

Multisystemische Therapie (MST): Entwicklung, Praxis, Ergebnisse und Verbreitung

Charles M. Borduin, Ph.D.

Director, Missouri Delinquency Project

Professor, Department of Psychological Sciences

University of Missouri-Columbia



Missouri Delinquenz-Projekt - Mission

- u Die wissenschaftlich begleitete Verbreitung von therapeutisch wirksamen und kosteneffektiven psychologischen Angeboten für Jugendliche, die Gewalt und andere ernsthafte antisoziale Verhaltensweisen zeigen.



Andere mit der Multisystemischen Therapie verbundene Organisationen

- Family Services Research Center
 - Forschungszentrum an der Medical University of South Carolina
- MST Dienste
 - Organisationen, die privaten und öffentlichen Trägern bei der Einführung von MST für jugendliche Straftäter helfen
- MST Partner
 - Organisationen, die privaten und öffentlichen Trägern bei der Einführung von MST für jugendliche Sexualstraftäter und Jugendlichen mit problematischem Sexualverhalten helfen
- MST Institut
 - Qualitätssicherung und Ergebnisüberprüfung

Was ist Multisystemische Therapie?

- u Eine intensive (geringe Fallzahlen), umfassende (verschiedene Risikofaktoren angehende) gemeinde- und familienbezogene Behandlung, die jugendliches Problemverhalten vermindern und teure Fremdunterbringung vermeiden soll
- u Betrachtet Erziehungsberechtigte als Schlüsselpersonen, um positive therapeutische Ergebnisse bei den Jugendlichen zu erzielen – Erziehungsberechtigte werden gestärkt, effektiver mit ihren Jugendlichen umzugehen
- u Integriert evidenzbasierte Interventionen (z.B. strategische and strukturelle Familientherapie, kognitiv-behaviorale Therapie)
- u Verwendet eine umfangreiche Qualitätssicherung, um Behandlungsgenauigkeit zu unterstützen

Primäre Ziele der MST

- Jugendkriminalität vermindern
- Andere Arten antisozialen Handelns reduzieren, z.B. Drogenmissbrauch
- Damit zugleich Kosten sparen durch weniger Inhaftierung und Fremdunterbringung

MST: Einige leitende Annahmen

- u Das Verhalten von Kindern ist stark von ihrer Familie, Freunden und Gemeinde geprägt (und vice versa)
- u Familien sind die Schlüssel zum Erfolg
- u Familien können ohne formale, gerichtlich beauftragte Hilfsdienste erfolgreich leben
- u Veränderung kann schnell auftreten
- u Professionelle Behandler sollten für ihre Ergebnisse verantwortlich sein
- u Wissenschaft und Forschung können Wege aufzeigen

MST Forschung und Entwicklung

- Wenig Belege für die Effektivität der meisten Behandlungen für schwere Straftäter
- Theoretische Untermauerungen der MST
- Forschungsergebnisse über delinquentes Verhalten
- MST-Forschungsergebnisse

Warum wurde die MST entwickelt?

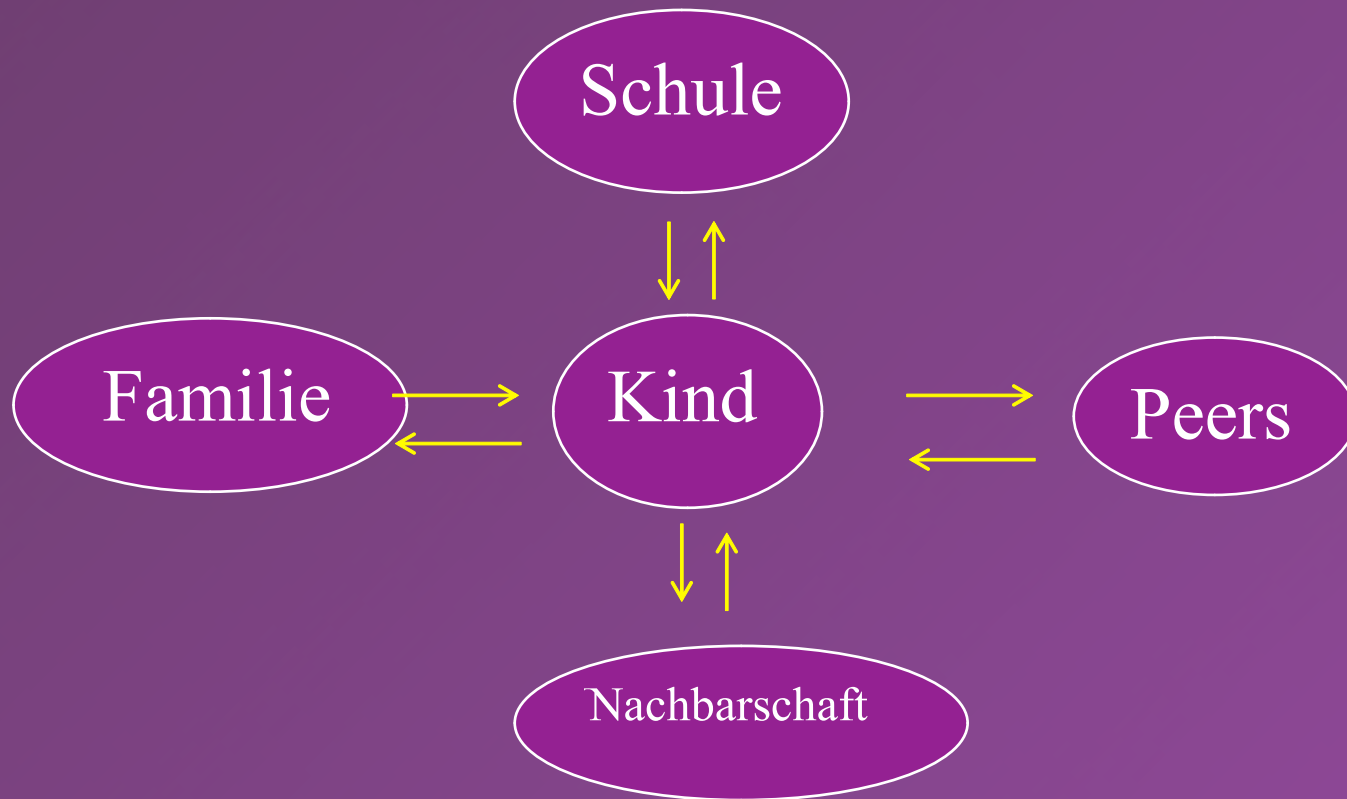
- In den späten 1970ern folgerten mehrere große Reviews über Effekte von Behandlungen der Delinquenz, dass “nichts hilft.”
- In den späten 1980ern wurden mehrere Behandlungsansätze als “vielversprechend” befunden
- Keine dieser vielversprechenden Ansätze hat positive Ergebnisse für Gemeindefsettings oder mit Straftätern hervorgebracht .

