

# Grundlagen für die praktische Umsetzung

- 2.1 Die zentrale Bedeutung der Familie – 12**
- 2.2 Arbeitshilfen für die Umsetzung der Therapie – 12**
  - 2.2.1 Die therapeutischen Leitsätze der MST – 12
  - 2.2.2 Administratives Konzept der MST – 13
- 2.3 Risikoeinschätzung und Interventionen zur Sicherheit der MST-Familien – 27**
  - 2.3.1 Organisatorische und therapeutische Ansätze – 28
- 2.4 Unterstützung für den therapeutischen Prozess der MST: Die Rollen des MST-Teamleiters und des MST-Fachberaters – 33**
  - 2.4.1 Der Teamleiter – 33
  - 2.4.2 Der Fachberater – 34
- 2.5 Das System zur Qualitätssicherung und Qualitätsoptimierung der MST: Wo alles zusammenkommt – 35**
  - 2.5.1 Zusammenfassung – 36
- 2.6 Mitwirkungsbereitschaft der Familien in der Therapie – 36**
  - 2.6.1 Grundlegende therapeutische/fachliche Kompetenzen zur Förderung der Mitwirkung – 37
  - 2.6.2 Allgemeine Strategien zur Erhöhung der Mitwirkungsbereitschaft – 40
  - 2.6.3 Fortlaufende Selbsteinschätzung des Therapeuten zum Erhalt der Mitwirkungsbereitschaft – 41
  - 2.6.4 Zusammenfassung – 42

**Inhalte dieses Kapitels**

- Therapeutische Grundlagen, Prozesse und Arbeitshilfen für die praktische Umsetzung von MST
- Risikoanalyse und Interventionen zur Herstellung von Sicherheit
- Implementierung des Systems zur Qualitätssicherung und -optimierung in den therapeutischen Verlauf und den Aufbau der MST
- Strategien zum Aufbau der Mitwirkungsbereitschaft der Familien in der Therapie

Dieses Kapitel beschreibt die für die praktische Umsetzung wichtigen Grundlagen, die administrativen Strukturen, die Supervisionsprozesse sowie die Formen der Qualitätssicherung und -optimierung, die den Interventionen der MST zugrunde liegen und diese stützen. Die MST ist eine intensive aufsuchende Therapie, die auf sozial-ökologischen Theorien begründet ist und auf neun therapeutischen Leitsätzen fußt. Die Interventionen, die Bestandteil der MST sind, basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Sie werden innerhalb eines strukturierten Behandlungsansatzes durchgeführt, dessen Umsetzung durch spezifische Arbeitshilfen, Supervisionsabläufe und durch Prozesse der Qualitätssicherung und -optimierung unterstützt wird. Hierdurch wird gewährleistet, dass die MST vorgebengetreu umgesetzt wird.

## 2.1 Die zentrale Bedeutung der Familie

---

Die MST wurde für die Behandlung von Jugendlichen mit schweren dissozialen Verhaltensauffälligkeiten und deren Familien entworfen. Die Familien stehen im Fokus der MST. Dabei werden Eltern bzw. Sorgeberechtigte als vollwertige Mitarbeiter in der Therapie und als Schlüssel für die Veränderung ihrer Kinder angesehen. Dies bedeutet, dass die Therapeuten herausgefordert sind, die Stärken der Familien und Eltern herauszufinden, um dieses Potential für die beabsichtigten Verhaltensänderungen zu nutzen. Die Therapeuten müssen sich

unbedingt davor hüten, Familien abzustempeln, sie zu beschuldigen oder sie aufzugeben. Am Ende dieses Kapitels wird ausführlich dargestellt, welche Maßnahmen die MST vorsieht, um die Mitwirkung der Familien und ihren Verbleib in der Therapie zu fördern, um ihr Vertrauen zu gewinnen und ihre Zufriedenheit zu gewährleisten (zum Anteil komplett zu Ende geführter Therapien ► Kap. 9).

## 2.2 Arbeitshilfen für die Umsetzung der Therapie

---

Im Einklang mit der im ersten Kapitel beschriebenen Verortung der Interventionen der MST in der sozial-ökologischen Theorie beziehen diese das gesamte ökologische Umfeld, in das die Familie eingebettet ist, ein. Von den Therapeuten wird folglich erwartet, dass sie die erforderlichen Kompetenzen für die Bereiche Diagnostik, Interpretation der Befunde und Maßnahmen zur Intervention in den angesprochenen Systemen – Familie, erweiterter Familienkreis des Jugendlichen, Peers, Schule und Nachbarschaft – besitzen oder entwickeln. Da erfolgreiche Interventionen in diesen komplexen Systemen eine echte Herausforderung darstellen können, können die MST-Therapeuten auf verschiedene Strategien und Arbeitshilfen zurückgreifen. Diese umfassen:

- die neun therapeutischen Leitsätze,
- das Konzept der aufsuchenden Therapie,
- fortlaufende Weiterbildung und Unterstützung,
- ein diagnostisches Vorgehen, das sich auf Fortschritte beim Jugendlichen und seiner Familie konzentriert,
- Arbeitshilfen, die die therapeutischen Zielstellungen unterstützen.

### 2.2.1 Die therapeutischen Leitsätze der MST

---

Die Ausgestaltung der Interventionen der MST basiert auf neun therapeutischen Leitsätzen. Diese Leitsätze dienen als Grundlage für das Therapiekonzept und als Referenz, anhand derer die Ausrichtung der Interventionen an den Vorgaben der

MST überprüft werden kann. Die Kriterien zur Einhaltung der Vorgaben der MST, die Teil des Systems zur Qualitätssicherung und -optimierung sind, basieren zu einem großen Teil auf diesen Leitsätzen (► in einem späteren Abschnitt in diesem Kapitel und in ► Kap. 10). ■ Tab. 2.1 liefert kurze Definitionen und Anwendungsbeispiele dieser Leitsätze. Ihre Bedeutung wird anhand von Fallbeispielen im gesamten Text wiederholt dargestellt. Eine ausführliche Erläuterung der Leitsätze findet sich in der ersten Auflage dieses Buches (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998).

## 2.2.2 Administratives Konzept der MST

So wie die neun Leitsätze die Grundlage für die generelle Gestaltung der Interventionen im Rahmen des MST-Therapiekonzeptes bilden, so liefert das administrative Konzept der MST die zugrunde liegende Struktur und den Rahmen, innerhalb dessen die Therapeuten ihre Interventionen aufbauen. Diese Struktur beinhaltet den Aufbau des MST-Teams, Weiterbildungen und fortlaufende Qualitätssicherung und -optimierung sowie Arbeitshilfen, die die laufende Durchführung und Einbindung der Interventionen erleichtern.

### Die Teamstruktur

Die MST wird von Teams mit 2–4 Therapeuten und einem Teamleiter durchgeführt, der in einem von MST akkreditierten Programm arbeitet. MST-Therapeuten besitzen üblicherweise mindestens einen Bachelor- oder Diplomabschluss und verfügen über Kompetenzen in Sozialarbeit, Psychologie, Beratung oder Paar- und Familientherapie. Die Teams sind meist unter dem Dach freier Jugendhilfeträger angesiedelt, die Kooperationsvereinbarungen mit dem Jugendamt, Jugendgerichten oder Sozial- und Gesundheitsbehörden haben (Sheidow, Schoenwald, Wagner, Allred & Burns, 2006). Jeder Therapeut arbeitet gleichzeitig mit 4–6 Familien, denen er über einen Zeitraum von 3–5 Monaten zu Hause und in ihrem sozialen Umfeld intensiv zur Seite steht. Auch wenn die Gesamtdauer der MST-Intervention vergleichsweise kurz ist, ist die

Intensität der Interventionen – normalerweise gibt es 60 oder mehr Stunden direkten Kontaktes zwischen Familie und Therapeut – sehr hoch.

### Das Konzept der aufsuchenden Therapie

Das Konzept der aufsuchenden Therapie mit einer Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit des MST-Teams findet aus folgenden Gründen Anwendung:

#### Anwendungsgründe für die aufsuchende Therapie

- Überwindung von Hindernissen bei der Inanspruchnahme der Dienstleistungen
- Verstärkung der Mitwirkungsbereitschaft in der Therapie
- Ökologisch valide Datenerhebung, die als Grundlage für die Ausgestaltung der Interventionen dient
- Zügige Reaktion auf krisenhafte Ereignisse, die die angestrebten Therapieziele gefährden
- Ökologisch validere Erhebung der Therapieergebnisse
- Bessere Übertragbarkeit der Ergebnisse, da therapeutische Veränderungen direkt in den Settings stattfinden, in denen Schwierigkeiten entstehen

Daraus folgt, dass die Therapie am Wohnort oder im unmittelbaren Umfeld durchgeführt und die Therapiekontakte zu Zeiten stattfinden sollen, die für die Mitglieder der Familie angenehm sind.

### Weiterbildung und Unterstützung

Da die effektive Umsetzung solch intensiver Maßnahmen die Therapeuten sehr beanspruchen kann, wurden verschiedene Maßnahmen und Prozesse in das Konzept der MST aufgenommen. Sie dienen zur Unterstützung der Therapeuten und zur Sicherstellung der Einhaltung der Therapievorgaben. Zu den wichtigsten Maßnahmen gehören die umfassenden Weiterbildungsangebote und die fachliche Unterstützung, die für die MST bereitgehalten werden. Das MST-Training beginnt mit einer 5-tägigen Einführung in das Behandlungskonzept (► Kap. 10). Diese zielt darauf ab, den Therapeuten die Grundkenntnisse zu den praktischen Abläufen

■ Tab. 2.1 Die neun Leitsätze der MST (mit Beispielen aus der Therapie der Familie Milijas)

