugendlichen wurde zusätzlich mit einer visuellen Analogskala erhoben (0 = sehr schlecht, 10 = sehr gut). Die Fragen lauteten hierbei: «Wie ging es ihrem Sohn/ ihrer Tochter in den letzten 6 Monaten?» re-

spektive «Wie ging es ihrer Familie in den letzten 6 Monaten?»; die erwähnten Skalen sind Teil des Fragebogens zum Befinden (Schmelzle, 2005; Schmelzle & Graf, 2009). Zu Beginn der Behandlung wurden die Patienten jeweils über die Erhebung der Daten informiert und um ihr Einverständnis gebeten. Die Studie VEB-KJP verfügt über eine Zulassung durch die lokale Ethikkommission.

Interventionen

Jeder MST Therapeut hatte zwischen 3–5 Familien zu betreuen, das Team war für die Familien rund um die Uhr (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) erreichbar und stand für Kriseninterventionen zur Verfügung. Die Therapeuten kontaktierten die Familien mehrfach täglich und wöchentlich zuhause oder per Telefon. Die Behandlung dauert zwischen 3 und 5 Monaten (120 bis 150 Tagen). Das Behandlungsteam bestand aus 4 erfahrenen Therapeuten in einem 100 % Arbeitspensum mit einem Hochschulabschluss in Psychologie oder Sozialpädagogik. Das Team wurde geleitet durch eine erfahrene Fachärztin in Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wenn medizinisch indiziert, erhielten die Patienten pharmakotherapeutische Unterstützung. Für die Behandlungsdauer wurden weitere Behandlungen (Psychotherapie) ausgesetzt. Das Behandlungsprogramm wurde ohne nennenswerte Anpassungen in der ursprünglichen MST Fassung übernommen (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998). Arbeitsblätter für die Familien wurden durch uns übersetzt. Das ganze Behandlungsteam wurde durch einen erfahrenen, externen MST-Experten (Consultant) mittels wöchentlicher Telefonkonsultation supervidiert. Der Consultant leitete das 5 tägige Einführungstraining und die vierteljährlichen Fortbildungen des Behandlungsteams, die auf den individuellen Bedarf nach therapeutischen Kenntnissen und Fertigkeiten der Therapeuten ausgerichtet waren.

Statistische Analysen

Eine Auswertung der Daten erfolgte unter Zuhilfenahme des Programms SPSS Statistics 17.0. Errechnet wurden jeweils Mittelwertvergleiche für verbundene Stichproben, sämtliche Variablen waren intervallskaliert, das Konfidenzintervall lag bei 95 %, darüber hinaus erfolgte eine Errechnung der jeweiligen Effektstärken nach Cohen (1992).

Ergebnisse

Von den 74 jugendlichen Patienten, die in die Behandlung aufgenommen wurden, konnten 4 Fälle aus administrativen, nicht behandlungsspezifischen Gründen (Wegzug, Ausweisung) nicht in die qualitative Auswertung der MST-Erhebung mit einbezogen werden. Von den insgesamt 70 Patienten, die in die MST-eigene Studie mit eingeschlossen

Tabelle 1

Veränderungen von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende in der Einschätzung der Therapeuten (GAF, CGI) und der Eltern (SDQ)

	<i>N</i>	Mittelwert und Standardabweichung		Prä-Post Signifikanztests
		<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>p</i> *
Variable		Behandlungsbeginn	Behandlungsende	ES**
Therapeut				
• GAF	52	55.4 (11.0)	70.3 (13.0)	–0.000** –1.2
• CGI	52	03.6 (01.3)	02.7 (01.1)	–0.000** –0.8
Eltern				
• SDQ Gesamtproblemwert	37	20.0 (04.7)	14.6 (06.8)	–0.000** –0.9
• SDQ emotionale Probleme	38	04.6 (02.1)	03.1 (01.8)	–0.001* –0.8
• SDQ Verhaltensauffälligkeiten	38	06.0 (02.1)	04.0 (02.7)	–0.000** –0.8
• SDQ Hyperaktivität	39	06.6 (02.6)	05.0 (02.9)	–0.000** –0.6
• Befinden Kind	37	02.5 (01.5)	06.1 (01.9)	–0.000** –2.1
• Befinden Familie	37	03.2 (02.1)	05.7 (02.2)	–0.000** –1.2