MST Theoretische Annahmen

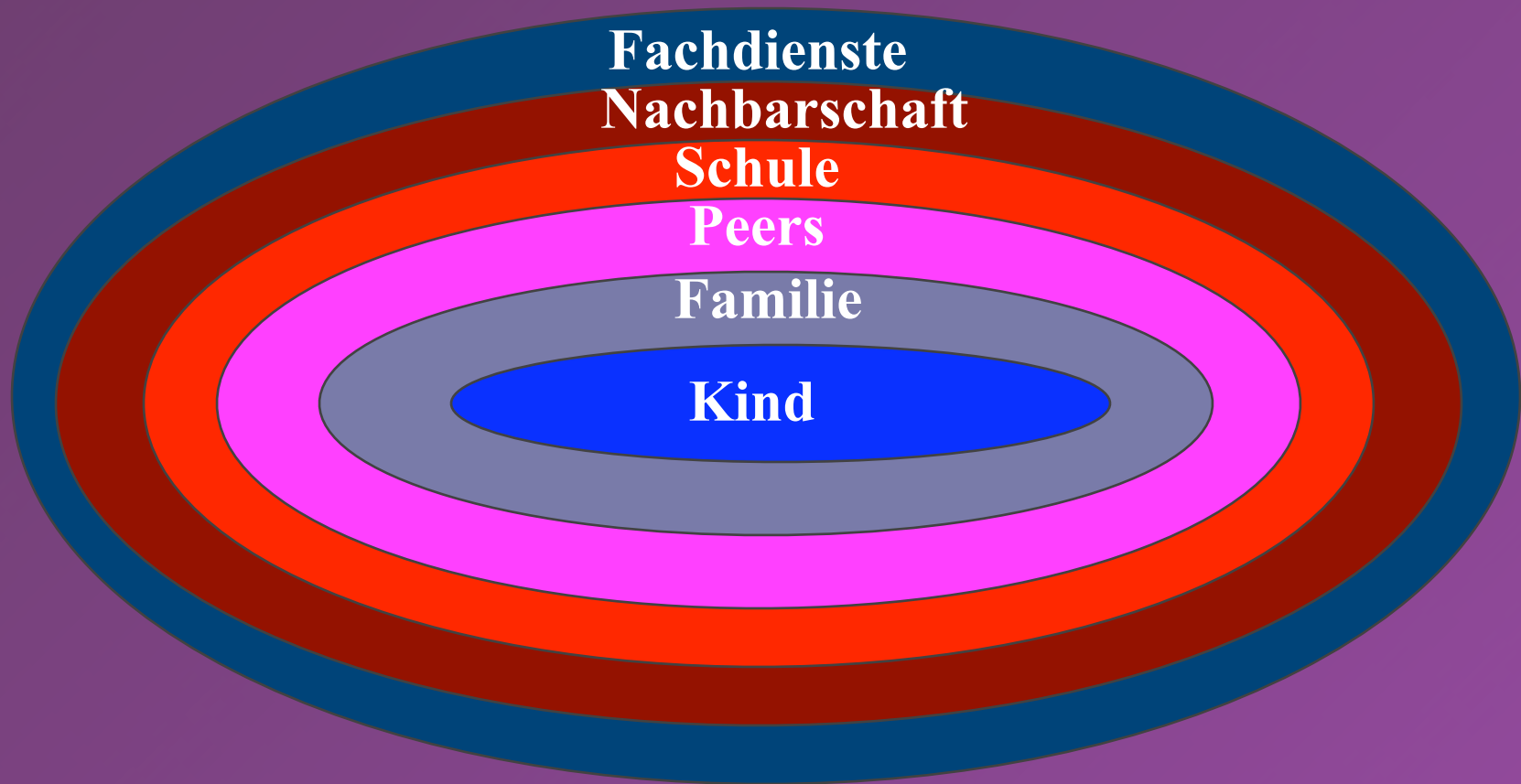
Basierend auf Bronfenbrenner, Haley, und Minuchin

- Kinder und Jugendliche sind eingebettet in multiple Systeme, die direkt oder indirekt auf ihr Verhalten Einfluss nehmen
- Die Einflüsse sind reziprok und verlaufen in beide Richtungen

Ökologische Modelle



Ökologische Modelle



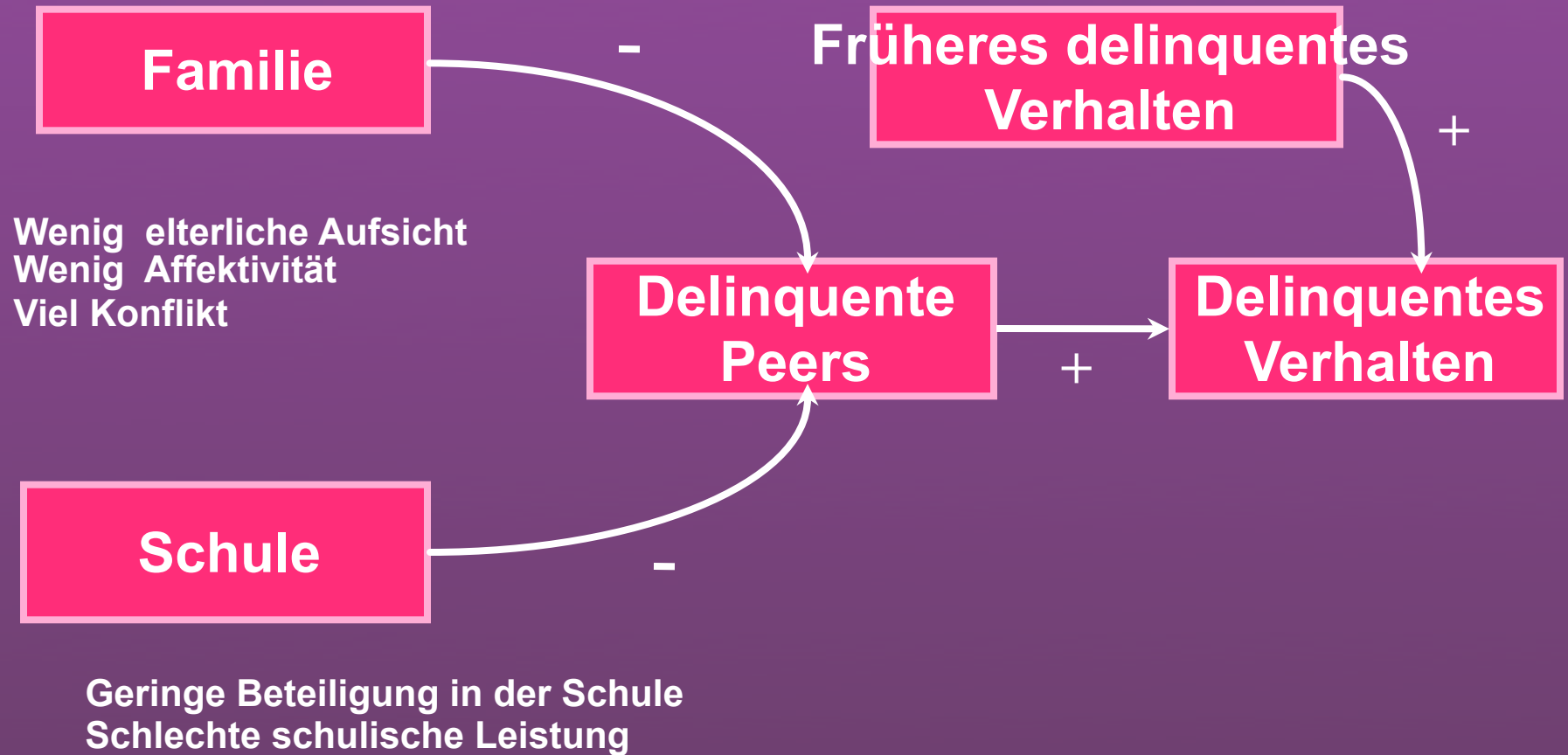
Korrelate schwerer und gewalttätiger Straftaten von Jugendlichen