Nummer	Leitsatz	Beispiele
1.	<b>Die richtige Passung finden (Finding the fit)</b>	Das vorrangige Ziel der Diagnostik ist es, die »Passung« zwischen den zu therapierenden Verhaltensauffälligkeiten und ihrem umfassenderen systemischen Kontext zu verstehen. Beispiel: Die Therapeutin entwickelte Passungsschemata, die Annahmen über den Einfluss von Faktoren aus den Ebenen Schule, Eltern, Peers, der Individualebene und der sozialen Umwelt zu dem jeweiligen Verhalten von Draško beinhalten.
2.	<b>Positiv und an den Stärken orientiert (Positive and strength focused)</b>	Bei den therapeutischen Kontakten soll Positives hervorgehoben und Stärken des Systems als Triebfedern für Veränderungen genutzt werden. Beispiel: Die Therapeutin nutzte Herrn Milijas' Gefühl der Verbundenheit mit seinem Sohn sowie Draškos Wunsch, die Achtung des Vaters zu erlangen, als Triebfedern, um die Mitwirkung beider an den Interventionen zu fördern.
3.	<b>Verantwortungsvolles Verhalten fördern (Increasing responsibility)</b>	Die Interventionen sollten so angelegt sein, dass sie unter Familienmitgliedern verantwortungsvolles Verhalten fördern und verantwortungsloses Verhalten vermindern. Beispiel: Die übergeordneten Ziele der MST beinhalteten Draškos regelmäßigen Schulbesuch, die Einstellung seines Drogenkonsums und die Einhaltung der von seinem Vater gesetzten Regeln. Die Interventionen zielten gleichzeitig darauf ab, Herrn Milijas zu einem kompetenteren Erziehungsstil zu verhelfen.
4.	<b>Gegenwartsbezogen, handlungsorientiert, zielgerichtet (Present focused, action oriented, and well defined)</b>	Die Interventionen sollen gegenwarts- und handlungsorientiert sein und auf klar umrissene Schwierigkeiten abzielen. Beispiel: Die Ziele der Therapie waren klar umrissen; ihr Erreichen konnte anhand objektiver Kriterien, wie der Protokollierung des Schulbesuchs und der Urintests auf Drogen, überprüft werden. Die Therapeutin zielte mit den Interventionen auf Faktoren aus der gegenwärtigen Situation ab, hierzu gehörte die elterliche Aufsicht. Nicht im Fokus standen Ereignisse aus der Vergangenheit, wie etwa Draškos Wut über die Abwesenheit der Mutter.
5.	<b>Verhaltensmuster im Fokus haben (Targeting sequences)</b>	Die Interventionen sollen auf jene Interaktionsmuster innerhalb mehrerer Systemen und zwischen diesen abzielen, die die bestehenden Schwierigkeiten aufrechterhalten. Beispiel: Die Therapeutin hatte den Verdacht, dass der dürftige Kontakt zwischen Schule und Familie die Interaktionen zwischen Vater und Sohn (d.h. ineffektive Aufsicht, Konflikte), Vater und Schule (der Vater vermied es, mit der Schule in Kontakt zu treten, in der Schule gab es negative Annahmen über den Vater) und dem Jugendlichen und der Schule (die mangelnde Beaufsichtigung Draškos in der Schule, die Verfälschung von Informationen an den Vater durch Draškos) beeinflusste. Daraufhin entwickelte die Therapeutin Interventionen für jede einzelne dieser Interaktionen.
6.	<b>Dem Entwicklungsstand angemessen (Developmentally appropriate)</b>	Die Interventionen sollen dem Entwicklungsstand des Jugendlichen angemessen sein und seinen Entwicklungsbedürfnissen entsprechen. Beispiel: Der Verhaltensplan für den Jugendlichen enthielt Belohnungen und Konsequenzen, die für einen Teenager von Bedeutung sind, wie etwa Zugang zu Musik, Videospielen, Handynutzung, Verkehrsmitteln, Lebensmitteln und Geld.

■ Tab. 2.1 Fortsetzung

Nummer	Leitsatz	Beispiele
7.	<b>Kontinuierliche Anstrengungen (Continuous effort)</b>	Die Interventionen sollen so angelegt sein, dass sie von den Familienmitgliedern täglichen oder wöchentlichen Einsatz verlangen. Beispiel: Der tägliche Berichtbogen der Schule und die Verhaltenspläne zu Hause erforderten täglichen Einsatz vom Jugendlichen und dessen Vater.
8.	<b>Fortlaufende Evaluation und Rechenschaftspflicht (Evaluation and accountability)</b>	Der Behandlungserfolg wird fortlaufend von mehreren Perspektiven aus beurteilt, wobei die Therapeuten die Verantwortung für die Überwindung von Hindernissen auf dem Weg zum Erfolg übernehmen. Beispiel: Die Therapeutin überwachte den Drogenkonsum durch häufige Urintests, den Schulbesuch durch die Aufzeichnungen der Schule und die Einhaltung der Ausgehzeiten durch die Berichte von Vater, Sohn und Bewährungshelfer.
9.	<b>Generalisierbarkeit (Generalization)</b>	Die Interventionen sollten so angelegt sein, dass sie leicht auf andere Situationen übertragen werden können und langfristig wirksam sind. Die Eltern werden darin bestärkt, sich mit den Bedürfnissen der Familienmitglieder auf allen für die jeweilige Familie relevanten Ebenen zu befassen. Beispiel: Herr Milijas lernte, sich mit den Mitarbeitern der Schule zu verständigen, leichter auf Hilfe aus dem sozialen Umfeld zurückzugreifen, die Urintests auf Drogen auszuwerten, um den Substanzmissbrauch von Draško zu überwachen, sowie Konsequenzen für Draškos Verhaltens zu entwickeln und umzusetzen, um dessen sozial erwünschtes Verhalten zu fördern.

der MST zu vermitteln, eine allgemeine Übersicht über evidenzbasierte Behandlungsansätze zu bieten, den Blick der Therapeuten für eine familienbezogene und systemische Sichtweise auf Probleme zu schärfen und sie dazu zu befähigen, die wichtigsten ökologischen Systeme einer Familie (z.B. Peers, Schule, Nachbarschaft) in die Entwicklung und Durchführung von Interventionen einzubeziehen.

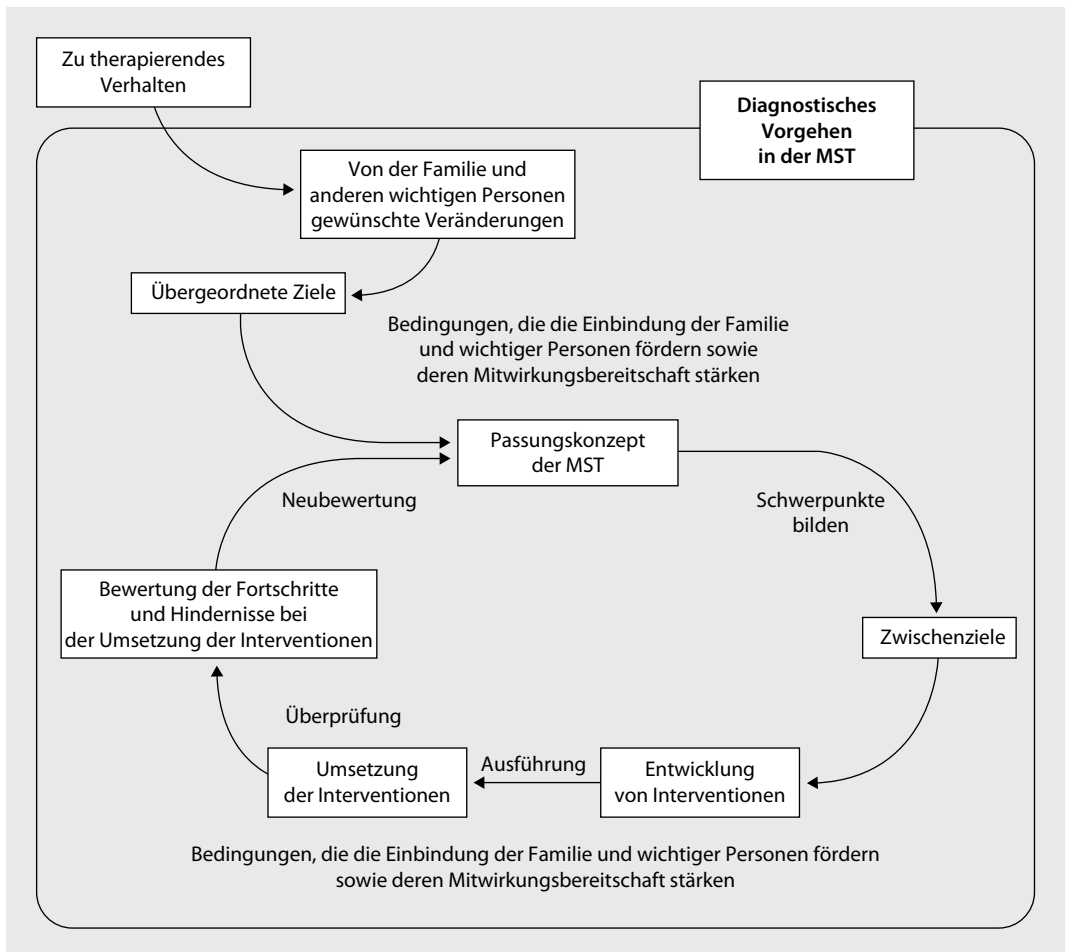
Während die 5-tägige Einführung Grundkenntnisse der MST vermittelt, wird ein Großteil des therapeutischen Wissens der MST, begleitend zur Arbeit der Therapeuten in den Familien, in strukturierten wöchentlichen Supervisions- und Feedbackterminen durch einen Teamleiter des MST-Teams vor Ort und einen externen MST-Fachberater vermittelt. Das MST-Team trifft sich wöchentlich als Gruppe mit dem Teamleiter, der mit dem Team anhand eines standardisierten Protokolls jeden Fall einzeln durchgeht. Das gesamte MST-Team (einschließlich Teamleiter) bespricht wiederum einmal wöchentlich einzelne Fälle mit einem MST-Fachberater, um bei Bedarf zusätzliche Rückmeldung und Anleitung zu erhalten. Die Aufgabe dieser Supervisionstermine und Beratungen

besteht vornehmlich darin, die Therapeuten beim Erreichen der anvisierten Therapieziele und bei der Einhaltung der Behandlungsvorgaben der MST zu unterstützen. Detaillierte Informationen zu diesen Prozessen und zu den Aufgaben von Teamleiter und Fachberater finden sich im weiteren Verlauf dieses Kapitels.

### Das diagnostische Vorgehen in der MST

Das diagnostische Vorgehen in der MST, auch als »Handlungsschleife« (»do-loop«) bezeichnet, dient als weitreichende Vorgabe für die Planung von Therapie und Interventionen. ■ Abb. 2.1 illustriert den von den MST-Teams zur Planung und Intervention verwendeten schrittweisen und sich wiederholenden Ablauf.

Das anschließend dargestellte Formblatt »Fallübersicht für das Formblatt für Supervision und Fachberatung« folgt den Schritten des diagnostischen Vorgehens. Dieses Formblatt nennt im Detail die Faktoren, auf die sich die Therapeuten in ihrer wöchentlichen Analyse jedes Falls beziehen müssen. Die Abbildung vermittelt hingegen die Grundsätze, die für die Planung von Therapie und



■ Abb. 2.1 Das der MST zugrunde liegende analytische Konzept

Implementierung des Analyseprozesses zu berücksichtigen sind.