Definition der ES nach Cohen (1992): 0.1–0.29 = klein; 0.3–0.49 = mittel; ≥ 0.5 = groß. *signifikant $\alpha = 0.05$; **hoch signifikant $\alpha \leq 0.01$.

wurden, haben 60 Patienten die Behandlung abgeschlossen, 2 Jugendliche mussten während der laufenden Behandlung platziert werden, bei 8 Familien wurde die Behandlung wegen fehlender Motivation vorzeitig beendet. Die Stichprobengröße der VEB-KJP Erhebung beträgt 52, d. h. nicht alle durch die MST-eigene Erhebung befragten Patienten konnten auch hier erfasst werden. Aus der Stichprobe der VEB-KJP wurden sämtliche Datensätze ausgeschlossen, bei denen die Dokumentation der Therapeuten (BADO und Austrittsdokumentation) nicht vollständig war. Sämtliche deskriptive Angaben stammen aus der VEB-KJP Stichprobe, also einer Teilmenge der MST-Stichprobe. In der vorliegenden Stichprobe ($N = 52$) waren 76.9 % der Patienten männlich und 23.1 % weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 14.6 Jahre. Die am häufigsten vergebenen Erstdiagnosen auf der ersten Achse des multi-axialen diagnostischen Manuals liegen mit F91 (34.6 %), F92 (28.8 %) und F90.1 (25 %) jeweils im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens. Weitere Diagnosen lagen im Bereich der Anpassungsstörungen F43.2 (7.6 %), dazu kam jeweils eine Diagnose für F40.1 (soziale Phobie) sowie F60.3 (emotional instabile Persönlichkeitsstörung) (jeweils 1.9 %). 84.6 % der Stichprobe hatten keine weiteren Diagnosen auf der ersten Achse des ICD, die übrigen 8 Fälle hatten jeweils eine Zweit-Diagnose. 75 % der Mütter und 82.7 % der Väter waren Schweizer Staatsbürger, von den ausländischen Staatsbürgerschaften überwogen neben der deutschen, der italienischen und der türkischen vor allem solche aus dem ehemaligen Jugoslawien. Das Sorgerecht

hatten bei 50 % der Patienten beide Eltern gemeinsam inne, bei 42.3 % lag es bei der Mutter und bei 7.7 % beim Vater. 3.8 % der Familien hatten eine Erziehungshilfe und 13.5 % eine Erziehungsbeistandschaft, 82.7 % der Eltern nahmen keine vormundschaftlichen Maßnahmen in Anspruch. 86.5 % der Jugendlichen besuchten die Volksschule, 9.6 % die Sonderklasse sowie jeweils 1.9 % eine heilpädagogische Schule oder waren ohne Schulbesuch.

Die erzielten Veränderungen zeigten sich in der Einschätzung der Therapeuten durch eine Verbesserung der GAF um 1.5 Kategorien, ebenso zeigte der CGI eine Verbesserung um knapp eine Kategorie, beides hochsignifikante Ergebnisse (siehe Ergebnisse in Tabelle 1). Die Ergebnisse der elterlichen Einschätzung mit dem SDQ lagen bei insgesamt 38 Patienten in auswertbarer Form vor. In die Berechnungen wurden neben dem Gesamtproblemwert auch die SDQ-Subskalen emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten sowie Hyperaktivität mit einbezogen. Im Gesamtproblemwert zeigte sich bei der elterlichen Einschätzung eine hoch signifikante Verbesserung von knapp 6 Punkten, ebenso eine Verbesserung im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten um 2 Punkte. Für beide Variablen ergeben sich hochsignifikante Verbesserungen bei jeweils großer Effektstärke. Auch die Subskalen Hyperaktivität und emotionale Probleme zeigten deutliche Verbesserungen. Bei Behandlungsabschluss lagen keine SDQ Skalen mehr im auffälligen Bereich, die SDQ Subskala Probleme mit Gleichaltrigen lag von Beginn an im unauffälligen Bereich und wurde daher von den Berechnungen ausgeschlos-