Ernsthaftes und gewalttätiges antisoziales Verhalten Jugendlicher ist verbunden mit:

- **Familienbeziehungen** (z.B. geringe Wärme, viel Konflikt, wenig Beaufsichtigung)
- **Funktionsfähigkeit der Erziehungspersonen** (z.B. Drogenmissbrauch, Kriminalität)
- **Verbindungen zu abweichenden (selbst delinquenzgefährdeten) Peers**
- **Individuelle Eigenschaften des Jugendlichen** (z.B. feindliche Attributionen, antisoziale Einstellungen)
- **Schulleistung** (z.B. schlechte Noten, Schulabbruch)
- **Unterstützersystem der Familie**
- **Nachbarschaftsaspekte** (z.B. wenig Beteiligung am öffentlichen Leben, hohe Mobilität, kriminelle Subkultur)

Kausalmodell für Delinquenz & Drogengebrauch

Verdichtetes Langzeitmodell



*Elliot, Huizinga & Ageton
(1985)*

Schlussfolgerungen für effektive Intervention

- Maßnahmen müssen flexibel und umfangreich genug sein, um die Korrelate antisozialen Verhaltens auf vielen Ebenen in der Umwelt des Jugendlichen zu beeinflussen.
- Interventionen müssen individualisiert werden, um Ineffizienz zu vermeiden und auf die einzigartigen Stärken und Schwächen des Jugendlichen und der Familie einzugehen.
- Behandlungen müssen in der natürlichen Umgebung geschehen (zu Hause, Schule, Gemeinde), damit die Systeme sich so verändern können, dass prosoziale Aktivitäten unterstützt und jugendliche Aggression gedämpft wird.

MST Schlüssel zum Engagement

- u **Das Behandlungsteam ist verantwortlich und haftbar für Engagement; Therapeuten “geben niemals auf”, eine Familie für die MST zu gewinnen**
- u **Beim Erkunden der Stärken und Schwächen (oder “Kämpfe”) eines Jugendlichen, seiner Familie und extrafamiliären Systeme sind die Therapeuten ressourcenorientiert und betonen die Stärken in jedem therapeutischen Kontakt.**
- u **Familienmitglieder werden als vollwertige Mitarbeiter gesehen. Die Behandlungsziele werden hauptsächlich von ihnen gestaltet. Die Therapeuten verbünden sich mit den Eltern (oder anderen primären Erziehungsberechtigten) und helfen ihnen, minimale Verhaltensänderungen zu definieren (So legen sie das Fundament für den Erfolg)**

MST Schlüssel zum Engagement (Fortsetzung)

- u Dienste sind individualisiert und umfassend, um multiple Veränderungsbedürfnisse der Jugendlichen und Familien zu befriedigen. Angebote können praktische Probleme im Leben behandeln, ohne die Resilienz und Ressourcen der Familie zu unterschätzen**
- u Dienste werden in der natürlichen Umwelt angeboten (z.B. Treffen im Haus der Familie) und Termine werden zu passenden Zeitpunkten vereinbart**
- u Geringes Fallpensum ermöglicht genügend Zeit, um ein Behandlungsbündnis mit der Familie zu entwickeln**
- u Therapeuten legen ein hohes Maß an Einsatz gegenüber der Familie an den Tag**

Interventionsstrategien in der MST

MST Programme basieren auf evidenz-basierten Interventionen:

- Kognitiv-behaviorale Therapien
- Pragmatische Familientherapien (strukturell, strategisch)
- Pharmakologische Interventionen (z.B. bei ADHS)
- Verhaltenstherapie
- Gemeinde-Verstärker-Ansatz (Higgins & Budney)

Aber: evidenz-basierte Interventionen werden benutzt innerhalb:

- eines sozialökologischen Konzeptes, das Familie und Gemeinde als essentielle Partner der “Behandlung” ansieht
- Programmverbundenheit, um Zugangshindernisse zu überwinden (z.B. Termine zu für die Familie günstigen Zeiten, 24-Stunden-Rufbereitschaft etc.)
- intensiver Qualitätssicherung
- der Ansicht, dass Eltern/Erziehungspersonen die Schlüsselpersonen für langfristig gute Ergebnisse sind
- einer Programmphilosophie, die dem Behandler die Verantwortung für die Ergebnisse zuschreibt

MST Behandlungsprinzipien

- u Neun Prinzipien des Designs und der Einführung von Interventionen in der MST
- u Behandlungsgüte und –adhärenz werden in Anlehnung an diese Prinzipien gemessen

Prinzipien der MST

1. Die Passung finden
2. Positiv- & Stärkenorientiert
3. Verantwortlichkeit stärken
4. Gegenwartsfokussiert, handlungsorientiert & genau definiert
5. Verhaltenskreisläufe behandeln
6. Dem Entwicklungsalter angemessen
7. Fortlaufende Anstrengung
8. Evaluation & Rechenschaftspflicht
9. Verallgemeinerung

Durchführung der Multisystemischen Therapie

Behandlungssetting

Soziales Feld (zu Hause, Schule, Nachbarschaft)

Behandlung

Alle psychosozialen u. medizinischen Hilfen

Behandlungsdauer

3 bis 5 Monate in den meisten Fällen

Fall-Management Funktion

Serviceanbieter, nicht Servicemakler

Anbieter

Einzeltherapeut (vom Team unterstützt)

1 : 4-6 (etwa 15 Familien/Jahr/Therapeut)

Personal : Klientenfamilien

24 Std./7 Tage/Woche Teamerreichbarkeit

Erreichbarkeit des Personals

Verantwortlichkeit der Therapeuten

Max. Einsatz der Familie & der Therapeuten für die vereinbarten Ziele

Behandlungsergebnis

Erwartung des Ergebnisses

Worin unterscheidet sich MST?

- MST unterscheidet sich von anderen Behandlungen antisozialen Verhaltens durch:
 - è Forschung: Erwiesene Langzeiteffektivität durch rigorose wissenschaftliche Evaluationen
 - è Behandlungstheorie: klar definiert und empirisch begründet
 - è Einführung: Verantwortlichkeit des therapeutischen Dienstes; dem Behandlungsmodell genau folgen.
 - è Fokus langfristige Effekte: Stärkung der Erziehungspersonen, spätere Schwierigkeiten selbst zu lösen

Evidenz der MST: Veröffentlichte Ergebnisse bei kriminellem Verhalten

9 randomisierte Untersuchungen und 1 Quasi-experimentelle Untersuchung mit schweren jugendlichen Straftätern

- u Weniger Rückfälle (um 25% bis 70%) bis 13.7 Jahre nach der Behandlung
- u Weniger selbstberichtete Straftaten
- u Weniger Tage in Fremdunterbringung (47% to 64%)
- u Weniger Verhaltensprobleme
- u Bessere Familienbeziehungen, Peer-Beziehungen & Schulbesuch
- u Verringerte Symptomatik bei Jugendlichen & Eltern
- u Deutliche Kostenersparnisse (Washington State Institute for Public Policy)

Studie 1: Schwere und gewalttätige jugendliche Straftäter

Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A.

(1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 569-578.