1. Zunächst stimmt sich der Therapeut mit der Familie ab und entwickelt zusammen mit den Familienmitgliedern und den wichtigsten involvierten Akteuren einen klaren Konsens über die übergeordneten Therapieziele.
2. In einem zweiten Schritt identifiziert der Therapeut mit Hilfe der Familie und anderer Informationsquellen die Umstände der zu therapierenden Verhaltensweisen. Dabei widmet er den einzelnen Systemen und deren Interaktion besondere Aufmerksamkeit, um die »Passung« der auffälligen Verhaltensweisen im Kontext, in dem der Jugendliche und seine Familie eingebettet sind, zu verstehen (Was steckt dahinter? Warum verhält sich der Jugendliche so?).
3. Als nächstes stellen das Team und die Familienmitglieder eine Rangliste der vermuteten Ursachen für das ins Auge gefasste Problemverhalten auf und entwickeln Maßnahmen zu deren Beseitigung.
4. Die besprochenen Maßnahmen werden umgesetzt und alle Hindernisse für eine effektive Umsetzung registriert.
5. Der Handlungsschleife wieder an ihren Anfang folgend, überprüfen die Therapeuten anschließend die Ergebnisse ihrer Interventionen

aus verschiedenen Perspektiven. Sind Veränderungen nicht wie erwünscht eingetreten, werden die im Verlauf gewonnenen Erkenntnisse in die Handlungsschleife eingearbeitet und auf dieser Grundlage neue Annahmen und angepasste Interventionen entwickelt.

Die sich wiederholende Handlungsschleife hebt zwei wichtige Merkmale des Konzepts der MST hervor:

1. Die MST-Teams sind fest entschlossen, den Jugendlichen und seine Familie nie aufzugeben; vielmehr tun sie »alles Erdenkliche«, um den Familien beim Erreichen der Therapieziele zu helfen.
2. Zeigen Interventionen keine Wirkung, so liegt dies eher am MST-Team, weniger an der Familie.

Anders ausgedrückt: Familien erreichen die Ziele genau dann, wenn das MST-Team präzise Hypothesen entwickelt, Hindernisse aufdeckt und angemessene Interventionen durchführt.

### Arbeitshilfen der MST

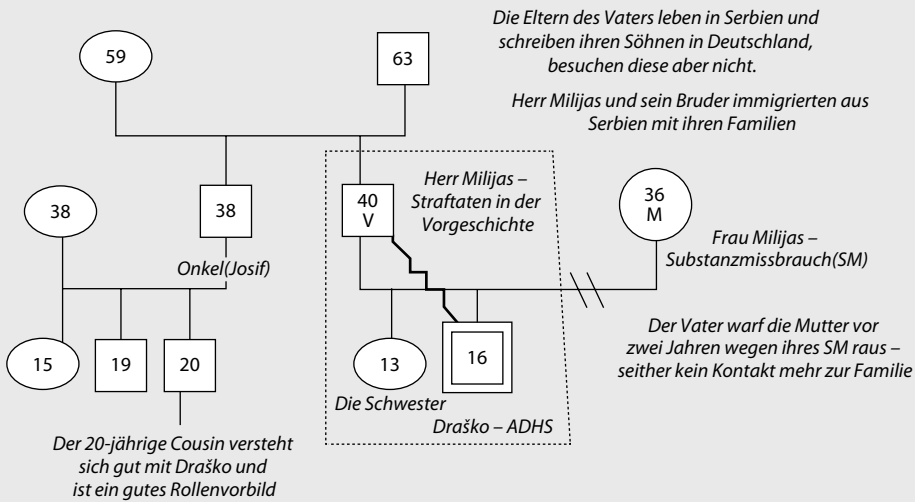
Um die Therapeuten darin zu unterstützen, therapeutisch wichtige Informationen an die Teamleiter und Fachberater weiterzuleiten, wurde ein standardisiertes System zum Informationsaustausch entwickelt. Abgefragt werden in den MST-Arbeitshilfen nur die Informationen, die zur Unterstützung des therapeutischen Prozesses von Bedeutung sind. Während die Arbeitshilfen der MST den Therapeuten erlauben, sich auf den Verlauf und die Ziele einer Behandlung zu konzentrieren, ermöglichen sie den MST-Teamleitern und Fachberatern ein optimales Feedback. Bei der Bearbeitung der Arbeitshilfen sollten die Therapeuten nicht nur auf Informationen vonseiten des Jugendlichen, der Eltern und der Familie zurückgreifen, sondern so weit möglich auch von anderen Seiten, wie etwa Lehrern oder Bewährungshelfern Informationen einholen. Die bearbeiteten Formblätter aus dem weiter unten erwähnten Fallbeispiel von Draško finden sich in den entsprechenden Abbildungen.

### Formblatt zu den Hintergrundinformationen (»Background Information Form«)

Das Formblatt zu den Hintergrundinformationen wird bei Aufnahme der Therapie ausgefüllt und bei Bedarf aktualisiert. Wie in der ■ Abb. 2.2 zu sehen ist, steht am Anfang des Formblatts ein Familienstammbaum. Er gibt in prägnanter Form einen Überblick über die Familie (auch über die erweiterte Familie), ihre Beziehungen zueinander und ihre Potentiale, den Jugendlichen und seine Familie bei der Therapie zu unterstützen. Der zweite Teil des Formblatts (»Zu therapierende Verhaltensweisen«) verlangt von den Therapeuten eine Beschreibung der Umstände, die für den Jugendlichen zu der Auflage geführt haben, an einem MST-Programm teilzunehmen. Da die MST-Teams vornehmlich mit Jugendlichen zu tun haben, die wegen dissozialen Verhaltens Gefahr laufen, außerfamiliär untergebracht zu werden, sind die Therapeuten dazu angehalten, sich in diesem Teil auf gravierende Verhaltensschwierigkeiten zu konzentrieren. Das Verhalten wird anhand einer knappen und spezifischen Terminologie wiedergegeben. Es gibt präzise Angaben zur Häufigkeit, Intensität und zur Dauer dieses Problems; zusätzlich genannt werden die Systeme, die involviert sind. Der dritte Teil des Protokolls erfasst Äußerungen von wichtigen Personen aus dem Umfeld des Jugendlichen. Der Therapeut trifft sich mit möglichst vielen dieser Schlüsselpersonen (z.B. Eltern, Geschwister, Mitglieder der erweiterten Familie, Lehrer, Bewährungshelfer), und die von ihnen formulierten Therapieziele werden in deren eigenen Worten festgehalten.

### Stärken-Schwächen-Analyse

Die Stärken-Schwächen-Analyse findet ebenfalls zu Beginn des MST-Prozesses statt und wird aktualisiert, sobald neue Erkenntnisse im Therapieverlauf entstehen (ein Beispiel findet sich in ■ Abb. 2.3). In diesem Formblatt halten die Therapeuten sowohl die Stärken (protektive Faktoren) als auch die Schwächen (Risikofaktoren) eines jeden Systems fest, in das der Jugendliche und seine Familie eingebunden sind (Individualebene, Familie, Schule, Peers, soziales Umfeld). Das MST-Team überprüft diese Informationen regelmäßig, damit diese bei



#### Zu therapierende Verhaltensweisen

Verhalten	Häufigkeit	Ausprägung	Dauer
Cannabiskonsum	3- bis 4-mal pro Woche	1- bis 2-mal mit zwei Peers geteilte Joints	Seit etwa 16 Monaten
Schuleschwänzen	2- bis 3-mal pro Woche	Schwänzt den gesamten Tag	Beginn im letzten Schuljahr (vor zwölf Monaten)
Körperliche Gewalt, körperliche Auseinandersetzungen mit Peers	Zwei bekannte Vorfälle	Beim Klienten mussten Platzwunden genäht werden, blaues Auge	Vorfälle drei bzw. acht Monaten vor Therapiebeginn
Vater-Sohn-Konflikte, verbale Aggressionen auf beiden Seiten	1- bis 2-mal pro Woche	Beide schreien sich an, Jugendlischer gebraucht Schimpfwörter, 1- bis 2-mal Minuten Dauer	Seit etwa 2 Jahren

#### Erwünschte Verhaltensänderungen

Beteiligte Person	Ziele
Draško	Die Bewährungsauflagen loswerden, mein Vater soll nicht mehr an mir herummeckern
Radomir Milijas (Vater)	Draško soll regelmäßig die Schule besuchen, Arbeit finden, mich stolz auf ihn machen
Schwester	Sich benehmen, nicht mehr in Schwierigkeiten geraten, nicht mehr mit Vater streiten
Josif Milijas (Onkel)	Soll sich von schlechten Freunden fernhalten, kein Dope mehr rauchen
Herr Johann (Bewährungshelfer)	In der Schule verbleiben, keine Drogen mehr gebrauchen, keine Gewalt

■ Abb. 2.2 MST-Formblatt zu den Hintergrundinformationen für Draško Milijas

der Planung von Interventionen zum Ausbau systemischer Stärken und zum Abbau oder der Beseitigung von Schwächen einfließen können.

