

Die Wirksamkeit von MDFT aus der Sicht jugendlicher KlientInnen

Autor(en): **Grützenbach, Jessica / Tossmann, Peter**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **38 (2012)**

Heft 5

PDF erstellt am: **19.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800471>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Wirksamkeit von MDFT aus der Sicht jugendlicher KlientInnen

In einer qualitativen Studie wurden cannabisabhängige Jugendliche befragt, welche Therapieelemente der Multidimensionalen Familientherapie MDFT aus deren Sicht wirksam sind. Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig dabei erfahrene Akzeptanz, das Gefühl von Autonomie und die als wahrhaftig empfundene Mitarbeit und Verantwortungsübernahme der Eltern sind.

Jessica Grützenbach

Diplom-Psychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Kaiserdamm 8, D-14057 Berlin

Peter Tossmann

Dr., Projektleiter, delphi-Gesellschaft, tossmann@delphi-gesellschaft.de

Schlagwörter:

Jugendliche | MDFT | Therapiemotivation | Cannabis | Konsumreduktion |

Cannabiskonsum und -behandlung

Cannabis ist seit über 30 Jahren die am häufigsten konsumierte illegale Substanz in Deutschland und anderen Ländern Europas. Im Zeitraum von 1999 bis 2005 verdreifachten sich in Europa sowohl die Zahl der aufgrund cannabisbezogener Störungen behandelten Personen als auch die Zahl jener Personen, die erstmalig eine Beratungsstelle aufsuchten.¹ Erst in den letzten Jahren ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

Insgesamt liegen in Europa bis zum heutigen Zeitpunkt nur wenige Erkenntnisse darüber vor, welche therapeutischen Angebote in der Behandlung von Cannabisabhängigen besonders wirksam sind.² Dies gilt im Speziellen für die Behandlung adoleszenter KlientInnen. Fehlende Motivation und hohe Rückfallquoten sind hier zentrale Probleme.³ Vor dem Hintergrund der vergleichsweise starken Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen durch Cannabisabhängige wurden in den vergangenen zehn Jahren in Deutschland diverse Programme entwickelt und wissenschaftlich überprüft.⁴

Die Behandlungsstudie INCANT, die in Belgien, Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz⁵ und in Deutschland durchgeführt wurde, ist der Frage nachgegangen, ob ein in den USA entwickeltes familientherapeutisches Programm, die Multidimensionale Familientherapie MDFT, für jugendliche Cannabisabhängige in Ländern Europas effektiver ist als die dort angewandten Interventionsmethoden. Die Ergebnisse der nationalen Daten der Behandlungsstudie belegen die signifikante Überlegenheit der Multidimensionalen Familientherapie im Vergleich zu der (ebenfalls effektiven) jugendspezifischen Einzeltherapie.⁶

Die Multidimensionale Familientherapie (MDFT)

Die MDFT ist ein systemisch-familienorientiertes ambulantes Therapieprogramm für minderjährige Jugendliche mit Substanzstörungen und anderen psychischen Verhaltensauff-

fälligkeiten. Auf Grundlage einer sozial-ökologischen Perspektive zeigt sie sich lebenswelt- und sozialraumorientiert und bezieht ausdrücklich den extrafamiliären Kontext mit ein, so dass nicht nur Emotionen und Kognitionen, sondern auch transaktionale Muster der Familie und Einflüsse des ausserfamiliären sozialen Umfelds bearbeitet werden können. Die hierbei eingesetzten Methoden sind vielfältig und orientieren sich an empirischen Erkenntnissen über Schutz- und Risikofaktoren für jugendlichen Substanzmissbrauch.