Teilnehmer: 200 schwere jugendliche Straftäter

- Im Mittel 4.2 vorherige Verhaftungen
- 49% waren **Gewalttäter** (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, Körperverletzung & Körperverletzung mit Tötungsabsicht, schwere Körperverletzung)
- 100% schon einmal in Haft gewesen
- Durchschnittsalter = 14.8 Jahre
- 67% männlich, 33% weiblich
- 30% Afro-Amerikaner, 70% Weiße
- 47% lebten mit nur einer Erziehungsperson

Service-/Behandlungsoptionen

- Multisystemische Therapie
 - 77 Abschlüsse
 - 15 Abbrecher
- Individuelle Therapie
 - 63 Abschlüsse
 - 21 Abbrecher
- Gewöhnliche Bewährungshilfen für Verweigerer
 - 24 Verweigerer

Instrumentelle Ergebnisse nach der Behandlung

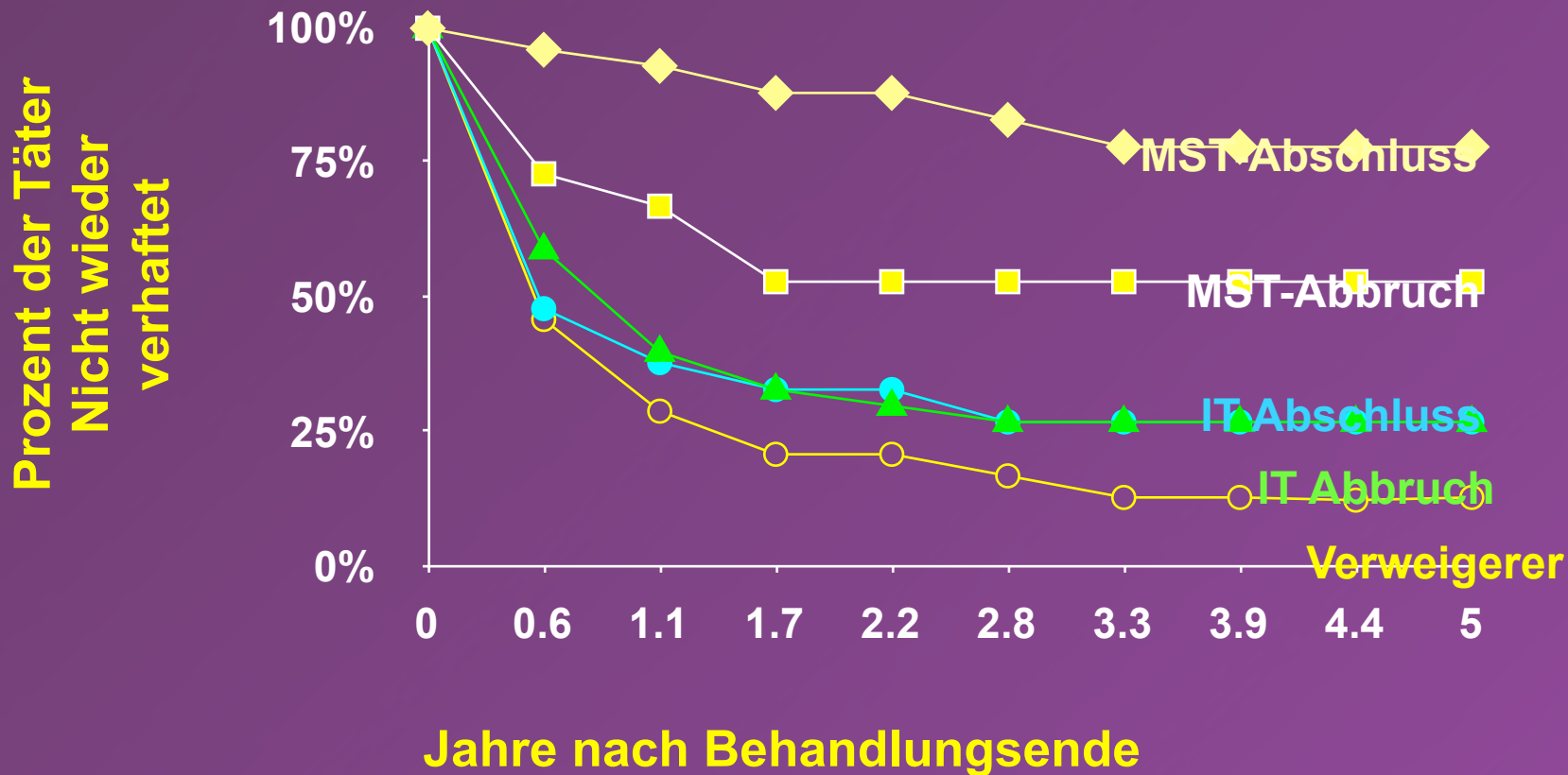
MST war signifikant wirksamer bei:

- Besserung familieninterner Unterstützung
- Mehr Zusammenhalt und mehr Veränderungsfähigkeit in der Familie
- Weniger Feindseligkeit in der Familie
- Weniger Symptome bei Eltern, Jugendlichen und Geschwistern
- Weniger Verhaltensprobleme der Jugendlichen

4-Jahres Rückfälle

u Multisystemische Abschließer	22.1%
u Multisystemische Abbrecher	46.6%
u Individuelle Therapie Abschließer	74.1%
u Individuelle Therapie Abbrecher	74.1%
u Behandlungsverweigerer	87.5%

Missouri Delinquenz-Projekt



Study 2: Schwere jugendliche Gewalttäter

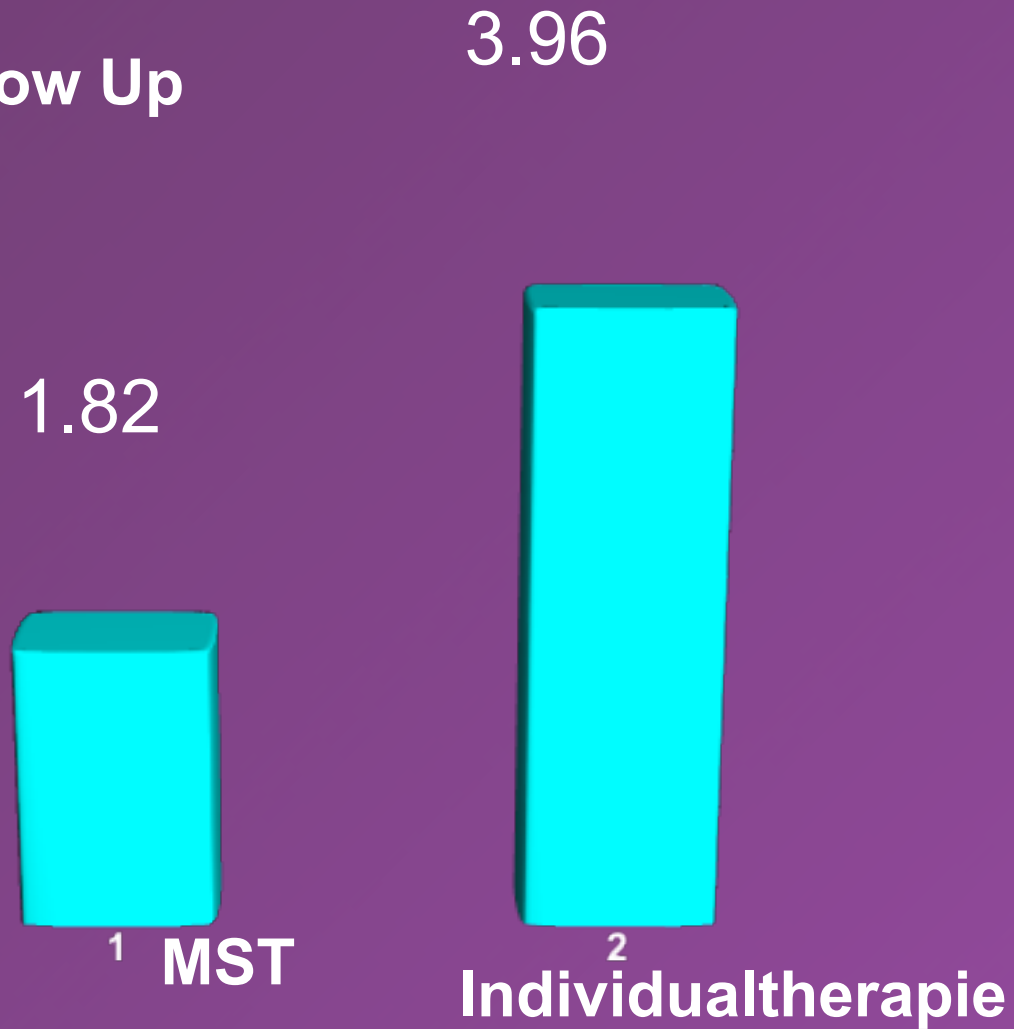
Schaeffer, C. M., & Borduin, C. M. (2005). Long-term follow up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 445-453.