Tabelle 2

Behandlungsdauer, Manualtreue und Schlüsselergebnisse von MST Thurgau im Vergleich mit dem Durchschnitt der internationalen Teams

	Wert International	Wert MST Thurgau
Behandlungsdauer	149.33 Tage	155.20 Tage
Behandlungsabschlüsse	81.20 %	85.71 %
TAM (therapist adherence measure)	0.50 %	0.64 %
Schlüsselergebnisse		
• Jugendliche(r) lebt weiterhin zu Hause	85.60 %	95.71 %
• Jugendliche(r) besucht die Schule/Arbeit	76.10 %	91.43 %
• Jugendliche(r) ohne neue Delikte	76.40 %	91.43 %

sen. Aus Sicht der Eltern zeigen sich in der subjektiven Wahrnehmung der Befindlichkeit sehr große Effektstärken von 2.05 (Befinden Kind) und 1.18 (Befinden Familie) bei hoher Signifikanz. Die SDQ Angaben der Jugendlichen dagegen waren für unsere Berechnungen nicht brauchbar, da sie unvollständig ausgefüllt wurden und inkonsistente Daten enthielten.

In der MST eigenen Evaluation, die sich auf alle behandelten Familien bezieht ($n = 70$) erreichten die Therapeuten einen durchschnittlichen TAM-Wert (therapist adherence measure) von 0.64. Der internationale TAM-Durchschnitt

von 0.50 wurde damit übertroffen. Bei den Schlüsselergebnissen lagen die Werte bei Behandlungsabschluss in allen Bereichen über den internationalen Vergleichswerten (siehe Tabelle 2).

Die Erfolgsquoten nach Angaben der Eltern zu den Schlüsselergebnissen bei Behandlungsabschluss und nach 6, 12 und 18 Monaten sind in Abbildung 1 festgehalten. Die Erfolgsquoten sind in Prozentanteilen der Jugendlichen aufgeführt, die gemäß den elterlichen Angaben weiterhin zu Hause leben, weiterhin die Schule besuchen oder keine weiteren Delikte verübt haben. Trotz vollständiger Daten ergibt sich eine sinkende Anzahl an befragten Familien durch die zeitnahe Veröffentlichung. In der Tendenz zeigt sich erfreulicherweise, dass nach 6 Monaten, bei den bisher verfügbaren 54 Familien, immer noch 91 % der Jugendlichen in ihrer Herkunftsfamilie leben und 94 % der Jugendlichen weiterhin integriert in den Ausbildungsprozess sind, 91 % keine weiteren Delikte verübt haben. Nach 18 Monaten bei 20 befragten Familien zeigen sich entsprechend Erfolgsquoten von 80 %, 86 % und 86 %.

Diskussion

Hauptziel der vorliegenden Arbeit war der Nachweis, dass sich MST zur Behandlung von schweren Störungen des Sozialverhaltens in den deutschsprachigen Raum der Schweiz