Die MDFT ist als ambulanter, multimodaler Ansatz der systemischen Therapie der heute wichtigste und am besten erforschte Ansatz bei der Behandlung des Substanzmissbrauchs im Jugendalter.⁷ Sie zeigte in kontrollierten Studien eine bessere Wirksamkeit im Vergleich zur Jugendpsychotherapie, Familientherapie, Paartherapie, stationärer Drogentherapie und kognitiver Verhaltenstherapie.⁸

Untersuchungsfragen und methodisches Vorgehen

Ergebnissen der Psychotherapieprozessforschung zufolge deutet einiges darauf hin, dass nur ein geringer Anteil der Wirksamkeit von Therapien auf die Intervention selbst zurückgeführt werden kann.⁹ Was also ist das Besondere an MDFT? Was macht sie aus der Sicht von KlientInnen wirksam? In diesem Zusammenhang wurden drei weibliche und sieben männliche Jugendliche befragt, die im Rahmen der INCANT-Studie mit MDFT behandelt worden waren und sich freiwillig für die Interviews zur Verfügung stellten. Die Rekrutierung erfolgte innerhalb von fünf Monaten im Rahmen der INCANT-Nachbefragungen, neun bzw. 12 Monate nach Behandlungsbeginn. Um die Forschungsfrage befriedigend bearbeiten zu können, wurde mit dem problemzentrierten Interview nach Witzel¹⁰ eine Interviewform gewählt, die einerseits den Befragten als ExpertInnen ihrer Lebenswelt ausreichend Möglichkeit gewährt, ihre subjektive Sichtweise, Wahrnehmungen und Reflexionen zu schildern. Andererseits gibt sie dem/der InterviewerIn Gelegenheit, die als relevant erachteten Informationen zu erfragen. Als Auswertungsmethode diente die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring,¹¹ die einen systematischen, intersubjektiv überprüfbareren Zugang zum Material gewährleistet und zugleich der Komplexität und Bedeutungsfülle des sprachlichen Materials gerecht wird.

Unterschiedliche Jugendliche – unterschiedliche Einschätzungen?

Obwohl jede/r Jugendliche seine oder ihre eigenen Erfahrungen im Therapieprozess gemacht hat, wurden bei der Analyse des Datenmaterials viele Übereinstimmungen gefunden. Sowohl Merkmale der Intervention selbst, als auch dynamische und moderierende Komponenten, die nur im indirekten Zusammenhang mit der Therapie standen, wurden als hilfreich benannt.

Insgesamt traten drei Bereiche hervor, die aus Sicht der Jugendlichen förderlichen Einfluss auf das Therapieergebnis hatten. Den ersten Bereich stellten strukturelle Merkmale der Intervention wie Setting und cannabisspezifische Informationsvermittlung dar. Der zweite Bereich betraf Eigenschaften des/der Therapeuten/-in, die TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung und geleistete Hilfestellung in verschiedenen Bereichen. Im Therapieprozess wahrgenommene Veränderungen bildeten den dritten Bereich, der als ursächlich für weitere Veränderungen gesehen wurde.

Das Setting als Grundpfeiler der Intervention

In der Untersuchung wurde deutlich, dass Einzel- und Familiensitzungen und deren sinnvolle Kombination für die Jugendlichen gleichermaßen essentiell waren. Hierbei wurden verschiedene, sich ergänzende Bedürfnisse erfüllt. Ein Verzicht auf jeweils eine der Sitzungsformen wurde als weniger förderlich für das Therapieergebnis bewertet. Alle Befragten waren vom hilfreichen Gesamtkonzept der Intervention überzeugt und würden sie Freunden weiterempfehlen oder haben dies bereits getan.

Warum der Einbezug der Eltern im Rahmen der familientherapeutischen Sitzungen für die Jugendlichen so wichtig war, wird aus deren Äusserungen ersichtlich. So ging der überwiegende Teil der Jugendlichen davon aus, ihre Eltern wären an der Entstehung der Sucht beteiligt gewesen. Insofern beschrieben sie deren Einbezug als logische Schlussfolgerung. Bei ihnen sei erst durch die Kombination der beiden Sitzungsformen das Gefühl entstanden, der Fokus läge nicht ausschliesslich auf ihrer Konsumreduktion, sondern vielmehr auf der Bearbeitung familiärer Konflikte. Als Folge dessen wurde die Therapie allem Anschein nach nicht mehr als Bedrohung gesehen, und es bestand keine Notwendigkeit mehr, diese abzulehnen.

