



# Ergebnisbericht

## der INCANT Behandlungsstudie

Dr. Peter Tossmann (1), Benjamin Jonas (1)

Patricia Weil (1) & Andreas Gantner (2)

(1) delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH

(2) Therapieladen e.V.

Berlin, 2010

# Inhalt

Geleitwort der Leitung oder der Drogenbeauftragten

<b>1. Hintergrund der Studie (Andreas Gantner)</b> .....	<b>5</b>
1.1 Multidimensionale Familientherapie als „Best Practice“ Ansatz .....	5
<b>2. Fragestellung der Studie</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Untersuchungsmethoden</b> .....	<b>10</b>
3.1 Beschreibung der Treatments .....	10
3.1.1 Multidimensionale Familientherapie (MDFT) .....	10
3.1.2 Treatment as usual (TAU): Jugendpsychotherapie .....	10
3.1.3 Überprüfung der Manualtreue (Treatment Adherence).....	11
3.2 Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer .....	12
3.3 Messzeitpunkte & Untersuchungsinstrumente .....	12
3.4 Statistische Auswertungsmethoden.....	14
3.5 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Studienverlauf .....	15
3.6 Dauer der Interventionen und fallbezogener Zeitaufwand .....	16
<b>4. Ergebnisse</b> .....	<b>17</b>
4.1 Beschreibung der Jugendlichen zum Beginn der Studie (Baseline) .....	17
4.1.1 Soziodemografische Merkmale .....	17
4.1.2 Familiärer Hintergrund .....	20
4.1.3 Substanzkonsum.....	23
4.1.4 Delinquenz.....	25
4.1.5 Psychische Belastungen und psychische Störungen .....	27
4.1.6 Kontakte zu professionellen Institutionen .....	29
4.2 Überprüfung der Behandlungseffekte .....	31
4.2.1 Effekte auf den Cannabiskonsum.....	31
4.2.2 Konsum anderer Substanzen.....	33
4.2.3 Psychische Belastungen & Auffälligkeiten.....	35
4.2.4 Interpersonelle Beziehungen in der Familie.....	40
4.2.5 Delinquentes Verhalten & Schuldistanz .....	42
4.2.6 Beurteilung der Therapie & Vergleich der Haltequote .....	43
<b>5. Diskussion</b> .....	<b>46</b>
<b>6. Schlussfolgerungen aus der Praxis und Ausblick (Andreas Gantner)</b> .....	<b>49</b>
<b>7. Literatur</b> .....	<b>54</b>
<b>8. Anhang: Komplettauswertung Items der Skala zur Therapiezufriedenheit</b> .....	<b>58</b>

## Geleitwort der Drogenbeauftragten der Bundesregierung



Liebe Leserinnen und Leser,

mit der vorliegenden Publikation halten Sie die positiven Resultate der INCANT-Studie in Händen, die die Wirksamkeit der multidimensionalen Familientherapie (MDFT) in der Behandlung von cannabis-abhängigen Jugendlichen untersucht hat.

Während die Zahl der Cannabiskonsumierenden in den letzten Jahren rückläufig ist, ist die Anzahl der Cannabismissbraucher und -abhängigen im gleichen Zeitraum stabil geblieben. Die Suchthilfeeinrichtungen berichten mir vermehrt über Patientinnen und Patienten mit cannabisbezogenen Störungen. Diese Entwicklung wird auch durch die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik bestätigt.

Die Bundesregierung engagiert sich schon lange in der Prävention des Cannabiskonsums bei Kindern und Jugendlichen, um dem Missbrauch und der Abhängigkeit vorzubeugen. Neben den von der Bundesregierung geförderten Studien und Modellansätzen wurden in den vergangenen Jahren weitere innovative Projekte ins Leben gerufen. Sie klären nicht nur über die Gefahren des Konsums auf, sondern bieten auch konkrete Beratungs- und Behandlungsansätze mit dem Ziel, den Konsum zu beenden oder mindestens zu reduzieren. Während junge Erwachsene mit problematischem Cannabiskonsum diese Ansätze sehr gut genutzt haben, wurden Jugendliche bisher nicht optimal erreicht. Wie der vorliegende Bericht zeigt, schließt die multidimensionale Familientherapie diese Lücke.

Was zeichnet die MDFT aus? Die Besonderheit dieser Therapie liegt in der umfassenden Herangehensweise an das Thema: Der Drogenmissbrauch Jugendlicher wird als ein vielschichtiges Problem verstanden, die individuell bestehenden Risiko- und Schutzfaktoren werden berücksichtigt und neben dem Jugendlichen wird auch sein Umfeld in die Therapie einbezogen. Im Fokus stehen die Zusammenarbeit mit den Eltern und die gemeinsame Arbeit an einer Veränderung der bestehenden emotionalen und sozialen Probleme.

Die Ergebnisse zeigen die hohe Wirksamkeit der MDFT bei Kindern und Jugendlichen mit problematischem Cannabiskonsum in Deutschland. Im Vergleich zu herkömmlichen psychotherapeutischen Verfahren führt der Ansatz der multidimensionalen Familientherapie zu einer deutlicheren und

nachhaltigeren Senkung des Substanzkonsums. Gleichzeitig werden psychosoziale Probleme der Jugendlichen abgebaut und der Zusammenhalt in der Familie wieder gestärkt.

Ich hoffe sehr, dass dieser Abschlussbericht dazu beiträgt, dass sich der Erfolg der MDFT schnell in der Fachwelt herumspricht und sich die Bereiche Suchthilfe, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Umsetzung des Ansatzes in ihrer Arbeit auseinandersetzen. Aus meiner Sicht liegt damit eine wirksame Therapieform vor, die Jugendlichen und deren Angehörigen hilft, ihre suchtbetrogenen Probleme wieder in den Griff zu bekommen.

Ihre

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mechthild Dyckmans', written in a cursive style.

Mechthild Dyckmans

## 1. Hintergrund der Studie (Andreas Gantner)

Das *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) geht davon aus, dass etwa 12,5 Millionen Europäer zur Gruppe der aktuellen Cannabiskonsumenten zu zählen sind (EMCDDA, 2008). Einer bevölkerungsrepräsentativen Studie aus Deutschland zufolge kann davon ausgegangen werden, dass knapp ein Drittel aller jungen Deutschen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren zumindest einmal Cannabis zu sich genommen haben (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, 2008). Etwa 10% der weiblichen und 20% der männlichen Konsumenten, die in den zurückliegenden 30 Tagen Cannabis konsumiert haben, weisen nach international gültigen Kriterien eine Cannabisabhängigkeit auf (Kraus, Pfeiffer-Gerschel, Pabst, 2008).

Angesichts der vergleichsweise weiten Verbreitung des Cannabiskonsums und der Cannabisabhängigkeit in allen Ländern Europas verständigten sich im Jahr 2003 Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsministerien Frankreichs, Belgiens, der Niederlande, der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland auf einen *Cannabis Research Action Plan*. Im Zusammenhang hiermit wurde der Bedarf formuliert, Erkenntnisse über wirksame Methoden zur Behandlung von cannabisabhängigen Jugendlichen zu gewinnen. Auf der Basis dieses Aktionsplanes wurde in der Folge die *INCANT*-Studie (International Cannabis Need of Treatment) entwickelt und zunächst auf ihre „Machbarkeit“ in einer Pilotstudie in den Jahren 2004 bis 2006 in den fünf Ländern erfolgreich erprobt (Rigter 2007, Gantner/Tossmann 2005). Die *INCANT*-Studie hatte zum Ziel, den bisher in den USA erfolgreich evaluierten Ansatz der *Multidimensionalen Familientherapie* (MDFT) in den fünf europäischen Ländern einzuführen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen.

### 1.1 Multidimensionale Familientherapie als „Best Practice“ Ansatz

Die Multidimensionale Familientherapie (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 10 abgeschlossenen randomisierten klinischen Studien erfolgreich evaluiert (Liddle 2002; Liddle 2010; Sydow, Schindler, Beher, Schweitzer-Rothers & Retzlaff 2010; Rigter 2007). 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 mit zur Anerkennung der *Systemischen Therapie/Familientherapie* als wissenschaftliches Therapieverfahren bei (von Sydow, K., Beher, S., Retzlaff, R. und Schweitzer-Rothers, J. 2006).

Zielgruppe der MDFT sind insbesondere drogenmissbrauchende/abhängige, delinquente Jugendliche mit multiplen Verhaltensauffälligkeiten bzw. komorbiden psychiatrischen Störungen und ihre Familien. MDFT ist als ambulantes Behandlungssystem in unterschiedlicher Intensität erprobt. Es wird als präventives Frühinterventionsangebot eingesetzt, hat sich aber vor allem 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.

Auf der Grundlage von zahlreichen Prozess- und Outcome-Studien wird das Behandlungsmanual weiterentwickelt (Liddle 2002) und verschiedenen Settings und kulturellen Kontexten angepasst. Es wurden verschiedene Dimensionen wie die Behandlungsdauer und -intensität, der Behandlungsort, der Einschluss spezifischer Methoden wie Case Management etc. variiert. Es hat sich dabei herausgestellt, dass sich dieser Ansatz sowohl für erfahrene Familientherapeuten wie für Berufsanfänger mit geringer familientherapeutischer Erfahrung als effektiv erwies.

MDFT ist ein Therapiesystem, das theoretische Konsistenz und eine solide wissenschaftliche Fundierung anstrebt. Die therapeutischen Grundsätze und Interventionsstrategien stehen in logischem und kohärentem Zusammenhang zu den theoretischen und empirischen Grundlagen. D.h. die Interventionsmethoden ergeben sich einerseits aus den Charakteristika der Zielgruppe und aktuellen Forschungsergebnissen zur normalen und dysfunktionalen Entwicklung von Adoleszenten und ihren Familien und richten sich andererseits nach der Besonderheit und Einzigartigkeit der individuellen Familie.

In bisherigen RCT-Studien erwies sich MDFT gegenüber Kontrollbehandlungen als effektiver in verschiedenen Bereichen (Liddle 2010):

**Haltequote:** MDFT erzielt gegenüber anderen ambulanten oder stationären Behandlungsangeboten eine höhere Akzeptanz und Haltequote (zwischen 70% und 95% beenden regulär).

**Signifikante Reduktion des Substanzmissbrauchs:** Bei Jugendlichen, die übermäßig viel trinken, kiffen usw. führt die Behandlung mit MDFT zu einer signifikanten Reduzierung des Substanzkonsums. Dieser Effekt variierte von 41 bis 82 Prozent, gemessen von der Aufnahme bis zum Ende der Therapie. Er hält für mindestens ein Jahr an und verstärkt sich im Laufe weiterer anderthalb Jahre.

**Verbesserung substanzbezogener psychosozialer Probleme:** Die Behandlung mit MDFT führte dazu,

- dass sich die Anzahl der Gesetzesverstöße (Straftaten) verringerte,
- dass der Kontakt zu delinquenten Altersgenossen abnahm,
- dass sich die Symptome von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen verringerten (nach Einschätzung der Jugendlichen und ihrer Eltern),
- dass Angst- und Depressionssymptome abnahmen,
- dass sich die schulischen Leistungen (bessere Noten, weniger Schulschwänzen) verbesserten,
- dass sich das familiäre Zusammenleben verbesserte und die Notwendigkeit zur außerhäuslichen Unterbringung des Jugendlichen verringerte.

**Kosteneffektivität:** In den Vereinigten Staaten ergibt sich aus einer Behandlung mit MDFT ein Kostenersparnis mit dem Faktor von 2 bis 3 im Vergleich zu anderen ambulanten Behandlungsmethoden bzw. einer Aufnahme in eine therapeutische Gemeinschaft.

## **MDFT im Überblick**

MDFT hat ihre Wurzeln in der strukturellen Familientherapie nach Salvador Minuchin (1984) und der direktiv-strategischen Familientherapie nach Jay Haley (1985). Beide Pioniere der systemischen Therapie betonen die Bedeutung und Funktion von Eltern, familiären Strukturen und Grenzen, transakti-

onalen Beziehungsmustern sowie die ziel- und damit problemlösungsorientierte Gestaltung des Therapieprozesses.

Ergänzt wird die familienorientierte Perspektive durch die ökologische Sichtweise (Bronfenbrenner 1979), 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 klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie und der motivierenden Gesprächsführung orientieren. Neben der Stärkung der Therapie- und Veränderungsmotivation ist ein therapeutisches Anliegen die Förderung der Selbstexploration von Kognitionen und Emotionen jeweils bei 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.

Die therapeutische Arbeit erfolgt parallel in den jeweiligen Subsystemen (Jugendlicher alleine, Eltern alleine, einzelne Eltern alleine, Familie zusammen) und hat dabei die Verbesserung der familiären Kommunikation und Beziehungen als zentrales Ziel. Dafür ist die Verbesserung der Situation der einzelnen Familienmitglieder komplementär notwendig. Die Einzelsitzungen dienen daher einerseits der Klärung individueller Anliegen, andererseits direkt oder indirekt der Vorbereitung von Familiensitzungen. Denn 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 und sinnvoll zu machen. Ein Grundsatz lautet: Emotionen beeinflussen Kognitionen und Verhalten wesentlich. Solange gravierende emotionale Störungen zwischen den Familienmitgliedern nicht geklärt sind, können praktische Problemlösungsstrategien auf der Verhaltensebene, z.B. andere erzieherische Maßnahmen nicht greifen (Diamond & Liddle 1996, Liddle 1994).

Zentral ist dabei die Annahme, dass Drogenmissbrauch Jugendlicher i.S. eines multidimensionalen Problemverständnisses nur im Kontext der wirksamen Risiko- und Schutzfaktoren begreifbar und behandelbar ist. Dies bezieht alle Ebenen der Lebenswelt des Jugendlichen ein, sowohl seine individuelle Situation, die elterlichen, familiären Voraussetzungen und außerfamiliären Einflussfaktoren. Folgerichtig erfordert das therapeutische Vorgehen eine Analyse der jeweiligen Problembereiche sowie multidimensionale Interventionen in diesen Entwicklungsbereichen und Kontexten.

Dieses systemische Problemverständnis wird bei MDFT ergänzt um suchtspezifische Interventionen. Gemeint sind konkrete Hilfen zur Reduzierung bzw. zum Ausstieg aus dem Konsum, Urinkontrollen, Vermittlung in Kurzzeitentzugsbehandlung, Rückfallprävention etc. Ebenso wichtig ist die Berücksichtigung von entwicklungspsychologischen Aspekten im Zusammenhang mit jugendlichem Drogenkonsum. Außerdem geht MDFT explizit auf Risikoverhalten wie Schulschwänzen, riskanter Sex, Delinquenz und Gewalt ein. Speziell bei cannabisabhängigen Jugendlichen sind zusätzliche komorbide psychische Störungen (ADHS, Depressionen, Ängste, drogeninduzierte Psychosen) häufig vorzufinden (Bonnet 2005, Thomasius 2005). Auch hier bezieht MDFT bei Bedarf störungsspezifische Interventionen ein (teilweise in enger Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiatern).

Das „störungsspezifische“ Element des MDFT-Ansatzes steht dabei nicht im Widerspruch zu einer ressourcenorientierten, salutogenetischen Perspektive, die als Grundprinzip systemischer Praxis und

ebenso für die MDFT gilt (Schweitzer & von Schlippe 2007). Hier wird vielmehr der Notwendigkeit Rechnung getragen, Suchtverhalten Jugendlicher nicht nur als Symptom einer problematischen familiären Entwicklung, sondern als spezifische Problematik mit eigenständiger Dynamik zu begreifen, die spezifische Interventionen erfordert, wenn sie wirksam behandelt werden soll.

Orientierung für die Frage nach gelingenden Entwicklungsverläufen von Jugendlichen in der Adoleszenzphase liefern entwicklungspsychologische Theoriebildung und Forschungsergebnisse. Beispielfhaft genannt seien das Konzept der „Entwicklungsaufgaben“, der „autoritative Erziehungsstil“ und die „elterliche Präsenz“ (Bergmann 2006, Omer & von Schlippe 2006) als relevant für die Einschätzung elterlicher Erziehungspraxis und Erziehungsstile hinsichtlich ihrer entwicklungsfördernden und suchtpreventiven Effektivität.

## 2. Fragestellung der Studie

Cannabisabhängigkeit kann als mögliche Folge eines regelmäßigen starken Konsums dieser Droge verstanden werden (Chen, Kandel & Davies, 1997, Swift, Coffey, Carlin, Degenhardt & Patton, 2008). Obwohl Schwere und Konsequenzen einer Cannabisabhängigkeit weniger gravierend erscheinen mögen als jene, die gemeinhin im Zusammenhang mit anderen psychoaktiven Substanzen (z. B. mit Opiaten) festgestellt werden, dürften aufgrund des relativ hohen Anteils von Cannabiskonsumern in der Bevölkerung problematische Formen des Cannabiskonsums durchaus von großer gesundheitspolitischer Bedeutung sein. Dies zeigt sich auch in dem aktuellen Statistical Bulletin 2009 des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, wonach seit einigen Jahren in der Mehrzahl aller Länder Europas eine kontinuierliche Zunahme in der Inanspruchnahme von Hilfe durch Cannabiskonsumern zu verzeichnen ist<sup>1</sup>.

Doch obgleich der Anteil der Cannabisklientel in den Beratungsstellen heute mehr als doppelt so hoch ist wie im Jahr 1998 (vgl. Simon & Palazetti, 1999) und man eine deutliche Zunahme der Behandlungsnachfrage feststellen kann (vgl. Simon, Sonntag, Bühringer & Kraus, 2004), muss davon ausgegangen werden, dass die überwiegende Mehrzahl aller Cannabisabhängigen – und insbesondere jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten – *keine* suchtspezifischen Hilfen in Anspruch nimmt. Dies gilt insbesondere für minderjährige Cannabisabhängige.

Folgt man den Ergebnissen verschiedener Forschungsarbeiten, so sind die Risiken des Cannabiskonsums für Jugendliche ungleich höher einzuschätzen als für (junge) Erwachsene. Ein früher Einstieg in den Cannabiskonsum kann bspw. psychosoziale Entwicklungsstörungen (Brook, Balka & Whiteman, 1999, Fergusson, Horwood & Swain-Campbell, 2002), Probleme in der Schule (Fergusson, Horwood & Beautrais, 2003) und hirnanorganischen Entwicklungsstörungen (Rubino, Realini, Braida et al., 2009) nach sich ziehen. Eine Studie aus dem Münchner Raum konnte darüber hinaus zeigen, dass eine Cannabisabhängigkeit von Adoleszenten mit einer vergleichsweise hohen Wahrscheinlichkeit bis in das frühe Erwachsenenalter stabil bleibt (von Sydow, Lieb, Pfister et al., 2002) und ohne therapeutische Behandlung wohl schwer zu überwinden ist.

Die Therapie der Cannabisabhängigkeit im Jugendalter kann sich aber nicht nur auf die Behandlung der Drogenproblematik beschränken: Eine Vielzahl von Forschungsarbeiten hat zeigen können, dass

---

<sup>1</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/stats09>



Jugendliche mit cannabisbezogenen Störungen zu einem hohen Anteil komorbide Auffälligkeiten aufweisen (von Sydow et al., 2002, Roberts, Roberts & Xing, 2007, Buckner & Schmidt, 2009, Zvolensky, Lewinsohn & Bernstein et al., 2008). Die komplexen Zusammenhänge zwischen dem Substanzmissbrauch und den komorbiden psychischen Störungen sind vor allem für das Kindes- und Jugendalter noch weitgehend unerforscht. Die Problematik der Komorbidität lässt sich wie folgt beschreiben (Schulz & Remschmidt, 1999): Einerseits handelt es sich bei vielen psychopathologischen Symptomen um Folgen der substanzbezogenen Störung (zum Beispiel amotivationales Syndrom bei Cannabisabhängigkeit, drogeninduzierte Psychose). Andererseits begünstigt eine Reihe anderer jugendpsychiatrischer Erkrankungen das Auftreten einer substanzbezogenen Störung und beeinflusst deren Verlauf im Sinne einer Aggravation der Symptomatik, zum Beispiel hyperkinetische Störungen mit kombinierter Beeinträchtigung des Sozialverhaltens, dissoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung. Der fortgesetzte Substanzkonsum wiederum wirkt sich komplizierend auf den Verlauf der psychiatrischen Störung aus. Das Vorliegen komorbider Störungen ist also mit einem negativen Verlauf der Suchtstörung assoziiert. Gleichzeitig scheint Komorbidität mit einem frühen Beginn süchtigen Verhaltens zusammenzuhängen (vgl. Essau & Conrad, 2009). Die hohen Komorbiditätsraten heben die Wichtigkeit umfassender Diagnostik der betroffenen Personen sowie integrierter Behandlungskonzepte hervor, da weder die Suchtstörung noch die komorbide psychische Störung für sich genommen erfolgreich behandelt werden können.

Vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen der INCANT-Studie überprüft werden, ob sich die *Multidimensionale Familientherapie* (MDFT) im Vergleich mit einem herkömmlichen sozial- bzw. psychotherapeutischen Verfahren (Treatment as usual, TAU) als wirkungsvoller erweist. Dabei galt es, folgende Forschungsfragen zu bearbeiten:

1. Ist MDFT im Hinblick auf die Reduzierung des Cannabiskonsums wirkungsvoller als herkömmliche Verfahren (TAU)? Die primäre Forschungshypothese zielt somit auf einen Vergleich des Cannabiskonsums zum letzten Messzeitpunkt der Studie ab.
2. Ist MDFT im Hinblick auf die Minimierung von Risikofaktoren für cannabisassoziierte Störungen wirkungsvoller als herkömmliche Verfahren (TAU)? Als Risikofaktoren gelten anderer Substanzkonsum, psychische Belastungen, Probleme innerhalb der Familie und das Vorliegen von delinquentem Verhalten.
3. Ist MDFT im Hinblick auf die Haltequote besser als herkömmliche Verfahren (TAU)? Als Haltequote ist der Anteil von Jugendlichen definiert, der die jeweilige Therapiemethode regulär abschließt. Aufgrund der aufsuchenden Arbeitsweise im Rahmen von MDFT wird eine höhere Haltequote für MDFT erwartet.
4. Findet MDFT die Akzeptanz von Jugendlichen und Eltern? Es wird angenommen, dass MDFT in den wesentlichen Punkten durch die Klientel besser bewertet wird als das bisher eingesetzte Verfahren (TAU).

### **3. Untersuchungsmethoden**

INCANT ist eine multizentrische randomisiert-kontrollierte Studie, die in Belgien, Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz und in Deutschland durchgeführt wurde. Studienstandort in Deutschland war der *Therapieladen* in Berlin, eine ambulante Therapieeinrichtung, die seit mehr als 20 Jahren Erfahrung in der Behandlung von Cannabisabhängigen aufweist. Der *Therapieladen* ist seit vielen Jahren integraler Bestandteil des Berliner Verbundsystems der Sucht- und Drogenhilfe und steht im Kontakt mit einer Vielzahl von Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe, der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie.

Elementare Voraussetzung für die Durchführung der Behandlungsstudie war die Überprüfung ihrer forschungsethischen Aspekte durch eine unabhängige Institution. Eine entsprechende Bewilligung wurde von der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten in Berlin am 19.9.2007 in schriftlicher Form erteilt.

#### **3.1 Beschreibung der Treatments**

Zur Überprüfung der Untersuchungsfragen wurde die in den USA entwickelte Multidimensionale Familientherapie MDFT mit einem Therapieverfahren verglichen, das in seinen Grundzügen seit mehreren Jahren im *Therapieladen* angewandt wird (Treatment as usual: Jugendpsychotherapie).

Bei der Zusammenstellung der beiden therapeutischen Teams wurde daher darauf geachtet, dass in beiden Behandlungsteams die Qualifikation und therapeutische Erfahrung der Studientherapeuten gleichwertig vertreten waren. In beiden Teams waren jeweils 3 in der Jugend- und Suchttherapie langjährig erfahrene Psychologische Psychotherapeuten/innen sowie je eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, bzw. ein Suchttherapeut mit jeweils pädagogischer Grundausbildung tätig.

##### **3.1.1 Multidimensionale Familientherapie (MDFT)<sup>2</sup>**

MDFT-Therapiesitzungen („Sessions“) werden in verschiedenen Settings durchgeführt und umfassen telefonische Kontakte, Sitzungen in den Therapieeinrichtungen und zuhause in den Familien sowie in kommunalen Institutionen (Schule, Jugendgericht, Freizeitbereich). Eine Sitzung hat keine prinzipiell festgelegte Dauer, sondern ist den Anforderungen bzw. dem geplanten Ziel der Sitzung anzupassen.

Die Behandlungsdauer der MDFT wurde im Studiendesign auf 4 Monate bis 6 Monate festgelegt. In diesem Zeitraum wurde vor allem in der Anfangsphase (und je nach Fallverlauf auch im weiteren Therapieprozess) eine hohe Therapiedichte angestrebt. Auf unterschiedlichen Ebenen sind zwei, manchmal 3 „Sessions“ pro Woche der Normalfall. Eine festgelegte Gesamtanzahl von Sitzungen ist nicht vorgesehen, diese ist vielmehr flexibel und fallspezifisch entsprechend der individuellen Fallplanung zu bestimmen.