Stichdatum 31.12. 2009

Total Fälle = 70
Abbrüche = 10
Abschlüsse = 60

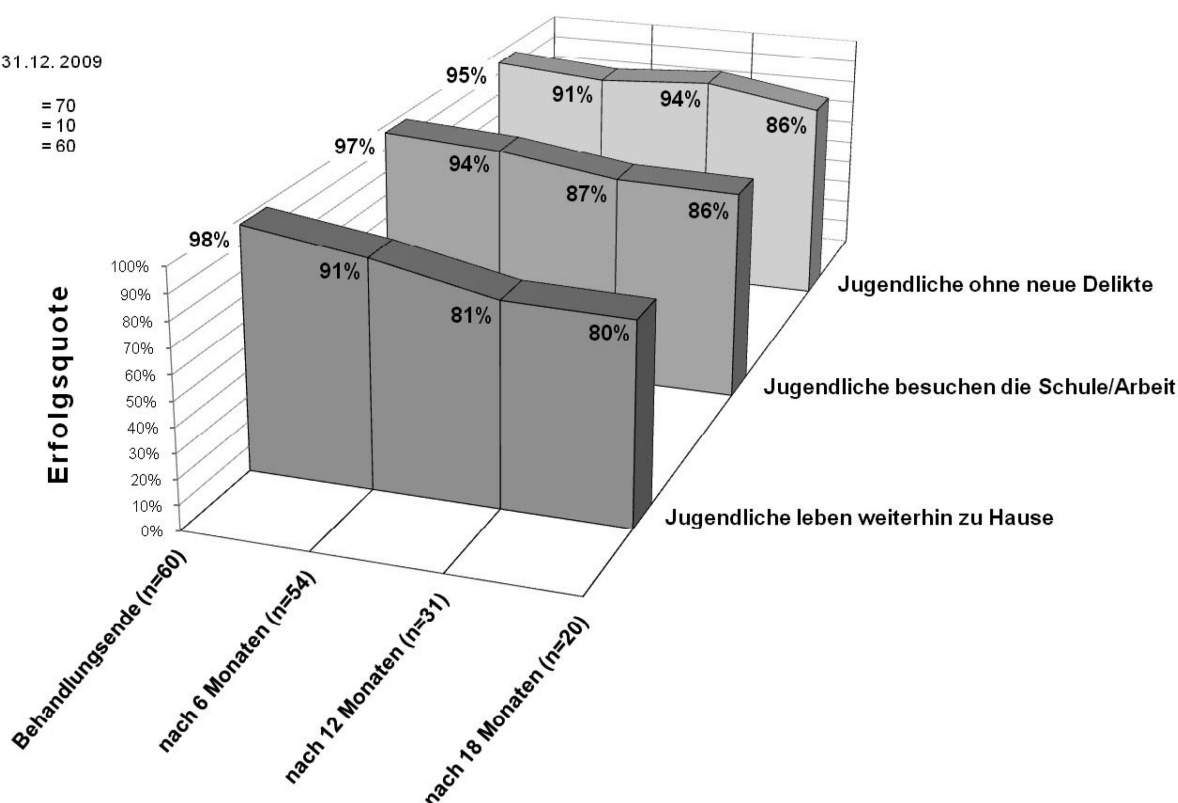


Abbildung 1. Erfolgsquoten nach Angaben der Eltern zu den Schlüsselergebnissen.

übertragen lässt und sich die vielversprechenden Behandlungsergebnisse, die MST in vielen randomisierten Studien nachweisen kann, auch hier replizieren lassen. Die MST-eigene Evaluation macht einen Vergleich mit allen internationalen Teams möglich. Unser Behandlungsteam hat die internationalen Durchschnittswerte in fast allen Messwerten übertroffen. Einzig die Behandlungsdauer war über dem Durchschnitt von 150 Tagen. Die Manualtreue gemessen über TAM war deutlich über dem internationalen Durchschnitt. Eine Gefährdung des Verbleibens in Familie oder Ausbildung war eine Grundvoraussetzung für diese aufwändige Behandlung. Umso erfreulicher, dass in dieser schwierigen Behandlungspopulation sowohl am Ende der Behandlung, als auch zu den Katamnesezeitpunkten nach 6, 12 und 18 Monaten über 80 % weiterhin in der Familie leben und über 86 % in die Ausbildung integriert geblieben sind. Auch mit diesen Ergebnissen bewegen wir uns über den internationalen Vergleichswerten. Die Evaluation mit GAF, CGI, SDQ sowie die subjektiven Einschätzungen der Eltern zum Befinden des Kindes und der Familie zeigen zwischen Beginn und Ende der Behandlung ebenfalls teilweise eine deutliche Verbesserung. Sowohl GAF wie auch CGI liegen bei Austritt auf einem Niveau, welches auf ein zufriedenstellendes Funktionieren im Alltag schließen lässt. Dies wird seitens der Eltern bekräftigt durch die Verbesserungen des SDQ-Gesamtpunktwertes sowie der mit einbezogenen SDQ Subskalen. Diese liegen nach der Wertung des SDQ sämtlich im Bereich «grenzwertig» oder sogar «unauffällig». Die hohen Verbesserungsraten für die subjektiven Einschätzungen zeigen, dass der zunehmenden Bedeutung der Zufriedenheit der Patienten mit der Wirkung der Behandlung in angemessener Weise Rechnung getragen werden konnte. Insgesamt zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass eine Implementierung des MST-Ansatzes in den deutschsprachigen Raum möglich ist und dass er deutliche und weitreichende Verbesserungen zu bewirken vermag.