Suchttherapie als Stigma

Die eingangs negative Einstellung gegenüber der Therapie zeigte sich unter anderem über die anfängliche Ablehnung, sich selbst als süchtig zu bezeichnen. Die Jugendlichen beschrieben ein Gefühl des Stigmatisiertseins in dem Augenblick, in dem sie der Therapie gegen ihren Willen zugeführt wurden. Ein Jugendlicher habe sich gefühlt wie ein «extrem Süchtiger», ein anderer sei der Überzeugung gewesen, wenn man den Konsum allein nicht mehr in den Griff bekäme und Therapie machen müsse, sei sowieso schon «alles zu spät». Diese Einschätzung der Jugendlichen deckt sich mit Ergebnissen von Sobell et al.²² In ihrer Übersichtsstudie zeigte sich, dass der überwiegende Anteil der Befragten keine Einzeltherapie begonnen hatte, da sie befürchteten, dadurch von ihrem nahen Umfeld stigmatisiert zu werden. Diesem Problem begegnet die MDFT durch den Einbezug aller für den Jugendlichen relevanten Bezugspersonen und Lebensbereiche.

Der Wahrheit ins Auge sehen

Einen weiteren strukturellen Bestandteil der MDFT stellt die cannabisspezifische Information dar. Fast alle Befragten gaben an, erst dadurch zu einer realistischeren Einschätzung des eigenen Konsums und psychischer, physischer und sozia-

ler Folgen gekommen zu sein. Dies unterstützt die Befunde von Ellingstad et al.,¹³ dass die Wahrnehmung psychosozialer Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum ein bedeutsamer Faktor für potentielle Verhaltensänderungen und die Bereitschaft zur Teilnahme an Behandlungsangeboten sein kann.

Wissen schafft Verständnis

Auch der Aspekt, die Eltern hätten durch die von dem/der Therapeuten/-in vermittelte suchtspezifische Information an Wissen hinzugewonnen, wurde positiv bewertet. Die Jugendlichen gingen in diesem Fall von einer verständnisvolleren Haltung der Eltern aus. Ein Jugendlicher war überzeugt, erst dadurch hätten seine Eltern verstanden, dass er nicht von einem Tag auf den anderen mit dem Kiffen aufhören könne. Die Mutter einer anderen Jugendlichen sei aufgrund eigener Erfahrungen sehr leichtfertig mit dem Konsum der Tochter umgegangen. Dies habe sich wiederum auf die Einstellung der Jugendlichen ausgewirkt: Da die Mutter kein Problem im Kiffen gesehen habe, sei auch sie selbst entspannter damit umgegangen. Dies habe sich erst durch die cannabisspezifische Information verändert.

Die Relevanz empathischer TherapeutInnen

Neben den strukturellen Merkmalen spielten Merkmale der TherapeutInnen eine essentielle Rolle. Hier berichteten die Jugendlichen von einer akzeptierenden, nicht moralisierenden, empathischen und lösungsorientierten Haltung der TherapeutInnen. Sie hätten sich verstanden gefühlt und Interesse erfahren. Ein Jugendlicher gab an, dies wären genau jene Eigenschaften gewesen, die er an seinen Eltern zu dem Zeitpunkt vermisst hätte. Auch Gefühle auszudrücken, Ursachensuche und Bearbeitung innerer Probleme waren hier von Bedeutung. Ausserdem berichteten die Jugendlichen, während der gesamten Intervention das Gefühl gehabt zu haben, jederzeit um Hilfe bitten zu dürfen. Diese empfundene Akzeptanz und Hilfestellung wurde von ihnen als wichtig bewertet. Auch die Aspekte der Selbstexploration, Selbstverantwortung und Eigeninitiative, die durch die TherapeutInnen in Gang gesetzt wurden, waren für die Jugendlichen relevant. Dies deckt sich mit der Annahme, dass die Therapeut-Klient-Beziehung die wichtigste unspezifische Wirkvariable in der Psychotherapie darstellt und Empathie, Respekt und Interesse essentielle Elemente der Intervention sind.¹⁴ Dadurch wurde eine Atmosphäre geschaffen, die es ihnen offenbar erleichterte, Therapiebereitschaft und Therapiemotivation aufzubauen. Da die Jugendlichen die Therapie meist nicht aus eigener Motivation beginnen, sind diese Eingangsbedingungen besonders wichtig. Dies wird deutlich am Beispiel eines befragten Jugendlichen, bei dem eine fordernde und nicht akzeptierende Haltung der von ihm aufgesuchten TherapeutInnen dazu führte, dass er die Hilfeleistung ablehnte.