##### **3.1.2 Treatment as usual (TAU): Jugendpsychotherapie**

Die Jugendpsychotherapie (JUP) orientiert sich am etablierten integrativen jugendsuchtspezifischen Psychotherapiekonzept, das seit 2000 im *Therapieladen* angeboten wird. JUP hat den methodischen Schwerpunkt in personenzentrierter Gesprächspsychotherapie (Rogers, 1981) und kognitiver Verhal-

---

<sup>2</sup> Ausführungen zu den Inhalten von MDFT siehe Kapitel 1.1

tenstherapie (Beck, 1986). Im Weiteren sind die therapeutischen Interventionen und Techniken an der motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 1999) sowie an suchtspezifischen psychoedukativen Konzepten orientiert. JUP verfügt über kein Manual im Sinne festgelegter Sitzungsabfolgen mit vorstrukturierten Themen und Zielen, sondern orientiert sich individuell prozessorientiert an den je spezifischen (Entwicklungs-) Problemen der Jugendlichen. Im Unterschied zu MDFT liegt bei JUP der therapeutische Fokus primär auf der Bearbeitung und Veränderung des Erlebens und Verhaltens des jugendlichen Klienten. Mit der Konzentration der therapeutischen Arbeit auf den Jugendlichen selbst, ist der Therapeut in erster Linie der Bündnispartner des Jugendlichen, damit hat der Beziehungsaufbau (Allianzbildung) mit dem Jugendlichen einen zentralen Stellenwert für die Therapie. Der für die Arbeit mit Minderjährigen notwendige Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen hat beratenden, edukativen Charakter und wird primär als Unterstützungsprozess für die therapeutische Arbeit mit dem Jugendlichen definiert.

Für das Studiendesign wurde die Behandlungsdauer für die Jugendpsychotherapie JUP auf 9 bis 10 Monate festgelegt. Mit dieser im Vergleich zu den anderen TAUs der INCANT Studie längeren Therapiedauer wurde versucht, möglichst nahe an die sonst übliche Therapiezeit des JUP-Angebotes im Therapieladen anzuknüpfen (Diese ist in der regulären Therapiepraxis prinzipiell abhängig vom individuellen Fall). In diesem Zeitraum wurden durchschnittlich 1-mal wöchentlich Einzeltherapiesitzungen in der Einrichtung, und 1-mal monatlich Sitzungen mit Eltern oder anderen Bezugspersonen angeboten. Ähnlich wie bei der MDFT war eine fallspezifische Flexibilität in Settings möglich, mit Ausnahme von Familientherapiesitzungen, die im JUP nicht angeboten werden durften.

### **3.1.3 Überprüfung der Manualtreue (Treatment Adherence)**

#### **3.1.3.1 Multidimensionale Familientherapie (MDFT)**

MDFT hat verschiedene Methoden zur Evaluation der Manualtreue entwickelt. Bei der Überprüfung und dem Monitoring hatte der in der Pilotstudie geschulte MDFT-Supervisor eine Schlüsselfunktion: Er unterstützt und begleitet die MDFT-Therapeuten individuell und fallspezifisch in den verschiedenen MDFT-Supervisionsformaten (Einzelfallsupervision, Videotape Review, Live Supervision). Alle MDFT-Sitzungen wurden per Video (oder Audio) aufgezeichnet. Während der Studie wurde der MDFT-Supervisor zusätzlich von den MDFT-Entwicklern (telefonisch und per Email Feedback) fachlich begleitet und supervidiert. Zur Überprüfung der Manualtreue wurden außerdem insgesamt 15 ausgewählte MDFT-Sitzungen mit dem Instrument MDFT Intervention Inventory (MII) von unabhängigen Ratern evaluiert. Darüber hinaus wurden die *Contact Logs* kontinuierlich geprüft, die einen Einblick in die Behandlungsintensität und den MDFT-spezifischen multidimensionalen Settingmix geben.

#### **3.1.3.2 Treatment as usual (TAU): Jugendpsychotherapie**

Für das JUP-Programm gibt es, wie bereits erwähnt, kein manualisiertes Vorgehen, die Therapeuten/innen orientieren sich vielmehr an therapeutischen Leitlinien, wie sie im JUP-Protokoll des INCANT-Studiendesigns festgelegt sind. Die interne Qualitätssicherung fand in wöchentlicher Intervention und zweiwöchentlicher externer Fallsupervision des JUP-Teams mit einem qualifizierten Supervisor statt. Darüber hinaus wurde über die *Contact Logs* die vereinbarte Dauer, das Setting und die Frequenz der JUP-Behandlung kontrolliert.

### 3.2 Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

Die Rekrutierung der Untersuchungspopulation erfolgte primär innerhalb des Netzwerks der Kooperationspartner des *Therapieladens* im Zeitraum von Oktober 2006 bis März 2009. Interessierte Jugendliche und ihre Familienangehörigen wandten sich zu einem ersten Klärungsgespräch an die Projektmitarbeiterin. Zugangskriterien zur Behandlungsstudie waren:

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

Ausgeschlossen wurden Personen, die unter einer schweren akuten psychiatrischen Erkrankung litten, sich aktuell in einer psychotherapeutischen Behandlung befanden oder für die die Indikation für eine spezifische Suchtbehandlung vorlag (z. B. stationäre Therapie).

Nach Prüfung der Voraussetzungen für eine Studienteilnahme wurden die interessierten Jugendlichen und deren Eltern über die Details der Untersuchung informiert und im Anschluss daran gebeten, die Einverständniserklärung (Informed Consent) zu unterzeichnen.

### 3.3 Messzeitpunkte & Untersuchungsinstrumente

Die INCANT-Studie umfasste fünf unterschiedliche Messzeitpunkte, an denen studienrelevante Informationen von den Jugendlichen erfragt wurden: Zu Beginn der Studie (Baseline), sowie drei, sechs, neun und zwölf Monate danach. Neben den Jugendlichen wurden ihre Erziehungsberechtigten zur Studienbaseline, sowie zum 6- und 12-Monats-Follow-Up befragt. Für die Teilnahme an den Nachbefragungen wurden im deutschen Teil der Studie Aufwandentschädigungen zwischen 10 Euro und 25 Euro gezahlt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Instrumente, die zur Beschreibung der Untersuchungsteilnehmenden und der Beantwortung der Studienfragen genutzt werden.

Relevante Hintergrundinformationen über die Jugendlichen und ihre Familien wurden mit Fragebögen erhoben, die am *Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse (CTRADA)* in Miami, USA, entwickelt und bereits in früheren Therapiestudien zu MDFT eingesetzt wurden. Im Rahmen dieser Mischfragebögen wurden die Jugendlichen und ihre Erziehungsberechtigten über verschiedene Themen befragt, wie z.B. ihre demografische Daten, ihre Familienstruktur, delinquentes Verhalten oder familiäre Problemfaktoren.

Der Cannabiskonsum als primäres Effektivitätsmaß wurde mittels der Timeline Followback-Methode (TLFB) erhoben. Hierbei wurde der Konsum innerhalb der letzten 90 Tage mit Hilfe eines Kalenders und anderer Gedächtnisstützen erfragt. Zur Verifizierung der mittels TLFB-Methode gewonnenen Konsumwerte wurden zudem Urinkontrollen vorgenommen. Hierzu wurde ein einstufiger Immunoassay für den simultanen und qualitativen Nachweis von Tetrahydrocannabinol-Metaboliten verwendet. Wurde die Teilnahme am Urin-Test verweigert, wurde dies als positive Probe gewertet.

Missbrauch und Abhängigkeit von Cannabis und allen anderen relevanten psychoaktiven Substanzen<sup>3</sup> wurden anhand des *Adolescent Diagnostic Interview-Light (ADI-Light; Winters & Henly, 1993)* erho-

---

<sup>3</sup> Alkohol, Amphetamine, Ecstasy, Kokain / Crack, Halluzinogene, Beruhigungsmittel / Tranquilizer, Heroin / andere Opiate

ben. Dieses, für die jeweilige Substanz angepasste, multiaxiale Instrument misst Missbrauchs- und Abhängigkeitskriterien nach DSM-IV. Das ADI-Light wurde zudem genutzt, um das oben genannte Studieneinschlusskriterium des Cannabismissbrauchs bzw. der cannabisbezogenen Abhängigkeit zu prüfen (vgl. Abschnitt 3.2). Darüber hinaus wurde mit dem *Personal Experiences Inventory* (PEI; Winters & Henly, 1989) ein zusätzliches Instrument zur Beurteilung des Konsums psychoaktiver Substanzen eingesetzt. Das Instrument PEI, bzw. die im Rahmen von INCANT genutzte PEI-Subskala *Personal Involvement with Chemicals Scale*, besteht aus 29 Items und hat zum Ziel, die mit dem Substanzmissbrauch assoziierten Probleme von Jugendlichen zu erheben (ebda.).

Die interpersonellen Beziehungen in der Familie wurden anhand der *Family Environment Scale* (FES; Moos & Moos, 1986) erhoben. Es kamen die Subskalen *Konflikt & Kohäsion* zum Einsatz, anhand derer die Konfliktbereitschaft und der Zusammenhalt innerhalb der Familie erhoben wurde. Die FES ist ein international vielfach eingesetztes Instrument zur Selbstauskunft, das gute psychometrische Kennwerte aufweist (ebda.).

Anderer Gegenstand der vorliegenden Studie war die Erhebung von Verhaltensauffälligkeiten und emotionaler Belastungen aufseiten der Jugendlichen. Hierzu wurden der *Youth Self-Report* (YSR; Achenbach & Edelbrock, 1983) und die *Child Behavior Checklist* (CBCL; ebda.) genutzt. Beide Instrumente werden weltweit eingesetzt, sie wurden bisher in mehr als 50 Sprachen übersetzt und zeigten als Gesamtskala sehr gute Reliabilität und Validität (ebda.). Bei dem YSR und der CBCL handelt es sich um weitgehend identische Fragebögen, die entweder dem Kind (YSR) oder einem Elternteil (CBCL) vorgelegt werden. Im Rahmen von INCANT kamen lediglich die Problembereich-Skalen zur Anwendung, in der die internalisierenden (z.B. Neigung zur Depressivität & Ängstlichkeit) und externalisierenden Auffälligkeiten (Verhaltensauffälligkeiten) abgefragt werden. Ein Punktwert von 64 Punkten oder mehr wurde als Indikator für eine psychische Auffälligkeit betrachtet (vgl. Achenbach & Edelbrock, 1983; Döpfner, Schmeck & Berner, 1994).

Daneben wurde in der Baseline-Erhebung eine Diagnostik psychischer Störungen nach DSM-IV durchgeführt. Hierzu wurde das *Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Kinder-DIPS; Unnewehr, Schneider & Margraf, 1998) eingesetzt. Es findet breite Anwendung in klinischer Forschung und Praxis und zeigte in bisherigen Studien zufriedenstellende bis sehr gute Reliabilitäts- und Validitätswerte. Das Kinder-DIPS erfasst neben externalisierenden bzw. expansiven Verhaltensstörungen unter anderem auch verschiedene internalisierende Störungen, wie z.B. affektive Störungen.

Neben diesen substanzbezogenen und psychosozialen Beurteilungsmerkmalen wurde zudem erfragt, wie zufrieden die Jugendlichen und ihre Erziehungsberechtigten mit „ihrer“ Behandlungsmethode (MDFT / TAU) waren. Hierzu kam die *Therapiezufriedenheitsskala* (*Satisfaction Scale*) zum Einsatz; sie wurde jeweils den Jugendlichen und ihren Eltern vorgelegt. Sie hat zufriedenstellende Reliabilität und Validität (Brannan et al., 1996).

Tabelle 1: Eingesetzte Instrumente

Jugendliche	Baseline	1. Follow-Up (3 Monate)	2. Follow-Up (6 Monate)	3. Follow-Up (9 Monate)	4. Follow-Up (12 Monate)
Multithematischer Fragebogen	•		•		•
Cannabiskonsum: Konsumtage / letzte 90 T.	•	•	•	•	•
Cannabiskonsum: Urinalysen	•				
ADI-Light: Cannabis	•				
ADI-Light: Alkohol & andere Substanzen	•				
Personal Experience Inventory (PEI)	•		•	•	•
Family Environment Scale (FES)	•		•	•	•
Youth Self-Report (YSR)	•		•		•
Kinder-DIPS (DSM-IV)	•				
Therapiezufriedenheitsskala			•		
Erziehungsberechtigte	Baseline	1. Follow-Up (3 Monate)	2. Follow-Up (6 Monate)	3. Follow-Up (9 Monate)	4. Follow-Up (12 Monate)
Multithematischer Fragebogen	•		•		•
Child Behavior Checklist (CBCL)	•		•		•
Therapiezufriedenheitsskala			•		
Abkürzungen: ADI = <i>Adolescent Diagnostic Interview</i> zur Erfassung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit; Kinder-DIPS = Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter					

### 3.4 Statistische Auswertungsmethoden

In Abschnitt 4.1 sollen zunächst die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von INCANT anhand aller relevanten Untersuchungsmerkmale beschrieben werden. Um zu überprüfen, ob die Randomisierung zu vergleichbaren Gruppen führte, wurden beide Studiengruppen mithilfe von Zusammenhangsanalysen (Chi-Quadrat-Test; Phi-oder Cramér-V-Koeffizient), T-Tests oder U-Tests verglichen. Darüber hinaus wurden geschlechterspezifische Analysen durchgeführt; die zugehörigen Ergebnisse werden jedoch nur im Fall statistischer Signifikanz berichtet. Die Überprüfung, ob das Ausscheiden aus der Untersuchung im Studienverlauf an differenzielle Merkmale geknüpft ist und somit ein selektiver Drop-Out vorliegt, wurde mithilfe einer binär-logistischen Regressionsanalyse untersucht.

Die Forschungshypothesen (Abschnitt 4.2) wurden mit Kovarianzanalysen (ANCOVA), binären und ordinalen logistischen Regressionen überprüft. Aufgrund der Länge der einzelnen Treatments (vgl. Abschnitt 3.6) wurden Gruppenvergleiche ausschließlich zum Zeitpunkt des 12-Monats-Follow-Ups vorgenommen, wobei der Baseline-Wert des jeweils untersuchten Merkmals stets als Kovariate modelliert wurde<sup>4</sup>. Zur Beurteilung der Zwischengruppeneffekte (MDFT vs. TAU) wurde im Fall von statistischer Signifikanz Cohen's d berechnet (Cohen, 1988)<sup>5</sup>. Daneben wurde mithilfe von gepaarten T-Tests, sowie mit Cohen's d für Vorher-Nachher-Vergleiche<sup>6</sup> untersucht, wie sich die Werte jedes intervallskalierten Outcomes pro Gruppe (MDFT / TAU) entwickelten. Zudem wurden explorative Sub-

<sup>4</sup> Eine Ausnahme stellt die Analyse der Zufriedenheitsskalen dar, bei denen es keinen Baseline-Wert zu kontrollieren gab. Dort kamen T-Tests für unabhängige Stichproben zum Einsatz.

<sup>5</sup> Bei der Berechnung von d wurden die Baseline-Werte der jeweiligen Variable berücksichtigt.

<sup>6</sup> Hierzu wurde das Zusatzprogramm *sizefx* für STATA genutzt.

gruppenanalysen mit der abhängigen Variable *Cannabis-Konsumtage* vorgenommen; hier kamen Kovarianzanalysen zum Einsatz.

Die Analysen wurden nach dem *Intention-to-Treat-Prinzip* (ITT) durchgeführt, wonach sämtliche Studienteilnehmenden (d.h. auch die, zu denen keine Nachbefragungsdaten vorliegen) in die Auswertungen einbezogen wurden. Die Imputation fehlender Follow-Up-Werte wurde mittels der *Last-Observation-Carried-Forward-Methode* (LOCF) vorgenommen. Das heißt, fehlende Werte wurden durch die Ausprägung des vorangegangenen Messzeitpunkts ersetzt. Neben den ITT- bzw. LOCF-Analysen wurden in zentralen Untersuchungsmerkmalen zudem *Complete-Case-Analysen* (CC) durchgeführt, in denen lediglich die Fälle ausgewertet wurden, die an den betreffenden Nachbefragungen teilnahmen.

Bei der Überprüfung auf selektiven Drop-Out (3.5) und bei den Gruppenvergleichen zur Testung der Randomisierung (4.1), wurde ein zweiseitiges Signifikanzniveau von  $\alpha=10\%$  gewählt. Bei der Analyse der Therapieeffekte (4.2) wurde  $\alpha$  konventionsgemäß auf 5% festgelegt (einseitige Testung). Die Datenaufbereitung und -analyse wurde mit den Programmpaketen SPSS 15 und STATA 11 durchgeführt.

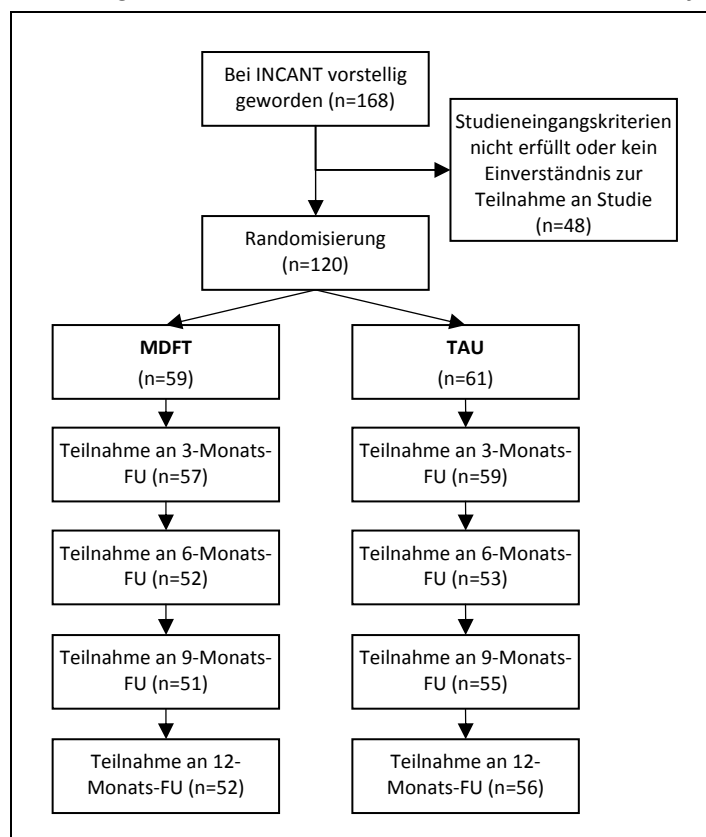
### 3.5 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Studienverlauf

Wie das in Abbildung 1 dargestellte Flussdiagramm zeigt, wurden insgesamt 168 Jugendliche mit mindestens einem Elternteil im INCANT-Büro vorstellig. 48 von ihnen wurden jedoch nicht in die Studie aufgenommen, weil sie entweder die Teilnahmebedingungen nicht erfüllten oder keine schriftliche Einverständniserklärung abgaben.

Die im Rahmen der Studienplanung veranschlagte Gruppengröße von  $n=120$  wurde im März 2009 erreicht. Die Randomisierung führte zu annähernd gleichen Gruppengrößen (MDFT:  $n=59$ ; TAU:  $n=61$ ). 52 bzw. 56 Jugendliche samt Elternteil konnten für das entscheidende 12-Monats-Follow-Up rekrutiert werden. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 88,1% (MDFT) bzw. 91,8% (TAU). Vor dem Hintergrund, dass diverse Jugendliche beispielsweise aufgrund ihrer Lebensumstände schwer zu erreichen waren, ist diese hohe Rekrutierungsquote besonders hervorzuheben.

Es liegt kein nennenswerter selektiver Drop-Out der Studienteilnehmenden im Untersuchungsverlauf vor. So erwiesen sich weder zentrale Personenmerkmale noch die Gruppenzugehörigkeit als signifikanter Prädiktor für eine Befragung am

Abbildung 1: Anzahl der Teilnehmenden im Studienverlauf



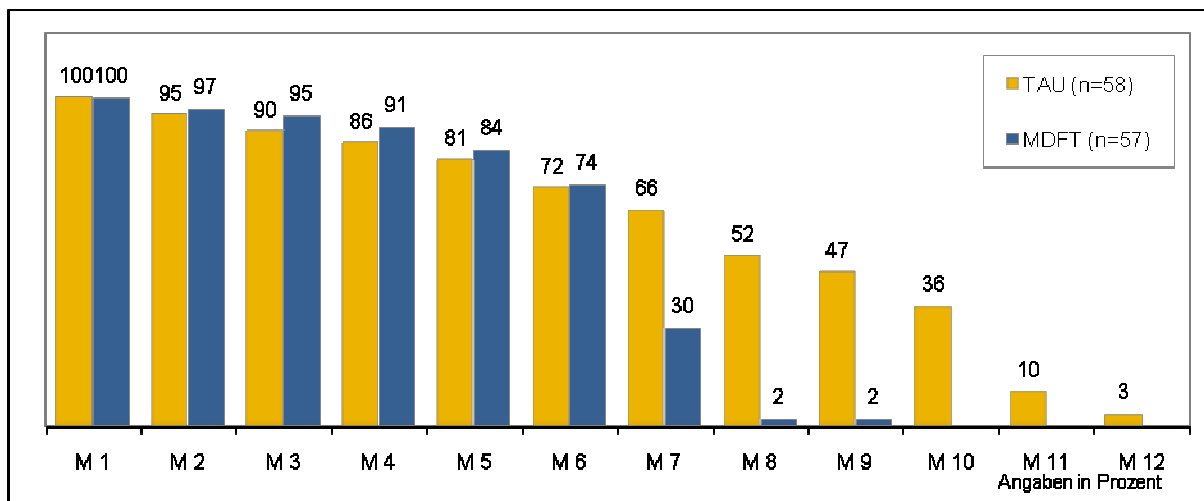
12-Monats-Follow-Up<sup>7</sup>. Es kann somit angenommen werden, dass diejenigen, die an der entsprechenden Nachbefragung teilnahmen, alle Studienteilnehmenden adäquat abbilden.

### 3.6 Dauer der Interventionen und fallbezogener Zeitaufwand

In Abbildung 2 ist dargestellt, wie lange die Jugendlichen am jeweiligen Treatment teilnahmen. Wie zu erkennen ist, erstreckt sich die Behandlung des Vergleichstreatments TAU im Schnitt über einen deutlich längeren Zeitraum als MDFT<sup>8</sup>. Während ein Großteil der MDFT-Klientel die Therapie nach dem sechsten Monat abschließt, bleibt die Mehrheit der TAU-Jugendlichen auch darüber hinaus noch in Behandlung. Mehr als ein Drittel von ihnen (36%) sind zehn Monate nach Beginn der Intervention noch aktiv.

Der fallbezogene Aufwand ist im Rahmen der multidimensionalen Familientherapie jedoch deutlich größer. So wurden für jeden Fall dieser Untersuchungsgruppe durchschnittlich 37,6 Stunden (SD=16,1) aufgewendet – fast doppelt so viel wie für Teilnehmende des Vergleichstreatments (TAU: 20,4 Stunden; SD=11,6).

Abbildung 2: Anteil der Jugendlichen, die im jeweiligen Monat noch in Behandlung waren



<sup>7</sup> Alter: OR=1,17; 95%-KI:0,69-1,99; p=.447; Geschlecht: OR=1,53; 95%-KI:0,36-6,54; p=.563; Bildungsniveau: OR=1,04; 95%-KI:0,50-2,21; p=.901; Cannabiskonsum: OR=0,99; 95%-KI:0,96-1,01; p=.280; Delinquenz: OR=0,96; 95%-KI:0,22-4,17; p=.961; Studiengruppe: OR=0,62; 95%-KI:0,18-2,14; p=.549

<sup>8</sup> Mann-Whitney U=1008,5; p<.001



## 4. Ergebnisse

In diesem Abschnitt soll zunächst eine Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der INCANT-Studie vorgenommen werden (4.1). Neben soziodemografischen Merkmalen wurden hierzu verschiedene Indikatoren herangezogen, um die familiäre Situation und den Substanzkonsum darzulegen. Darüber hinaus soll das Ausmaß an psychischer Problembelastung, an Verhaltensauffälligkeiten und an Delinquenz genauer beleuchtet werden. In Abschnitt 4.2 werden die Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung vorgestellt.

### 4.1 Beschreibung der Jugendlichen zum Beginn der Studie (Baseline)

#### 4.1.1 Soziodemografische Merkmale

##### 4.1.1.1 Alter & Geschlecht

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zu Studienbeginn zwischen 13 und 18 Jahre alt – mit einer Ausnahme: In Rücksprache mit dem Studienleiter wurde ein 12-jähriger Junge ebenfalls in die Untersuchung aufgenommen. Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass die meisten Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren alt waren, mit einem Durchschnitt von 16,2 Jahren (SD=1,2). Männliche Klienten stellen mit 82,5% die eindeutige Mehrheit. Dieser Befund steht im Einklang mit der deutlich höheren Prävalenz cannabisbezogener Störungen in der männlichen Bevölkerung (Kraus et al., 2008) und der damit einhergehenden deutlich stärkeren Inanspruchnahme des Suchthilfesystems durch männliche Konsumenten (IFT, 2009). Es zeigen sich keine signifikanten alters- oder geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen beiden Studiengruppen<sup>9</sup>.

Tabelle 2: Alter & Geschlecht der Jugendlichen

	MDFT (n=59)	TAU (n=61)	Gesamt (n=120)	TAU vs. MDFT
<b>Alter (kategorisiert)</b>				
12-14 Jahre	10,2%	11,5%	10,8%	
15-16 Jahre	37,3%	49,2%	43,3%	
17-18 Jahre	52,5%	39,3%	45,8%	
<b>Alter (Durchschnitt)</b>	16,3 (1,2)	16,1 (1,2)	16,2 (1,2)	n.s.
<b>Geschlecht</b>				
Männlich	81,4%	83,6%	82,5%	n.s.
Weiblich	18,6%	16,4%	17,5%	--
Anmerkung: Werte in Klammern hinter dem Durchschnitt (hier: Zeile <i>Alter</i> ) bezeichnen die Standardabweichungen (SD)				

<sup>9</sup> Altersunterschied MDFT vs. TAU:  $T(118)=1,160$ ;  $p=.248$ ; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & Geschlecht (w / m):  $\Phi=0,03$ ;  $p=.746$

#### 4.1.1.2 Schulbildung

Zwei Drittel der Jugendlichen (66,7%; n=80) äußerten, noch zur Schule zu gehen. Ihr aktueller Bildungsweg ist in Tabelle 3 dargestellt. Diejenigen, die einen niedrigen Bildungsabschluss anstreben, sind stark überrepräsentiert (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009a). In diesem Zusammenhang ist der relativ hohe Anteil von Jugendlichen hervorzuheben, die alternative Schulformen besuchen (22,5%; n=18). Hierzu zählen spezielle Förderprogramme, die sich an suchtkranke Schülerinnen und Schüler oder Schulverweigerer richten. Ebenso fallen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Berufsvorbereitungsjahrs in diese Kategorie. Zusammen mit Besucherinnen und Besuchern von Förderschulen (1,3%; n=1) und Hauptschulen (20,0%; n=16) stellen diese einen Anteil von 43,8% (n=35). Diejenigen, die einen niedrigen Bildungsabschluss anstreben, sind in der vorliegenden Stichprobe somit stark überrepräsentiert (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009a). Jugendliche, die das Gymnasium besuchen, stellen mit 16,3% (n=13) dagegen einen im Vergleich zum Bundesschnitt geringen Anteil (dort: 41,3%; ebda.). Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Studiengruppen<sup>10</sup>.