13.7-Jahres Follow-Up Stichprobe

- Versuch, alle Teilnehmer wiederzufinden ($N = 176$), die randomisiert der MST or individueller Therapie zugewiesen waren bei Borduin et al. (1995) (klinischer Versuch)
- Erfolgreich aufgefunden: 165 (94%) der ursprünglichen Teilnehmer
- Mittleres Alter bei Nachuntersuchung: 28.8 Jahre (Streuung = 24 bis 32 Jahre)
- Ergebnisvariablen: kriminelle Rückfälle, Tage in Haft und unter Bewährungsaufgabe als Erwachsene

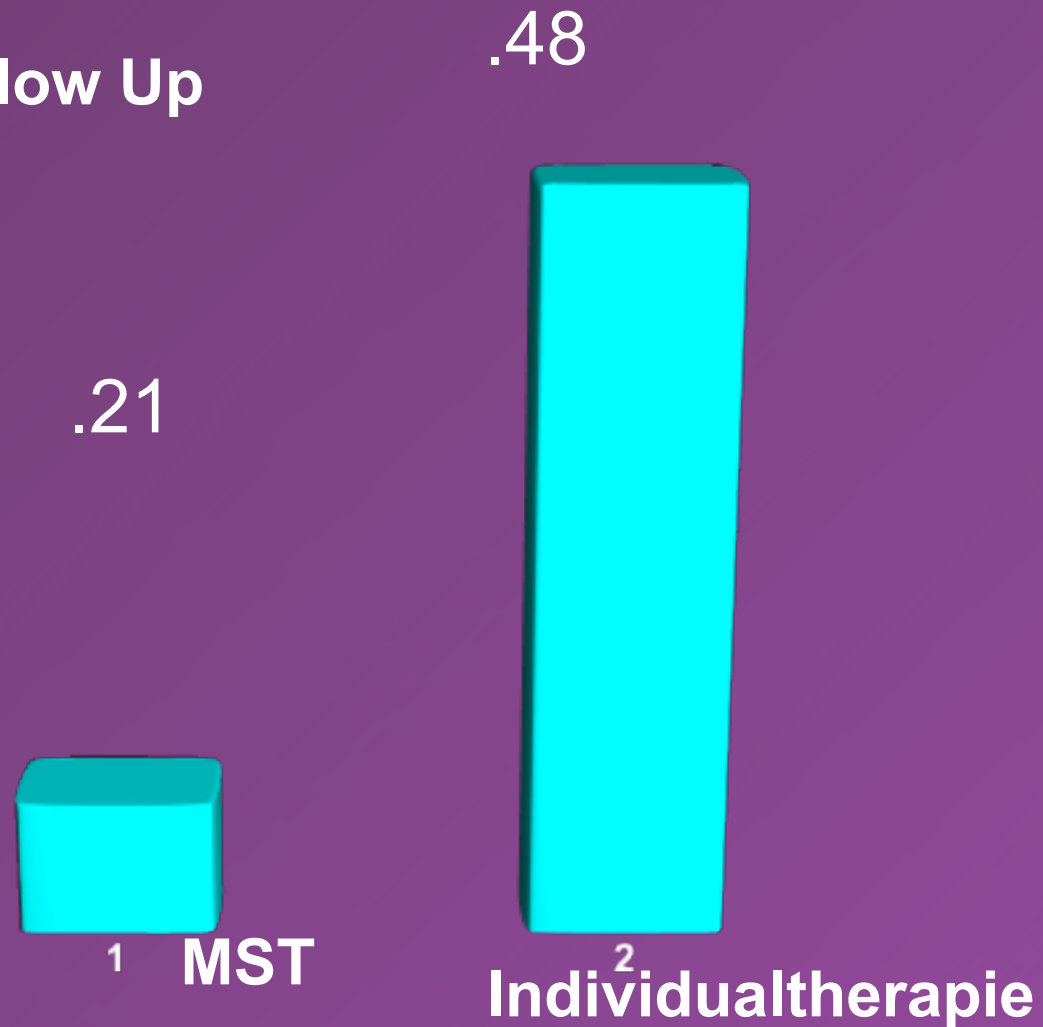
Alle Verhaftungen

- 13.7-Jahres Follow Up



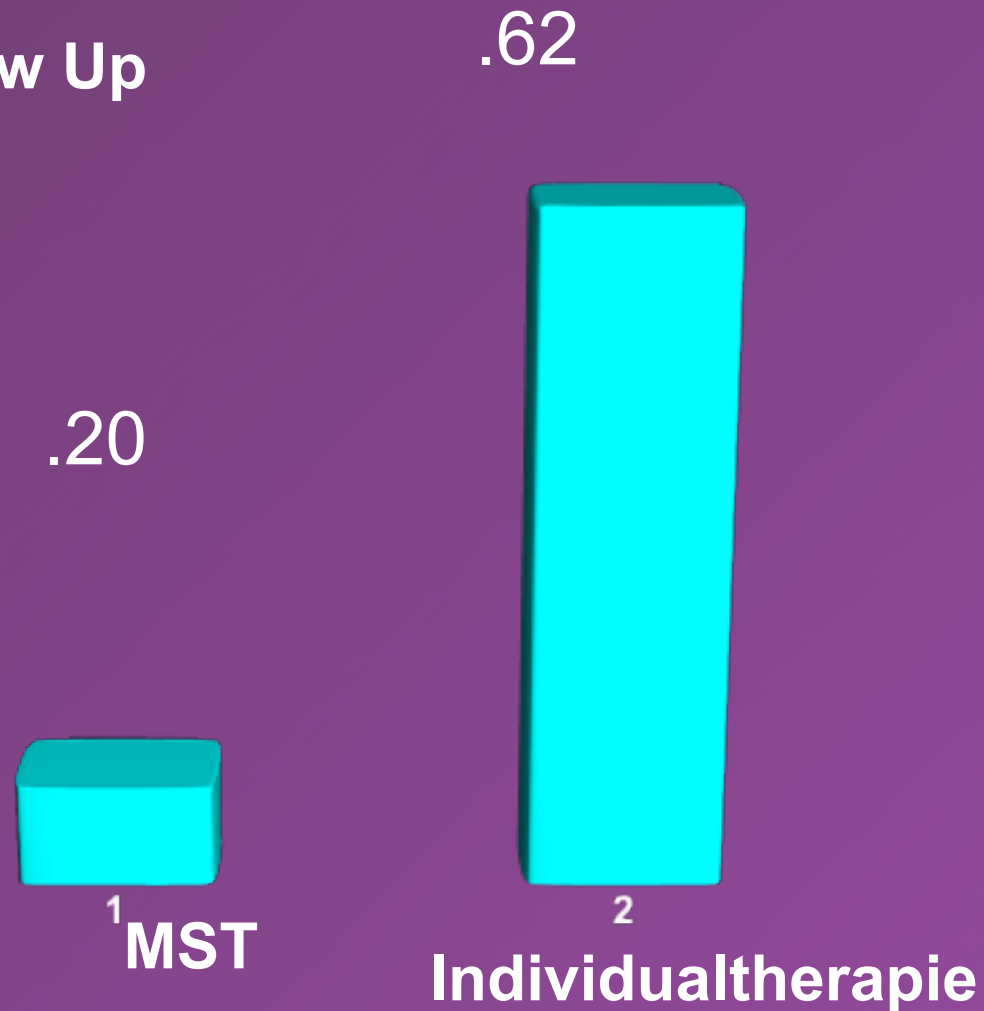
Verhaftungen wegen Gewalt

- 13.7-Jahres Follow Up



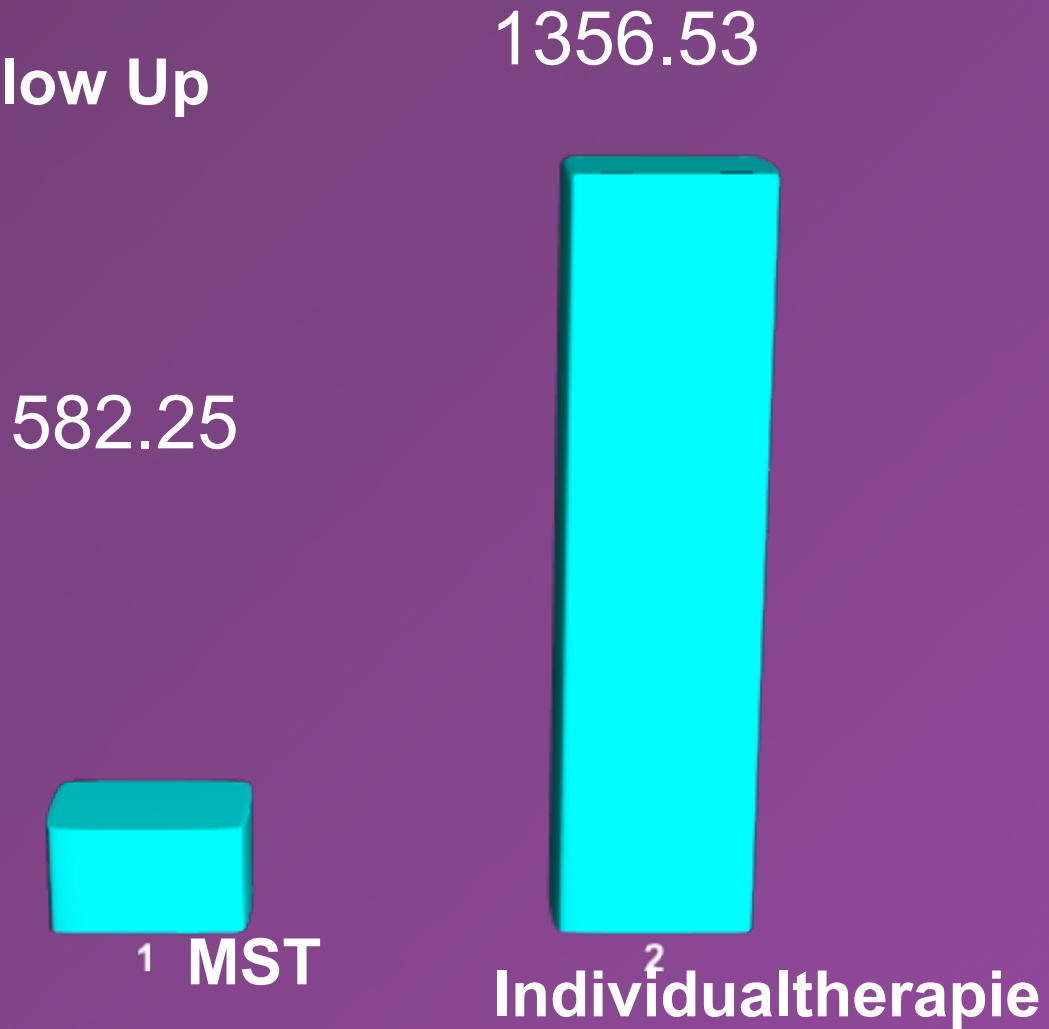
Drogenbezogene Verhaftungen

- 13.7-Jahres Follow Up



Tage als Erwachsener in Haft

- 13.7-Jahres Follow Up



Studie 3: Schwere jugendliche Gewalttäter

Klietz, S. J., Borduin, C. M., & Schaeffer, C. M. (2008).
*Cost-benefit analysis of multisystemic therapy with
serious and violent juvenile offenders.* Zur
Veröffentlichung eingereicht

Langfristige Kostenvorteile für Steuerzahler und Opfer von Kriminalität zum 13.7-Jahres Follow-Up

- Begründet auf das Washington State Institute for Public Policy (2001) Kosten-Vorteil Modell