Die eigene Zukunft gestalten

Alle Befragten wiesen die für jugendliche Cannabisabhängige typischen schulischen oder ausbildungsbezogenen Probleme in Form von Leistungsdefiziten, Schulverweigerung oder fehlendem Ausbildungsplatz auf. Insofern war es nicht verwunderlich, dass sie die Unterstützung der TherapeutIn in diesen Bereichen als bedeutsam bewerteten. Dies scheint auf dem Hintergrund des amotivationalen Syndroms und etablierter Vermeidungsstrategien relevant zu sein. Hier benötigen die Jugendlichen Hilfestellung, ihre Stärken wahrzunehmen, Berufswünsche zu entwickeln und diese konkret anzugehen. Der/die MDFT-Therapeut/-in geht dabei nicht moralisierend, sondern problemlöseorientiert vor. Die Jugendlichen müssen sich also nicht schämen für ihre aktuelle Lage, sondern werden

akzeptiert, wie sie sind. So fällt es ihnen möglicherweise leichter, bestehende Defizite zu benennen und diese konstruktiv anzugehen.

Familiensitzungen – Auseinandersetzung im gesicherten Raum

In den Familiensitzungen war es den Jugendlichen wichtig, dass die TherapeutInnen ihnen dabei halfen, gemeinsam mit den Eltern die Kommunikations-, Kritik- und Konfliktfähigkeit zu verbessern. Auch der Aufbau von gegenseitigem Verständnis und Mitgefühl war für die Jugendlichen von Bedeutung.

Mehr als nur high sein – den Sinn hinter dem Kiffen verstehen

In diesem Zusammenhang schien der elterliche Wunsch nach simpler Abstinenz für die Jugendlichen unverständlich oder sogar verletzend zu sein. Ihnen war wichtig, dass die Eltern mit Hilfe der TherapeutInnen verstanden, welche Funktion das Kiffen für die Jugendlichen hatte, und dass sie deren Sorgen und Nöte unabhängig vom Konsum wahrnahmen. Einige berichteten diesbezüglich von Erlebnissen, die für sie ausschlaggebend für die weitere Entwicklung in der Therapie gewesen seien. Bei einem Jugendlichen habe erst die vom Vater unerwartet gezeigte Einsicht, Ehrlichkeit und Verantwortungsübernahme zu neuen Möglichkeiten in der Therapie geführt. Der Vater habe versucht, die Hintergründe des Konsums zu verstehen und Verantwortung zu übernehmen. Ohne dieses Erlebnis hätte die Therapie nach Meinung des Jugendlichen zu geringeren Erfolgen geführt. Ein anderer Jugendlicher äusserte, dass er ohne tatkräftige Teilnahme der Eltern lediglich eine Konsumreduktion erreicht hätte. Zwei Jugendliche berichteten über nur geringe Therapieerfolge bzw. brachen die Therapie aus eigenem Ermessen ab, da deren Eltern die Schuld für den Konsum ausschliesslich bei den Jugendlichen gesehen hätten. Es scheint demnach so zu sein, als wären durch die Verantwortungsübernahme der Eltern weitere Veränderungen in Gang gesetzt worden. Die Jugendlichen berichteten, dass sie sich zunehmend öffneten und Verständnis für die Gefühle der Eltern zeigten, nachdem sich ihre Eltern verantwortungsbewusst gezeigt hätten.

Veränderungen an sich und den Eltern wahrnehmen

Den dritten Bereich hilfreicher Therapieelemente bildeten die wahrgenommenen Veränderungen. Hier war nicht nur die Konsumreduktion von Bedeutung, sondern auch die Wahrnehmung anderer Veränderungen im Therapieprozess. Diese stellten dynamische Prozesse dar, die wiederum weitere Veränderungen hervorbrachten. Insofern sind sie nicht als Ergebnis zu werten, sondern als förderliche Elemente der Intervention. Dies deckt sich mit der Vermutung Donabedians⁴⁵, für KlientInnen wären nicht nur das Ergebnis der Therapie von Bedeutung, sondern auch die Prozesse, die das Ergebnis hervorbrachten.