Nach eigenen Angaben fehlten die Schülerinnen und Schüler im letzten Jahr an durchschnittlich 23,5 Tagen (SD=34,8) unentschuldig. In diesem Wert weichen TAU und MDFT signifikant voneinander ab<sup>11</sup>. 23,0% der Schülerinnen und Schüler schwänzten mindestens einen Tag (nicht in der Tabelle dargestellt); dieser Anteil ist mehr als doppelt so groß wie unter Berliner Schülerinnen und Schülern (dort im Schuljahr 2005/2006: 11%; Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft & Forschung, 2006). 15,8% (n=12) der Schülerinnen und Schüler gaben zudem an, im letzten Jahr von der Schule suspendiert worden zu sein<sup>12</sup>.

Tabelle 3: Aktueller Bildungsweg & Schulprobleme der Schülerinnen und Schüler

	MDFT (n=39)	TAU (n=41)	Gesamt (n=80)	TAU vs. MDFT
<b>Aktueller Bildungsweg</b>				
Förderschule / Sonderschule	0,0%	2,4%	1,3%	n.s.
Hauptschule	17,9%	22,0%	20,0%	--
Realschule	17,9%	19,5%	18,8%	--
Gesamtschule	15,4%	26,8%	21,3%	--
Gymnasium	23,1%	9,8%	16,3%	--
Andere Schulart	25,6%	19,5%	22,5%	--
	MDFT (n=38)	TAU (n=38)	Gesamt (n=76)	TAU vs. MDFT
<b>Schulverweigerung &amp; Schulsuspendierung</b>				
Geschwänzte Tage im letzten Schuljahr (Durchschnitt)	31,7 (43,2)	15,4 (21,4)	23,5 (34,8)	p=.046
Im letzten Schuljahr von der Schule suspendiert	15,8%	15,8%	15,8%	n.s.

Die in Tabelle 4 dargestellten Ergebnisse zum höchsten Schulabschluss verweisen ebenfalls auf das niedrige Bildungsniveau der Studienteilnehmenden. So äußerte die Hälfte der ehemaligen Schülerinnen und Schüler (50%; n=20), keinen Schulabschluss erreicht zu haben. Jugendliche mit Hauptschulabschluss sind ebenfalls sehr stark vertreten (40%; n=16). Dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit

<sup>10</sup> Vergleich Gruppe (MDFT / TAU) & aktueller Bildungsweg (ohne „Gesamtschule“ & „Andere Schulart“): Mann-Whitney U=189,5; p=.127

<sup>11</sup> Altersunterschied MDFT vs. TAU: T(52,62)=-2,047; p=.046

<sup>12</sup> Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & Suspendiert (ja / nein): Phi=0,00; p=1.000

höherem Bildungsabschluss nur schwach repräsentiert sind, kann allerdings auch mit dem vorab definierten Altersbereich von INCANT erklärt werden. So ist z.B. das Nichtvorhandensein von Abiturienten und Abiturientinnen in der Stichprobe darauf zurückzuführen, dass das maximale Alter auf 18 Jahre beschränkt war (vgl. Abschnitt 3.2). Beide Studiengruppen unterscheiden sich im Merkmal „Bildungsabschluss“ nicht signifikant<sup>13</sup>.

Tabelle 4: Höchster Bildungsabschluss der Schulabgänger/innen

	MDFT (n=20)	TAU (n=20)	Gesamt (n=40)	TAU vs. MDFT
Keinen Schulabschluss	45,0%	55,0%	50,0%	n.s.
Hauptschulabschluss	45,0%	35,0%	40,0%	--
Mittlere Reife	10,0%	10,0%	10,0%	--
Abitur / Fachhochschulabschluss	0,0%	0,0%	0,0%	--

#### 4.1.1.3 Tätigkeitsstatus

Die in Tabelle 5 dargestellten Ergebnisse zum aktuellen Tätigkeitsstatus lassen ebenfalls eher niedrige sozioökonomische Entwicklungschancen aufseiten der Studienteilnehmenden erkennen. So äußerten lediglich 35% (n=14) der ehemaligen Schülerinnen und Schüler, eine Anstellung zu haben oder wenigstens zeitweise zu jobben. Knapp zwei Drittel (65%; n=26) äußerten dagegen, arbeitslos zu sein.

Nur ein vergleichsweise geringer Teil der Jugendlichen bestreitet den Lebensunterhalt durch eigenes (legales) Einkommen (25%; n=10). Mehr als doppelt so viele Schulabgängerinnen und Schulabgänger (55%; n=22) nutzen stattdessen staatliche Beihilfen oder finanzielle Unterstützung durch die Familie. Darüber hinaus äußerten 7,5% (n=3), sich durch illegale Geschäfte zu finanzieren. In keinem der in Tabelle 5 dargestellten Merkmale zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen der MDFT- und TAU-Klientel<sup>14</sup>. Dies gilt auch für die Items, bei denen die Anteilswerte zwischen beiden Studiengruppen relativ deutlich voneinander abweichen (z.B. „Lohn oder Gehalt“).

Tabelle 5: Tätigkeitsbezogene Merkmale der Schulabgänger/innen

	MDFT (n=20)	TAU (n=20)	Gesamt (n=40)	TAU vs. MDFT
<b>Tätigkeitsstatus</b>				
„Ich bin arbeitslos“	50,0%	40,0%	45,0%	n.s.
„Ich habe keine Arbeit und ich suche auch keine“	10,0%	30,0%	20,0%	n.s.
„Ich habe eine feste Anstellung“	20,0%	20,0%	20,0%	n.s.
„Ich jobbe zeitweise, habe aber keine feste Anstellung“	20,0%	10,0%	15,0%	n.s.
<b>Haupteinnahmequelle</b>				
Staatliche Beihilfen (Arbeitslosengeld, Hartz IV etc.)	30,0%	25,0%	27,5%	n.s.
Geld von der Familie oder Verwandten	25,0%	30,0%	27,5%	n.s.

<sup>13</sup> Vergleich Gruppe (MDFT / TAU) & Schulabschluss: Mann-Whitney U=182,0; p=.589

<sup>14</sup> Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „arbeitslos“ (n / j): Phi=-0,08; p=.623; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „keine Arbeit und ich suche auch keine“ (n / j): Phi=-0,13; p=.413; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „feste Anstellung“ (n / j): Phi=-0,01; p=.939; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „jobbe zeitweise“ (n / j): Phi=0,19; p=.224; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Staatliche Beihilfen“ (n / j): Phi=-0,40; p=.796; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Geld von der Familie“ (n / j): Phi=0,70; p=.655; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Lohn oder Gehalt“ (n / j): Phi=-0,21; p=.172; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Geld aus illegalen Quellen“ (n / j): Phi=0,10; p=.520

Lohn oder Gehalt	35,0%	15,0%	25,0%	n.s.
Geld aus illegalen Quellen	5,0%	10,0%	7,5%	n.s.

### **Zusammenfassung:**

- Das Durchschnittsalter der Jugendlichen beträgt 16,2 Jahre; männliche Teilnehmer dominieren zahlenmäßig eindeutig (82,5%).
- Die Jugendlichen weisen nur schwache sozioökonomische Entwicklungschancen auf. Dies kann mit ihrem niedrigen Bildungsniveau und einer schlechten Integration in den Arbeitsmarkt erklärt werden. Das Ausmaß an Schulverweigerung und Schulverweisen ist ebenfalls kritisch zu betrachten.

## **4.1.2 Familiärer Hintergrund**

### **4.1.2.1 Herkunft & Beziehungsstatus der Eltern**

Tabelle 6 gibt Aufschluss über die familiäre Herkunft der Jugendlichen, ihren Wohnstatus und den Beziehungsstatus der Eltern. Fast alle in die Studie aufgenommenen Jugendlichen sind in Deutschland geboren (95,8%). Nimmt man einen Migrationshintergrund dann an, wenn mindestens ein Elternteil nicht aus Deutschland stammt (vgl. Kuhnke, 2006), so liegt bei 29,6% der Jugendlichen dieses Merkmal vor. Dieser Wert liegt leicht über dem bevölkerungsbezogenen Anteil (24%; Jugendliche von 15 bis 20 Jahre; Statistisches Bundesamt, 2009b).

30% der Jugendlichen äußerten, nicht mehr zu Hause zu wohnen. Dieser angesichts ihres jungen Alters recht hohe Anteil fällt zum großen Teil auf Jugendliche zurück, die in einer betreuten Wohnform oder Jugendarrest untergebracht ist. Sie stellen 20% aller Teilnehmenden (nicht in der Tabelle dargestellt).

Der Anteil der Jugendlichen, deren Eltern verheiratet sind bzw. zusammenleben, ist mit 27,5% außerordentlich gering. Bei knapp zwei Dritteln der Jugendlichen (65%) ließen sich die Eltern scheiden bzw. haben sich getrennt. Vergleicht man diesen Anteil mit der Scheidungsrate in Deutschland, so ist dies ein außerordentlich hoher Wert. Rund ein Drittel der Ehen in Deutschland werden irgendwann geschieden (Emmerling, 2007).

In keinem der in diesem Abschnitt genannten Merkmale lassen sich signifikante Abweichungen zwischen beiden Studiengruppen feststellen<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „In Deutschland geboren“ (n / j): Phi=-0,13; p=.159; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Beide Elternteile aus Deutschland“ (n / j): Phi=-0,16; p=.234; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Wohnstatus zu Hause“ (n / j): Phi=-0,03; p=.780; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Wohnstatus im Jugendarrest / betr. Wohnen“ (n / j): Phi=0,12; p=.201; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Beziehungsstatus der Eltern“ (verh. / getrennt / verstorben): Cramér’s V=0,13; p=.363

Tabelle 6: Herkunft der Familie, Wohnstatus der Jugendlichen & Beziehungsstatus der Eltern

	MDFT (n=59)	TAU (n=61)	Gesamt (n=120)	TAU vs. MDFT
<b>Geburtsland der Jugendlichen</b>				
In Deutschland geboren	93,2%	98,4%	95,8%	n.s.
Nicht in Deutschland geboren	6,8%	1,6%	4,2%	--
<b>Geburtsland der Eltern</b>				
Beide Elternteile aus Deutschland	66,1%	75,4%	70,8%	n.s.
Mindestens ein Elternteil nicht aus Deutschland	33,9%	24,6%	29,6%	--
<b>Wohnstatus der Jugendlichen</b>				
Bei den Eltern / Erziehungsberechtigten	71,2%	68,9%	70,0%	n.s.
Nicht mehr zu Hause	28,8%	31,1%	30,0%	--
<b>Beziehungsstatus der Eltern</b>				
Eltern verheiratet / zusammenlebend	22,0%	32,8%	27,5%	n.s.
Eltern getrennt / geschieden	71,2%	59,0%	65,0%	--
Ein Elternteil verstorben	6,8%	8,2%	7,5%	--

#### 4.1.2.2 Problembelastung anderer Familienmitglieder

Tabelle 7 gibt einen Überblick, welche Belastungsfaktoren die Jugendlichen bei ihren Familienmitgliedern zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung wahrnahmen. Hierbei wurden sie nach dem aktuellen Vorliegen substanzbezogener, psychischer oder juristischer Probleme gefragt. Weit mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen (61,7%) leben nach eigener Aussage in Familien, die in den genannten Bereichen Belastungen aufweisen. Es lassen sich hierbei keine signifikanten Unterschiede zwischen MDFT- und TAU-Mitgliedern feststellen<sup>16</sup>.

Nach Aussage der Jugendlichen sind ihre Väter signifikant häufiger von Alkoholproblemen betroffen als ihre Mütter (16,7% vs. 7,5%)<sup>17</sup>; daneben zeigen die männlichen Bezugspersonen eine deutlich höhere Delinquenz (14,2% vs. 5,0%)<sup>18</sup>. Im Gegensatz dazu sind psychische Probleme unter den Müttern signifikant stärker verbreitet (20,0% vs. 5,0%)<sup>19</sup>. Unter den Geschwistern sind juristische Probleme bzw. delinquentes Verhalten relativ stark vertreten. So äußerten 16,7% von der Jugendlichen, mindestens eines ihrer Geschwister sei schon einmal verhaftet worden. Drogenbezogene Probleme spielen den Angaben zufolge bei 15,0% der Geschwister eine Rolle.

<sup>16</sup> Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Irgendein Problem bei Vater, Mutter, Geschwistern“ (n / j): Phi=0,05; p=.603

<sup>17</sup> Zusammenhang Geschlecht Eltern (Vater / Mutter) & „Alkoholprobleme“ (n / j): Phi=-0,14; p=.029

<sup>18</sup> Zusammenhang Geschlecht Eltern (Vater / Mutter) & „Delinquenz“ (n / j): Phi=-0,17; p=.007

<sup>19</sup> Zusammenhang Geschlecht Eltern (Vater / Mutter) & „Psychische Probleme“ (n / j): Phi=-0,23; p<.001

Tabelle 7: Problembelastung in der Familie aus Sicht der Jugendlichen (Mehrfachnennungen möglich)

	MDFT (n=59)	TAU (n=61)	Gesamt (n=120)	TAU vs. MDFT
<b>Irgendein Problem bei Vater, Mutter, Geschwistern</b>	59,3%	63,9%	61,7%	n.s.
<b>Vater</b>				
Alkoholprobleme	20,3%	13,1%	16,7%	--
Drogenprobleme	10,2%	6,6%	8,3%	--
Psychische Probleme	3,4%	6,6%	5,0%	--
Schon einmal verhaftet worden	13,6%	14,8%	14,2%	--
<b>Mutter</b>				
Alkoholprobleme	6,8%	8,2%	7,5%	--
Drogenprobleme	11,9%	1,6%	6,7%	--
Psychische Probleme	23,7%	16,4%	20,0%	--
Schon einmal verhaftet worden	6,8%	3,3%	5,0%	--
<b>Geschwister (irgendeins)</b>				
Alkoholprobleme	6,8%	8,2%	7,5%	--
Drogenprobleme	11,9%	18,0%	15,0%	--
Psychische Probleme	5,1%	8,2%	6,7%	--
Schon einmal verhaftet worden	15,3%	18,0%	16,7%	--

**Zusammenfassung:**

- Der Anteil von Jugendlichen mit Migrationshintergrund entspricht ungefähr dem Bevölkerungsschnitt (29,6%).
- Knapp ein Drittel der Jugendlichen (30%) lebt nicht mehr zu Hause; der größte Teil von ihnen (20% aller Teilnehmenden) lebt in einer Jugendhilfeeinrichtung oder im Jugendarrest.
- Jugendliche, deren Eltern zusammenleben, stellen lediglich einen Anteil von 27,5%.
- Die Mehrheit der Jugendlichen (61,7%) berichtet von psychischen Belastungen, substanzbezogenen Problemen oder von delinquentem Verhalten aufseiten ihrer Familienmitglieder.

### 4.1.3 Substanzkonsum

Tabelle 8 stellt den Substanzkonsum der Jugendlichen zu Studienbeginn dar. Erwartungsgemäß zeigen sich hohe Konsumprävalenzen. In Kongruenz mit den Studieneinschlusskriterien weisen zudem alle Teilnehmenden entweder Cannabis-Missbrauch (11,7%) oder -Abhängigkeit (88,3%) vor. In einer Stichprobe von Jugendlichen ähnlichen Alters aus stationären Suchthilfeeinrichtungen war pathologischer Cannabiskonsum mit 72,5% etwas geringer vertreten (Schu et al., 2009)<sup>20</sup>.

Durchschnittlich betrachtet konsumierten die Jugendlichen an 60,6 der letzten 90 Tage, wobei die Konsumfrequenz sehr heterogen ausgeprägt ist. So umfasst die Spannweite der Nennungen den kompletten Zeitraum von 0 bis 90 Tagen (SD=26,2 Tage).

Die Übereinstimmung dieser Selbstangaben mit den Ergebnissen der Urinkontrolle ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ), jedoch nur schwach ausgeprägt ( $Kappa = 0,23$ ). Der schwache Zusammenhang zwischen beiden Merkmalen kann darauf zurückgeführt werden, dass der Referenzzeitraum der Konsumfrage (90 Tage) über die Nachweiszeit des verwendeten Urintests (max. 40 Tage)<sup>21</sup> deutlich hinaus geht. So zeigen genauere Analysen, dass die geringe Übereinstimmung ausschließlich<sup>22</sup> auf Personen zurückzuführen ist, die einerseits Cannabiskonsum zu Protokoll gaben, dieser jedoch im Rahmen des Urintests nicht nachgewiesen wurde. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, die Validität der Selbstangaben anzuzweifeln.

Nicht nur der Cannabisgebrauch kann als problematisch angesehen werden. So weist über die Hälfte der Studienteilnehmenden (59,2%) missbräuchlichen oder abhängigen Alkoholkonsum auf. Bei 37,5% der Jugendlichen lag innerhalb der letzten 12 Monate zudem Konsum von Amphetaminen, bei 30,8% Ecstasy-Konsum und bei 20,8% Gebrauch von Kokain bzw. Halluzinogenen vor. Die Jahresprävalenz von Beruhigungsmitteln lag bei Studienbeginn bei 9,2%, für Heroin und andere Opiate bei 6,7%.

Die Prävalenzraten von illegalen Substanzen und Medikamenten sind somit um ein Vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung<sup>23</sup>. Die bereits oben zitierte Stichprobe von stationär behandelten Jugendlichen (Schu et al., 2009) weist allerdings noch deutlich höhere Prävalenzraten für Substanzen außer Cannabis auf. So äußerten 68% bzw. 66% der dort befragten Jugendlichen, im letzten Jahr Amphetamine bzw. Ecstasy konsumiert zu haben. Im Vergleich zu stationär behandelten Jugendlichen steht innerhalb der INCANT-Stichprobe der Missbrauch multipler Substanzen somit weniger im Vordergrund als die Cannabisproblematik an sich.

---

<sup>20</sup> Einschränkung sei darauf hingewiesen, dass in der Studie von Schu und Kollegen mit dem SDS (Severity of Dependence Scale) ein anderes Diagnoseinstrument eingesetzt wurde.

<sup>21</sup> Verfügbar unter: [http://all-up.de/\\_produkte\\_pdf/UngesuehrtNachweiszeitenUrineAndOralFluid.pdf](http://all-up.de/_produkte_pdf/UngesuehrtNachweiszeitenUrineAndOralFluid.pdf) (Abruf 03.05.2010)

<sup>22</sup> 12 der 12 Fälle, die keine Übereinstimmung zwischen TLFB-Daten und dem Ergebnis der Urinkontrolle zeigten. Sie gaben einen Cannabiskonsum lediglich innerhalb der ersten vier Wochen des TLFB-Zeitraums zu Protokoll und weisen daher einen negativen Befund in der Urinkontrolle auf.

<sup>23</sup> Die 12-Monats-Prävalenzen anderer illegaler Substanzen außer Cannabis liegen 8,3-mal (Halluzinogene im Vgl. zu LSD + Pilze) bis 14,7-mal (Ecstasy) höher als unter 18- bis 20-Jährigen in Deutschland (vgl. Kraus et al., 2008). Die Prävalenz des Gebrauchs von Beruhigungsmitteln ist in der vorliegenden Stichprobe ebenfalls bedeutsam erhöht (2,5-mal höher als unter 18- bis 20-Jährigen in Deutschland; vgl. Rösner et al., 2008).

Tabelle 8: Substanzkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit der Jugendlichen bei Studienbeginn

	MDFT (n=59)	TAU (n=61)	Gesamt (n=120)	TAU vs. MDFT
<b>Cannabis</b>				
Konsumtage / letzte 90 Tage	58,8 (28,2)	62,3 (24,1)	60,6 (26,2)	n.s.
Cannabis-Abhängigkeit	86,4%	90,2%	88,3%	n.s.
Cannabis-Missbrauch	13,6%	9,8%	11,7%	n.s.
<b>Alkohol</b>				
Alkohol-Abhängigkeit	23,7%	14,8%	19,2%	n.s.
Alkohol-Missbrauch	42,4%	37,7%	40,0%	n.s.
<b>Amphetamine</b>				
Konsum in den letzten 12 Monaten	33,9%	41,0%	37,5%	n.s.
Missbrauch oder Abhängigkeit	3,4%	4,9%	4,2%	n.s.
<b>Ecstasy</b>				
Konsum in den letzten 12 Monaten	30,5%	31,1%	30,8%	n.s.
Missbrauch oder Abhängigkeit	3,4%	3,3%	3,3%	n.s.
<b>Kokain / Crack</b>				
Konsum in den letzten 12 Monaten	27,1%	14,8%	20,8%	p=.095
Missbrauch oder Abhängigkeit	3,4%	0,0%	1,7%	n.s.
<b>Halluzinogene</b>				
Konsum in den letzten 12 Monaten	22,0%	19,7%	20,8%	n.s.
Missbrauch oder Abhängigkeit	0,0%	0,0%	0,0%	--
<b>Beruhigungsmittel / Tranquilizer</b>				
Konsum in den letzten 12 Monaten	13,6%	4,9%	9,2%	n.s.
Missbrauch oder Abhängigkeit	0,0%	0,0%	0,0%	--
<b>Heroin / andere Opiate</b>				
Konsum in den letzten 12 Monaten	10,2%	3,3%	6,7%	n.s.
Missbrauch oder Abhängigkeit	3,4%	0,0%	1,7%	n.s.
Konsumtage in den letzten 90 Tagen wurden mit der Timeline Followback-Methode (TLFB) erhoben Substanzmissbrauch und -abhängigkeit wurde anhand des ADI-Light gemessen				

8,3% der Jugendlichen weisen einen missbräuchlichen bzw. abhängigen Konsum mindestens einer anderen illegalen Substanz außer Cannabis auf (nicht in der Tabelle dargestellt); hierbei ist die Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsrate bei den Amphetaminen am stärksten ausgeprägt (4,2%; vgl. Tabelle 8). In keiner der in Tabelle 8 dargestellten Substanzen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen MDFT und TAU<sup>24</sup> - mit einer Ausnahme: So ist die Jahresprävalenz für Kokain / Crack bei MDFT signifikant höher bei TAU<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Unterschied Konsumtage MDFT vs. TAU: T(112,36)=-0,884; p=.379; Unterschied Anteil Konsumtage MDFT vs. TAU: T(111,49)=-0,877; p=.383; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Cannabis-Abhängigkeit“ (n / j): Phi=0,06; p=.525; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Cannabis-Missbrauch“ (n / j): Phi=-0,06; p=.525; Unterschied Konsumtage MDFT vs. TAU: T(112,359)=-0,884; p=.379; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Alkohol-Abhängigkeit“ (n / j): Phi=-0,11; p=.212; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Alkohol-Missbrauch“ (n / j): Phi=0,14; p=.294; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „12-M-Prävalenz Amphetamine“ (n / j): Phi=0,07; p=.423; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „12-M-Prävalenz Ecstasy“ (n / j): Phi=0,01; p=.940; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „12-M-Prävalenz Halluzinogene“ (n / j): Phi=-0,03; p=.750; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „12-M-Prävalenz Beruhigungsmittel“ (n / j): Phi=-0,15; p=.101; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „12-M-Prävalenz Heroin“ (n / j): Phi=-0,14; p=.130; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU)



Es lassen sich einige geschlechtsspezifische Differenzen im Konsum feststellen. So äußerten weibliche Klienten in verschiedenen Substanzen eine höhere Konsumprävalenz: Mit 57,1% gaben deutlich mehr weibliche Teilnehmer an, innerhalb der letzten 12 Monate Ecstasy konsumiert zu haben, wohingegen dies nur auf 25,3% der männlichen Klienten zutrifft<sup>26</sup>. Die Prävalenz des Konsums von Amphetaminen ist bei den weiblichen Studienteilnehmenden ebenfalls deutlich höher als bei den männlichen Befragten (weibl.: 61,9%; männl.: 32,3%). Hiermit zusammenhängend liegt der Anteil missbräuchlichen Amphetaminkonsums bei ihnen ebenfalls deutlich höher (weibl.: 23,8%; männl.: 0,0%)<sup>27</sup>. Ebenso zeigt sich unter weiblichen Teilnehmern eine signifikant höhere Prävalenz des Konsums von Halluzinogenen (weibl.: 42,9%; männl.: 16,2%)<sup>28</sup>. Worauf diese Unterschiede zurückgeführt werden, bleibt ungeklärt. So konnten beispielsweise in der von Schu und Kollegen analysierten Stichprobe keine derartigen Unterschiede festgestellt werden (Schu et al., 2009).

### **Zusammenfassung:**

- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von INCANT weisen im Schnitt einen sehr häufigen Cannabiskonsum von 61 Konsumtagen innerhalb der letzten 90 Tage auf. Wie in den Einschlusskriterien formuliert, liegt bei allen Jugendlichen missbräuchlicher oder abhängiger Konsum vor.
- Alkoholkonsum der Jugendlichen ist ebenfalls kritisch zu betrachten. Bei 59,2% von ihnen liegt Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit vor.
- Der Gebrauch anderer illegaler Substanzen außer Cannabis ist ebenfalls deutlich überdurchschnittlich. Insbesondere weibliche Teilnehmer weisen in einigen Substanzen außerordentlich hohe Jahresprävalenzen auf.