#### Formblatt »Fallübersicht für Teamleiter und Fachberater«

Das Formblatt »Fallübersicht für Teamleiter und Fachberater« besteht aus sechs Abschnitten. Es



Familie: D. MilijasTherapeut: C. DahmeDatum: 4. Oktober

Stärken des Systems	Schwächen/Entwicklungsbedarf des Systems
<b>Individualebene</b> sportlich, mag Baseball Sozial – kann Führungsrolle unter seinen Freunden einnehmen Möchte Arbeit finden Möchte mit dem Vater besser zurechtkommen gesteht seine Probleme mit Cannabis ein Hat in Vergangenheit gut auf ADHS-Medikation angesprochen	Impulsiv – handelt, bevor er nachdenkt, hitzig Verbale und physische Attacken Ist gewaltbereit Kommt in den meisten Fächer nicht klar Glaubt nicht daran, den Cannabiskonsum einstellen zu können (kommt nicht von seinen abweichenden Peers weg) Kann seine Rolle in Konflikten noch nicht eingestehen
<b>Familie</b> Der Vater ist seinem Sohn sehr verbunden Die Schwester ist gut erzogen Der Onkel ist gewillt, Vater und Sohn zu unterstützen Der Cousin ist ebenso unterstützungsbereit, hat einen Job und das Potential zum Rollenvorbild	Der Vater hat einen autoritären Erziehungsstil Vater und Sohn neigen zeitweise zu Konflikten Inhaftierungen in der Vorgeschichte des Vaters, unbekannte Dauer Ernsthafter Drogenmissbrauch der Mutter Aufenthalt der Mutter seit zwei Jahren unbekannt
<b>Schule</b> Ist gewillt, Draško zu unterstützen, solange er sich um Besserung bemüht Es gibt ein Baseballteam Sport-/Beratungslehrer bekundet Interesse und Sorge um Draško (möchte nicht, dass er die Schule abbricht)	Viele der schlechten Peers von Draško sind an der Schule Mangelnde Beaufsichtigung der Jugendlichen in der Freizeit Die Schule hat eine negative Einstellung zu den Familien im Viertel des Jugendlichen Draško könnte auf Grund der Noten nicht zum Sport zugelassen werden Die Schule steht mit dem Vater nicht regelmäßig in Kontakt Der Vater vermeidet den Kontakt zur Schule
<b>Peers</b> Der Vater erinnert sich an vorbildliche Freunde von vor zwei Jahren, die noch an die Schule von Draško gehen Ein derzeitiger Freund hat Arbeit Der Cousin könnte eine Vorbildrolle übernehmen, hat Arbeit und möchte helfen Draško kennt einen prosozialen Jungen, mit dem er gerne Zeit verbringen würde. Dieser spielt Baseball (J.R.)	Die meisten Freunde von Draško gehen nicht zur Schule oder schwänzen Die meisten Freunde von Draško gebrauchen Cannabis oder Alkohol Zwei der Freunde von Draško beteiligten sich ebenfalls an den Auseinandersetzungen (Luis und A.J.) Luis und A.J. sind immer beteiligt, wenn Draško die Ausgehzeiten missachtet, Schule schwänzt oder in Schwierigkeiten gerät
<b>Soziales Umfeld</b> Freizeitzentrum mit Baseballmannschaft und weiteren Sportmöglichkeiten in der Nachbarschaft Kleine Schwester geht mit Onkel und Tante zur Kirche Nachbarin könnte soziale Unterstützung für den Vater sein, beaufsichtigt manchmal die Schwester	Wohnviertel ist für seine Kriminalität bekannt Drogen sind im Viertel leicht zu bekommen Draško ist bei der Polizei bekannt und ist schon deshalb unbeliebt, weil er Jugendlicher ist

■ **Abb. 2.3** Erhebung der Stärken und Schwächen für Draško Milijas

dient als Grundlage für die Supervision und Fachberatung in der MST und wird wöchentlich erstellt bzw. überprüft. Das Formblatt baut auf der zuvor

erwähnten Handlungsschleife der MST auf. Ein Beispiel findet sich in ■ **Abb. 2.4**.

Familie: D. Milijas

Therapeut: C. Dahme

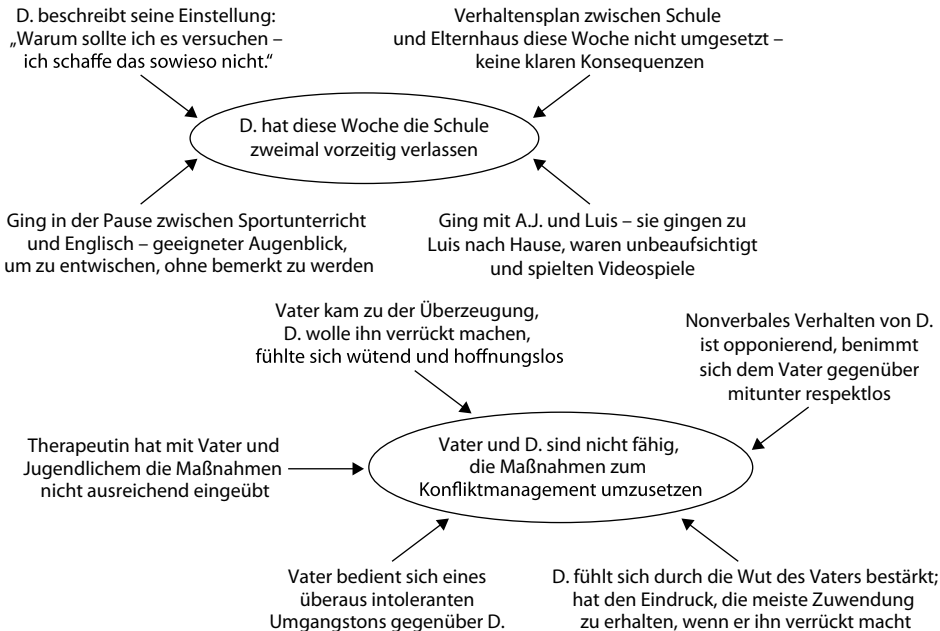
Datum: 2. November

Wochenrückblick		
<b>I. Übergeordnete/primäre Ziele der MST</b>		
<p>1. D. besucht erfolgreich die Schule, d.h., er fehlt nicht unentschuldigt, erhält keine Verweise auf Grund störenden Verhaltens, erledigt die Hausaufgaben und besteht die Kurse; Überprüfung auf Grundlage schulischer Dokumente.</p> <p>2. D. beendet seinen Cannabiskonsum, was durch saubere Drogenurintests über einen Zeitraum von zehn Wochen zu belegen ist; Überprüfung auf Grundlage der Aussagen der Eltern, des Therapeuten und des Bewährungshelfers.</p> <p>3. D. und sein Vater vermindern die Häufigkeit ihrer Auseinandersetzungen und Streitigkeiten, was durch die Aussagen der Familienmitglieder zu belegen ist (Jugendlicher, Schwester, Vater, Onkel und Cousin).</p> <p>4. D. stellt seine verbalen und physischen Attacken zu Hause und im sozialen Umfeld vollständig ein, was durch das Ausbleiben weiterer Anklagen und die Angaben des Vaters über das Ausbleiben verbaler oder physischer Auseinandersetzungen zu Hause oder im sozialen Umfeld belegt wird.</p> <p>5. D. befolgt die Bewährungsaufgaben, was anhand der Aussagen des Bewährungshelfers zu belegen ist.</p>		
<b>II. Bisherige Zwischenziele</b>		
	<b>erreicht</b>	<b>teilweise</b>
<p>1. Vater und Therapeut nehmen an der Beratung bezüglich der integrativen Förderung teil, um gemeinsame Interventionen in der Schule und zu Hause aufzubauen</p>		
a. Entwicklung von Strategien zur Annäherung zwischen Vater und Lehrern	erreicht	
b. Entwicklung eines täglichen Schulberichtsbogens für die Lehrer	erreicht	
c. Alle Lehrer davon überzeugen, den Berichtbogen auszufüllen		teilweise
d. Lehrer von einem Brainstorming überzeugen, um Maßnahmen zu entwickeln, die dem Jugendlichen helfen, seine schulischen Angelegenheiten besser zu regeln		teilweise
e. Anberaumung eines Folgetreffens	erreicht	
f. Die Lehrer von der Notwendigkeit überzeugen, den Conners-ADHS-Fragebogen für die psychiatrische Untersuchung auszufüllen (Abgabetermin nächste Woche)	erreicht	
2. Der Vater überprüft die Drogenurintests in Übereinstimmung mit dem letzte Woche besprochenen Vorgehen		teilweise
3. Vater und D. versuchen, die drei in der letzten Woche entwickelten Strategien anzuwenden, wenn Anzeichen für Konflikte erkennbar sind		teilweise
4. Cousin begleitet D. zum Vorstellungsgespräch in der Autowerkstatt		nicht erreicht
5. Durchsicht des Peer-Arbeitsblatts mit dem Vater		nicht erreicht
<b>III. Hindernisse für Zwischenziele</b>		
<p>1. Die Englischlehrerin nahm nicht an der Beratung bezüglich der integrativen Förderung teil. Daher konnte sie nicht vom Ausfüllen des täglichen Berichtsbogens überzeugt werden, und sie konnte nicht helfen, Maßnahmen für D. zu entwickeln, besser in der Schule zurechtzukommen. Da D. Schwierigkeiten sowohl mit dem Verhalten als auch den Noten im Englischunterricht hat, werden ihre Ideen und ihre Mitwirkung unbedingt benötigt</p> <p>3. Der Vater führte die Drogentests durch, war sich aber nicht sicher, wie die Ergebnisse auszuwerten sind. Der Vater rief die Therapeutin nicht an, um um Hilfe zu bitten, und gestand dem Jugendlichen Privilegien zu, als wenn die Tests negativ ausgefallen wären.</p> <p>4. Der Vater berichtet, D. sei respektlos gewesen und habe seinen Teil des plans zur Konfliktbewältigung nicht eingehalten.</p> <p>5. Der Cousin musste an seinem freien Tag unerwartet zur Arbeit gehen.</p> <p>6. Die Therapeutin konnte auf Grund dringenderer Maßnahmen keine Zeit für die Durchsicht des Peer-Arbeitsblatts mit dem Vater aufbringen.</p>		
<b>IV. Fortschritte in der Therapie</b>		
<p>1. Der Beratungslehrer nahm an der Beratung bezüglich der integrativen Förderung teil, scheint Draško gern zu haben, kommt gut mit dem Vater zurecht. Er hat sich bereit erklärt, an weiteren Treffen in der Schule teilzunehmen und als möglicher Ansprechpartner für die Familie zu dienen.</p> <p>2. Die Lehrer und der Vater stimmen darin überein, dass der Jugendliche in einen eher berufsorientierten Ausbildungsgang in der Schule wechseln sollte; der Vertrauenslehrer überprüft diese Möglichkeit. Die Lehrer scheinen gewillt, den kurzen Berichtbogen jeden Tag auszufüllen und zu unterzeichnen. Das nächste Treffen in der Schule ist Für den 19. November anberaumt.</p>		

■ Abb. 2.4 Fallübersicht für das Formblatt für Supervision und Fachberatung im Fall Draško Milijas

Familie: D. MilijasTherapeut : C. DahmeDatum: 2. November**Wochenrückblick**

3. D. konnte einen anderen Termin ausmachen, um mit seinem Cousin zum Bewerbungsgespräch zu gehen.
4. Die Therapeutin nahm zur Kenntnis, dass der Vater in der vergangenen Woche öfter auf die Unterstützung seiner Nachbarin zurückgriff (rief sie zweimal an, als er noch spät arbeiten musste, und bat sie, nachzusehen, ob D. zu Hause war).
5. Die Therapeutin stellte fest, dass der Vater den Verhaltensplan in der vergangenen Woche umgesetzt hat. Er belohnte Draško für die Einhaltung der abendlichen Ausgehzeiten, wie es in den Berichten von Jugendlichen und Vater festgelegt wurde.