Sich selbst als wirksam und wertvoll erleben

Als ein Aspekt erlebter Veränderungen wurde von den Jugendlichen die Wahrnehmung eigener Wirksamkeit beschrieben. Orford et al.¹⁶ kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Das Gefühl, etwas gut zu machen, zeigte sich vor allem im Umgang mit den Eltern. Die Jugendlichen nahmen sich in den Auseinandersetzungen entspannter wahr und schafften es, mit den Eltern Kompromisse auszuhandeln, ohne dass die Situation entgleiste. Ein Jugendlicher gab an, ihn habe die Wahrnehmung eigener Selbstwirksamkeit so stark motiviert, dass er mittlerweile den Entschluss gefasst habe, ganz mit dem Kiffen aufzuhören. Dieses Gefühl sei erst im Laufe der Therapie

entstanden, nachdem er gesehen habe, dass vieles plötzlich funktioniere. Das Element wahrgenommener Effizienz scheint vor allem bei internalisierten Negativkonzepten von Bedeutung zu sein. Diese können sich über negative Kompetenz- und Kontrollererwartungen, aber auch negative Selbstkonzepte und Lebensstile manifestieren.¹⁷ Hierfür stellt der/die TherapeutIn in der MDFT einen Kontext bereit, in dem Selbstwirksamkeit, Kompetenzerleben, Ich- und identitätsstärkende Erfahrungen möglich gemacht und somit die negativen Emotionen und Kognitionen verändert werden können. Den Jugendlichen wird dabei geholfen, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln und ihr Leben wieder aktiv mitzugestalten. Sie berichteten demzufolge, sie könnten dem Suchtdruck in verlockenden Situationen wesentlich besser widerstehen und hätten alternative Freizeitmöglichkeiten gefunden. Sie fühlten sich wieder wertvoll und nähmen sich bewusster wahr. In diesem Zusammenhang war das Erleben wichtig, die Erfolge wären auf sie selbst und nicht auf die Therapie zurückzuführen. Dieser Aspekt der Autonomie wurde in den Interviews immer wieder genannt. Die Jugendlichen bestanden regelrecht darauf, die Verantwortung für die Veränderung ihres Verhaltens zu übernehmen.

Loben macht Sinn

Auch positive Rückmeldungen der Eltern hatten eine wichtige Funktion. Vor allem, wenn die Eltern zuvor eine geringe Teilnahmebereitschaft gezeigt und sich ablehnend gegenüber der Therapie geäußert hatten, war diese Bekräftigung von besonderer Bedeutung.

Akzeptanz und Autonomie – der rote Faden?

Wie aus den Ausführungen ersichtlich wird, werden Zufriedenheit und Therapieergebnis neben Merkmalen des Settings und der TherapeutInnen augenscheinlich massgeblich durch moderierende Einflüsse wie das Ausmass gefühlter Autonomie, erfahrener Akzeptanz und wahrgenommener Veränderungen beeinflusst. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die als wahrhaftig bewertete Mitarbeit und Verantwortungsübernahme der Eltern. •

Literatur

- Bonnet, U./Scherbaum, N. (2005): Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt* 102 (48): B2816-B2822.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 44: 166–203.
- Ellingstad, T.P./Sobell, L.C./Sobell, M.B. et al. (2006): Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution. *Addictive Behaviours* 31: 519–530.
- Esser, G./Wyschkon, A./Schmidt, M.H./Blanz, B./Ihle, W. (2008): Entwicklungspsychopathologie. Ein Entwicklungsmodell des Substanzmissbrauchs im frühen Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Gantner, Andreas (2011): «Therapeutische Frühintervention»: MDFT in der Jugendsuchthilfe. *SuchtMagazin* 37(5): 18–21.
- Görgen, W./Hartmann, R./Oliva, H. (2009): Frühintervention bei ersttauffälligen Drogenkonsumenten – FreD. *Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung*. Köln: FOGS.
- Grützenbach, J. (2010): Subjektive Patientensicht der erlebten Veränderungen durch MDFT im Rahmen der INCANT-Studie. Diplomarbeit an der Technischen Universität Berlin.
- Hapkemeyer, J./Dresenkamp, A./Soellner, R. (2008): Patientensicht zur Qualität in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 3: 208–212.
- Hoch, E./Zimmermann/P./Henker/Rohrbacher, H./Noak, R./Bühringer, G./Wittchen, H.-U. (2010): Modulare Therapie von Cannabisstörungen: Das CANDIS-Programm. Reihe: *Therapeutische Praxis – Band 57*. Göttingen: Hogrefe.
- Holm-Hadulla, R.M. (2005): Die therapeutische Beziehung. S. 97–102 in: W. Senf/M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Thieme.
- Lambert, M.J./Ogles, B.M. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's *handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley.