Die vorliegenden Ergebnisse sind jedoch aufgrund verschiedener methodischer Einschränkungen kritisch zu betrachten. Da eine Publikation nicht von vornherein vorgesehen war, wurde den methodischen Anforderungen zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Behandlung nur eingeschränkt Rechnung getragen. Hier ist an erster Stelle eine fehlende Kontrollgruppe zu nennen, welche den hier aufgezeigten Verbesserungen etwa diejenige einer gewöhnlichen psychotherapeutischen Behandlung entgegenstellt. Darüber hinaus existieren keine objektiven Bewertungen des Therapieerfolges durch externe Rater. Die hohe Anzahl an Fällen mit unvollständigen Datensätzen schränkt die Deutbarkeit der Ergebnisse weiter ein. Eine genauere Untersuchung der missings ergab, dass sich unter ihnen alle 4 Abbrüche befanden. Darüber hinaus zeigt sich für diese Fälle die Tendenz, dass der Anteil Schweizer Familien ein wenig höher ist. Ferner gibt es einen größeren Anteil an Familien mit gemeinsamen Sorgerecht und der Anteil an männlichen Jugendlichen ist etwas höher. Das Befinden des Jugendlichen zu Beginn wird bei den missings als et-

was schlechter angegeben und es zeichnen sich eindeutig schlechtere Werte für GAF und CGI beim Eintrittszeitpunkt ab. Darüber hinaus unterscheiden sich die Werte bei Behandlungsbeginn nicht vom Rest der Stichprobe. Es ergibt sich daher der begründete Verdacht, dass unter den missings etliche weniger zufriedene Familien zu finden sind. Ebenso führte die parallele Erhebung durch die Verbundstudie VEB-KJP und der MST-eigenen Evaluation zu Unklarheiten. Allerdings muss hinzugefügt werden, dass durch die Arbeitsbelastung der Therapeuten auch vergessen wurde, die Bögen bei Austritt auszuteilen; eine Nachsendung per Post erbrachte nicht immer den erhofften Rücklauf.

Die Vergleichbarkeit mit anderen Studien ist eingeschränkt, da üblicherweise die CBCL zum Einsatz kommt. Zwar existiert eine Studie (Goodman & Scott, 1999), welche aufzeigt, dass der SDQ bei internalisierenden und externalisierenden Problemen sowie bei Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität mindestens vergleichbar gut differenzieren kann wie die CBCL; ein direkter Vergleich der Ergebnisse anderer Studien, welche die CBCL einsetzen ist dennoch nicht ohne weiteres möglich. Auch verwenden sämtliche vorliegende Studien weder CGI noch GAF, so dass an dieser Stelle ebenfalls keine Vergleichbarkeit vorliegt. Eine Katamnese der durch die externe Evaluation erhobenen Werte würde die Beständigkeit der erzielten Verbesserungen über das Ende der Behandlung hinaus absichern. Diese Daten liegen noch nicht vollständig vor, konnten daher noch nicht in die aktuelle Auswertung mit einbezogen werden.

Die erwähnten Kritikpunkte führen zu einer deutlich eingeschränkten Übertragbarkeit der hier vorgestellten ersten Ergebnisse, dies besonders durch die fehlende Kontrollgruppe sowie die eingeschränkte Vergleichbarkeit. Dennoch zeigen sich unter einer eingeschränkten Deutbarkeit spürbare Verbesserungen; in einer angepassten und methodisch korrekten Form planen wir in absehbarer Zukunft eine angemessene Bewertung unseres Projektes zu veröffentlichen.