**V. Erhebung der „Passung“ zwischen den bestehenden Problemen und ihrem weiteren systemischen Kontext****VI. Neue Zwischenziele für die nächste Woche**

1. Die Therapeutin setzt sich noch einmal mit der Englischlehrerin in Verbindung, um den täglichen Berichtbogen und den angedachten Wechsel in einen berufsorientierten Ausbildungsgang zu besprechen.
2. Die Therapeutin überprüft mit dem Vater den täglichen Berichtbogen der Schule aus dieser Woche.
  - a. Prüfen, ob die Lehrer und D. sich an den Plan halten.
  - b. Sicherstellen, dass der Vater mit Konsequenzen reagiert, wenn dies angezeigt ist.
  - c. Sicherstellen, dass der Vater mit Belohnungen reagiert, wenn dies angezeigt ist.
  - d. Unterstützung des Vaters, falls Schwierigkeiten bestehen.
3. Begleitung der Familie zur psychiatrischen Diagnostik; die Conners-Fragebögen des Vaters und der Lehrer mitnehmen. Ziel der Untersuchung ist es, die ADHS-Diagnose sicherzustellen und gegebenenfalls den Zugang zu Medikamenten zu erleichtern.
4. Der Vater ruft den Beratungslehrer an, um diesen zu bitten, mit D. darüber zu sprechen, die Schule nach dem Sportunterricht nicht zu verlassen.
5. Fortsetzung der Arbeit am Peer-Arbeitsblatt. Herausfinden, ob der Vater einverstanden ist, die Mutter von Luis anzurufen und sie darum zu bitten, D. nicht zu erlauben, sich unbeaufsichtigt in ihrem Haus aufzuhalten, da er sonst gegen die Bewährungsauflagen verstoßen könnte.
6. Der Vater setzt sich mit dem Cousin J. in Verbindung, um sicherzustellen, dass er noch immer die Möglichkeit hat, D. zum Bewerbungsgespräch zu begleiten.

Familie: D. MilijasTherapeut: C. DahmeDatum: 2. November**Wochenrückblick**

7. Die Therapeutin arbeitet weiter mit Vater und D. an deren Konfliktlösefertigkeiten.
  - a. Vater und D. werden dabei unterstützt, die Vorkommnisse der letzten Woche, bei denen die Umsetzung des Plans fehlschlug, zu besprechen. Unterstützung bei der Übernahme der Perspektive des anderen und der Orientierung auf gemeinsame Ziele. Nutzung der Verbundenheit des Vaters seinem Sohn gegenüber und des Wunsches des Jugendlichen, den Respekt seines Vaters wiederzuerlangen.
  - b. Rollentausch beider während des Rollenspiels in Erwägung ziehen.
  - c. Einüben von Gedankensubstitutionen, wenn der Vater Wut und Hoffnungslosigkeit fühlt.
  - d. Geeigneteres nonverbales Verhalten mit dem Jugendlichen einüben.
  - e. Nach dieser Sitzung wird die Familie (einschließlich der Schwester) mit einer Pizza belohnt, um ihre Mitwirkungsbereitschaft zu steigern und positive Interaktionen von Vater und Jugendlichen zu verstärken.
8. Die Therapeutin führt im Beisein des Vaters stichprobenartig Drogenurintests durch. Sie wird etwaige Schwierigkeiten bei der Testung ausräumen und Hindernisse bei der Umsetzung der Konsequenzen im Falle eines positiven Ergebnisses ausräumen.
9. Weitere Beobachtung der Umsetzung der Verhaltensregeln bezüglich der Ausgehzeiten und der Regeln zu Hause.

■ Abb. 2.4 Fortsetzung

**Aufbau des Formblattes »Fallübersicht für Teamleiter und Fachberater«**

1. Der Therapeut beschreibt zunächst die **übergeordneten bzw. primären Ziele der MST**. Diese Ziele (1) wurden zusammen mit dem Therapeuten/MST-Team und der Familie und weiteren Beteiligten aufgestellt; (2) stehen in einem eindeutigen Zusammenhang mit dem zu therapierenden Verhalten des Jugendlichen; (3) verfolgen die Absicht, die zu therapierenden Verhaltensweisen in Häufigkeit und Intensität erheblich zu reduzieren; (4) sind in einem objektiven, eindeutigen, das Verhalten beschreibenden Vokabular verfasst und (5) bewirken Veränderungen, die unmittelbar gemessen werden können.
2. Der Therapeut führt die **bisherigen Zwischenziele** auf und gibt an, ob diese während der letzten Woche erreicht wurden. Zwischenziele sind untergeordnete Therapieziele, die vom Therapeuten und dem MST-Team auf dem Weg zu den **übergeordneten Zielen** der MST wöchentlich festgelegt werden.
3. Im Abschnitt zu den **Hindernissen für das Erreichen der Zwischenziele** erläutert der

Therapeut alle Schwierigkeiten oder Hindernisse für das Erreichen der Zwischenziele.

4. In Abschnitt IV werden vom Therapeuten die Fortschritte und Erfolge in der Therapie beschrieben.
5. Der Abschnitt V ist für die getreue Durchführung der MST besonders wichtig. Die Therapeuten überprüfen die zu therapierenden Verhaltensschwierigkeiten und übergeordneten Therapieziele und beschreiben unter Beachtung der in der vergangenen Woche neu gewonnenen Informationen mögliche Veränderungen ihres Modells über die »Passung« (Leitsatz 1) der zu therapierenden Probleme. In diesem Teil entwerfen die Therapeuten die nachfolgend beschriebenen »Passungsschemata«, die den MST-Teams als Hilfestellung für das Verstehen der Ursachen und Antriebskräfte von Verhaltensschwierigkeiten dienen.
6. Abschließend führen die Therapeuten die neuen Zwischenziele für die nachfolgende Woche auf. Häufig wird das MST-Team diese Ziele zusammen mit dem Teamleiter und dem Fachberater weiterentwickeln

oder abändern. Unter Beachtung der erkannten Stärken und Schwächen einer Familie und ihres Umfelds wird über eine bestmögliche Durchführung der Interventionen in der folgenden Woche nachgedacht.

## Passungsschemata

Der Terminus »Passung« oder »Passungsschemata« entstammt dem ersten Leitsatz der MST. Damit wird unterstrichen, dass das vornehmliche diagnostische Ziel darin besteht, die Passung der beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten mit dem systemischen Kontext zu verstehen. Der Begriff »Passungsschemata« bezieht sich somit auf die von den Therapeuten und den Teams aufgestellten Annahmen über mögliche Ursachen oder Triebfedern der zu therapierenden Schwierigkeiten, Verhaltensweisen oder Interaktionsmuster. Passungsschemata sind entscheidend für die Diagnostik und das Verstehen von Problemen. Sie werden von den Therapeuten während strukturierter Brainstormings mit den Familienmitgliedern und dem MST-Team erstellt. Die von diesen Passungsschemata abgeleiteten Annahmen über die Hauptursachen für Verhaltensweisen dienen der Entscheidung darüber, welche therapeutischen Interventionen in welcher Reihenfolge vorgenommen werden sollen. Zu Beginn des Behandlungsprozesses erstellt der Therapeut Passungsschemata für jede zu therapierende Verhaltensauffälligkeit und alle anderen auffälligen oder mit diesen in Bezug stehende Verhaltensweisen, die bei Therapiebeginn gefunden wurden. Im weiteren Verlauf aktualisieren die MST-Therapeuten wöchentlich die bestehenden Passungsschemata oder fügen weitere hinzu, wenn dies im Rahmen der Behandlung angezeigt ist. Mehrere Beispiele für Passungsschemata (■ Abb. 2.5) entstammen dem folgenden Fallbeispiel.

### ■ Fallbeispiel: Draško Milijas

Das folgende Fallbeispiel macht den therapeutischen Prozess der MST deutlich und zeigt, auf welche Weise die Arbeitshilfen der MST die Einhaltung des Therapiekonzeptes unterstützen.