- Liddle, H.A. (2004): Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: Research contributions and future research needs. *Addiction* 99 (2): 76-92.
- Mayring, P. (1983): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlag (8. Auflage).
- Orford, J. (2008): Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction* 103(6): 875-85.
- Orford, J./Hodgson, R./Copello, A./Krishnan, M./de Madariaga, M./Coulton S. (2009): UKATT Research Team. What was useful about that session? Clients' and therapists' comments after sessions in the UK Alcohol Treatment Trial (UKATT). *Alcohol* 44(3): 306-313.
- Petzold, H.G./Schay, P./Scheiblich, W. (2006): *Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Integrative Suchttherapie 2: VS* Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schaub, M./Haug, S. (2011): Ambulante Therapie mit MDFT: Auch in der Schweiz eine Erfolgsstory? *SuchtMagazin* 37(5): 22-26.
- Sobell, L. C./Ellingstad, T. P./Sobell, M. B. (2000): Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction* 95(5): 749-64.
- Spohr, B./Gantner, A./Bobbink, J. (2011): *Multidimensionale Familientherapie. Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Sydow, K. v./Beher, S./Schweitzer-Rothers, J./Retzlaff, R. (2006): *Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters: Eine Meta-Inhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien*. *Psychotherapeut* 51(2): 107-143.
- Tossmann, H. P./Grützenbach, J. (2010): *Ergebnisbericht «Aufsuchende Familientherapie (AFT) für riskant konsumierende Jugendliche und deren Familien.»* Befragung von Jugendlichen und deren Eltern. delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH Berlin im Auftrag von AG Drogen Pforzheim e.V.
- Tossmann, H.P./Jonas, B./Rigter, H./Gantner, A. (2012): *Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen*. *Sucht* 58(3): 157-166.
- Tossmann, H. P./Jonas, B./Tensil, M.-D./Lang, P./Strüber, E. (2011): *A Controlled Trial of an Internet-Based Intervention Program for Cannabis Users*. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking* doi:10.1089/cyber.2010.0506.
- Tossmann, P./Kasten, L. (2010): *Abschlussbericht des Bundestransfers von «Realize it»*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Witzel, A. (1989): *Das problemzentrierte Interview*. S. 227-225 in: G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Heidelberg: Asanger.

Endnoten

- 1 Vgl. EMCDDA 2009.
- 2 Vgl. Bonnet/Scherbaum 2005.
- 3 Vgl. Esser et al. 2008.
- 4 Vgl. Görgen et al. 2004; Hoch et al. 2010; Tossmann/Kasten 2010; Tossmann et al. 2011.
- 5 Vgl. Schaub/Haug 2011. In diesem Artikel werden die wichtigsten Ergebnisse zur Wirksamkeitsprüfung von MDFT in der Schweiz aus der International Cannabis Need of Treatment Study INCANT zusammengefasst.
- 6 Vgl. Tossmann et al. 2012.
- 7 Vgl. v. Sydow et al. 2010. Vgl. Auch den Artikel von Gantner im *SuchtMagazin* 5/2011.
- 8 Vgl. Liddle 2004.
- 9 Vgl. Lambert/Ogles 2004.
- 10 Vgl. Witzel 1989.
- 11 Vgl. Mayring 1983.
- 12 Vgl. Sobell et al. 2000.
- 13 Vgl. Ellingstad et al. 2006.
- 14 Vgl. Holm-Hadulla 2005.
- 15 Vgl. Donabedian 1966.
- 16 Vgl. Orford et al. 2009.
- 17 Vgl. Petzold et al. 2006.