### **4.1.4 Delinquenz**

In Tabelle 9 ist dargestellt, welche Art von Justizkontakten die Jugendlichen in den 90 Tagen vor ihrem Start bei INCANT hatten und welche Straftaten dazu führten. Die Nennungen der Jugendlichen lassen auf eine deutlich überdurchschnittliche Delinquenz schließen. So äußerte jede fünfte Person (20%), innerhalb dieses Zeitraums festgenommen worden zu sein. Hierbei handelt es sich ausschließlich um männliche Studienteilnehmer<sup>29</sup>. Ein Vergleich mit der polizeilichen Kriminalitätsstatistik (PKS) macht deutlich, dass es sich hierbei um einen deutlich überdurchschnittlichen Wert handelt. So wurden im Jahr 2008 7,0% der deutschen Jugendlichen von 14 bis 17 Jahren einer Straftat verdächtigt (Deutsches Jugendinstitut, 2010). Da nur ein Teil von ihnen festgenommen wurde, ist von einer noch

---

& „Missb. o. Abh. Amphetamine“ (n / j): Phi=0,04; p=.675; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Missb. o. Abh. Ecstasy“ (n / j): Phi=0,03; p=.973; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Missb. o. Abh. Kokain / Crack“ (n / j): Phi=-0,13; p=.147; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Missb. o. Abh. Heroin“ (n / j): Phi=-0,13; p=.147

<sup>25</sup> Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „12-M-Prävalenz Kokain / Crack“ (n / j): Phi=-0,15; p=.095;

<sup>26</sup> Zusammenhang Geschlecht (w / m) & „12-M-Prävalenz Ecstasy“ (n / j): Phi=-0,26; p=.004

<sup>27</sup> Zusammenhang Geschlecht (w / m) & „12-M-Prävalenz Amphetamine“ (n / j): Phi=-0,23; p=.011; Zusammenhang Geschlecht (w / m) &

„Missb. o. Abh. Amphetamine“ (n / j): Phi=-0,45; p<.001

<sup>28</sup> Zusammenhang Geschlecht (w / m) & „12-M-Prävalenz Halluzinogene“ (n / j): Phi=-0,25; p=.006

<sup>29</sup> Zusammenhang Geschlecht (w / m) & „Festgenommen“ (n / j): Phi=-0,23; p=.012

stärkeren Diskrepanz beider Werte auszugehen. 5,0% bzw. 0,8% der Jugendlichen äußerten, im genannten Zeitraum verurteilt bzw. inhaftiert worden zu sein.

Unter den Straftaten, die zu den Justizkontakten führten, sind Diebstahls- bzw. Betrugsdelikte (8,3%), Gewaltstraftaten (7,5%), sowie Drogendelikte (7,5%) am häufigsten vertreten. Die von Schu und Kollegen beschriebene jugendliche Klientel stationärer Drogenhilfe weist dieselbe Reihenfolge an Delikten auf – allerdings auf deutlich höherem Niveau (Schu et al., 2009).

Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Studiengruppen<sup>30</sup> – mit zwei Ausnahmen: So ist die Delinquenzrate für die Deliktarten Diebstahl / Betrug und für Gewalttaten in der TAU-Gruppe signifikant höher<sup>31</sup>. Auch in anderen Merkmalen lassen sich tendenziell höhere Ausprägungen in der Vergleichsgruppe erkennen. Auf die in Abschnitt 4.2.5 dargestellte Hypothesenprüfung haben diese Gruppenunterschiede jedoch keinen Einfluss, da diese zusätzlich statistisch kontrolliert werden.

*Tabelle 9: Justizkontakte der Jugendlichen innerhalb der letzten 90 Tage*

	MDFT (n=59)	TAU (n=61)	Gesamt (n=120)	TAU vs. MDFT
<b>Während der letzten 90 Tage...</b>				
Festgenommen	16,9%	23,0%	20,0%	n.s.
Verurteilt	1,7%	8,2%	5,0%	n.s.
Inhaftiert	1,7%	0,0%	0,8%	n.s.
<b>Aufgrund welcher Straftat?</b>				
Diebstahl / Betrug	1,7%	14,8%	8,3%	p=.010
Gewaltstraftaten	1,7%	13,1%	7,5%	p=.018
Drogendelikte	5,1%	9,8%	7,5%	n.s.
Verkehrsdelikte	1,7%	0,0%	0,8%	n.s.
Prostitution	0,0%	0,0%	0,0%	--
Andere Straftaten	11,9%	9,8%	10,8%	n.s.

**Zusammenfassung:**

- Ein Fünftel der INCANT-Jugendlichen wurde in den letzten drei Monaten vor Baseline-Erhebung von der Polizei festgenommen. Unter ihnen liegt somit eine starke Delinquenzbelastung vor – wenngleich diese (noch) nicht so stark ausgeprägt ist, wie unter der Klientel stationärer Suchthilfeeinrichtungen.

<sup>30</sup> Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Festgenommen“ (n / j): Phi=-0,08; p=.411; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Verurteilt“ (n / j): Phi=-0,10; p=.261; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Verurteilt“ (n / j): Phi=-0,09; p=.307; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Inhaftiert“ (n / j): Phi=-0,09; p=.307; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Drogendelikte“ (n / j): Phi=-0,09; p=.323; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Verkehrsdelikte“ (n / j): Phi=-0,09; p=.307; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Andere Straftaten“ (n / j): Phi=-0,03; p=.721

<sup>31</sup> ; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Diebstahl / Betrug“ (n / j): Phi=-0,24; p=.010; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Gewaltstraftaten“ (n / j): Phi=-0,22; p=.018

#### 4.1.5 Psychische Belastungen und psychische Störungen

Das Ausmaß psychischer Belastungen wurde zum einen anhand des *Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Kinder-DIPS; Unnewehr et al., 1998) erhoben. Es erfasst die DSM-Kriterien von psychischen Störungen, die in diesem Altersbereich besonders häufig vorkommen. Daneben wurde die psychische Symptomatik anhand des Youth Self-Report (YSR) und anhand der Child Behavior Checklist (CBCL) erhoben (Achenbach & Edelbrock, 1983). Die letztgenannten Instrumente sind identisch, bis darauf, dass im YSR die Belastungen aus Sicht der Jugendlichen, und im CBCL aus Sicht Außenstehender (hier von den Eltern) beurteilt werden.

##### 4.1.5.1 Psychische Störungen nach DSM (Kinder-DIPS)

Tabelle 10 stellt das Ausmaß psychischer Störungen unter den Jugendlichen nach DSM-IV dar. Die Gruppe der *expansiven Verhaltensstörungen* stellt mit 34,2% den größten Anteil. Hierzu gehört unter anderem die *Störung des Sozialverhaltens*, die durch wiederholt auftretende, vor allem aggressive und delinquente Verhaltensweisen gekennzeichnet ist (Unnewehr et al., 1998). Sie liegt bei 19,7% der Jugendlichen vor – im Vergleich zum alterstypischen Durchschnitt ein deutlich erhöhter Wert. So beträgt ihre Prävalenz dem Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zufolge unter 14- bis 17-Jährigen in Deutschland 7,4% (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007)<sup>32</sup>.

Eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) liegt bei 17,9% der INCANT-Jugendlichen vor – dieser Wert liegt um ein Vielfaches höher als in der KiGGS-Studie (dort: 1,4%). 9,4% der Jugendlichen weisen dem Kinder-DIPS zufolge eine Störung mit oppositionellem Trotzverhalten auf (d.h. die betreffende Person ist „trotzig, streitsüchtig und verliert schnell die Nerven“, zit. n. Unnewehr et al., 1998: S.72). Im Vergleich zu epidemiologischen Untersuchungen ist auch dies ein deutlich erhöhter Wert (vgl. Essau & Conradt, 2004).

Die Prävalenzwerte für internalisierende Störungen sind in der INCANT-Stichprobe ebenfalls stark überdurchschnittlich. So weisen knapp ein Drittel der Studienteilnehmenden (30,8%) eine Angststörung<sup>33</sup> auf. Dieser Wert ist gut dreimal höher als in der KiGGS-Studie, in der bei 9,4% der 14- bis 17-Jährigen Ängste festgestellt wurden (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007). Weibliche Studienteilnehmer weisen ein außerordentlich hohes Maß an Angststörungen auf. Unter ihnen beträgt die Prävalenz 70%, bei männlichen Teilnehmern dagegen „nur“ 22,7% – ein signifikanter Unterschied<sup>34</sup>.

Affektive Störungen (d.h. ein Schweres Depressives Syndrom oder ein Dysthymes Syndrom) sind in der INCANT-Stichprobe ebenfalls überdurchschnittlich vertreten. So äußerte gut ein Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (27,4%) entsprechende Auffälligkeiten – im Vergleich zu KiGGS-Zahlen

---

<sup>32</sup> Da in der zitierten Studie andere Untersuchungsinstrumente eingesetzt wurden, sei darauf hingewiesen, dass nur vorbehaltliche Vergleiche möglich sind.

<sup>33</sup> Hierzu gehören nach Unnewehr et al. (1998) folgende Störungen: Panikstörung mit / ohne Agoraphobie, Agoraphobie ohne Paniksyndrom, Spezifische Phobie (inkl. Schulphobie), Sozialphobie, Zwangssyndrom, Generalisiertes Angstsyndrom und Posttraumatische Belastungsstörung.

<sup>34</sup> Zusammenhang „Angststörung (irgendeine)“: ja / nein & Geschlecht w / m: Phi=0,38; p < .001

ein deutlich erhöhter Wert (dort 5,6% für das Ausmaß an Depressionen bei 14- bis 17-Jährigen). Auch hiervon sind weibliche Befragte deutlich stärker betroffen als männliche (65,0% vs. 19,6%)<sup>35</sup>.

Essstörungen (d.h. Magersucht oder Bulimie) weisen mit insgesamt 0,9% keine überdurchschnittliche Verbreitung auf (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 2006). Bei 2,6% der Befragten ergaben sich dem diagnostischen Interview zufolge Hinweise auf eine Psychose. In keinem der Merkmale lassen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen MDFT und TAU feststellen<sup>36</sup>.

*Tabelle 10: Psychische Störungen nach DSM-IV (Kinder-DIPS)*

	MDFT (n=57)	TAU (n=60)	Gesamt (n=117)	TAU vs. MDFT
<b>Expansive Verhaltensstörungen</b>	35,1%	33,3%	34,2%	n.s.
Störung des Sozialverhaltens	17,5%	21,7%	19,7%	n.s.
ADHS (Aufmerksamkeits- & Hyperaktivitätsstörung)	17,5%	18,3%	17,9%	n.s.
Störung mit oppositionellem Trotzverhalten	12,3%	6,7%	9,4%	n.s.
<b>Angststörungen (irgendeine)</b>	29,8%	31,7%	30,8%	n.s.
<b>Affektive Störungen (irgendeine)</b>	22,8%	31,7%	27,4%	n.s.
<b>Essstörungen (Anorexie o. Bulimie)</b>	0,0%	1,7%	0,9%	n.s.
<b>Hinweise auf eine Psychose</b>	3,5%	1,7%	2,6%	n.s.

#### 4.1.5.2 Psychische Auffälligkeiten nach YSR & CBCL

Tabelle 11 stellt die zentralen Ergebnisse der Skalen Youth Self-Report (YSR) und Child Behavior Checklist (CBCL) dar. Wie bereits in der DSM-Diagnostik zeigen sich auch hier außerordentlich hohe Belastungswerte. So lassen die Selbstangaben der Jugendlichen im YSR bei jedem Dritten (33,1%) zu Studienbeginn auf eine internalisierende Störung schließen – das heißt, sie erleben sich sozial zurückgezogen, berichten von übermäßigen körperlichen Beschwerden oder äußern besonders häufig Ängste und Depressionen. Aus Sicht ihrer Erziehungsberechtigten ist dieses Störungssyndrom sogar noch deutlich stärker ausgeprägt. Gut die Hälfte der Jugendlichen (53,8%), so die Ergebnisse der CBCL, weist ein internalisierendes Syndrom auf. Diese Werte liegen deutlich über Befunden aus nicht-klinischen Stichproben. So lagen in einer Befragung von 508 Kinder und Jugendlichen in hausärztlichen Praxen internalisierende Störungen lediglich bei maximal 16,2% der Befragten vor (CBCL: Eltern über ihre Töchter; Ziegert, Neuss, Herpertz-Dahlmann & Kruse, 2002).

Externalisierende Auffälligkeiten sind innerhalb der INCANT-Klientel noch stärker ausgeprägt. Hiermit sind dissoziale (z.B. lügen, schwindeln oder betrügen) oder aggressive Verhaltensweisen gemeint. Die Angaben der Jugendlichen lassen auf darauf schließen, dass über die Hälfte (53,4%) derartige Verhaltensweisen aufweisen. Die Eltern der Studienteilnehmenden zeichnen auch hier ein noch deutlicheres Bild. So liegen ihnen zufolge bei 63,3% Verhaltensauffälligkeiten vor. Ein Vergleich mit der oben genannten Studie macht das starke Ausmaß dieser Störungen deutlich. So lag bei maximal 12,0% der

<sup>35</sup> Zusammenhang „Affektive Störung (irgendeine)“: ja / nein & Geschlecht w / m: Phi=0,38; p < .001

<sup>36</sup> Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Störung des Sozialverhaltens“ (n / j): Phi=-0,07; p=.484; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „ADHS“ (n / j): Phi=-0,02; p=.809; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „ADHS“ (n / j): Phi=-0,12; p=.185; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Angststörungen“ (n / j): Phi=-0,04; p=.687; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Affektive Störungen“ (n / j): Phi=-0,12; p=.211; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Essstörungen“ (n / j): Phi=-0,09; p=.315; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Psychose“ (n / j): Phi=0,06; p=.558

dort untersuchten Jugendlichen entsprechendes Verhalten vor (YSR: männliche Jugendliche über sich selbst; Ziegert et al., 2002). Beide Studiengruppen unterscheiden sich in keinem der genannten Ergebnisse signifikant<sup>37</sup>.

*Tabelle 11: Internalisierende & externalisierende Auffälligkeiten aus Jugendlichen- & Elternsicht*

	MDFT (n=58)	TAU (n=60)	Gesamt (n=118)	TAU vs. MDFT
<b>Perspektive der Jugendlichen (YSR)</b>				
Internalisierende Auffälligkeiten	27,6%	38,3%	33,1%	n.s.
Externalisierende Auffälligkeiten	58,6%	48,3%	53,4%	n.s.
	MDFT (n=58)	TAU (n=61)	Gesamt (n=119)	TAU vs. MDFT
<b>Perspektive der Eltern (CBCL)</b>				
Internalisierende Auffälligkeiten	51,7%	55,7%	53,8%	n.s.
Externalisierende Auffälligkeiten	66,1%	60,7%	63,3%	n.s.

#### **Zusammenfassung:**

- Obwohl die Prävalenzwerte der Untersuchungsinstrumente DIPS, YSR und CBCL mitunter stark voneinander abweichen, deuten sie alle auf eine starke Problembelastung der Jugendlichen hin.
- Die Jugendlichen weisen ein deutlich erhöhtes Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten auf (DIPS: 34,2%; YSR: 53,4%; CBCL: 63,3%).
- Zudem sind sie von internalisierenden Störungen stark betroffen (YSR: 33,1%; CBCL: 53,8%; z.B. Angststörungen im DIPS: 30,8%). Insbesondere Mädchen und junge Frauen lassen in den Angst- oder affektiven Störungen hohe Werte erkennen.

#### **4.1.6 Kontakte zu professionellen Institutionen**

In diesem Abschnitt wird dargestellt, mit welchen Institutionen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgrund von psychischen Belastungen, wegen ihres Substanzkonsums oder ihres delinquenten Verhaltens in Kontakt standen. Im oberen Teil von Tabelle 12 sind die Nennungen der Jugendlichen aufgelistet. So äußerte ein Viertel von ihnen (25,8%), innerhalb der letzten 90 Tage in ambulanter Suchtberatung gewesen zu sein. Jeweils 10% gaben an, ambulante Jugendberatung genutzt zu haben oder stationär behandelt worden zu sein.

Die im unteren Teil der Tabelle dargestellten Elternaussagen unterstreichen die in den vorigen Abschnitten dargestellten Ergebnisse. Das Ausmaß an Justizkontakten erscheint jedoch selbst vor dem Hintergrund der in Abschnitt 4.1.4 dargestellten Zahlen relativ hoch. So hatten mehr als zwei Drittel der Jugendlichen (70,8%) nach Aussage ihrer Erziehungsberechtigten schon einmal Probleme mit Polizei oder Justiz. In dieser Frage zeigen sich signifikante geschlechterspezifische Differenzen. So

<sup>37</sup> Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „YSR Int.“ (n / j): Phi=0,11; p=.215; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „YSR Ext.“ (n / j): Phi=-0,10; p=.263; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „CBCL Int.“ (n / j): Phi=-0,04; p=.661; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „CBCL Ext.“ (n / j): Phi=-0,06; p=.536

berichteten die Eltern männlicher Studienteilnehmer deutlich häufiger von derartigen Kontakten (männl.: 74,7%; weibl.: 52,4%)<sup>38</sup>.

Daneben unterstreichen die Angaben der Eltern die zuvor dargestellten Ergebnisse zu den psychischen Belastungen der Jugendlichen (vgl. 4.1.5). So war nach Aussage ihrer Eltern gut die Hälfte der Studienteilnehmenden (51,7%) schon einmal wegen psychischer Probleme in Behandlung. Mit knapp einem Drittel (30%) ist der Anteil derer, die sich schon einmal in Zusammenhang mit ihrem Substanzkonsum in Behandlung befanden, geringer. In keinem der drei Ergebnisse zeigt sich ein statistischer Unterschied zwischen MDFT- und TAU-Klientel<sup>39</sup>.

*Tabelle 12: Bisheriger Kontakt zu Hilfeangeboten & anderen Institutionen*

	MDFT (n=59)	TAU (n=61)	Gesamt (n=120)	TAU vs. MDFT
<b>Kontakt zu Hilfeangeboten &amp; anderen Institutionen (letzte 90 Tage vor Eintritt)</b>				
Ambulante Suchtberatung	28,8%	23,0%	25,8%	n.s.
Ambulante Jugendberatung	10,2%	9,8%	10,0%	n.s.
Allgemeine Stationäre Behandlung	11,9%	8,2%	10,0%	n.s.
Ambulante Behandlung (z.B. Psychologe, Psychiater)	11,9%	6,6%	9,2%	n.s.
Stationäre Suchtbehandlung, inklusive Entgiftung	11,9%	5,0%	8,4%	n.s.
Stationäre psychotherap. / psychiatr. Behandlung	8,5%	1,6%	5,0%	n.s.
Jugendarrest, Jugendstrafanstalt	3,4%	3,3%	3,3%	n.s.
Andere Unterkunft (Pension, Heilsarmee, etc.)	0,0%	1,6%	0,8%	n.s.
Alternativprogramme zu Jugendarresten	0,0%	0,0%	0,0%	n.s.
<b>Bisherige Kontakte (insgesamt, aus Sicht der Erziehungsberechtigten)</b>				
Schon einmal Probleme mit der Polizei / Justiz	67,8%	73,8%	70,8%	n.s.
Schon einmal in Behandlung wg. psych. Probleme	45,8%	57,4%	51,7%	n.s.
Schon einmal Behandlung wegen Alkohol o. Drogen	25,4%	34,4%	30,0%	n.s.

### **Zusammenfassung:**

- Ein Viertel der Jugendlichen war aktuell vor Start bei INCANT in ambulanter Suchtbehandlung.
- Das Ausmaß der Problembelastung und insbesondere der Delinquenz ist den Angaben der Eltern zufolge außerordentlich hoch. 70,8% der Jugendlichen hatten demzufolge schon einmal Probleme mit Polizei oder Justiz. Die Hälfte (51,7%) war schon einmal wegen psychischer Probleme in Behandlung.

<sup>38</sup> Zusammenhang Geschlecht (w / m) & „Probleme mit der Polizei“ (n / j): Phi=-0,19; p=.041

<sup>39</sup> Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Probleme mit der Polizei“ (n / j): Phi=-0,06; p=.472; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Behandlung wg. psych. Probleme“ (n / j): Phi=-0,12; p=.203; Zusammenhang Gruppe (MDFT / TAU) & „Behandlung wegen Alkohol o. Drogen“ (n / j): Phi=-0,10; p=.282

## 4.2 Überprüfung der Behandlungseffekte

Die Überprüfung der Forschungshypothesen von INCANT ist Gegenstand dieses Abschnitts. Zunächst sollen die Ergebnisse zur Primärhypothese dargestellt werden; das heißt, es sollen die Effekte der Teilnahme an MDFT auf den Cannabiskonsum untersucht werden (4.2.1). Thema des danach folgenden Abschnitts (4.2.2) ist der Konsum anderer Substanzen und die damit verbundenen Probleme. In Abschnitt 4.2.3 werden die Therapieeffekte auf das psychische Wohlbefinden – genauer: das Ausmaß internalisierender und externalisierender Störungen – untersucht. Daraufhin wird dargestellt, inwiefern eine Verbesserung des Familienklimas erreicht werden konnte (4.2.4). Kapitel 4.2.5 thematisiert die Behandlungseffekte auf das Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten. Abschließend soll zudem verglichen werden, inwiefern Unterschiede in der Haltequote und in der Zufriedenheit mit der Behandlung vorliegen (4.2.6).

### 4.2.1 Effekte auf den Cannabiskonsum

Abbildung 3 zeigt, wie sich der Cannabiskonsum über die verschiedenen Messzeitpunkte der Studie entwickelt hat. In beiden Untersuchungsgruppen ist bereits zum 3-Monats-Follow-Up eine deutliche Reduktion zu verzeichnen; in den Folgemonaten ist zudem tendenziell eine weitere Abnahme festzustellen. Beide Gruppen lassen insgesamt (d.h. im Vergleich Baseline – 12-Monats-FU) jeweils eine statistisch signifikante und als stark zu bezeichnende Abnahme des Konsums erkennen (TAU:  $d=0,94$ ; MDFT:  $d=1,33$ ).

Obwohl somit auch das Vergleichstreatment TAU eine deutliche Reduzierung erbringt, lassen sich bei der MDFT-Klientel noch stärkere Effekte ausmachen. So äußerten Mitglieder der MDFT-Gruppe beim 12-Monats-Follow-Up mit durchschnittlich 21,9 Tagen einen deutlich niedrigeren Konsum als Jugendliche, die TAU nutzten ( $M=35,5$  Tage). Abhängig von der Auswertungsmethode beträgt der Zwischengruppeneffekt  $d=0,31$  (Last Observation Carried Forward-Methode) bzw.  $d=0,37$  (Complete-Case-Analysen). Mit dem signifikant besseren Abschneiden der Multidimensionalen Familientherapie ist somit die Primärhypothese bestätigt.

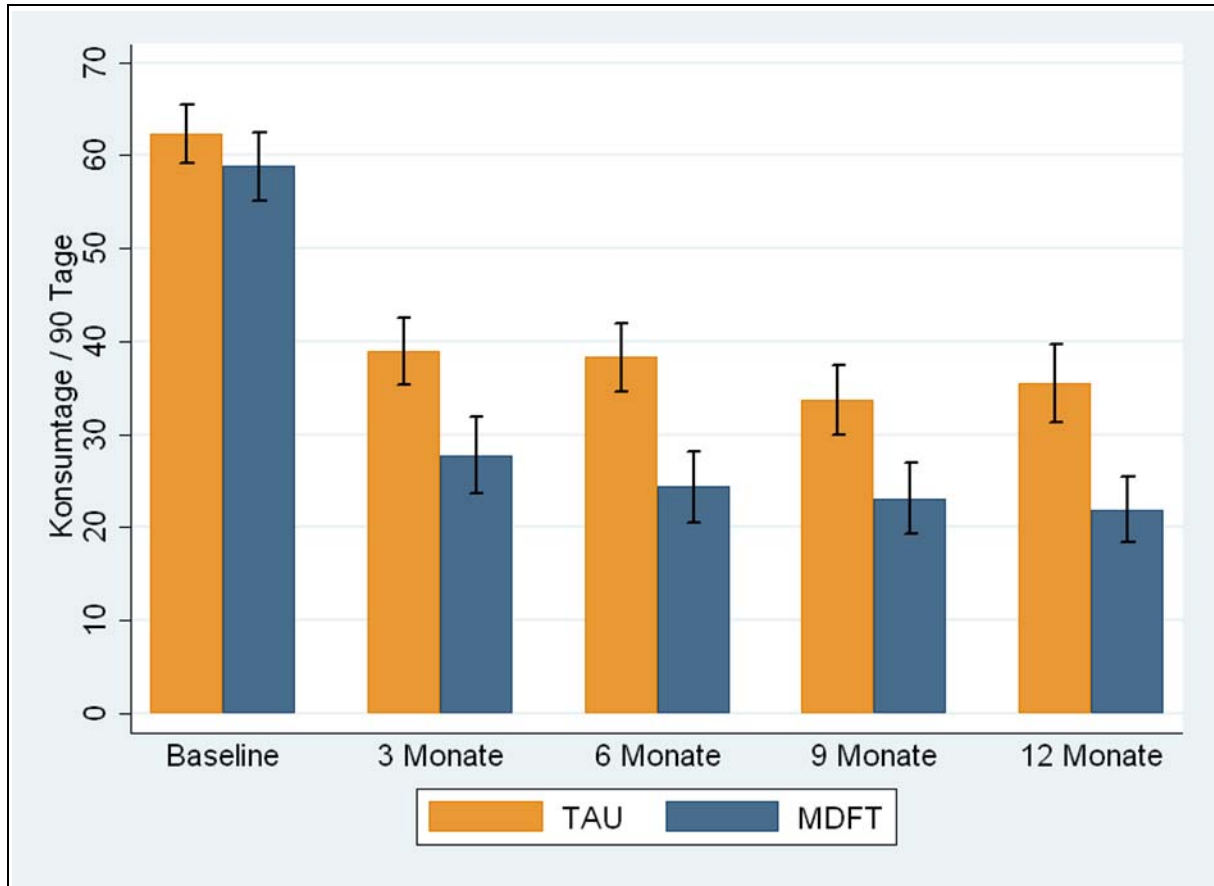
Der Gruppenunterschied zwischen MDFT und TAU ist teils schwächer, teils stärker ausgeprägt als in früheren Effektivitätsstudien zu MDFT. So erzielte die Multidimensionale Familientherapie in einer Studie von Liddle und Kollegen (2001) deutlich bessere Effekte auf den Substanzkonsum als die Vergleichstreatments<sup>40</sup> ( $d=0,70$ ). In einem jüngst durchgeführten Vergleich zwischen MDFT und einem Treatment, in dem die Peer-Group einbezogen wurde, erreichte MDFT noch größere komparative Wirksamkeit auf den Substanzgebrauch ( $d=0,77$ ; Liddle et al., 2009). In einer ebenfalls neueren Untersuchung, in der ein Vergleich mit Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) vorgenommen wurde, schnitt MDFT in der Reduzierung der Konsumtage indes nicht signifikant besser ab (Liddle, Dakof, Turner, Henderson & Greenbaum, 2008). Ebenso konnten Dennis und Kollegen (2004) keine signifikanten Unterschiede zwischen MDFT und den dort vorhandenen Vergleichstreatments<sup>41</sup> aufdecken.