### ■ ■ Hintergrundinformationen

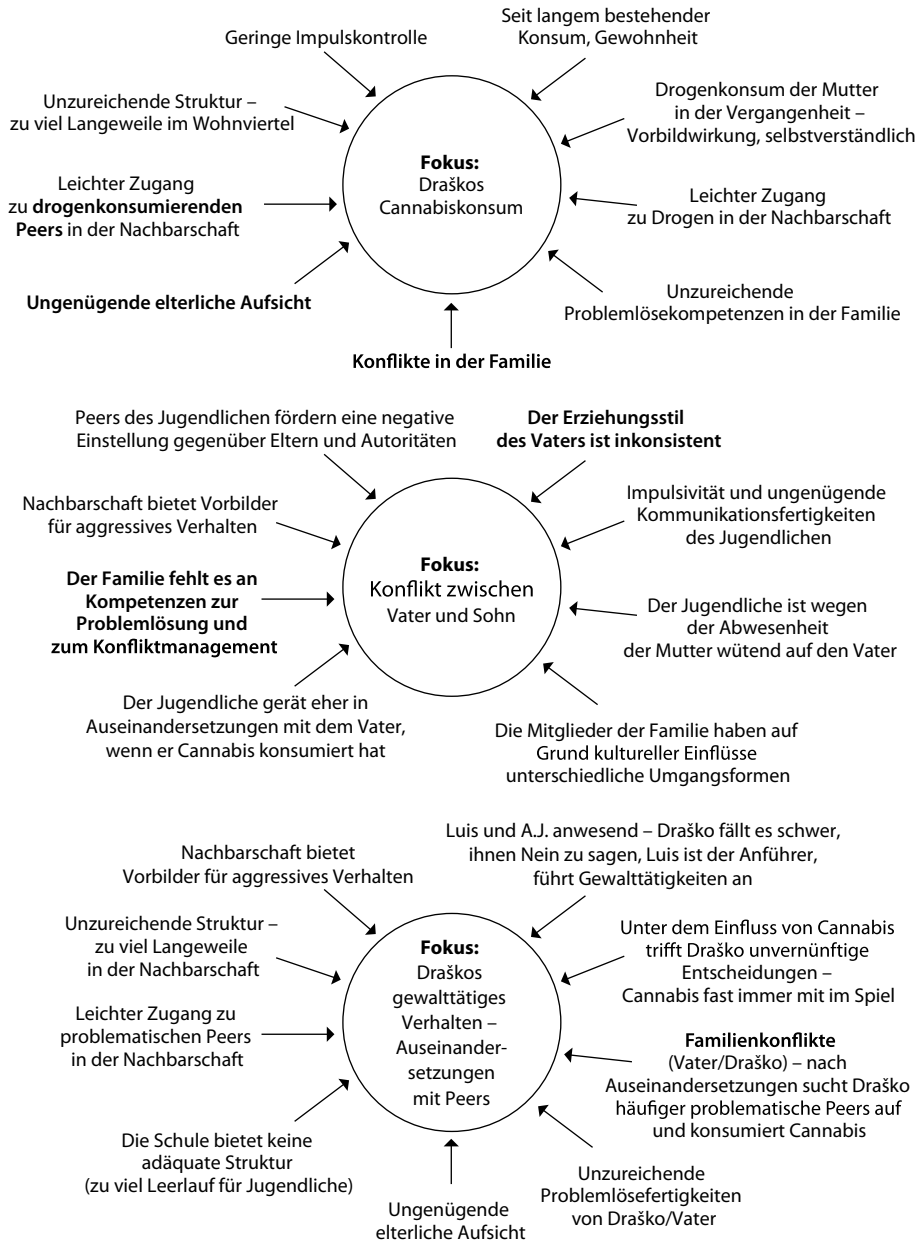
Draško Milijas war ein 16-jähriger Jugendlicher serbischer Abstammung, der wegen wiederholter Verletzung seiner Bewährungsaufgaben unmittelbar Gefahr lief, in Jugendhaft zu kommen. Draško missachtete die (abendlichen) Ausgehzeiten und war kurze Zeit zuvor erneut wegen Besitzes von Cannabis angezeigt worden. Zum Zeitpunkt des Beginns der MST bestanden Draškos zu therapierende Verhaltensweisen aus Cannabisgebrauch, Schule schwänzen und körperliche Auseinandersetzungen mit Peers aus der Umgebung. Außerdem hatte Draško eine diagnostizierte ADHS und häufig Schwierigkeiten, seine Impulsivität und Wut zu kontrollieren. Draško lebte mit seinem Vater und seiner 13-jährigen Schwester in einem Wohnkomplex in der Stadt.

Die Therapeutin (Christin) begann damit, sich mit dem Jugendlichen und seiner Familie zu treffen und sie für die Therapie zu gewinnen. Eines der vordringlichen Ziele von Christin bestand darin, so viele Beteiligte wie nur möglich kennenzulernen und deren Erwartungen an Draškos Therapie zu erfahren. Dabei sammelte sie Informationen über Häufigkeit, Intensität und Dauer jeder einzelnen zu behandelnden Verhaltensauffälligkeit und erstellte einen Familienstammbaum (■ Abb. 2.2), um dem MST-Team die Geschichte der Familie und Möglichkeiten zur Unterstützung aufzeigen zu können. ■ Abb. 2.2 zeigt, dass der Bruder des Vaters, seine Schwägerin, seine Neffen und seine Nichte in der Nähe wohnten und somit potentielle Unterstützer waren. Christin konnte auch die Therapieziele von Draškos Onkel, seinem Bewährungshelfer und Draškos Familie in Erfahrung bringen. Auf Grundlage aller gesammelten Informationen sowie der Erfassung von Häufigkeit, Intensität und Dauer dieser Verhaltensauffälligkeiten machte Christin Draškos Cannabiskonsum, sein Fernbleiben von der Schule, die körperlichen Auseinandersetzungen mit Peers und die verbalen Auseinandersetzungen zwischen ihm und seinem Vater als übergeordnete Ziele für Interventionen aus.

### ■ ■ Stärken-Schwächen-Analyse

Während des Aufnahmegesprächs erstellte Christin eine Liste der verschiedenen Stärken und Schwä-

**Zu Therapiebeginn erstellte Passungsschemata für die zu therapierenden Verhaltensweisen, Seite 1**

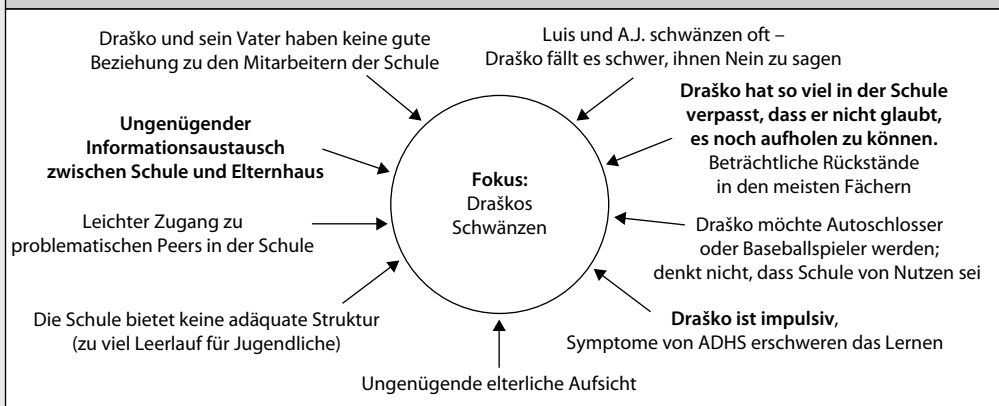


■ Abb. 2.5 Passungsschemata

Familie: D. Milijas

Therapeut: C. Dahme

Datum: 4. Oktober

**Zu Therapiebeginn erstellte Passungsschemata für die zu therapierenden Verhaltensweisen**

■ Abb. 2.5 Fortsetzung

chen von Draško, seiner Familie, der Schule, den Peers und dem sozialen Umfeld. Informationen dazu erhielt Christin aus ihren eigenen Beobachtungen und aus Gesprächen mit den Familienmitgliedern, Lehrern und dem Bewährungshelfer. Die Erhebung der Stärken und Schwächen dient dazu, (1) den Blick der Therapeuten auf die Stärken zu richten, die als Triebfedern für Veränderungen genutzt werden können (Leitsatz 2), und (2) die Schwächen oder Hindernisse aufzuzeigen, die möglicherweise bearbeitet oder weiter exploriert werden müssen. So nahm Christin wahr, dass Herr Milijas, obwohl er einen autoritären Erziehungsstil hatte und häufig in Auseinandersetzungen mit Draško geriet, seinem Sohn sehr zugetan war und dass auch Draško grundsätzlich gewillt schien, mit seinem Vater besser zurechtzukommen. Später, als Christin mit der Planung der Maßnahmen für eine bessere elterliche Aufsicht und für die Beilegung des Konfliktes zwischen Vater und Sohn begann, waren diese Informationen sehr hilfreich.

### Passungsschemata und zu therapierende Verhaltensweisen

Sind Häufigkeit, Intensität und Dauer der zu therapierenden Verhaltensweisen erst einmal grundsätzlich nachvollzogen, kann der Therapeut zu jeder Verhaltensauffälligkeit, die behandelt werden soll,

Passungsschemata entwickeln. Zu diesem Zeitpunkt erklärte Christin Draško, seiner Schwester, seinem Vater und seinem Onkel das Prinzip der Passungsschemata. Alle Familienmitglieder trugen gemeinsam mit Christin Fakten zusammen, von denen sie annahmen, dass sie an der Entstehung und an dem Erhalt dieses Problems beteiligt sein könnten. Das erste Passungsschema in ■ Abb. 2.5 beschäftigt sich mit Draškos Cannabiskonsum. Beachten Sie, dass die um den Kreis herum aufgeführten Faktoren »Antreiber« aus mehreren Systemebenen enthalten: aus der Individualebene (geringe Impulskontrolle), der Peerebene (problemloser Kontakt zu Drogen konsumierenden Peers), der Nachbarschaftsebene (leichter Zugang zu Drogen im Wohnviertel) und der Familienebene (Familienkonflikte). Beachten Sie auch, dass die Therapeutin für jedes Passungsschema die drei Faktoren hervorgehoben hat (fett gedruckt), denen sie den stärksten und unmittelbarsten Einfluss auf das Problemverhalten zuschreibt; für das erste Passungsschema sind dies: drogenkonsumierende Peers, ungenügende elterliche Aufsicht und Familienkonflikte. Die Erstellung der Passungsschemata für die zu therapierenden Verhaltensauffälligkeiten diente dazu, (1) gemeinsame Therapieziele und -visionen für das Team und die Familie zu entwickeln und somit die Mitwirkungsbereitschaft zu erhöhen, (2)

ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie die einzelnen Systeme zum Problemverhalten beitragen (Leitsatz 1), und (3) klare und eng umschriebene Ziele für zukünftige Interventionen zu entwickeln (Leitsatz 4).

### Beispiel zum Formblatt »Fallübersicht für Supervision und Fachberatung«

■ Abb. 2.4 führt ein Beispiel für die wöchentliche Dokumentation von Christin für den Teamleiter und den Fachberater einen Monat nach Therapiebeginn auf. Die römischen Ziffern der nachfolgenden Übersicht entsprechen den Unterpunkten der Dokumentation.

**I. Übergeordnete/primäre Ziele der MST** Nachdem Christin die Dokumentation zu Beginn der Behandlung die Passungsschemata erstellt hatte, erledigte sie in Vorbereitung auf die Teamberatung folgende Aufgaben: Als Erstes erstellte sie eine vorläufige Liste der übergeordneten bzw. primären Ziele der MST. Wie zuvor beschrieben, handelt es sich dabei um Ziele, die zusammen mit der Familie erstellt werden und als Orientierung im Therapieverlauf dienen. Beachten Sie, dass für jede der vier zu behandelnden Verhaltensweisen ein eigenes Ziel festgelegt wurde. Als ein zusätzliches Ziel wurde die Befolgung der Anliegen des Bewährungshelfers aufgenommen (■ Abb. 2.4). Die Ziele beinhalteten die von den einzelnen Parteien zu Therapiebeginn aufgeführten erwünschten Resultate und waren so beschaffen, dass eine Messung des Fortschritts leicht möglich war. Wurden diese Ziele einmal durch die Familie und das Therapeutenteam bestätigt, erscheinen sie jedes Mal am Anfang der wöchentlichen Dokumentation.