- Dieses Modell wurde entwickelt, um Wege zu entwickeln, Kriminalität zu senken und Kosten für Steuerzahler und Opfer von Kriminalität zu reduzieren
- Unsere Schätzungen reflektieren Missouri (Staat in USA) Kosten (wenn vorhanden) für Steuerzahler und mittlere nationale Kosten für Opfer von Kriminalität

Schätzungen der Kosten einer kriminellen Tat

Steuerzahler:

- u Polizei und Polizeibehörden
- u Gerichte und Staatsanwälte
- u Lokale Gefängnisse und Gemeindeaufsicht
- u Lokale Jugendgefängnisse und Beaufsichtigung
- u Staatliche jugendliche Rehabilitationsbehörden
- u Staatliche “Abteilung für Strafvollzug”

Kosten für Opfer:

- u Ausgleichszahlungen
- u Lebensqualität

Schätzungen der Kosten für Behandlungsprogramme

u Personal

- u Gehälter für Therapeuten
- u Gehälter für Supervisoren
- u Gehälter für unterstützendes Personal

u Ausgaben für Betriebsablauf

- u Miete
- u Energieversorgung
- u Telefon
- u Zubehör
- u Reisekosten der Therapeuten zum Hause, Schule usw.

u Umgerechnet für Dollarstand 2007 anhand des U.S. Gross Domestic Product Deflator (2001)

Mittlere Kosten für einen Täter bei 13.7-Jahres Follow-Up

	MST	Individuelle Therapie
Kosten Steuerzahler	45,461 \$	85,790 \$
Kosten für Opfer (Annahme von einem Opfer pro Verhaftung)	5,988 \$	15,764 \$
Gesamte Kosten	51,499 \$	101,554 \$