---

<sup>40</sup> Adolescent Group Therapy, Multifamily educational Intervention

<sup>41</sup> Motivational Enhancement Therapy plus Cognitive Behavioral Therapy, Adolescent Community Reinforcement Approach

Abbildung 3: Entwicklung des Cannabiskonsums (Konsumtage in den letzten 90 Tagen; n=120)



	Baseline	3 Monate	6 Monate	9 Monate	12 Monate	Effekt pro Gruppe <sup>42</sup>	TAU vs. MDFT <sup>43</sup>
<b>TAU (n=61)</b>	62,3 (24,1)	39,0 (27,9)	38,3 (28,9)	33,7 (29,2)	35,5 (32,9)	d=0,94	LOCF: d=0,31 CC: d=0,37
<b>MDFT (n=59)</b>	58,8 (28,3)	27,8 (31,1)	24,4 (29,4)	23,1 (29,7)	21,9 (27,5)	d=1,33	

Fehlermarkierungen bezeichnen den Bereich des Standardfehlers des Mittelwerts

Werte in der Tabelle sind Mittelwerte, Standardabweichungen in Klammern

Effekt pro Gruppe = Statistischer Vergleich des Baseline-Werts mit dem Wert des 12-Monats-FU (Intragruppeneffekt)

TAU vs. MDFT = Stat. Vergleich beider Untersuchungsgruppen zum 12-Monats-FU (kontrolliert nach Baseline-Wert)

LOCF: Ergebnisse des Gruppenvergleichs nach Last Observation Carried Forward-Methode (n=120)

CC: Ergebnisse des Gruppenvergleichs nach Complete-Case-Analysen (n=108)

### Exkurs: Das Vergleichstreatment Jugendpsychotherapie

Die Effektstärke im Vergleichstreatment liegt bei  $d=0,94$  und ist damit deutlich größer als in Alternativtreatments anderer kürzlich durchgeführter Evaluationsstudien zu MDFT. So zeigte sich in einer Studie von Liddle und Kollegen (2008) im Alternativtreatment *Kognitive Verhaltenstherapie* lediglich ein Intragruppeneffekt von  $d=0,42^{44}$ ; eine *Gruppenintervention* erreichte in der zuletzt veröffentlichten RCT-Studie der Arbeitsgruppe um Howard Liddle (Liddle et al., 2009) eine Intragruppen-

<sup>42</sup> TAU:  $T(60)=6,02$ ;  $p<.001$ ; MDFT:  $T(58)=7,81$ ;  $p<.001$

<sup>43</sup> LOCF:  $F(1, 117)=5,436$ ;  $p=.011$ ; CC:  $F(1, 105)=5,805$ ;  $p=.009$

<sup>44</sup> Vergleich Cannabis-Konsumfrequenz zw. Baseline und 6 Monate post-Treatment



Effektstärke von  $d=0,37^{45}$ . Trotz der Einschränkungen, die sich bei einem solchen abhängigen Eingruppenvergleich für die interne Validität ergeben, können die Ergebnisse als Hinweis auf die besondere Leistungsfähigkeit des im Rahmen von INCANT in Deutschland eingesetzten Vergleichstreatments gesehen werden. Bei der Einordnung des komparativen Effekts von MDFT ist dies zu berücksichtigen.

## 4.2.2 Konsum anderer Substanzen

### 4.2.2.1 Konsum illegaler Substanzen außer Cannabis

In Tabelle 13 sind die Angaben der Jugendlichen zum Konsum illegaler Substanzen beim 12-Monats-Follow-Up dargestellt. In keiner Substanz lassen sich signifikante Unterschiede zwischen beiden Treatments erkennen. Eine Ausnahme stellen die Halluzinogene dar, wo sich in den Kategorien „Nie“ bzw. „Maximal 1-mal im Monat“ leichte Abweichungen zwischen beiden Studiengruppen zugunsten von TAU erkennen lassen. Trotz statistischer Signifikanz ist dieser Unterschied inhaltlich kaum relevant – zumal sich die Frage stellt, warum ausgerechnet Konsumierende dieser Substanzgruppe im Rahmen von MDFT schlechter abschneiden sollten als im üblichen Treatment. Daneben zeigt seine hohe statistische Unsicherheit (95%-KI: 1,56-73,24), dass dieser Befund nur eingeschränkt zu interpretieren ist.

Tabelle 13: Substanzkonsum innerhalb der letzten 12 Monate; Messzeitpunkt: 12-Monats-FU (n=120)

	Nie	Max. 1x im Monat	2- bis 4-mal im Monat	Mind. 2x pro Woche	TAU vs. MDFT <sup>46</sup>
<b>Amphetamine</b>					
TAU (n=61)	70,5%	16,4%	13,1%	0,0%	n.s.
MDFT (n=59)	67,8%	20,3%	8,5%	3,4%	
<b>Ecstasy</b>					
TAU (n=61)	70,5%	18,0%	11,5%	0,0%	n.s.
MDFT (n=59)	67,8%	27,1%	3,4%	1,7%	
<b>Kokain / Crack</b>					
TAU (n=61)	83,6%	11,5%	4,9%	0,0%	n.s.
MDFT (n=59)	72,9%	11,9%	15,3%	0,0%	
<b>Halluzinogene</b>					
TAU (n=61)	96,7%	3,3%	0,0%	0,0%	OR=10,72
MDFT (n=59)	84,7%	13,6%	1,7%	0,0%	
<b>Beruhigungsmittel / Tranquilizer</b>					
TAU (n=61)	91,8%	8,2%	0,0%	0,0%	n.s.
MDFT (n=59)	86,4%	13,6%	0,0%	0,0%	
<b>Heroin / andere Opiate</b>					
TAU (n=61)	91,8%	4,9%	0,0%	3,3%	n.s.
MDFT (n=59)	98,3%	0,0%	0,0%	1,7%	

<sup>45</sup> Vergleich Substanzkonsum zw. Baseline und 12-Monate nach Start der Studie

<sup>46</sup> Amphetamine: OR=1,17; 95%-KI:0,53-2,59; p=.694; Ecstasy: OR=1,01; 95%-KI:0,46-2,24; p=.973; Kokain / Crack: OR=1,42; 95%-KI:0,56-3,66; p=.460; Halluzinogene: OR=10,72; 95%-KI:1,56-73,24; p=.016; Beruhigungsmittel / Tranquilizer: OR=1,41; 95%-KI:0,41-4,82; p=.581; Heroin / andere Opiate: OR=0,33; 95%-KI:0,00-2,10; p=.107

#### 4.2.2.2 Problematischer Substanzkonsum

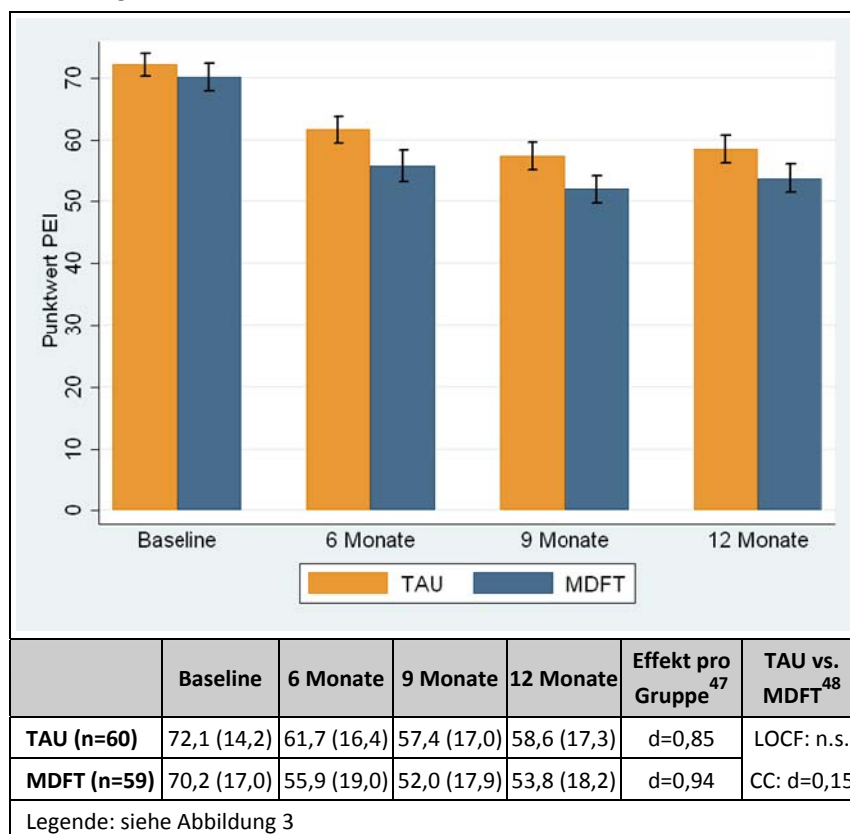
Abbildung 4 stellt die Ergebnisse des *Personal Experience Inventory* (PEI) im Studienverlauf dar. Das Untersuchungsinstrument PEI hat zum Ziel, die mit dem Substanzmissbrauch assoziierten Probleme von Jugendlichen zu messen (Stinchfield & Winters, 2003). Hohe Punktwerte im PEI deuten auf einen häufigen Substanzkonsum in problematischen Situationen bzw. mit dem Ziel der Selbstmedikation oder auf eine Einschränkung anderer Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums hin (ebda.: S.107).

Analog zur Cannabis-Konsumfrequenz (vgl. Abbildung 3) zeigt sich im Verlauf der Studie in beiden Treatments eine starke Abnahme der Konsumproblematik. Sowohl MDFT als auch TAU-Mitglieder weisen demnach zum 12-Monats-Follow-Up eine deutlich schwächere Symptomatik auf als zu Studienbeginn (TAU:  $d=0,85$ ; MDFT:  $d=0,94$ ).

Gruppenunterschiede lassen sich jedoch nur in der Completer-Analyse (CC) statistisch nachweisen; die sehr geringe Effektgröße ( $d=0,15$ ) sowie das Ausbleiben einer Signifikanz in der

LOCF-Analyse deuten jedoch darauf hin, dass beide Therapieverfahren in der vorliegenden Stichprobe eine ähnliche Effektivität auf die PEI-Konsumproblematik aufweisen. In ihrem Vergleich mit Kognitiver Verhaltenstherapie konnten Liddle et al. (2008) dagegen Effekte zugunsten von Multidimensionaler Familientherapie feststellen.

Abbildung 4: Problematischer Substanzkonsum nach PEI (n=119)



<sup>47</sup> TAU:  $T(59)=5,16$ ;  $p<.001$ ; MDFT:  $T(58)=6,35$ ;  $p<.001$

<sup>48</sup> LOCF:  $F(1, 116)=1,96$ ;  $p=.082$ ; CC:  $F(1, 104)=2,83$ ;  $p=.048$

### **Zusammenfassung:**

- Der Cannabiskonsum konnte mithilfe beider Therapieformen statistisch signifikant und bedeutsam gesenkt werden (TAU:  $d=0,94$ ; MDFT:  $d=1,33$ ).
- Obwohl auch im Rahmen des Vergleichstreatments eine deutliche Reduktion erreicht werden konnte, hebt sich die Wirksamkeit von MDFT statistisch signifikant und inhaltlich bedeutsam hiervon ab ( $p=.011$ ;  $d=0,31$ ). Wurde in der MDFT-Gruppe zu Beginn der Studie noch durchschnittlich an 58,8 der letzten 90 Tage konsumiert, sind es 12 Monate danach noch 21,9 Tage.
- Im Vergleich zu früheren Evaluationsstudien ist die komparative Effektivität von MDFT ungefähr im Mittelfeld einzuordnen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Teilnehmende an TAU ebenfalls eine starke Konsumreduktion erzielen konnten, was vermutlich zu einer Angleichung des Gruppeneffekts beitrug.
- Im Bereich der illegalen Substanzen außer Cannabis konnte für MDFT keine stärkere Effektivität nachgewiesen werden.
- Der problematische Substanzkonsum (Alkohol und illegale Drogen) nach dem *Personal Experience Inventory* konnte in beiden Treatmentgruppen statistisch signifikant und deutlich gesenkt werden (TAU:  $d=0,85$ ; MDFT:  $d=0,94$ ). MDFT ist tendenziell wirksamer als das Vergleichstreatment; dieses Ergebnis kann jedoch nur zum Teil statistisch abgesichert werden.

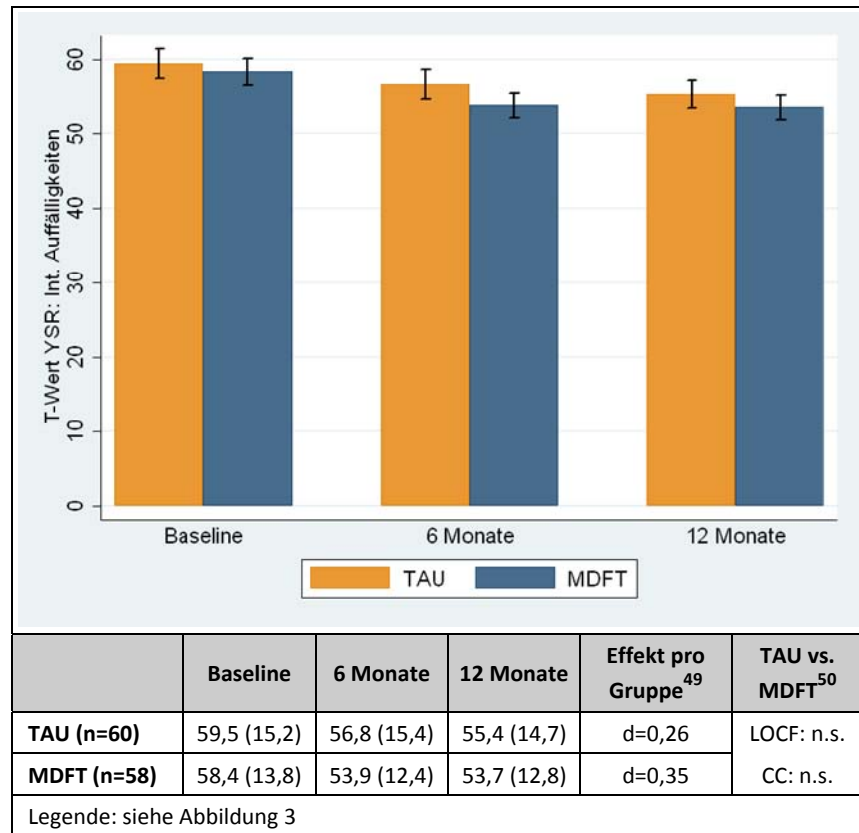
### **4.2.3 Psychische Belastungen & Auffälligkeiten**

Um die Effektivität von MDFT auf das Ausmaß psychischer Belastungen zu überprüfen, wurden die Instrumente Youth Self-Report (YSR) und Child Behavior Checklist (CBCL) genutzt. Beide Fragebögen erfassen internalisierende (z.B. Neigung zur Depressivität) und externalisierende Auffälligkeiten (z.B. aggressives Verhalten) aufseiten der Jugendlichen, jeweils in Form von Selbstauskünften (YSR) bzw. aus Perspektive der Erziehungsberechtigten (CBCL).

### 4.2.3.1 Internalisierende Auffälligkeiten

Abbildung 5 stellt das Ausmaß internalisierender Störungen laut Youth Self-Report im Studienverlauf dar. Wie im Cannabiskonsum (4.2.1) und dem *Personal Experience Inventory* (4.2.2) zeigen sich auch hier in beiden Treatments signifikante Effekte. Sowohl MDFT- als auch TAU-Mitglieder weisen zum Zeitpunkt des 12-Monats-Follow-Ups ein etwas niedrigeres Störungsausmaß auf als zu Studienbeginn (TAU:  $d=0,26$ ; MDFT:  $d=0,35$ ). Ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bleibt jedoch aus. MDFT schneidet somit ähnlich ab wie das Vergleichstreatment.

Abbildung 5: Internalisierende Auffälligkeiten (YSR;  $n=118$ )



Der Anteil den Jugendlichen, die den kritischen Punktwert von 64 erreichen bzw. überschreiten und somit als *auffällig* gelten, liegt zum Zeitpunkt des 12-Monats-Follow-Ups bei 31,1% (TAU) bzw. 15,3% (MDFT). Angesichts des bereits zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung vorhandenen Gruppenunterschieds (TAU: 38,3%; MDFT: 27,6%; vgl. Tabelle 11) lässt sich jedoch auch hier kein statistisch bedeutsamer Effekt zugunsten von MDFT feststellen<sup>51</sup>. Dieses Ergebnis ist mit Befunden vergleichbar, die Little et al. (2004) bei einem Vergleich zwischen MDFT und einer Form von Gruppentherapie, in der die Peer-Group der Jugendlichen ebenfalls miteinbezogen wurde, erhielten. So konnte auch dort kein signifikanter Gruppenunterschied im Ausmaß internalisierender Auffälligkeiten (YSR) festgestellt werden.

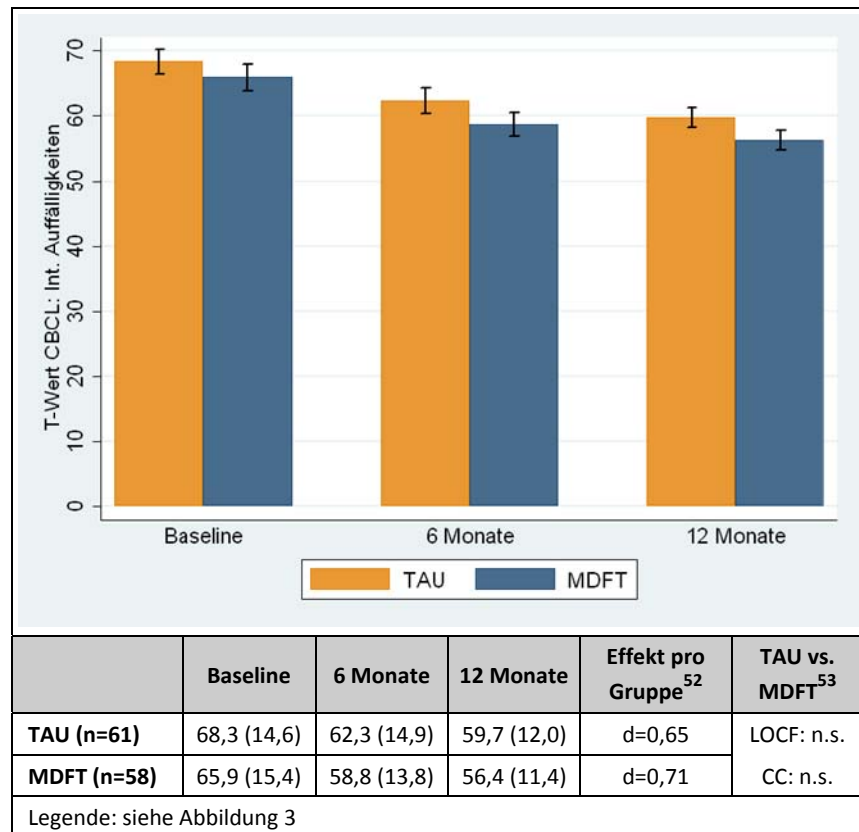
<sup>49</sup> TAU:  $T(59)=2,23$ ;  $p=.029$ ; MDFT:  $T(57)=3,41$ ;  $p=.001$

<sup>50</sup> LOCF:  $F(1, 115)=0,34$ ;  $p=.281$ ; CC:  $F(1, 103)=0,10$ ;  $p=.377$

<sup>51</sup>  $OR=0,428$ ; 95%-KI: 0,159-1,156;  $p=.094$

Abbildung 6 zeigt, wie die Erziehungsberechtigten das Ausmaß internalisierender Störungen aufseiten ihrer Kinder im Studienverlauf einschätzten. Die Ergebnisse der CBCL weisen dieselbe Tendenz auf wie im zuvor vorgestellten YSR: So lässt sich in beiden Studiengruppen eine signifikante Reduktion der psychischen Belastungen erkennen. Die Effektstärken liegen bei  $d=0,65$  (TAU) bzw.  $d=0,71$  (MDFT) und sind somit höher als die entsprechenden Werte im YSR (vgl. Abbildung 5). Eltern beurteilen die Therapieeffekte auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder somit tendenziell stärker als die Jugendlichen selbst.

Abbildung 6: Internalisierende Auffälligkeiten (CBCL;  $n=119$ )



Wie im YSR bleibt der Gruppenvergleich zwischen MDFT und TAU nicht signifikant. Dasselbe gilt auch, wenn man die Anteile derer betrachtet, die laut ihrem CBCL-Punktwert als *auffällig* gelten können. Zwar liegt dieser Anteil zum Zeitpunkt des 12-Monats-Follow-Ups bei den TAU-Jugendlichen mit 36,1% deutlich höher als unter Klientinnen und Klienten von MDFT (22,4%). Berücksichtigt man jedoch auch hier die Baseline-Werte beider Gruppen (TAU: 55,7%; MDFT: 51,7%; vgl. Tabelle 11), so ergibt sich keine statistische Signifikanz<sup>54</sup> - wengleich sich für MDFT eine tendenziell stärkere Abnahme andeutet.

<sup>52</sup> TAU:  $T(60)=4,91$ ;  $p<.001$ ; MDFT:  $T(57)=4,49$ ;  $p<.001$

<sup>53</sup> LOCF:  $F(1, 116)=1,73$ ;  $p=.096$ ; CC:  $F(1, 105)=1,92$ ;  $p=.084$

<sup>54</sup>  $OR=0,517$ ; 95%-KI: 0,227-1,178;  $p=.117$

#### 4.2.3.2 Externalisierende Auffälligkeiten

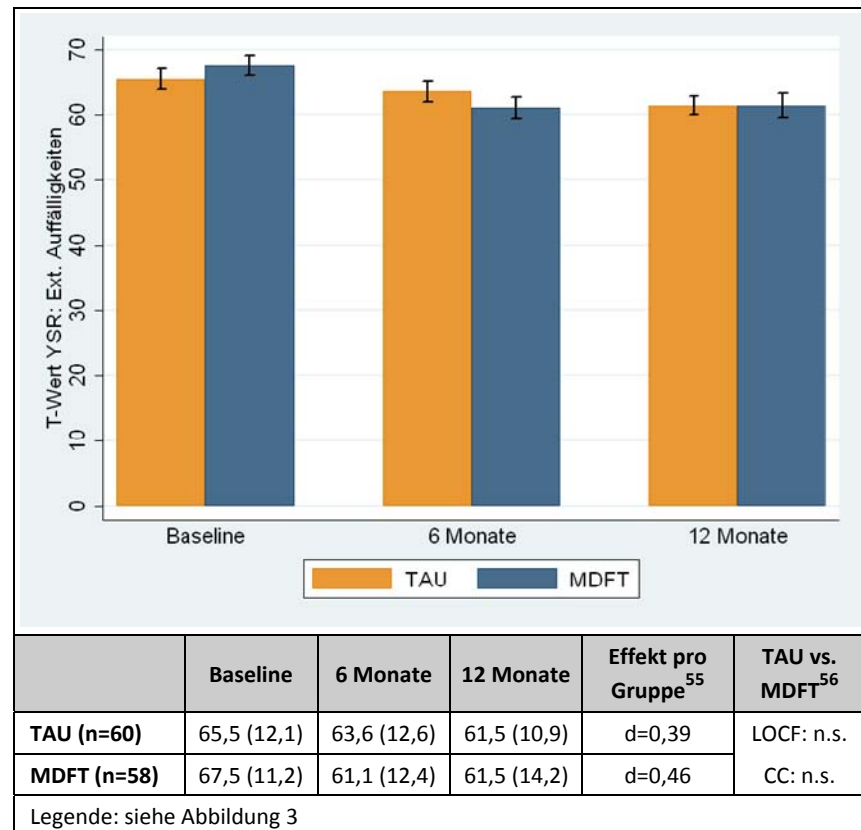
Abbildung 7 zeigt, wie sich das mittels YSR erhobene Ausmaß externalisierender Störungen im Verlauf der Studie entwickelt hat. Wie im vorigen Abschnitt lassen sich leichte und in beiden Gruppen ähnliche Entwicklungen ablesen.

So ist sowohl im Rahmen von MDFT als auch von TAU eine signifikante Abnahme in den entsprechenden Punktwerten zu verzeichnen (TAU:  $d=0,39$ ; MDFT:  $d=0,46$ ). MDFT schneidet allerdings nicht signifikant besser ab als das Vergleichstreatment.