**II. Bisherige Zwischenziele** In diesem Abschnitt listete Christin die Zwischenziele der vergangenen Woche auf und gab an, ob diese erreicht, teilweise erreicht oder nicht erreicht wurden. Beachten Sie, dass die Ziele der Therapie gegenwarts- und handlungsorientiert (Leitsatz 4), entwicklungsangemessen (Leitsatz 6), leicht zu überprüfen waren (Leitsatz 8) und häufigen oder sogar täglichen Einsatz von Therapeuten, Eltern und Jugendlichen verlangten (Leitsatz 7). Dabei ist es wichtig, dass jedes Zwischenziel eine Beziehung zu einer der priorisierten »Triebfedern« aus einem der Passungsschemata

(■ Abb. 2.5) hat. So wurde das Zwischenziel, die Kommunikation zwischen Elternhaus und Schule zu verbessern, ausgewählt, weil dieser Faktor als »Antreiber« für Draško's Schuleschwänzen (vgl. viertes Passungsschema in ■ Abb. 2.5) erkannt worden war. Um den Fortschritt in allen bedeutsamen Bereichen sicherzustellen, wurden auf diese Weise für alle übergeordneten Ziele Zwischenziele erarbeitet.

### III. Hindernisse für das Erreichen der Zwischenziele

In diesem Abschnitt beschreibt der Therapeut die Ursachen für die nicht oder nur teilweise erreichten Zwischenziele. Im Fall von Draško entdeckte Christin, dass Herr Milijas nicht wusste, wie die Ergebnisse der Urintests zu lesen waren und er daher nicht adäquat mit Konsequenzen oder Belohnungen reagieren konnte. Sie wurde deswegen aber von Herrn Milijas auch nicht angerufen, woraus Christin folgerte, dass Herrn Milijas' Mitwirkungsbereitschaft in diesem Punkt der Therapie noch nicht ausreichte. Der Abschnitt III der Dokumentation steht in enger inhaltlicher Beziehung zum MST-Diagnoseprozess (■ Abb. 2.1) (in dem betont wird, wie eminent wichtig es ist, die Fortschritte und Hindernisse der verabredeten Interventionen zu erfassen) und zum Leitsatz 8, der unterstreicht, wie wichtig es ist, die Effizienz der Interventionen fortlaufend zu evaluieren. Die Angaben in diesem Abschnitt wurden in die Überarbeitung der Passungsschemata in den folgenden Abschnitten der Dokumentation aufgenommen.

**IV. Behandlungsfortschritt** Der Therapeut führt Einzelheiten zum Behandlungsfortschritt oder andere günstige Erkenntnisse auf, die sich als hilfreich erweisen können. So konnte Christin an der Schule einen Beratungslehrer finden, der mit Herrn Milijas gut zurecht kam und sich bereit erklärte, für Draško und seinen Vater als schulischer Ansprechpartner zu fungieren. Wie im Abschnitt III konnte die Therapeutin diesen Sachverhalt nutzen, um die Effektivität ihrer Interventionen zu bestimmen. Ebenso konnte sie diese Entwicklung in die Passungsschemata im Abschnitt V der Dokumentation einfließen lassen. Die Erfassung der Fortschritte ist für den Therapeuten und sein Team wichtig, um auf die Stärken fokussiert zu bleiben (Leitsatz 2).



### V. Erfassung der »Passung« zwischen bestehenden Problemen und ihrem umfassenderen systemischen Kontext

An dieser Stelle führt der Therapeut die vorher bei der Überprüfung der Wirksamkeit der Interventionen erkannten Hindernisse auf und entwickelt Hypothesen über deren mögliche Ursachen. Im vorliegenden Fall wurden zwei solcher Probleme erkannt: Draško verließ die Schule zweimal vorzeitig, und Herr Milijas und Draško waren nicht fähig, ihren Plan zur Konfliktlösung umzusetzen. Wie ■ Abb. 2.4 zeigt, wurden Annahmen über die möglichen Gründe und Ursachen für diese Hindernisse gemacht (Leitsatz 1), indem Passungsschemata für beide Probleme erstellt wurden. Diese dienten wiederum als Grundlage für die Entwicklung neuer Zwischenziele im Abschnitt VI der Dokumentation.

### VI. Neue Zwischenziele für die folgende Woche

An dieser Stelle des Prozesses gewichtet der Therapeut die in den Passungsschemata von Abschnitt V aufgelisteten Ursachen des Problemverhaltens – zu identifizieren sind die Ursachen, die Interventionen am besten zugänglich sind. Aus den identifizierten Hindernissen und ihren »Antreibern« erarbeitet Christin für Draško neue Zwischenziele. So gingen Christin und Herr Milijas davon aus, dass die Hauptursachen für Draškos Schwänzen der noch nicht etablierte regelmäßige Austausch zwischen Elternhaus und Schule sowie die fehlende Umsetzung des Verhaltensplans waren. Mehrere Zwischenziele wurden erstellt, um beide Probleme anzugehen. Vereinbart wurde, dass Christin und Herr Milijas täglich überprüfen sollten, ob Draško und seine Lehrer ihren jeweiligen Verpflichtungen hinsichtlich des täglichen Berichtsbogens der Schule nachkamen (► Kap. 5). Um sicherzustellen, dass Herr Milijas keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Konsequenzen oder Belohnungen hat, entwickelte Christin eine Checkliste mit Maßnahmen, deren Umsetzung sie täglich mit Herrn Milijas überprüfte und ihm bei Bedarf vor Ort assistierte.

### Der Behandlungsverlauf in Draškos Familie

Dieser therapeutische Prozess wurde von der MST-Therapeutin kontinuierlich fortgesetzt. Sie verfasste wöchentliche Fallübersichten für die Supervision

und orientierte sich während des gesamten Therapieverlaufs an der MST-Handlungsschleife. Die Therapie der Familie Milijas dauerte ca. fünf Monate; in dieser Zeit gab es mehr als 70 Stunden therapeutischen Kontaktes. Nach der ersten Hälfte der Therapie ergab sich für die Familie Milijas eine größere Krise (die im folgenden Abschnitt zur Risikoeinschätzung beschrieben wird). Es wurden aber schließlich alle übergeordneten Ziele zumindest teilweise erreicht. Eines der bedeutendsten therapeutischen Ergebnisse bestand darin, dass Draškos Vater seine Fertigkeiten und Ressourcen bei der Beaufsichtigung und Kontrolle Draškos deutlich verbesserte. Herr Milijas verbesserte seine Erziehungskompetenzen, indem er lernte, (1) auf Draškos Verhalten mit Konsequenzen und Belohnungen zu reagieren, (2) soziale Unterstützung von seinem Nefen, seinem Bruder und seinem Nachbarn bei der Beaufsichtigung und Kontrolle Draškos während seiner Abwesenheit in Anspruch zu nehmen und (3) in Austausch mit den Lehrern der Schule zu treten und zu Hause mit Konsequenzen auf Draškos Anwesenheit in der Schule und sein Verhalten in der Schule zu reagieren. Zusätzlich erzielten die Familie Milijas und Christin bedeutsame Fortschritte bei der Einbindung Draškos in prosoziale Aktivitäten (z.B. zwei Jobs) und bei der Reduktion der unbeaufsichtigten Zeit mit auffälligen Peers. Zum Ende der Therapie waren Draškos Vater und die übrigen Familienmitglieder fähig, diese Maßnahmen selbstständig umzusetzen – nur marginal unterstützt von der Therapeutin und ihrem Team.

## 2.3 Risikoeinschätzung und Interventionen zur Sicherheit der MST-Familien

Wegen des oft problematischen Hintergrundes der in die MST aufgenommenen Familien und wegen der Umsetzung der Interventionen im häuslichen Umfeld sind alle Therapeuten und Teamleiter dazu angehalten, fortlaufend auf die Bedürfnisse und Anliegen der Familien hinsichtlich ihrer Sicherheit zu achten und einzugehen. Besonders häufig ist die Sicherheit durch innerfamiliäre Gewalt (z.B. gewaltsame Übergriffe des Jugendlichen auf Familienmitglieder, Gewalt in der Partnerschaft,

Kindesmissbrauch) bedroht. Ein weiterer Bereich der Gefährdung besteht für den Jugendlichen durch gefährliche Personen im Umfeld (z.B. haben Jugendliche mit schweren Straftaten ein erheblich erhöhtes Risiko, durch eine Schussverletzung ums Leben zu kommen; Teplin, McClelland, Abram & Mileusnic, 2005). Ein weiteres Risiko ergibt sich durch die behandelten Jugendlichen selbst (viele Jugendliche in den MST-Programmen sind gewalttätige Straftäter); nur gelegentlich wird suizidales Verhalten beobachtet.

### 2.3.1 Organisatorische und therapeutische Ansätze

Fragen der Sicherheit werden auf organisatorischer und auf therapeutischer Ebene behandelt.

#### Organisatorische Ebene

Den MST-Teams ist es untersagt, Jugendliche, die suizidal sind, die Gefahr laufen, jemanden zu töten, oder die psychotische Symptome aufweisen, in die Therapie aufzunehmen; für diese Jugendliche gibt es in dem MST-Standardprogramm definierte Ausschlusskriterien. Mit anderen Worten: MST ist eine geeignete Therapieform für solche Jugendliche, die wegen vorsätzlichen Fehlverhaltens in der Gefahr sind, außerfamiliär untergebracht zu werden. MST ist aber keine Alternative für eine stationäre psychiatrische Behandlung und auch keine Alternative für eine gerichtlich angeordnete Inhaftierung bei Jugendlichen, die eine ernsthafte und außerordentliche Bedrohung für die Umgebung sind. Da viele Richter und Staatsanwälte glauben, dass ein solches Risiko für alle Jugendlichen mit schweren Straftaten besteht, muss vor dem Start des MST-Programms darauf geachtet werden, dass dem Team nur solche Klienten zugewiesen werden, die den im ► Kap. 10 erläuterten Vorgaben entsprechen.

Wie weiter unten in diesem Kapitel und auch in ► Kap. 10 beschrieben wird, haben die Therapeuten auf Teamebene 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche die Möglichkeit, sich in Krisensituationen an den MST-Teamleiter oder seinen Vertreter mit der Bitte um Unterstützung bei der Bewältigung aufgekommener Erfordernisse und Krisen zu wenden. Zusätzlich steht der MST-

Fachberater (ein Mitarbeiter, der wichtige Weiterbildungsmaßnahmen vornimmt und die Qualitätssicherung und -optimierung sicherstellt) während der üblichen Arbeitszeiten für eine Beratung zur Verfügung. Alle anderen Therapeuten des Teams stellen ebenfalls eine Ressource dar. Folglich sollte der MST-Therapeut eine Krisenintervention nie allein zu bewältigen haben. Er hat stets die Möglichkeit, mit mehreren gleichgesinnten Kollegen zusammenzuarbeiten und Unterstützung und Rat zu erhalten.