MST Kosten-Vorteile pro Täter bei 13.7-Jahres Follow-Up

	Annahme von einem Opfer	Annahme von mehreren Opfern
Kostenvorteile für Steuerzahler	40,329 \$	40,329 \$
Kostenvorteile für Opfer	9,777 \$	161,530 \$
Gesamte Kostenvorteile MST	50,106 \$	201,859 \$

Einige mögliche Gründe für diese positiven Ergebnisse:

- MST behandelt bekannte Faktoren von Gewalt und antisozialem Verhalten: individuelle Faktoren, Familienbeziehungen, Peer-Beziehungen, Schulleistungen, Gemeindefaktoren
- MST ist familienbasiert und wird in der natürlichen Umwelt des Jugendlichen durchgeführt
- MST ist manualisiert mit substantiellen Qualitätssicherungsaspekten

Adaptationen der MST für neue klinische Populationen

Randomisierte Untersuchungen

- 2 mit substansmissbrauchenden oder -abhängigen jugendlichen Tätern
- 2 mit Jugendlichen mit schweren emotionalen Störungen
- 1 mit misshandelnden Familien (2. Untersuchung läuft)
- 1 mit Jugendlichen mit schlecht kontrolliertem Diabetes
- 3 mit jugendlichen Sexualstraftätern

Randomisierte Untersuchungen für weitere Adaptationen laufen

U.S. Surgeon General's Report

- MST ist die einzige Behandlung, die in des U.S. Surgeon General's Bericht über psychische Gesundheit unter home-based Services aufgenommen wurde.

“Elaboriertes Training, Supervision und Beaufsichtigung der Behandlungsadhärenz machen dies zu einem beispielhaften Ansatz. Außerdem unterscheidet sich dieses Modell von anderen Familienbewahrungansätzen durch die Publikation des MST Manuals und das hohe Niveau therapeutischen Trainings in der MST.”

(Mental Health: A Report of the Surgeon General, 1999)

Den Spalt überbrücken: von der Universität zur Gemeinde

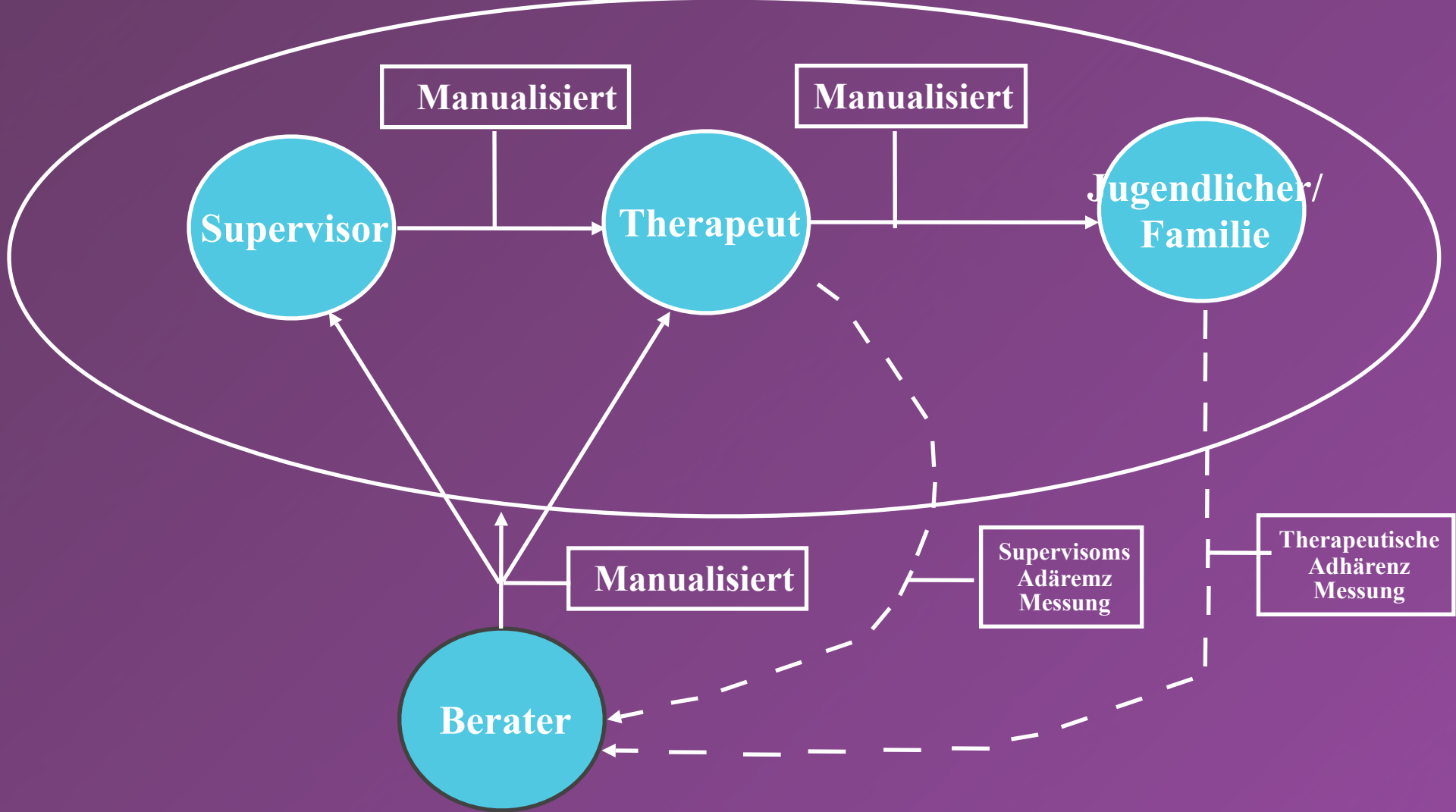
- MST hat diesen Wechsel erfolgreich gemacht
- Universitätsbasierte Forschungsprogramme zeigen häufig vielversprechende Ergebnisse, die nicht durch gemeindebasierte Programme repliziert werden können
 - è Positive universitätsbasierte Forschung
 - è Positive gemeindebasierte Forschung
 - è Fokus auf die Implementation von effektiven gemeindebasierten MST Programmen

MST Qualitätssicherung

Zweck: Positive therapeutische Ergebnisse erreichen durch die Implementation von Training und Supervisionsprotokollen, die auch in den MST-Untersuchungen verwendet werden

- u Genaue Behandlungsprotokolle
- u Genaue Supervisionsprotokolle
- u Genaue Konsultationsprotokolle
- u 5-tägiges Orientierungstraining vor Ort
- u Vierteljährliches Auffrischungs-Training
- u Therapeuten arbeiten in MST-Teams zur gegenseitigen Unterstützung

Organisationeller Kontext



Einflüsse der Anbieter/ TrägerOrganisation

- Klares Verständnis für MST auf allen Ebenen
- Bereitschaft, MST vollständig einzuführen
- MST-geeignete Populationen als Zielgruppe
- Die Bereitschaft, die Trägerpolitik zu ändern und Ressourcen ergebnisorientiert umzuwidmen
 - **Bereitschaft für Training und Supervision**
 - è Haushaltspolitik (z.B. flexible Zeiten, Transport)
 - è Ressourcen (Handys)