Literatur

- American Psychiatric Association. (1996) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates. *Olympia: Washington State Institute for Public Policy, October 2006*, 1–44.
- Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W. & Mattejat, F. (2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 321–333.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*:

- Experiments by design and nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R. & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411–419.
- Englert, E., Jungmann, J., Wienand, L., Lam, L. & Poustka, F. (2005). *Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie 2005, Glossar* (4. Aufl.). DGKJP/BAG/BKJP.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791–799.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337–1345.
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology* 27, 1, 27–24.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G. & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821–833.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystematic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (2002). *Serious emotional disturbance in children and adolescents: Multisystemic therapy*. New York: Guilford.
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 491–502.
- Lahey, B. B., Moffitt, T. E. & Caspi, A. (Eds.). (2003). *Causes of conduct disorders and delinquency*. New York: Guilford.
- Leschied, A. & Cunningham, A. (2002). *Seeking effective interventions for serious young offenders: Interim results of a four-year randomized study of multisystemic therapy in Ontario, Canada*. London: Centre for Children & Families in the Justice System.
- Litell, J., Popa, M. & Fortsytte, B. (2005). *Multisystemic therapy for social, emotional and behavioural problems in youth aged 10–17*. Kopenhagen: The Nordic Campbell Center.
- Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M. & Van Kammen, W. B. (1998). *Antisocial behavior and mental health problems: Explanatory factors in childhood and adolescence*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- National Institute of Mental Health. (1976). 028 CGI. Clinical global impressions. In W. Guy (Ed.), *ECDEU assessment manual for psychopharmacology – revised (DHEW Publ No ADM 76–338)* (pp. 218–222). Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, NIMH.
- Schaeffer, C. M. & Borduin, C. M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 445–453.
- Schmelzle, M. (2005). *Evaluation aus 10 Jahren Tagesklinikbehandlung. Ergebnisse einer retrospektiven Befragung und die prospektive Perspektive*. Vortrag anlässlich des Jubiläums der Tagesklinik Grünthalhaus in Ittingen 2005.
- Schmelzle, M. & Graf, T. (2009). *Behandlungsansätze im Vergleich: Eine Gegenüberstellung von ambulanter und tagesklinischer Behandlung in einer prospektiven Evaluation*. Poster DGKJP Kongress 2009.
- Schoenwald, S. K., Heiblum, N., Saldana, L. & Henggeler, S. W. (2008). The international implementation of multisystemic therapy. *Evaluation & the Health Profession*, 31, 211–225.
- Schoenwald, S. K., Sheidow, A. J., Letourneau, E. J. & Liao, J. G. (2003). Transportability of multisystemic therapy: Evidence for multi-level influences. *Mental Health Services Research*, 5, 223–239.
- Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C. A., Olsson, T., Gustle, L. H. & Kadesjö, C. (2008). The transportability of a multisystemic therapy to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct disordered youth. *Journal of Family Psychology*, 22, 550–560.
- Swenson, C. C. & Henggeler, S. W. (2005). Die multisystemische Therapie: Ein ökologisches Modell zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei Jugendlichen. *Familiendynamik*, 30, 128–144.
- Vloet, T. D., Herpertz, S. & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Ätiologie und Verlauf kindlichen dissozialen Verhaltens – Risikofaktoren für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 101–115.
- Wagner, A., Jennen-Steinmetz, C., Göpel, C. & Schmidt, M. H. (2004). Wie effektiv sind Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens? – eine Inanspruchnahmestudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32, 5–16.

Manuskripteingang	1.4.2010
Nach Revision angenommen	2.7.2010
Interessenkonflikte	nein

Dr. med. Bruno Rhiner

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
Spital Thurgau AG
Schützenstrasse 15
CH – 8570 Weinfelden
bruno.rhiner@stgag.ch