Auch in den Anteilen derer,

die ihren Punktwerten entsprechend als *verhaltensauffällig* bezeichnet werden können, spiegelt sich eine ähnliche Wirksamkeit beider Treatments wider: Obwohl sich im Rahmen von MDFT eine tendenziell stärkere Abnahme andeutet (Baseline: 58,6%; 12 Monate: 39,0%; vgl. Tabelle 11) als in der Vergleichsgruppe (Baseline: 48,3%; 12 Monate: 39,0%), lässt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen MDFT und TAU erkennen<sup>57</sup>. In der bereits im vorigen Abschnitt zitierten Studie von Liddle und Kollegen (2004) wurden dagegen signifikante Gruppenunterschiede zwischen dem dort verabreichten MDFT und Vergleichstreatment gefunden. So wurden diesen Ergebnissen zufolge im Rahmen von MDFT externalisierende Auffälligkeiten (YSR) signifikant besser gesenkt werden als in der dort eingesetzten Gruppentherapie.

Abbildung 7: Externalisierende Auffälligkeiten (YSR;  $n=118$ )



<sup>55</sup> TAU:  $T(59)=3,29$ ;  $p=.001$ ; MDFT:  $T(57)=3,33$ ;  $p=.002$

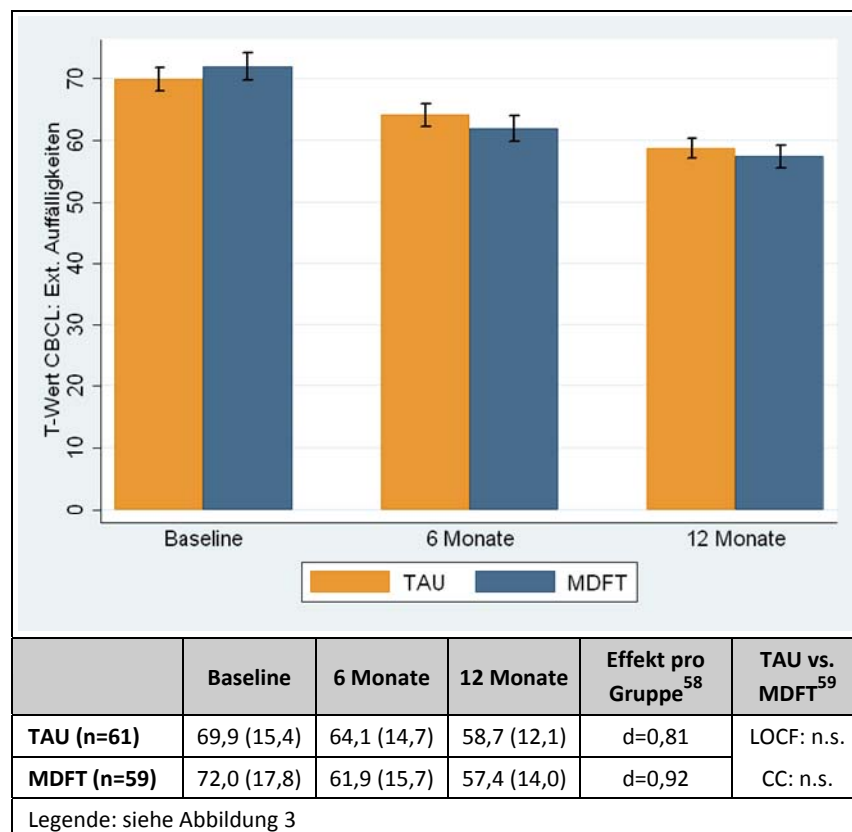
<sup>56</sup> LOCF:  $F(1, 115)=0,06$ ;  $p=.401$ ; CC:  $F(1, 103)=0,06$ ;  $p=.400$

<sup>57</sup>  $OR=0,807$ ; 95%-KI: 0,340-1,920;  $p=.629$

In Abbildung 8 ist dargestellt, wie sich das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten aus Perspektive der Eltern entwickelt hat.

Auch hier lässt sich in beiden Treatments eine signifikante Abnahme der entsprechenden Punktwerte erkennen. Diese fällt mit  $d=0,81$  (TAU) bzw.  $d=0,92$  (MDFT) noch deutlich stärker aus als im oben zitierten YSR. Wie auch in den internalisierenden Auffälligkeiten (4.2.3.1) gehen Eltern somit auch hier von einer stärkeren Verbesserung der Symptomatik aus als ihre Kinder.

Abbildung 8: Externalisierende Auffälligkeiten (CBCL;  $n=120$ )



Da die Reduzierung der vorliegenden Störung in beiden Gruppen in etwa gleichförmig verläuft, lassen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede erkennen. Neben den dargestellten T-Werten zeigt sich dies auch in den Anteilen derer, die laut CBCL als *verhaltensauffällig* gelten können. So liegt diese Quote zum Zeitpunkt des 12-Monats-Follow-Ups in der TAU-Gruppe bei 27,9% und unter den MDFT-Mitgliedern bei 30,5% (Baselinewerte: TAU: 60,7%; MDFT: 66,1%; vgl. Tabelle 11)<sup>60</sup>.

### Zusammenfassung:

- Die Ergebnisse der Instrumente YSR und CBCL deuten darauf hin, dass im Rahmen beider Therapieformen eine signifikante Reduktion der psychischen Belastung und Verhaltensauffälligkeiten erreicht werden konnte.
- MDFT zeigt ähnliche Effektivität wie TAU; es lassen sich keinerlei signifikante Gruppenunterschiede feststellen.
- Während die Angaben der Jugendlichen in beiden Störungsbereichen (internalisierend, externalisierend) auf schwache bis mittlere Fortschritte schließen lassen, gehen die befragten Erziehungsberechtigten von mittleren bis starken Effekten infolge der Teilnahme an MDFT bzw. TAU aus.

<sup>58</sup> TAU:  $T(60)=5,62$ ;  $p<.001$ ; MDFT:  $T(58)=6,56$ ;  $p<.001$

<sup>59</sup> LOCF:  $F(1, 117)=0,88$ ;  $p=.175$ ; CC:  $F(1, 105)=1,55$ ;  $p=.108$

<sup>60</sup>  $OR=1,05$ ; 95%-KI: 0,46-2,43;  $p=.907$

## 4.2.4 Interpersonelle Beziehungen in der Familie

Im Rahmen von INCANT wurde zudem untersucht, welche Effekte MDFT auf die interpersonellen Beziehungen der Familienmitglieder hat. Es war insbesondere von Interesse, ob MDFT zu einer Steigerung des Zusammenhalts und zu einer Reduzierung der Konfliktbereitschaft innerhalb der Familie führt. Diese Merkmale wurden mit den Subskalen *Kohäsion* und *Konflikt* der *Family Environment Scale* (FES; Moos & Moos, 1986) erfasst.

### 4.2.4.1 Zusammenhalt innerhalb der Familie

In Abbildung 9 sind die *Abbildung 9: Familienklima: Kohäsion (FES; n=118)*

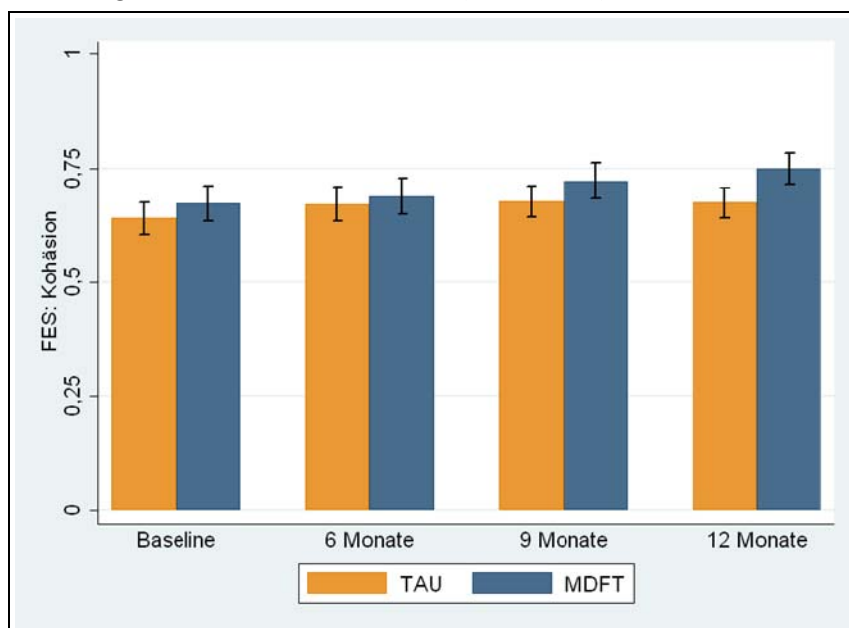
Punktwerte in der FES-Subskala *Kohäsion* im Studienverlauf dargestellt.

Im Gegensatz zu den vorigen Ergebnissen zur psychischen Symptomatik zeigt sich an dieser Stelle nur bei MDFT eine signifikante Differenz zwischen Baseline und 12-Monats-Follow-Up. Die Effektstärke von  $d=0,26$  deutet auf eine leichte Steigerung des Zusammenhalts innerhalb der MDFT-Familien hin.

Darüber hinaus lässt sich in der Complete-Case-Analyse ein signifikanter Gruppenunterschied zugunsten von

MDFT feststellen. Dieser ist mit  $d=0,17$  jedoch kaum von inhaltlicher Bedeutung. Die Ergebnisse weisen somit insgesamt auf einen leichten positiven Effekt von MDFT auf den Zusammenhalt innerhalb der Familie hin; tendenziell deutet sich zudem eine Überlegenheit von MDFT zum Vergleichstreatment an. Stabilere Effekte fanden Liddle et al. (2004) in ihrem Vergleich von MDFT mit Gruppentherapie. Dort gaben Jugendliche, die an MDFT teilnahmen, signifikant mehr positive Interaktionen unter den Familienmitgliedern zu Protokoll als diejenigen, die Gruppentherapie nutzten ( $d=0,27$ ).

Da bei denen, die noch zu Hause bei ihren Erziehungsberechtigten wohnten, eine stärkere Wirkung auf das Familienklima zu erwarten war, wurden diese darüber hinaus separat ausgewertet. Tatsächlich offenbaren sich für jede Gruppe stärkere Effekte als in Abbildung 9. So erreicht im Rahmen dieser Auswertung auch der Intragruppeneffekt von TAU statistische Signifikanz ( $p=.021$ ;  $d=0,38$ ); ein ähnli-



	Baseline	6 Monate	9 Monate	12 Monate	Effekt pro Gruppe <sup>61</sup>	TAU vs. MDFT <sup>62</sup>
TAU (n=60)	0,64 (0,28)	0,67 (0,29)	0,68 (0,27)	0,67 (0,26)	n.s.	LOCF: n.s.
MDFT (n=57)	0,67 (0,29)	0,69 (0,30)	0,72 (0,30)	0,75 (0,27)	d=0,26	CC: d=0,17

Legende: siehe Abbildung 3

<sup>61</sup> TAU:  $T(59)=-1,25$ ;  $p=.215$ ; MDFT:  $T(56)=-1,76$ ;  $p=.08$

<sup>62</sup> LOCF:  $F(1,114)=1,49$ ;  $p=.113$ ; CC:  $F(1, 101)=4,40$ ;  $p=.020$



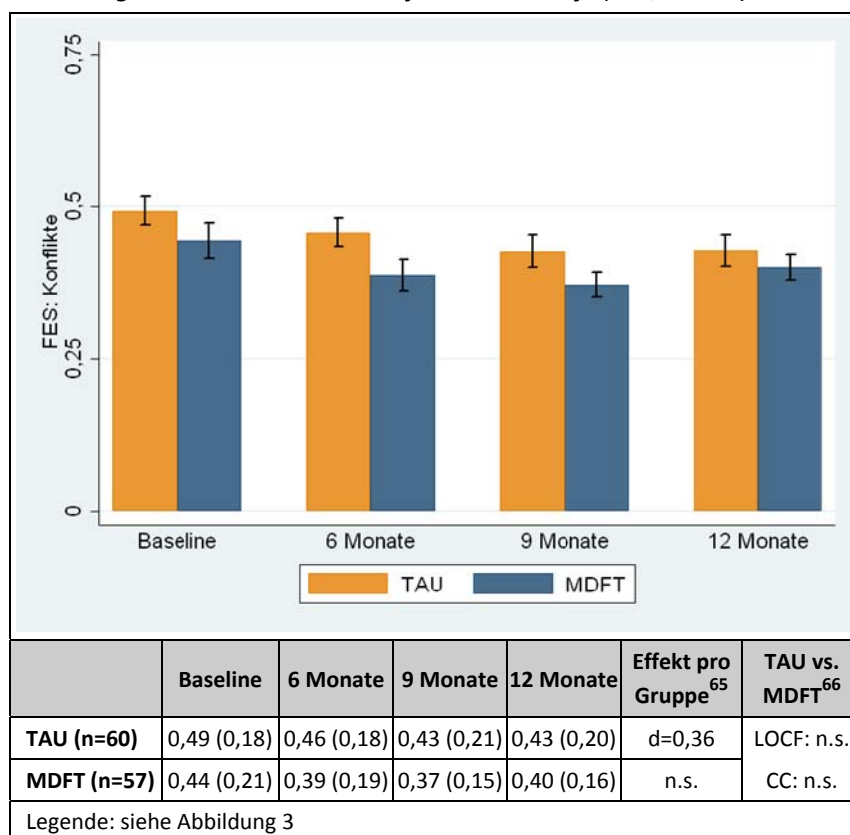
cher Unterschied zwischen Baseline und 12-Monats-Follow-Up zeigt sich bei MDFT ( $p=.032$ ;  $d=0,41$ )<sup>63</sup>. Ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen beiden Treatments bleibt vor diesem Hintergrund jedoch aus<sup>64</sup>.

#### 4.2.4.2 Konfliktbereitschaft innerhalb der Familie

Abbildung 10 zeigt die Ergebnisse der Subskala zur Konfliktbereitschaft innerhalb der Familie der Jugendlichen.

Der Gruppenvergleich zum 12-Monats-Follow-Up erreicht weder in der CC-Analyse noch in der LOCF-Auswertung statistische Signifikanz. Es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass MDFT zu einer stärkeren Reduktion familiärer Konfliktbereitschaft führt als TAU. Dass ein signifikanter Gruppenunterschied jedoch nicht zwingend zu erwarten war, zeigen die Ergebnisse der oben zitierten Studie von Liddle

Abbildung 10: Familienklima: Konfliktbereitschaft (FES;  $n=117$ )



und Kollegen (2004): Auch dort fanden die Autoren keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen MDFT und dem dort angewendeten Vergleichstreatment.

In der TAU-Gruppe (und nur dort) lässt sich eine signifikante Reduktion des entsprechenden Punktwerts erkennen ( $d=0,36$ ). Die Ergebnisse deuten somit darauf hin, dass die Neigung zu innerfamiliären Konflikten in dieser Gruppe im Studienverlauf leicht reduziert werden konnte. Betrachtet man wiederum nur die Jugendlichen, die zum Zeitpunkt des Studienbeginns noch zu Hause lebten, wächst dieser Intragruppeneffekt auf mittleres Niveau ( $p=.001$ ;  $d=0,59$ ) – für MDFT zeigt dagegen auch hier sich kein signifikanter Vorher-Nachher-Unterschied ( $p=.194$ )<sup>67</sup>. Der Treatmentvergleich bleibt jedoch

<sup>63</sup> TAU:  $T(41)=-2,40$ ;  $p=.021$ ; MDFT:  $T(40)=-2,23$ ;  $p=.032$

<sup>64</sup> LOCF:  $F(1,80)=0,23$ ;  $p=.634$ ; CC:  $F(1,71)=0,60$ ;  $p=.442$

<sup>65</sup> TAU:  $T(59)=2,63$ ;  $p=.011$ ; MDFT:  $T(56)=1,38$ ;  $p=.173$

<sup>66</sup> LOCF:  $F(1,114)=0,02$ ;  $p=.452$ ; CC:  $F(1, 101)=0,15$ ;  $p=.352$

<sup>67</sup> TAU:  $T(41)=3,12$ ;  $p=.001$ ; MDFT:  $T(40)=1,32$ ;  $p=.194$

ebenfalls nicht signifikant, sodass der Schluss, eines der beiden Interventionsverfahren sei überlegen, auch hier nicht gezogen werden kann<sup>68</sup>.

### Zusammenfassung:

- In der MDFT-Gruppe konnte im Studienverlauf eine signifikante Steigerung des *familiären Zusammenhalts* festgestellt werden. MDFT schneidet hierbei tendenziell besser ab als TAU; dieser Befund lässt sich jedoch nur zum Teil statistisch absichern.
- Betrachtet man lediglich die Jugendlichen, die noch zu Hause bei ihren Eltern leben, lassen sich im Verlauf der Studie in beiden Gruppen stärkere Entwicklungen in Richtung eines stärkeren Familienzusammenhalts erkennen.
- Lediglich Mitglieder der TAU-Gruppe berichten über eine signifikante Reduktion der *familiären Konfliktbereitschaft*. Der Unterschied zu MDFT bleibt jedoch nicht signifikant.

## 4.2.5 Delinquentes Verhalten & Schuldistanz

Um zu untersuchen, inwiefern sich die Teilnahme an MDFT auf das Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten auswirkt, wurden beide Studiengruppen zum 12-Monats-Follow-Up anhand verschiedener Merkmale verglichen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 14 dargestellt.

Beim ersten Merkmal handelt es sich um die Angaben der Jugendlichen auf die Frage, ob sie innerhalb der letzten 6 Monate festgenommen wurden. Die Zustimmung zu dieser Frage war zum 12-Monats-Follow-Up in beiden Gruppen praktisch gleich (TAU: 21,3%; MDFT: 22,0%). Es lässt sich kein signifikanter Effektivitätsunterschied zwischen MDFT und TAU erkennen (Werte zur Studienbaseline wurden berücksichtigt; vgl. Tabelle 9). Liddle und Kollegen (2004) fanden dagegen in diesem Merkmal signifikante Unterschiede zwischen MDFT und Gruppentherapie.

Eine stärkere Abweichung zeigt sich im nächsten Merkmal. So bejahten gut doppelt so viele TAU- wie MDFT-Jugendliche die Frage, ob sie im letzten Schuljahr

von der Schule suspendiert wurden (TAU: 21,9%; MDFT: 9,4%). Diese tendenzielle Überlegenheit von MDFT kann jedoch statistisch ebenfalls nicht abgesichert werden.

In der Schuldistanz lässt sich ebenfalls kein signifikanter Effektivitätsunterschied zwischen beiden Gruppen feststellen (TAU: M=11,6 Tage; MDFT: M=7,1 Tage). Allerdings ist hervorzuheben, dass die

Tabelle 14: Delinquenzmerkmale und Schuldistanz zum 12-Monats-Follow-Up

	Festgenommen	TAU vs. MDFT <sup>69</sup>
TAU (n=61)	21,3%	n.s.
MDFT (n=59)	22,0%	
	Von Schule suspendiert <sup>+</sup>	TAU vs. MDFT <sup>70</sup>
TAU (n=32)	21,9%	n.s.
MDFT (n=32)	9,4%	
	Geschwänzte Schultage <sup>+</sup>	TAU vs. MDFT <sup>71</sup>
TAU (n=29)	11,6 (21,5)	n.s.
MDFT (n=30)	7,1 (13,8)	
+ nur Schülerinnen und Schüler		

<sup>68</sup> LOCF: F(1,80)=0,29; p=.591; CC: F(1,71)=0,06; p=.810

<sup>69</sup> OR=1,08; 95%-KI: 0,45-2,59; p=.863

<sup>70</sup> OR=0,26; 95%-KI: 0,04-1,46; p=.125

<sup>71</sup> F(1,52)=2,42; p=.063

Anzahl geschwänzter Schultage im Rahmen von MDFT stark<sup>72</sup> von ursprünglich M=31,7 Tagen auf M=7,1 Tage gesenkt werden konnte (vgl. Tabelle 3). Im Vergleichstreatment bleibt ein solcher Effekt aus (Baseline: M=15,4; 12 Monate: M=7,1)<sup>73</sup>. Dass ein signifikanter Gruppenunterschied trotzdem ausbleibt, kann unter anderem auf die breite Merkmalsstreuung zurückgeführt werden.

**Zusammenfassung:**

- Eine Überlegenheit der Multidimensionalen Familientherapie gegenüber dem Vergleichstreatment lässt sich weder in den Delinquenzmerkmalen noch in der Schuldistanz statistisch absichern. Dies deckt sich mit dem in Abschnitt 4.2.3.2 dargestellten Gruppenvergleich der externalisierenden Störungen.
- Betrachtet man jedoch jede Studiengruppe separat, so lässt sich unter den MDFT-Teilnehmenden eine deutliche Reduktion des Schuleschwänzens erkennen. Ein solcher Effekt bleibt bei TAU aus

**4.2.6 Beurteilung der Therapie & Vergleich der Haltequote**

**4.2.6.1 Beurteilung der Therapie**

Eine wichtige Determinante für den Therapieerfolg ist die Einstellung der Behandelten gegenüber dem Treatment. Um die Zufriedenheit mit der genutzten Intervention zu untersuchen, wurden die Jugendlichen und ihre Erziehungsberechtigten zum Zeitpunkt des 6-Monats-Follow-Ups mittels einer *Zufriedenheitsskala* um ihre Meinung zu verschiedenen Aspekten der Therapie gebeten (z.B. zum Verhalten des/der Therapeut/in, zur Organisation und zum Ablauf).

Die in Tabelle 15 dargestellten Ergebnisse lassen bei den Jugendlichen keinen signifikanten Unterschied zwischen MDFT und TAU erkennen<sup>74</sup>. Beide Treatments werden insgesamt betrachtet praktisch identisch beurteilt (TAU: M=1,88; MDFT: M=1,91).

*Tabelle 15: Mittelwerte in der Therapiezufriedenheitsskala*

	Jugendliche	TAU vs. MDFT
<b>TAU (n=54)</b>	1,88 (0,53)	n.s.
<b>MDFT (n=56)</b>	1,91 (0,66)	
	Eltern	TAU vs. MDFT
<b>TAU (n=58)</b>	1,90 (0,63)	d=0,49
<b>MDFT (n=53)</b>	1,61 (0,59)	
Hinweis: Niedrigere Werte stehen für bessere Beurteilungen		

Im Gegensatz dazu bewerten die Eltern beide Therapieformen durchaus unterschiedlich. So liegen bei Mitgliedern der MDFT-Gruppe deutlich günstigere Zufriedenheitswerte vor als bei denen, die am Vergleichstreatment teilnahmen (MDFT: M=1,61; TAU: 1,90). Der Unterschied ist statistisch signifikant und erreicht knapp mittlere Effektstärke (d=0,49)<sup>75</sup>.

Um die Unterschiede in der Bewertung beider Treatments besser zu veranschaulichen, werden in Abbildung 11 zudem die Angaben dargestellt, die zur *Gesamtzufriedenheit mit der Therapie*<sup>76</sup> getätigt

<sup>72</sup> T(28)=3,91; p=.001; intragruppen-d = 0,82

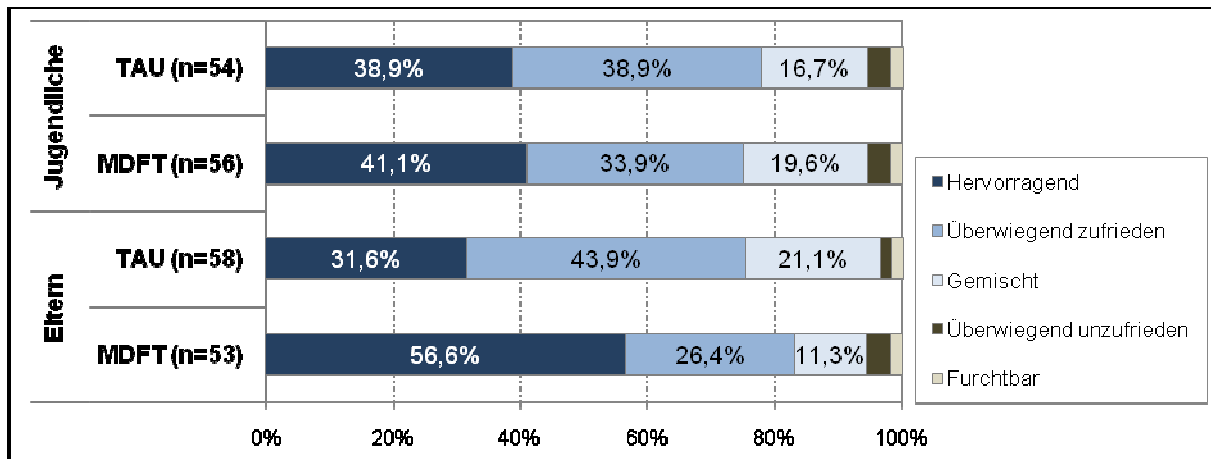
<sup>73</sup> T(25)=0,49; p=.627

<sup>74</sup> Jugendliche: Unterschied im Skalenmittelwert MDFT vs. TAU: T(108)=-0,201; p=.421

<sup>75</sup> Eltern: Unterschied im Skalenmittelwert MDFT vs. TAU: T(109)=2,58; p=.006

wurden (die Angaben zu den restlichen Items sind dem Anhang zu entnehmen). Zunächst ist festzustellen, dass ein großer Teil der Jugendlichen und Eltern die jeweils genutzte Intervention gut bzw. sehr gut bewertet. So liegt der Anteil derer, die MDFT bzw. TAU *hervorragend* bewerten bzw. angeben, damit *überwiegend zufrieden* zu sein, bei rund um 80%. Während jedoch bei den Jugendlichen die Bewertungskategorien von MDFT und TAU sehr ähnlich besetzt sind und sich somit keine signifikanten Differenzen ergeben<sup>77</sup>, gehen bei den Eltern insbesondere die Angaben der beiden höchsten Bewertungskategorien deutlich auseinander, sodass insgesamt ein signifikanter Gruppeneffekt entsteht<sup>78</sup>.