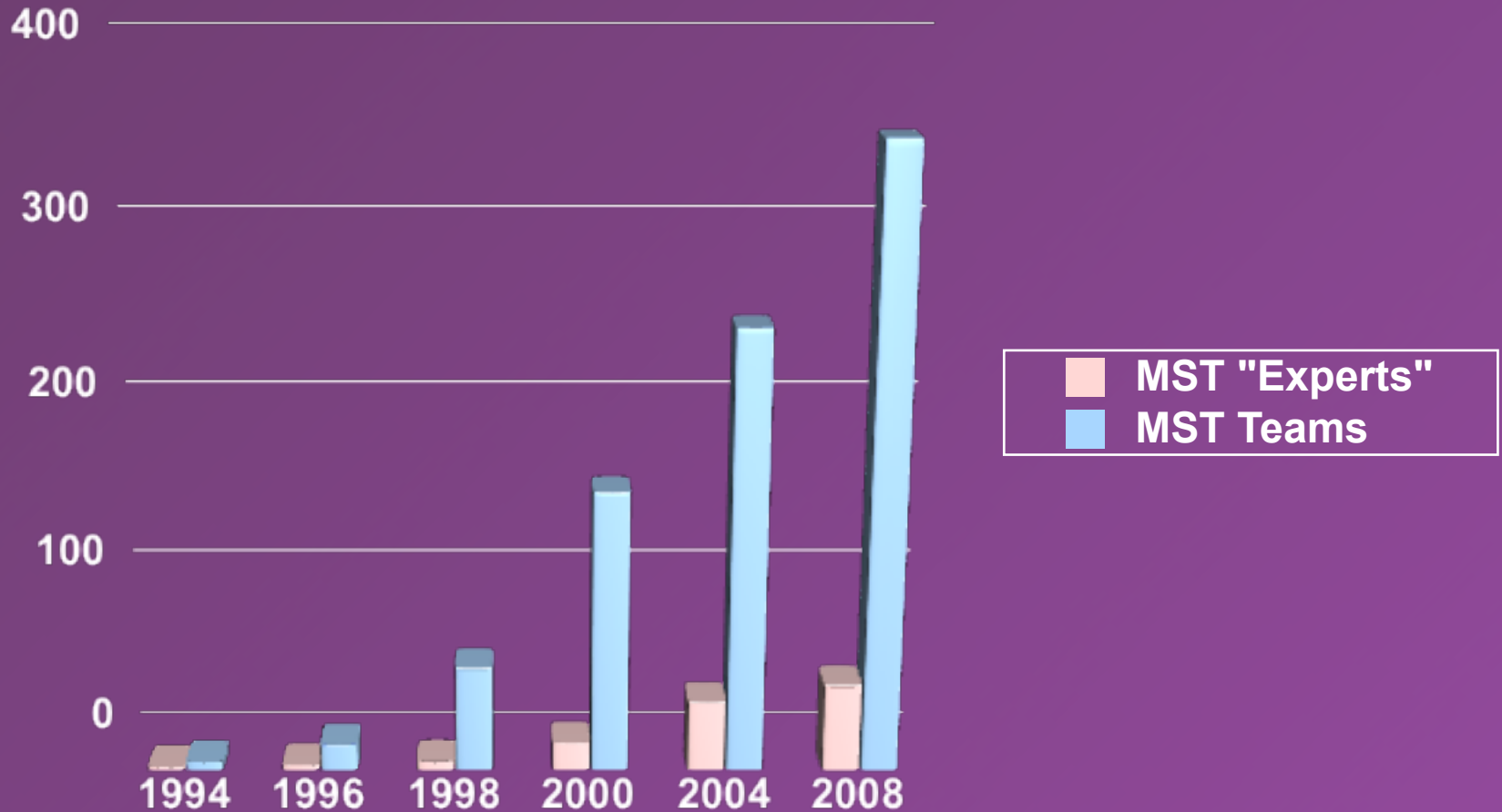
Einflüsse innerhalb eines therapeutischen Teams

- u Klinischer Supervisor: engagiert, glaubwürdige Autorität
- u Eindeutiges und engagiertes MST-Personal
- u Geringe Fallanzahl (4-6 Familien pro Therapeut)
- u Wöchentliche Gruppensupervision mit MST-Protokoll
- u Wöchentliche MST-Konsultation für therapeutisches Team
- u Adäquate Abdeckung der Rufbereitschaft
- u MST-Training für alle Mitarbeiter, die die Therapie mitbeeinflussen können
- u Ergebnisbasierte Austrittskriterien

Einflüsse innerhalb eines Therapeuten - Stärken

- u Motiviert, hohe Arbeitsethik, Verantwortungsbewusstsein
- u Flexibel, kreativ, offen
- u Intelligent, gesunder Menschenverstand
- u Kann sich auf Familie/Umwelt als seine Klienten einstellen
- u Offen für Peer-Supervision
- u Nimmt freiwillig am Training teil
- u Klinischer Scharfsinn (z.B. Erfahrungen mit Familien-, Ehe-, oder Verhaltenstherapie) und Hintergrundwissen über Entwicklung von Kindern

Ausbreitung der MST



Wo wird MST bereits angewendet?

- u Über 30 Staaten in den U.S.A.
- u Staatenweite Programme in Connecticut, Hawaii, Ohio und South Carolina
- u Nationales Programm in Norwegen (25+ Teams)
- u Internationale Replikationen: Australien, Kanada, Dänemark, Irland, England, Schweden, Holland und Neuseeland

Herausforderungen bei der Verbreitung

- Finanzierungsregeln bevorzugen oft Inhaftierung gegenüber gemeindebasierten Ansätzen.
- Effektive klinische Angebote unterscheiden sich stark (z.B. Heim- und familienbasiert; 24/7 Verfügbarkeit des Theapeuten) vom Status quo
- Training und Qualitätssicherungsstandards betonen Behandlungstreue und Ergebnisverantwortung des Anbieters. Dies steht häufig im Kontrast zur existierenden Praxis und ist nicht gewünscht.
- Vielleicht ist die wichtigste Forschungs- und Implementationsfrage: was fördert die Effektivität an

Politische Implikationen

1. Finanzierung muss von ineffektiven institutionsbasierten Angeboten (und eng begrenzten gemeindebasierten Angeboten) hin zu intensiven und effektiven gemeindebasierten Ansätzen wechseln
 - 70% des aktuellen Service Dollars wird für Fremdunterbringung gezahlt
 - Ersparnisse können genutzt werden für:
 - Höhere Gehälter für effektive Therapeuten
 - Präventionsprogramme
 - Frühe Interventionsprogramme

Politische Implikationen (Fortsetzung)

2. Training und klinische Praxis verändern

- Zur Zeit:
 - minimale Rechenschaft für Ergebnisse
 - “trainiere und hoffe”-Ansatz überwiegt bei Transfer von Technologien
 - Abschlüsse/Dienstgrade der Therapeuten versichern nicht, dass empirisch fundierte Behandlungen verwendet werden
- Veränderungen hin zu Leistungsverträgen, die sicherstellen:
 - Verantwortlichkeit
 - Ergebnisse

Politische Implikationen (Fortsetzung)

3. Verbreiterung evidenzbasierter Behandlungen erfordert wahrscheinlich:

- Eine “Public-Health-Perspektive” auch auf bestehende gesetzliche und finanzielle Bestimmungen
- Strategien auf verschiedenen Ebenen der Praxis, incl. Finanziers und Legislativen
- Zusammenarbeit zwischen Regierung und therapeutischer Praxis
- Ein kontinuierliches System der Qualitätsverbesserung