Abbildung 11: Gesamtzufriedenheit mit der Therapie aus Sicht der Eltern & der Jugendlichen



Während Jugendliche zum Zeitpunkt des 6-Monats-Follow-Ups offenbar keinerlei Präferenz für eine der beiden Therapieformen aufweisen, findet MDFT bei den Eltern somit eine deutlich höhere Akzeptanz. Neben der stärkeren Wirksamkeit von MDFT auf Maße wie den Cannabiskonsum (vgl. Abbildung 3) kann dieser Sachverhalt womöglich damit erklärt werden, dass die Eltern im Rahmen von MDFT deutlich stärker in den therapeutischen Prozess eingebunden sind – und hierdurch auch Hilfe für ihre persönliche und die familiäre Situation wahrnehmen.

#### 4.2.6.2 Haltequote

Tabelle 16 ist zu entnehmen, auf welche Art die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer ihr jeweiliges Treatment abschlossen. Es ist zu erkennen, dass eine eindeutige Mehrheit der MDFT-Klientel (88,1%) ihre Therapie regulär beendete – signifikant mehr als im Vergleichstreatment (dort: 73,8%)<sup>79</sup>. In der TAU-Gruppe lagen dagegen tendenziell mehr Abbrüche durch den/die Therapeut/in oder den/die Klient/in (bzw. der Familie), sowie eine höhere Weiterverweisquote vor.

<sup>76</sup> Originalwortlaut der Fragen: „16. Ganz allgemein betrachtet: wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Ihr Kind erhalten hat?“ (Elternfragebogen) / „16. Ganz allgemein betrachtet: wie zufrieden bist du mit der Behandlung, die du erhalten hast?“ (Fragebogen für die Jugendlichen)

<sup>77</sup> OR=0,99; 95%-KI: 0,50-1,98; p=.985

<sup>78</sup> OR=0,41; 95%-KI: 0,20-0,85; p=.002

<sup>79</sup> OR=2,87; 95%-KI: 1,09-7,55; p=.033

Tabelle 16: Art der Programmbeendigung (n=120)

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

Die Gründe für die höhere Haltequote von MDFT sind vor allem in dem besonderen Engagement des/der Therapeut/in und der weitaus stärkeren Einbindung des familiären Umfelds zu suchen, wodurch die Schwelle für einen Therapieabbruch deutlich erhöht wird. Darüber hinaus kann die erhöhte Haltequote der Multidimensionalen Familientherapie auch mit ihrer stärkeren Akzeptanz aufseiten der Eltern erklärt werden.

**Zusammenfassung:**

- Sowohl MDFT als auch TAU stoßen den Angaben zufolge aufseiten der Jugendlichen und ihrer Eltern auf große Akzeptanz. Die Erziehungsberechtigten bewerten MDFT deutlich besser als das Vergleichstreatment.
- Die Haltequote für MDFT ist signifikant höher als für TAU. Dies kann mit einer stärkeren Einbindung des familiären Umfelds in den therapeutischen Prozess und einer stärkeren Akzeptanz des Treatments erklärt werden.

## 5. Diskussion

Ziel der INCANT-Behandlungsstudie war es, die Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) im Vergleich mit herkömmlichen ambulanten Therapieansätzen zur Behandlung von cannabisabhängigen Jugendlichen zu untersuchen. Hierzu wurde ein multizentrisches randomisiert-kontrolliertes Studiendesign realisiert. Multizentrische Therapiestudien erlauben weitergehende Schlussfolgerungen als monozentrisch durchgeführte Studien, da ihre Ergebnisse wegen der eher gegebenen Heterogenität der Gesamtstichprobe eine höhere Aussagekraft und Praxisrelevanz aufweisen.

Die INCANT-Studie ist in Frankreich, Belgien, den Niederlanden, der Schweiz und in Deutschland durchgeführt worden. In den fünf Ländern konnten insgesamt N=451 Jugendliche und ihre Familien in die Untersuchung einbezogen werden. **Der vorliegende Ergebnisbericht berücksichtigt jedoch ausschließlich die nationale Umsetzung der Behandlungsstudie im *Therapieladen* in Berlin und muss demnach als eine Teilanalyse der INCANT-Studie interpretiert werden.** So ist leicht vorstellbar, dass die Forschungsfragen von INCANT in der Analyse des gesamten Datensatzes noch eindeutiger beantwortet werden können, als dies auf der Grundlage der vorliegenden Daten möglich ist.

Was sind die zentralen Ergebnisse der Berliner INCANT-Studie? Festzuhalten ist zunächst, dass die behandelte Klientel im Durchschnitt starke Belastungen aufwies. Die 120 Jugendlichen im durchschnittlichen Alter von 16,2 Jahren hatten zusätzlich zu ihrer ausgeprägten Cannabisproblematik mehrheitlich einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum von Alkohol, wiesen ein vergleichsweise niedriges Bildungsniveau und einen deutlich höheren Anteil komorbider psychischer Störungen auf als vergleichbare Jugendliche in der Normalbevölkerung. Auch berichtete ein relativ hoher Anteil bei Studienbeginn von psychischen Belastungen oder substanzbezogenen Problemen. Daneben lag ein starkes Ausmaß an delinquentem Verhalten vor – jedoch war dieses Verhalten nicht nur unter ihnen, sondern auch unter ihren Familienmitgliedern stark ausgeprägt. Die Mehrzahl der Jugendlichen ist darüber hinaus in „zerbrochenen“ Familien („broken home“) aufgewachsen, jede/r fünfte Jugendliche (20%) lebte zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme nicht mehr bei elterlichen Bezugspersonen, sondern in Einrichtungen der Jugendhilfe oder stand unter Jugendarrest.

Im Hinblick auf die Ergebnisse der Untersuchung standen unterschiedliche Fragen im Fokus: Die primäre Fragestellung bezog sich auf die Effekte, die die Multidimensionale Familientherapie auf die Veränderung des Cannabiskonsums im Vergleich zur sonst eingesetzten Jugendpsychotherapie hat. Daneben wurde untersucht, welche Effekte MDFT auf die psychische Gesundheit der Probanden und auf die familiäre Situation hat. Des Weiteren war von Interesse, inwiefern die Familientherapie (MDFT) eine höhere Haltequote und Klientenzufriedenheit (Jugendliche / Eltern) erreicht als die zum Vergleich herangezogene Einzeltherapie.

Welche Aussagen lassen sich zur Wirksamkeit treffen? Zunächst kann konstatiert werden, dass sowohl im Rahmen in der Multidimensionalen Familientherapie als auch in der Jugendpsychotherapie statistisch signifikante und zum Teil deutliche Verbesserungen im Bereich des Cannabiskonsums, der konsumbezogenen Probleme und der psychischen Gesundheit erzielt wurden.

Im Hinblick auf die Veränderung des primären Zielmerkmals *Cannabiskonsum* zeigt der Gruppenvergleich, dass MDFT der Einzeltherapie signifikant überlegen ist. Die hierbei erzielte Wirkgröße von  $d=0,31$  liegt ungefähr im Mittelfeld bisher durchgeführter Evaluationsstudien zu MDFT. So erzielte

die Multidimensionale Familientherapie in anderen Studien (Liddle et al., 2001; Liddle et al., 2009) einerseits deutlich stärkere komparative Effekte auf den Cannabis- bzw. Substanzkonsum ( $d=0,70$  bzw.  $d=0,77$ ) – in anderen Vergleichen schnitt MDFT indes nicht signifikant besser ab als die jeweiligen Vergleichstreatments (Liddle et al., 2008; Dennis et al., 2004).

Da die Stärke des Gruppenunterschieds naturgemäß auch von der Wirksamkeit des Vergleichstreatments abhängt, ist bei der Interpretation zudem zu berücksichtigen, dass das Vergleichstreatment Jugendpsychotherapie einen deutlich stärkeren Intragruppeneffekt ( $d=0,94$  im Cannabiskonsum) erzielte als Alternativtreatments anderer Evaluationsstudien (Liddle et al., 2008; Liddle et al., 2009). Es handelt sich hierbei um ein im *Therapieladen* entwickeltes jugendsuchtspezifisches ambulantes Konzept, welches sowohl das Suchtverhalten als auch die komorbiden Störungen der Jugendlichen integrativ berücksichtigt. Zudem verfügen die TAU-Therapeutinnen und Therapeuten über langjährige klinische Erfahrungen im Jugend- und Suchtbereich, speziell im Umgang mit Cannabisabhängigen.

Bezogen auf die Probleme, die mit dem Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen verbunden sind, zeigt sich für MDFT in der Tendenz ebenfalls eine etwas höhere Effektivität; diese konnte statistisch jedoch nicht abgesichert werden. Wie im Rahmen der vorliegenden Studie gezeigt wurde, konnte durch beide Therapieformen auch eine signifikante Reduzierung der psychischen Symptombelastung bzw. der Verhaltensauffälligkeit initiiert werden. Wie im problematischen Substanzkonsum erwies sich MDFT hierbei jedoch ebenfalls nicht als signifikant effektiver als das einzeltherapeutische Setting. Die Arbeitsgruppe um Howard Liddle dagegen konnte zeigen, dass MDFT im 12-Monats-Follow-up die psychische Symptombelastung der jugendlichen Klientel signifikant stärker reduzierte als eine Kognitive Verhaltenstherapie (Liddle et al., 2008).

Im Hinblick auf die suchtspezifische und psychopathologische Symptomatik der jugendlichen Klientel kann zusammengefasst gesagt werden, dass eine Überlegenheit des MDFT-Ansatzes lediglich in Bezug auf die Reduzierung des Cannabiskonsums nachgewiesen werden konnte. Dies muss insbesondere vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass das Vergleichstreatment (ebenfalls) starke Effekte erzielt hat und ebenfalls konzeptionell auf komorbide Störungen eingeht. Aufgrund der Stärke der Einzeltherapie wäre eine deutlich größere Stichprobe erforderlich gewesen, um die komparativen Effekte von MDFT statistisch besser nachzuweisen.

Dass MDFT sich auch im Rahmen der INCANT-Studie als wirksam erwiesen hat, steht im Einklang mit mehreren Forschungsarbeiten, die den Nachweis der Wirksamkeit unterschiedlicher Konzepte der Systemischen Familientherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen erbracht haben (Stanton & Shandish, 1997, Liddle et al., 2001, Rowe & Liddle, 2003, Waldron, Slesnick, Brody, Turner & Peterson, 2001).

Überraschender und weniger plausibel erscheinen dagegen die Ergebnisse zum Familienklima. Nach den vorliegenden Studienergebnissen konnte unter den Teilnehmenden der Multidimensionalen Familientherapie nach 12 Monaten zwar eine leichte Verbesserung der Familienkohäsion festgestellt werden. Der Unterschied zur Jugendpsychotherapie konnte statistisch jedoch nur teilweise abgesichert werden und war kaum von Relevanz. Im Gegenzug konnte für die Einzeltherapie zum 12-Monats-Follow-Up eine Verbesserung der familiären Konfliktbereitschaft festgestellt werden. Obwohl für MDFT ein solcher Effekt nicht nachgewiesen werden konnte, kann auch hier kaum von keinem relevanten Gruppenunterschied gesprochen werden. Sowohl im familiären Zusammenhalt als auch in der Konfliktneigung lässt sich somit allenfalls von Tendenzen für bzw. gegen MDFT sprechen.

Ein kohärenter Effekt auf die innerfamiliäre Kommunikation lässt sich jedoch für keines der beiden Treatments ableiten. Dieses Ergebnis wirft somit die Frage auf, ob das zur Erfassung des Familienklimas eingesetzte Instrument (*Family Environment Scale*; Moos & Moos, 1986) den Gegenstandsbe- reich angemessen abzubilden vermag. So ist denkbar, dass das im Rahmen der FES erfasste Konstrukt des Familienklimas einer starken kulturellen Prägung unterliegt, sodass ein aus dem anglo- amerikanischen Sprachraum übersetztes Instrument möglicherweise nicht die für die Fragestellung erforderliche Validität aufweist. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Berliner Teilstichpro- be einen sehr hohen Anteil „zerbrochener“ Familien aufwies, wobei ein Teil der Jugendlichen bereits außerhalb der Familie durch die Jugendhilfe fremdbetreut wurde. Durch den Einschluss auch „fremduntergebrachter“ Jugendlicher waren MDFT-Interventionen zur Verbesserung des familiären Zusammenlebens nur eingeschränkt möglich.

Im Hinblick auf die Haltequote war die Multidimensionale Familientherapie MDFT der Einzeltherapie deutlich überlegen. 88,1% der MDFT-Klientel und 73,8% der TAU-Gruppe schlossen die psychothera- peutische Behandlung regulär ab. Auch dieser Befund steht im Einklang mit anderen Arbeiten zur Systemischen Familientherapie bei jugendlichem Drogenkonsum (Joanning, Quinn, Thomas & Mul- len, 1992; Liddle, Rowe, Dakof et al. 2004). Es kann angenommen werden, dass die kontinuierliche Einbindung erwachsener Bezugspersonen in die Behandlung und die nachgehende bzw. aufsuchende Strategie der Therapeutinnen und Therapeuten ein hohes Maß an Verbindlichkeit herstellt, was ei- nem Behandlungsabbruch entgegenwirkt. Die Einbeziehung der Eltern dürfte auch für ein weiteres Ergebnis der Berliner INCANT-Studie eine plausible Erklärung sein: Während bei Jugendlichen MDFT und die Einzeltherapie eine ähnliche Akzeptanz finden, bewerten die Erziehungsberechtigten MDFT signifikant besser als das Vergleichstreatment.

Abschließend soll noch auf eine spezifische methodische Einschränkung der hier vorliegenden Unter- suchung eingegangen werden: Durch die unterschiedliche Therapiedauer der beiden Interventionen sind Aussagen über die Nachhaltigkeit der Effekte nur bei MDFT, aber nicht für die TAU Gruppe mög- lich. Während 70% aller MDFT-Therapien nach sechs Monaten abgeschlossen waren, befanden sich knapp die Hälfte aller Klientinnen und Klienten der Einzeltherapie neun Monate nach der Eingangs- erhebung noch in Behandlung. So konnte für MDFT in dem 12-Monats-Follow-Up eine Nachhaltigkeit der Effekte insbesondere im Hinblick auf die Veränderung des Cannabiskonsumverhaltens nachge- wiesen werden. Dagegen hatte die 12-Monats-Follow-Up-Erhebung für die Gruppe der TAU-Klientel eher den Charakter einer Post-Messung und bietet kaum Grundlage zur Abschätzung der Nachhaltig- keit des Behandlungserfolgs. Dies wiederum hat aber Konsequenzen für die Interpretation des Grup- penvergleichs: In einer Metaanalyse von Stanton und Shandish (1997) konnte gezeigt werden, dass die Überlegenheit systemischer Therapieansätze dann deutlich wird, wenn längere Follow-Up- Zeiträume überprüft werden.

Wie oben erwähnt, ist der hier vorliegende Ergebnisbericht als eine Teilanalyse der INCANT-Studie zu betrachten. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass nach der Analyse des gesamten Da- tensatzes der multizentrischen Behandlungsstudie eindeutigere und differenziertere Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie in Europa vorliegen werden.



## 6. Schlussfolgerungen aus der Praxis und Ausblick (Andreas Gantner)

### Einordnung des MDFT-Behandlungsangebotes

Von den zahlreichen in den vergangenen Jahren in Deutschland realisierten cannabispezifischen Beratungs- und Behandlungsprojekten (z.B. **FreD**, **realize it**, **quit the shit**, **Candis**) wurde mit der **MDFT** in der **INCANT-Studie** das zeit- und ressourcenintensivste sowie methodisch anspruchsvollste Therapieprogramm evaluiert. Aufgrund der langjährigen Tätigkeit in der cannabispezifischen Beratung und Behandlung von Cannabisklienten und der Mitwirkung des Therapieladen e.V. auch an obengenannten Projekten erscheint eine kurze Einordnung des MDFT-Angebotes sinnvoll. 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 Multiproblemverhaltens Jugendlicher, welches wiederum in Zusammenhang mit der elterlichen Erziehungskompetenz und dem Verhalten anderer relevanter Bezugspersonen steht. Dabei wird neben dem Cannabismissbrauchs auch anderes Suchtverhalten thematisiert und bearbeitet, insbesondere Alkoholmissbrauch und exzessive Computernutzung. Außerdem 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 cannabispezifischen Programme ausschließlich auf die Konsumenten und deren individuelles Suchtverhalten.

Weiterhin konzentriert sich die MDFT im Unterschied zu den anderen bisher evaluierten cannabispezifischen Projekten ausschließlich auf Minderjährige. Obwohl die anderen Projekte auch Jugendliche ansprechen, werden dort in der Regel eher junge Erwachsene erreicht. Vergleicht man die erreichte Zielgruppe von **CANDIS** und **INCANT**, so zeigt sich ein Unterschied im Durchschnittsalter von ca. 10 Jahren (**INCANT** : 16,2 Jahre, **CANDIS** 26,3 Jahre). Eine ähnliche Situation zeigt sich bei den Beratungsprogrammen **Quit the shit** und **realize it**.

Deutliche Unterschiede zeigen sich auch im Bildungsniveau bzw. sozialen Milieu der Klientel. Während z.B. bei **CANDIS** eher gut gebildete, aus der mittleren und oberen Mittelschicht stammende Klienten behandelt wurden, erreichte **INCANT** Jugendliche und Familien aus eher bildungsarmen und sozial schwachen Milieus. Zusammenfassend lässt sich feststellen: Mit MDFT wird eine sozial hochbelastete minderjährige Zielgruppe mit einem komplexen Therapiebedarf erreicht, welche bisher im ambulanten Versorgungsangebot aufgrund der zunächst oft schwachen Motivation der Klienten und der Vernachlässigung des therapeutischen Einbezuges der Eltern/relevanten Bezugspersonen durch die Helfer in der Regel keine adäquate Unterstützung erhält.

### MDFT: Therapie im erzieherischen Kontext

Es ist klinisch evident, dass in der Arbeit mit Minderjährigen die spezifische Entwicklungssituation der Adoleszenz berücksichtigt werden muss. Dazu gehört vor allem der systematische Einbezug der Eltern, aber auch anderer relevanter Bezugspersonen (z.B. Lehrer/Erzieher/Sozialarbeiter), die in Erziehungsverantwortung stehen und ebenfalls Unterstützungsbedarf haben, bzw. als wichtige Ressource benötigt werden. Ohne diese Erweiterung des therapeutischen Settings sind Jugendliche mit Sucht-

und Verhaltensproblemen therapeutisch schwer oder gar nicht zu erreichen. Die sehr intensive Arbeit mit den Eltern kommt dabei nicht nur den Jugendlichen zu Gute, sondern entfaltet darüber hinaus auch positive Effekte auf die persönliche Situation der Eltern oder der einbezogenen Geschwister (welche im Forschungsdesign nicht befragt wurden, aber nicht selten Teil der Behandlung waren). Die Zusammenarbeit mit Eltern und anderen relevanten Bezugspersonen ist ohnehin meist die Voraussetzung dafür, mit „unmotivierten“ Jugendlichen überhaupt in Kontakt zu kommen. Denn in der Regel sind es die Eltern, die ein Anliegen haben, oft auch mit dem verständlichen Wunsch, ihre Kinder und „deren Problem“ in professionelle Hände „abzugeben“. Hier muss sowohl im Hilfesystem als auch bei den betroffenen Familien die Einsicht gefördert werden, dass Eltern oder andere enge Bezugspersonen auch während der Adoleszenz immer noch einen sehr entscheidenden und oft unterschätzten Einfluss (im Guten wie im Schlechten) auf die weitere Entwicklung ihrer heranwachsenden Kinder haben und somit eine enge Mitwirkung und Kooperation die notwendige Grundlage der Hilfe darstellt. Dies schließt selbstverständlich die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit mit ein, in Einzelfällen bei Bedarf auch eine stationäre Unterbringung des Jugendlichen vorzubereiten.

### **Schnittstellenproblematik**

Bei den Therapien in der Behandlungsstudie wurden in den beteiligten Systemen der Jugendhilfe, Suchthilfe und Jugendpsychiatrie z.T. große Unsicherheit, aber auch sehr heterogene Auffassungen angetroffen. Diese betrafen z.B. folgende Fragen: 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 Suchtklienten sind die seit Jahren bekannten Schnittstellenprobleme zwischen verschiedenen Hilfesystemen (Jugendhilfe/Suchthilfe/Jugendpsychiatrie) eine weitere Herausforderung. Oft müssen in langwierigen Abstimmungsprozessen Zuständigkeiten (Kostenträger und Hilfeplanungen) geklärt und ausgehandelt werden, nicht selten zum Nachteil der betroffenen Jugendlichen und Familien. Einige Suchthilfeträger haben deshalb explizit Jugendhilfeangebote auf gesetzlicher Grundlage in ihr Leistungsspektrum aufgenommen. Die Hilfskonzepte im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind im Prinzip eine deutlich bessere Grundlage für familienorientiertes systemisches Arbeiten mit drogenabhängigen Jugendlichen als klassische Suchthilfeansätze. Wenn es jedoch neben sozialpädagogischer und erzieherischer Hilfe zusätzlich um die *Behandlung* von Suchtproblemen geht, stellt sich auch dort oft das Kosten- und Zuständigkeitsproblem. Bis heute gibt es jedoch in Deutschland für systemische bzw. familientherapeutische Behandlungskonzepte keine Anerkennung als Sucht- oder Psychotherapieverfahren von den Kostenträgern. Angesichts der in mehreren Studien nachgewiesenen Effektivität der MDFT, die jetzt auch durch INCANT im europäischen Rahmen bestätigt wurde, zeigt sich hier ein dringender Bedarf, diesen Ansatz stärker zu etablieren und zu finanzieren.

Wir gehen davon aus, dass hier in Zukunft neue Lösungswege und verbindlichere Kooperationsvereinbarungen zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen gefunden werden müssen, nicht zuletzt, um die so oft formulierte Forderung nach wirksamer *Frühintervention* angemessen zu beantworten

und damit Bildungsabbrüche, Chronifizierungen von Sucht und komorbiden Störungen zu vermeiden und damit langfristig erhebliche gesellschaftliche Kosten zu sparen.

### **MDFT Transfer**

In den Niederlanden wurde bereits 2008 mit dem Transfer von MDFT in die Praxis begonnen. MDFT ist dort bereits eine von verschiedenen Kostenträgern (Jugendhilfe, Justiz, Krankenkassen) anerkannte Therapieform für die jugendliche Zielgruppe und es wurden bisher 30 Teams aus der Jugend- und Suchthilfe sowie der forensischen Hilfe ausgebildet. Im Mai 2010 wurde von den Beteiligten der INCANT-Studie unter der Federführung von Prof. Henk Rigter der internationale Dachverband *MDFT Europe* gegründet. Ziel und Aufgabe dieses Verbundes ist die Weiterentwicklung und Verbreitung des MDFT-Ansatzes in europäischen Ländern und die Sicherstellung der Qualitätsstandards von MDFT in Anwendung und Ausbildung.

Um auch in Deutschland einen Transfer der MDFT in die Praxis zu ermöglichen, wurden seit 2009 im Anschluss an die INCANT-Studie drei MDFT Studientherapeut/inn/en aus dem Therapieladen e.V. gemeinsam mit anderen europäischen INCANT-Kollegen zu MDFT-Trainer/inne/n geschult und parallel mit der Übersetzung des amerikanischen Manuals und seiner Adaption an deutsche Verhältnisse beauftragt.

Hauptaufgabe beim Erstellen des deutschen Manuals war, das in den USA entwickelte therapeutische Konzept auf „deutsche Verhältnisse zu übertragen“. Dies bedeutete zunächst, die sorgfältige theoretische und wissenschaftliche Fundierung des Therapieansatzes einzubetten in die aktuelle deutschsprachige Literatur zu Grundlagen und Forschungsergebnissen aus Entwicklungspsychologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugend- und Suchthilfe. Dazu wurde der Theorieteil komplett überarbeitet und neu gegliedert. Außerdem war es ein besonderes Anliegen, das methodische Vorgehen anhand unserer eigenen Fallbeispiele und bezogen auf spezifisch deutsche Gegebenheiten (z.B. im Jugendhilfesystem, Kinder- und Jugendpsychiatrie) darzustellen. So können praktisch interessierte Therapeuten für ihre Qualifizierung in MDFT möglichst viele Bezüge zum eigenen Berufsalltag herstellen. Die deutsche Adaption der amerikanischen Vorlage entspricht trotz aller inhaltlichen Überarbeitung und Umstrukturierung der von Howard Liddle entwickelten Konzeption von MDFT und ist von den MDFT-Entwicklern und der Dachorganisation MDFT Europe als Ausbildungsgrundlage anerkannt. Eine Veröffentlichung des Manuals in einem Verlag ist in Vorbereitung.

### **Institutionelle Voraussetzungen für die Anwendung der MDFT**

Der MDFT-Ansatz ist grundsätzlich adaptiv und flexibel in der Umsetzung und daher innerhalb verschiedener institutioneller Kontexte bzw. Rahmenbedingungen anwendbar. Es ist sinnvoll und machbar, ein MDFT-Behandlungsangebot in die regionalen, lokalen Gegebenheiten und bestehenden Verbundsysteme einzubetten. Dies gilt vor allem für das Jugendhilfesystem, die Suchthilfe oder das kinder- und jugendpsychiatrische System, wie es bereits in der Umsetzung der INCANT-Studie praktiziert wurde. Systemoffenheit ist geradezu ein Kernmerkmal der MDFT.

In Berlin wird MDFT nach Ablauf der INCANT-Forschungsphase in der Einrichtung Therapieladen e.V. auf der Basis einer bereits seit 2000 bestehenden Leistungsvereinbarung im Rahmen von therapeuti-

schen Jugendhilfeleistungen nach SGB VIII angeboten. Ob sich MDFT in Deutschland in Zukunft überwiegend als spezifisches therapeutisches Angebot im Kontext von Jugendhilfe verbreitet (pauschal- oder einzelfallfinanziert) oder sich angesichts der Evidenzbasierung auch eine Kostenerstattung durch die Rentenversicherung oder die Krankenkasse etablieren kann, ist derzeit noch nicht absehbar und bleibt eine zukünftigen Herausforderung. Unabhängig von diesen noch offenen Entwicklungen ist die Implementierung von MDFT derzeit abhängig vom Interesse und der Bereitschaft von Institutionen bzw. Leistungsanbietern, neue Wege zu beschreiten, um die therapiebedürftige Zielgruppe effizient zu versorgen

Eine zentrale Voraussetzung für den Einsatz der MDFT ist das Arbeiten in einem Behandlungsteam mit den entsprechenden Ressourcen und Arbeitsbedingungen. Ein Team sollte aus mindestens drei Personen bestehen (zwei MDFT-Therapeuten und einem MDFT-Supervisor). Da MDFT Elemente des Case Managements integriert und durch die aufsuchende Arbeit den Kanon üblicher therapeutischer Vorgehensweisen überschreitet, sind in den durchführenden Institutionen evtl. organisatorische Veränderungen hinsichtlich existierender Ressourcenplanung (Zeitbudgets, Kostenmodelle) erforderlich.

Organisationen die MDFT anbieten, benötigen gute Kooperationsbeziehungen zu anderen, komplementären Hilfesystemen. Hierzu zählen u.a.:

- Kinder und Jugendpsychiatrie (ambulant/stationär)
- Jugendspezifische stationäre Entzugstationen und Rehabilitationsangebote
- Jugend- und Drogenberatungsstellen
- Öffentliche und freie Jugendhilfe
- Jugendgerichts- und Bewährungshilfe
- Schulpsychologische Dienste

Das Arbeiten in einem Netzwerk unterschiedlicher Hilfen ist bei sog. Multiproblemfällen eher die Regel. Viele Jugendliche haben bereits eine 'Maßnahmekarriere' hinter sich bzw. befinden sich im Kontakt mit mehreren professionellen Bezugspersonen. Die Zusammenarbeit im Rahmen der Arbeit im außerfamiliären Kontext verläuft in der Regel einfacher, wenn er auf bereits bestehende gute Kooperationsbeziehungen aufgebaut werden kann.

### **Ausblick**

Eine sich verfestigende Drogenproblematik bei Jugendlichen bedeutet für die betroffenen Eltern häufig Ratlosigkeit und Resignation. Zugleich sind in den zuständigen Institutionen (Schule, Jugendhilfe, Suchthilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie etc.) oft Verunsicherung und Hilfsangebote anzutreffen, die sich auf Teilaspekte der komplexen familiären Situation konzentrieren und unverbunden nebeneinander stehen. Die fachspezifischen Ansatzpunkte und divergierenden Sichtweisen auf die Problematik führen nicht selten zu langwierigen Maßnahmekarrieren und einer Verschleppung der Symptomatik.

Mit MDFT liegt nun ein evidenzbasierter, von der Komplexität ( i.e. Multidimensionalität) der Problemlage ausgehender integrativer Behandlungsansatz vor. Hier werden alle bestehenden familiären und institutionellen Bezugspersonen einbezogen mit dem Ziel, deren erzieherische, beraterische,

betreuende Kompetenz zu bündeln, zu verbessern und synergetisch zu optimieren. Dieses Vorgehen erfordert einerseits einen intensiven und fachlich anspruchsvollen therapeutischen Aufwand, andererseits werden durch das Einbeziehen der Familie und des sozialen Raumes vorhandene Ressourcen effizient genutzt.

Diesen Ansatz kennen zu lernen ist daher nicht nur für Familien- und Sucht- und Sozialtherapeuten von großem Interesse, sondern ebenso für alle anderen Berufsgruppen, die in ihrem Berufsalltag mit Jugendlichen arbeiten und dort mit problematischen Drogenkonsum und damit einhergehenden jugendtypischen Problemlagen konfrontiert sind: Mitarbeiter/innen von Jugendämtern, Mitarbeiter/innen der (ambulanten und stationären) Jugendhilfe und Suchthilfe, von Erziehungs- und Familienberatungsstellen, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch Pädagog/innen und Lehrer/innen, die in der Suchtprävention tätig sind.

## 7. Literatur

- Beck, A.T. (1986). Kognitive Therapie der Depression. München: Urban & Schwarzenberg.
- Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, II A (2006). Ergebnisse der Fehlzeitenstatistik im 1. Schulhalbjahr 2005/2006. Unveröffentlichte Tabelle im PDF-Format.
- Bergmann, W. Gute Autorität. Grundsätze einer zeitgemäßen Erziehung. Heidelberg: Beltz, 2008
- Bonnet, U. & Scherbaum, N. (2005): Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit
- Brannan, A. M., Sonnichsen, E. & Heflinger, C.A. (1996). Measuring satisfaction with children's mental health services: Validity and reliability of the Satisfaction Scales. *Evaluation and Program Planning* 1996, 19, 131-141.
- Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press, 1979
- Buckner, J.D. & Schmidt, N.B. (2009). Social anxiety disorder and marijuana use problems: the mediating role of marijuana effect expectancies. *Depress Anxiety*, 26 (9), 864-70.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2008). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln.
- Chen, K., Kandel, D.B., Davies, M. (1997). Relationships between frequency and quantity of marijuana use and last year proxy dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug Alcohol Depend.* 46(1-2):53-67.
- Cohen, J. (1988) Statistical power analysis for the behavioral sciences, 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.
- Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G.S., Tims, F.M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J.C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat*, 2004, 27(3), 197-213.
- Deutsches Jugendinstitut (2010). Zahlen, Daten, Fakten zu „Jugendgewalt“. Verfügbar unter: [www.dji.de/bibs/jugendkriminalitaet/2010-Zahlen-Daten-Fakten.pdf](http://www.dji.de/bibs/jugendkriminalitaet/2010-Zahlen-Daten-Fakten.pdf). Abgerufen am 26.04.2010.
- Diamond G.M. & Liddle H.A. Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 481-8
- Döpfner, M., Schmeck, K. und Berner, W. (1994). Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln, 1994.
- Emmerling, D. (2007). Ehescheidungen 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/files/3PNI7I.pdf>. Abgerufen am 26.04.2010.
- Essau, C.A. & Conradt, J. (2009). Komorbidität. In: R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.). *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 69-74). Stuttgart: Schattauer.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2009): Annual report: the state of the drugs problem in Europe. Lisbon 2009
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Beautrais, A. L. (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction*, 98, 1681-1692.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 97, 1123-35.
- Gantner, A./Tossmann, P. (2005): INCANT Pilotstudie. Endbericht und Begleitforschung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Gantner, A., Spohr, B., Bobbink, J. & Becker, H. (2009): Pendeldiplomatie im Quadrat. Multidimensionale Familientherapie (MDFT): ein systemischer Therapieansatz für Jugendliche mit Drogenproblemen und Verhaltensauffälligkeiten, deren Eltern und Bezugspersonen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 30 (4), 13-26.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2006). Essstörungen. Weinheim: Beltz.
- Haley, J. Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen. München: Pfeiffer 1985. Originalausgabe: Problem Solving Therapy (1976)
- Joanning, H., Quinn, W., Thomas, F. & Mullen, R. (1992). Treating adolescent drug abuse: a comparison of family system therapy, group therapy, and family drug education. *J Marital Fam Ther* 18, 345-356.
- IFT Institut für Therapieforschung (2009). Deutsche Suchthilfestatistik. Tabellenband: ambulantes Behandlungssetting, Bezugsgruppe Alle Betreuungen ohne Einmalkontakte, Auswertungsjahr 2008, Auswertung für Beratungs-/Behandlungsstellen. Verfügbar unter: <http://www.suchthilfestatistik.de/ambulant.htm> (abgerufen am 26.04.2010).
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Pabst, A. (2008). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), 16-25.
- Kuhnke, R. (2006). Indikatoren zur Erfassung des Migrationshintergrundes. Arbeitspapier 2/2006. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Liddle, H. A. (2002). Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users. Cannabis Youth Treatment Series Vol. 5. (CYT manual series). Rockville: CSAT/SAMSHA.
- Liddle, H.A. (2010). Treating Adolescent Substance Abuse. Using Multidimensional Family Therapy. In: J. Weisz & A. Kazdin (Eds.), Evidence –based psychotherapies for children and adolescents: 416-432.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Diamond, G. (1992). Adolescent Substance Abuse: Multidimensional Family Therapy in Action. In: Kaufmann & Kaufmann. Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse. Needham Hts., 120-171.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-87.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E. & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103 (10), 1660 – 1670.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C., & Greenbaum, P. (2009). Multidimensional Family Therapy for early adolescent substance Abusers: Twelve month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12-25.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Ungaro, R.A. & Henderson, C.E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical

- trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *J Psychoactive Drugs*, 36 (1), 49-63.
- Miller, W.M. & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Minuchin, S. *Familie und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus Verlag. 1984, Originalausgabe: *Families and Family Therapy* (1976)
- Moos, R. H. & Moos, B. S (1986). *Family Environment Scale Manual*. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Omer, H. & von Schlippe, A. *Autorität ohne Gewalt: Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen. 'Elterliche Präsenz' als systemisches Konzept*. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht 2006
- Roberts, R.E., Roberts, C.R. & Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug Alcohol Depend.*, 88 (1), 4-13.
- Rogers, C.R. (1981). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rösner, S., Steiner, S. & Kraus, L. (2008). Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006*. *Sucht*, 54, Sonderheft 1, 47-56.
- Rigter, H. Five Countries Cannabis Research Action Plan. In: Reitox Academy: Cannabis prevention and treatment. Berlin 2007: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)
- Rowe, C. & Liddle, H. (2003). Substance abuse. *J Marital Fam Ther* 29 (1), 97-120.
- Rubino, T., Realini, N., Braidà, D., Guidi, S. Capurro, V., Viganò, D., Guidali, C., Pinter, M., Sala, M., Bartesaghi, R. & Parolaro, D. (2009). Changes in Hippocampal Morphology and Neuroplasticity Induced by Adolescent THC Treatment are Associated with Cognitive Impairment in Adulthood. *Hippocampus*, 19, 763-772.
- Schu, M., Wünsche, T., Tossmann, P. & Jonas, B. (2009). *Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen*. Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Köln: FOGS GmbH.
- Schulz, E. & Remschmidt, H. (1999). Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Arzteblatt*; 96(7), A414–18.
- Simon, R. & Palazzetti, M. (1999). Jahresstatistik 1998 der ambulanten und Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. *Sucht*, 45, (Sonderheft 1).
- Simon, R., Sonntag, D., Bühringer, G. & Kraus, L. (2004). *Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland*. München: IFT.
- Stanton, M. & Shandish, W.R. (1997). Outcome, attrition and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of controlled comparative studies. *Psychol Bull* 122 (2), 170-191.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2009a). *Allgemeinbildende Schulen - Schüler/innen nach Schularten*. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/BildungForschungKultur/Schulen/Tabellen/Content75/AllgemeinbildendeSchulenSchulartenSchueler,templateId=renderPrint.psml>. Zugriff am 26.04.2010.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2009b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2007*. Verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=>



[1023128](#). Zugriff am 26.04.2010.

- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Patton, G.C. (2008) Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood. *Addiction*, 103 (8), 1361-70.
- Thomasius, R. Cannabisbezogene Störungen in der psychiatrischen Ambulanz. In: Jugendkult Cannabis. Risiken und Hilfen. Dokumentation des Bundesministeriums für Gesundheit 2005
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1998). Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hoffler, M., Wittchen, H.-U., (2002). Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults – a transient phenomena? Results from a longitudinal community study. *Drugs and Alcohol Dependence*, 66, 147-59.
- Sydow, K.v., Schindler, A., Beher, S. & Schweitzer-Rothers, J., Retzlaff., R. Die Wirksamkeit Systemischer Therapie bei Substanzstörungen des Jugend- und Erwachsenenalters. In: Sucht, 56(1), 2010, 21-42
- Sydow, K.v., Beher, S., Retzlaff., R. & Schweitzer-Rothers, J. Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe 2006
- Waldron, H.B., Slesnick, N., Brody, J.L., Turner, C.W., & Peterson, T.R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7 month assessments. *J Consult Clin Psychol* 69 (5), 802-813.
- Winters, K. C. & Henly, G. A. (1989). Personal Experience Inventory and Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Winters, K. C. & Henly, G. A. (1993). Adolescent Diagnostic Interview Schedule and Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ziegert, B., Neuss, A., Herpertz-Dahlmann, B. & Kruse, W. (2002). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in der allgemeinärztlichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 6, 271-276.
- Zvolensky, M.J., Lewinsohn, P., Bernstein, A., Schmidt, N.B., Buckner, J.D., Seeley, J., Bonn-Miller, M.O. (2008). Prospective associations between cannabis use, abuse, and dependence and panic attacks and disorder. *J Psychiatr Res*, 42 (12), 1017-23.

## 8. Anhang: Komplettauswertung Items der Skala zur Therapiezufriedenheit

### Zufriedenheitsskala - Eltern (n=105)

1. Wie ist Ihr Gesamteindruck darüber, wie sehr die Therapie Ihrem Kind bei der Bewältigung seiner Probleme geholfen hat?

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	17,5%	37,7%	27,3%	U=1024,5 p=.002
Überwiegend zufrieden	26,3%	34,0%	30,0%	
Gemischt	42,1%	22,6%	32,7%	
Überwiegend unzufrieden	12,3%	1,9%	7,3%	
Furchtbar	1,8%	3,8%	2,7%	

2. Wie ist Ihr Gesamteindruck über die Fähigkeit des Therapeuten / der Therapeutin, Ihrem Kind zuzuhören und dessen Probleme zu verstehen?

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	54,5%	67,9%	61,1%	U=1307,5 p=.122
Überwiegend zufrieden	36,4%	18,9%	27,8%	
Gemischt	9,1%	13,2%	11,1%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	0,0%	0,0%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

3. Wie ist Ihr Gesamteindruck über die Wartezeit zwischen Ihrem Terminwunsch und dem vom Therapeuten/ der Therapeutin angebotenen Termin?

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	59,3%	77,4%	68,2%	U=1194,0 p=.015
Überwiegend zufrieden	37,0%	17,0%	27,1%	
Gemischt	3,7%	3,8%	3,7%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	0,0%	0,0%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

4. Wie ist Ihr Gesamteindruck über die Verfügbarkeit von Terminen, die der Zeitplanung Ihres Kindes entsprechen?

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	50,9%	63,5%	57,0%	U=1316,0 p=.140
Überwiegend zufrieden	45,5%	32,7%	39,3%	
Gemischt	3,6%	1,9%	2,8%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	1,9%	0,9%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

5. Wie ist Ihr Gesamteindruck über den Erfolg der Therapie hinsichtlich der Aufrechterhaltung des Wohlbefindens Ihres Kindes und der Verhinderung von Rückfällen?

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	18,5%	34,0%	26,0%	U=1158,0 p=.022
Überwiegend zufrieden	24,1%	32,0%	27,9%	
Gemischt	33,3%	22,0%	27,9%	
Überwiegend unzufrieden	18,5%	8,0%	13,5%	
Furchtbar	5,6%	4,0%	4,8%	

6. Wie ist Ihr Gesamteindruck über das Ausmaß an Hilfe, die Ihr Kind erhalten hat?

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	26,8%	51,0%	38,3%	U=1192,5 p=.031
Überwiegend zufrieden	44,6%	31,4%	38,3%	
Gemischt	26,8%	13,7%	20,6%	
Überwiegend unzufrieden	1,8%	3,9%	2,8%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

7. Wie ist Ihr Gesamteindruck über die Informationen, die Ihr Kind über die Therapiemöglichkeiten erhalten hat?

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	25,0%	61,5%	43,3%	U=964,0 p<.001
Überwiegend zufrieden	61,5%	26,9%	44,2%	
Gemischt	11,5%	7,7%	9,6%	
Überwiegend unzufrieden	1,9%	3,8%	2,9%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**8. Wie ist Ihr Gesamteindruck über das fachliche Wissen und die Kompetenz des Therapeuten /der Therapeutin?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	63,6%	66,0%	64,8%	U=1455,5 p=.573
Überwiegend zufrieden	32,7%	24,5%	28,7%	
Gemischt	3,6%	7,5%	5,6%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	1,9%	0,9%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**9. Wie ist Ihr Gesamteindruck über die persönliche Art des Therapeuten / der Therapeutin?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	61,8%	67,9%	64,8%	U=1414,5 p=.397
Überwiegend zufrieden	34,5%	20,8%	27,8%	
Gemischt	3,6%	11,3%	7,4%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	0,0%	0,0%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**10. Wie ist Ihr Gesamteindruck über die Wartezeiten, die Ihr Kind vor den Therapiesitzungen hatte?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	54,7%	71,7%	63,2%	U=1171,0 p=.012
Überwiegend zufrieden	43,4%	26,4%	34,9%	
Gemischt	1,9%	0,0%	0,9%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	1,9%	0,9%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**11. Wie ist Ihr Gesamteindruck darüber, wie sehr Ihr Kind ernst genommen und respektiert wurde?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	69,1%	79,2%	74,1%	U=1324,0 p=.109
Überwiegend zufrieden	27,3%	15,1%	21,3%	
Gemischt	3,6%	5,7%	4,6%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	0,0%	0,0%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**12. Wie ist Ihr Gesamteindruck über Informationen darüber, wie Ihr Kind am meisten von der Therapie profitieren kann?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	19,2%	44,2%	31,7%	U=1135,5 p=.010
Überwiegend zufrieden	67,3%	40,4%	53,8%	
Gemischt	13,5%	15,4%	14,4%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	0,0%	0,0%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**13. Wie ist Ihr Gesamteindruck zu den Erklärungen über bestimmte Abläufe oder Methoden, die bei der Therapie zum Einsatz kamen?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	21,2%	51,0%	35,9%	U=1053,0 p=.002
Überwiegend zufrieden	61,5%	37,3%	49,5%	
Gemischt	15,4%	9,8%	12,6%	
Überwiegend unzufrieden	1,9%	0,0%	1,0%	
Furchtbar	0,0%	2,0%	1,0%	

**14. Wie ist Ihr Gesamteindruck über den Erfolg der Therapie dahingehend, dass es gelungen ist, die Beschwerden Ihres Kindes zu lindern oder seine Probleme zu reduzieren?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	15,8%	36,5%	25,7%	U=1204,5 p=.043
Überwiegend zufrieden	36,8%	26,9%	32,1%	
Gemischt	24,6%	25,0%	24,8%	
Überwiegend unzufrieden	14,0%	5,8%	10,1%	
Furchtbar	8,8%	5,8%	7,3%	

**15. Wie ist Ihr Gesamteindruck zur Gründlichkeit des Therapeuten /der Therapeutin?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	45,1%	71,2%	58,3%	U=1047,0 p=.001
Überwiegend zufrieden	47,1%	23,1%	35,0%	
Gemischt	5,9%	3,8%	4,9%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	1,9%	1,0%	
Furchtbar	2,0%	0,0%	1,0%	

**16. Ganz allgemein betrachtet: wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Ihr Kind erhalten hat?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	31,6%	56,6%	43,6%	U=1158,5 p=.017
Überwiegend zufrieden	43,9%	26,4%	35,5%	
Gemischt	21,1%	11,3%	16,4%	
Überwiegend unzufrieden	1,8%	3,8%	2,7%	
Furchtbar	1,8%	1,9%	1,8%	

**Zufriedenheitsskala - Jugendliche (n=105)**

**1. Wie ist dein Gesamteindruck über die Wirkung der Therapie hinsichtlich der Bewältigung deiner Probleme?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	14,8%	26,8%	20,9%	U=1438,5 p=.642
Überwiegend zufrieden	42,6%	26,8%	34,5%	
Gemischt	35,2%	41,1%	38,2%	
Überwiegend unzufrieden	5,6%	5,4%	5,5%	
Furchtbar	1,9%	0,0%	0,9%	

**2. Wie ist dein Gesamteindruck über die Fähigkeit deines Therapeuten / deiner Therapeutin, dir zuzuhören und deine Probleme zu verstehen?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	40,7%	50,0%	45,5%	U=1468,0 p=.776
Überwiegend zufrieden	44,4%	28,6%	36,4%	
Gemischt	14,8%	14,3%	14,5%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	7,1%	3,6%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**3. Wie ist dein Gesamteindruck über die Wartezeit zwischen deinem Terminwunsch und dem vom Therapeuten angebotenen Termin?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	55,6%	53,6%	54,5%	U=1449,5 p=.675
Überwiegend zufrieden	37,0%	33,9%	35,5%	
Gemischt	5,6%	8,9%	7,3%	
Überwiegend unzufrieden	1,9%	3,6%	2,7%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**4. Wie ist dein Gesamteindruck über die Verfügbarkeit von Terminen, die deiner Zeitplanung entsprechen?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	50,0%	37,5%	43,6%	U=1332,0 p=.245
Überwiegend zufrieden	33,3%	42,9%	38,2%	
Gemischt	16,7%	19,6%	18,2%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	0,0%	0,0%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**5. Wie ist dein Gesamteindruck über den Erfolg der Therapie hinsichtlich der Aufrechterhaltung deines Wohlbefindens und dem Verhindern von Rückfällen?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	11,1%	35,7%	23,6%	U=1187,0 p=.044
Überwiegend zufrieden	38,9%	25,0%	31,8%	
Gemischt	33,3%	26,8%	30,0%	
Überwiegend unzufrieden	11,1%	3,6%	7,3%	
Furchtbar	3,7%	8,9%	6,4%	

**6. Wie ist dein Gesamteindruck über das Ausmaß an Hilfe, die du erhalten hast?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	29,6%	32,1%	30,9%	U=1383,0 p=.404
Überwiegend zufrieden	44,4%	51,8%	48,2%	
Gemischt	22,2%	12,5%	17,3%	
Überwiegend unzufrieden	1,9%	3,6%	2,7%	
Furchtbar	1,9%	0,0%	0,9%	

**7. Wie ist dein Gesamteindruck über die Informationen und die Aufklärung, die du über die Therapiemöglichkeiten erhalten hast?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	42,6%	33,9%	38,2%	U=1340,0 p=.270
Überwiegend zufrieden	40,7%	42,9%	41,8%	
Gemischt	11,1%	14,3%	12,7%	
Überwiegend unzufrieden	5,6%	5,4%	5,5%	
Furchtbar	0,0%	3,6%	1,8%	

**8. Wie ist dein Gesamteindruck über das fachliche Wissen und die Kompetenz deines Therapeuten / deiner Therapeutin?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	55,6%	48,2%	51,8%	U=1348,5 p=.280
Überwiegend zufrieden	35,2%	33,9%	34,5%	
Gemischt	9,3%	14,3%	11,8%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	3,6%	1,8%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**9. Wie ist dein Gesamteindruck über die persönliche Art deines Therapeuten / deiner Therapeutin?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	48,1%	42,9%	45,5%	U=1400,0 p=.468
Überwiegend zufrieden	37,0%	37,5%	37,3%	
Gemischt	11,1%	12,5%	11,8%	
Überwiegend unzufrieden	3,7%	5,4%	4,5%	
Furchtbar	0,0%	1,8%	0,9%	

**10. Wie ist dein Gesamteindruck über die Wartezeiten, die du vor deinen Therapiesitzungen hattest?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	48,1%	55,4%	51,8%	U=1354,0 p=.289
Überwiegend zufrieden	40,7%	41,1%	40,9%	
Gemischt	7,4%	3,6%	5,5%	
Überwiegend unzufrieden	3,7%	0,0%	1,8%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**11. Wie ist dein Gesamteindruck darüber, wie sehr du ernst genommen und respektiert wurdest?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	64,8%	55,4%	60,0%	U=1352,0 p=.271
Überwiegend zufrieden	27,8%	32,1%	30,0%	
Gemischt	5,6%	8,9%	7,3%	
Überwiegend unzufrieden	1,9%	3,6%	2,7%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**12. Wie ist dein Gesamteindruck über Informationen darüber, wie du am meisten von der Therapie profitieren kannst?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	24,1%	12,5%	18,2%	U=1356,0 p=.306
Überwiegend zufrieden	50,0%	57,1%	53,6%	
Gemischt	16,7%	25,0%	20,9%	
Überwiegend unzufrieden	5,6%	5,4%	5,5%	
Furchtbar	1,9%	0,0%	0,9%	

**13. Wie ist dein Gesamteindruck zu den Erklärungen über bestimmte Abläufe oder Methoden, die bei der Therapie zum Einsatz kamen?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	18,5%	21,4%	20,0%	U=1462,0 p=.747
Überwiegend zufrieden	46,3%	48,2%	47,3%	
Gemischt	35,2%	23,2%	29,1%	
Überwiegend unzufrieden	0,0%	7,1%	3,6%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**14. Wie ist dein Gesamteindruck über den Erfolg der Therapie dahingehend, dass es gelungen ist, deine Beschwerden zu lindern oder deine Probleme zu reduzieren?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	20,4%	32,1%	26,4%	U=1393,0 p=.457
Überwiegend zufrieden	42,6%	30,4%	36,4%	
Gemischt	24,1%	26,8%	25,5%	
Überwiegend unzufrieden	9,3%	7,1%	8,2%	
Furchtbar	3,7%	3,6%	3,6%	

**15. Wie ist dein Gesamteindruck zur Gründlichkeit deines Therapeuten /deiner Therapeutin?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	46,3%	42,9%	44,5%	U=1435,5 p=.618
Überwiegend zufrieden	40,7%	41,1%	40,9%	
Gemischt	11,1%	10,7%	10,9%	
Überwiegend unzufrieden	1,9%	5,4%	3,6%	
Furchtbar	0,0%	0,0%	0,0%	

**16. Ganz allgemein betrachtet: wie zufrieden bist du mit der Behandlung, die du erhalten hast?**

	TAU	MDFT	Gesamt	MDFT vs. TAU
Hervorragend	38,9%	41,1%	40,0%	U=1509,0 p=.985
Überwiegend zufrieden	38,9%	33,9%	36,4%	
Gemischt	16,7%	19,6%	18,2%	
Überwiegend unzufrieden	3,7%	3,6%	3,6%	
Furchtbar	1,9%	1,8%	1,8%	