#### Therapeutische Ebene

Das MST-Team bearbeitet Fragen der Sicherheit mit denselben Arbeitshilfen der MST, mit denen es auch andere therapeutische Aufgaben und Fragestellungen angeht.

#### Systemische Perspektive – Passungsschemata

Sicherheitsrisiken werden aus einer ökologischen und systemischen Sichtweise als Probleme begriffen, die durch die Interaktion unterschiedlicher Faktoren innerhalb eines Systems und zwischen Systemen entstehen. Wurde das betreffende Verhalten bestimmt (z.B. wiederholte tätliche Übergriffe mit einer Waffe), versuchen der Therapeut und sein Team danach, die Ursachen oder die Passung dieses Verhaltens von einer multisystemischen Sichtweise aus zu verstehen (d.h. die Verbindung zu auffälligen Peers, eine zerrüttete Nachbarschaft, die Verbrechen vorlebt und unterstützt, eine dürftige elterliche Aufsicht, Schulverweise, Zugang zu Schusswaffen, Impulsivität). Als Nächstes setzen der Therapeut und die Familie auf Grundlage der wichtigsten Ursachen dieses Verhaltens Interventionen um, die auf diese Risikofaktoren abzielen (z.B. Aufsicht und Kontrolle der Peers und des Zugangs zu Waffen, Erweiterung der prosozialen Aktivitäten, Vorhandensein adäquater Berufschancen).

#### Fachliche Unterstützung

MST-Teamleiter und -Fachberater spielen auch in diesem Zusammenhang – bei den Fragen der Sicherheit – eine Schlüsselrolle. Diese Fachkräfte (1) verfügen über viele zusätzliche Kenntnisse (z.B. zu den Faktoren, die bei der Bewertung des Gewalt Risikos zu erheben sind), sie bieten (2) fachliche

Betreuung und Unterstützung, um sicherzustellen, dass Diagnostik und Intervention gewissenhaft durchgeführt werden (z.B. können sie den Therapeuten bei der Erstellung der Gefahrenbewertung begleiten), und stellen (3) sicher, dass weitere Interventionen vorgenommen werden, wenn das Risiko zu hoch ist (z.B. die stationäre Aufnahme des Jugendlichen).

### Arbeitshilfen zum Thema Sicherheit

In der MST stehen für die Therapeuten verschiedene Arbeitshilfen zum Thema Sicherheit zur Verfügung. Mit der *Safety Checklist* (Henggeler, Schoenwald, Rowland & Cunningham, 2002) kann beispielsweise sichergestellt werden, dass potentiell gefährliche Gegenstände (etwa Messer, Schusswaffen) aus dem Haus entfernt wurden. Ebenso kann mit den Familienmitgliedern ein Krisenplan (*«Safety Plan»*, Swenson et al., 2005) erstellt werden, der Maßnahmen im Fall eines vorhersehbaren Sicherheitsrisikos (wenn z.B. ein gewalttätiger Elternteil seine Beherrschung verliert) bereitstellt.

Das folgende Beispiel einer Krisensituation in der Familie Milijas soll zeigen, wie Sicherheitsprobleme von den MST-Teams erfasst werden und wie sie intervenieren.

#### ■ Fortführung des Fallbeispiels Draško Milijas: Sicherheitsprobleme

Etwa sechs Wochen nach Beginn der Therapie erhielt Christin einen Notruf von Draškos Vater. Sobe-  
eben hatte die Schule Herrn Milijas darüber unterrichtet, dass Draško und zwei seiner Freunde, A.J. und Luis, sich im Büro des Schulleiters wegen eines Zwischenfalls mit einem Messer in der Schule zu verantworten hätten. Als Herr Milijas und Christin die Schule erreichten, wurden sie darüber informiert, dass während einer stichprobenartigen Kontrolle in Luis' Schließfach ein Jagdmesser gefunden wurde. A.J. und Draško wurden auch ins Büro bestellt, da ihre Verbindung zu Luis bekannt war und der Schulberater befürchtete, dass die drei möglicherweise eine Schlägerei mit einer anderen Gruppe Jungen, mit der sie oft in Streit gerieten, geplant hatten. Während Luis mit sofortiger Wirkung für den Rest des Schuljahres von der Schule verwiesen wurde, konnten Christin und Herr Milijas die Schule überzeugen, Draško nicht von

der Schule auszuschließen. Sie führten an, dass das MST-Team einen formellen Krisenplan in Kraft gesetzt habe und proaktiv mit der Schule zusammenarbeiten werde, um weitere Vorfälle zu verhindern. Die Passungsschemata und der Krisenplan, die in diesem Zusammenhang erstellt wurden, werden in den folgenden Abbildungen dargestellt.

#### ■ ■ Passungsschemata zum Thema Sicherheit

Christin reagierte auf Herrn Milijas' Anruf, indem sie sich sofort in die Schule begab und sich mit dem Vater und Draško, dessen Lehrern und dem Beratungslehrer Novak traf. Anschließend erstellte sie Passungsschemata für die beiden Probleme, von denen sie die unmittelbarste Auswirkung auf die Sicherheit annahm. Dies war zum einen der Umstand, dass ein Messer im Schließfach von Luis gefunden wurde, und zum anderen die Beobachtung, dass Draško weiterhin häufig mit zwei Peers, Luis und A.J., in Kontakt stand, die als wichtigste »Antreiber« für sein kriminelles Verhalten identifiziert worden waren. Diese Einschätzung der Situation machte es wahrscheinlich, dass die aktuelle Krise das Resultat verschiedener Faktoren aus den Systemen Schule, Peers, Familie und Individuum und deren Verbindung untereinander war. Damit ergaben sich mehrere Ansatzpunkte für Interventionen.

Bei der Analyse der beiden in der ■ Abb. 2.6 dargestellten Passungsschemata zur Sicherheit mit Erfassung der wichtigen »Antreiber« für die dargestellten Probleme, ergeben sich für Christin und ihr Team die folgenden Aspekte: Auf der Individual-  
ebene wurde Draškos Impulsivität als eine der zentralen Antreiber (in der Abbildung fett gedruckt) in beiden Passungsschemata identifiziert. Es wurde klar, dass Draško sein Rezept für ein Medikament, das er während eines einige Wochen zurückliegenden Termins beim Psychiater erhalten hatte, um die Behandlung seiner Impulsivität und seines ADHS zu unterstützen, noch nicht eingelöst hatte. Auf der Familienebene wurde die unzureichende elterliche Kontrolle von Draškos Kontakten zu auffälligen Jugendlichen im Allgemeinen und zu Luis und A.J. im Besonderen als wichtigster Verursacher der Sicherheitsprobleme eingeschätzt. Als unzureichend wurden aber auch die verschiedenen Systeme bewertet, die Herrn Milijas dabei unterstützen sollten, Draškos Peerkontakte besser zu steuern. So hatte

Familie: D. MilijasTherapeut: C. DahmeDatum: 16. November**Zu Therapiebeginn erstellte Passungsschemata für die zu therapierenden Verhaltensweisen**

■ **Abb. 2.6** Passungsschemata zu den Risikofaktoren

die Schule die Vorbereitungen für Draškos Wechsel in die Berufsausbildung, die ihn von ungeeigneten Peers fernhalten und eine geeignetere Laufbahn ermöglichen sollten, noch nicht umgesetzt. Außerdem waren die Strukturen zur Beaufsichtigung der Schüler an dieser Schule ungenügend. Dies machte es für Draško und seine Freunde leicht, dissoziale Aktivitäten zu planen und auszuführen. Letztlich hatte aber auch das MST-Team Herrn Milijas auf verschiedene Weise im Stich gelassen. Trotz der bekannten starken gegenseitigen Beeinflussung von

Peers hatte das Team es verpasst, die Interventionen auf der Ebene von Schule und Familie mit der erforderlichen Dringlichkeit und Konsistenz zu betreiben, die nötig gewesen wären, um Draško von schlechten Peers fernzuhalten und prosoziale Aktivitäten zu fördern.

Zwischen der Schule, Herrn Milijas und Christin wurde ein Konsens zu den zentralen »Antreibern« für die beiden Sicherheitsrisiken und zum Umgang mit ihnen erarbeitet. Für jeden Teilnehmer und für die beteiligten Systeme – Eltern, Jugendlicher,

Schule, Therapeut – wurden die einzelnen Interventionen im Umgang mit diesen »Antreibern« beschrieben und festgelegt (■ Abb. 2.7). Jeder Teilnehmer unterzeichnete den Plan persönlich und erhielt ein Exemplar. Damit war sichergestellt, dass sich jeder über seine Rolle in diesem Prozess im Klaren war.

#### ■ ■ Der MST-Sicherheitsplan (MST Safety Plan)

Der erste Schritt bei der Erstellung des Sicherheitsplans besteht in der Erfassung aller Aufgaben und Maßnahmen, die für die Wahrung der Sicherheit Draškos notwendig sind. Diese Zusammenstellung erfolgt mit dem Ziel, weiteren Vorfällen in der Schule vorzubeugen. Es geht wieder darum, dass alle Ebenen ihren Part übernehmen und dass das Verantwortungsbewusstsein aller Seiten gefördert wird (Leitsatz 3). Vereinbart wurde, dass Draško mit der Einnahme des verschriebenen Medikaments begann, von dissozialen Peers und Drogen Abstand nahm und die in dem Plan genannten prosozialen Aktivitäten aufnahm. Von Herrn Milijas wurde erwartet, dass er weiterhin an einer besseren Beaufsichtigung und Kontrolle Draškos arbeitete, die Therapeutin darin unterstützte, Draško von dissozialen Peers und Aktivitäten fernzuhalten, und die Verbindung zu sozialeren Freunden und Aufgaben zu stärken. Herr Milijas war damit einverstanden, noch mehr auf die Unterstützung seiner Familie und der Nachbarschaft zurückzugreifen. Die Schule sagte zu, Draško besser zu beaufsichtigen und seinen Wechsel in eine geeignetere Schulform zu beschleunigen. Christin war damit einverstanden, die Voraussetzungen für die vereinbarten Interventionen zu schaffen, ihre Durchführung auf allen Ebenen zu unterstützen und den gesamten Prozess für alle Beteiligten zu koordinieren.

In Übereinstimmung mit den MST-Prinzipien wurden die Einzelheiten für das Erreichen der übergeordneten Ziele im Sicherheitsplan genau festgelegt. Die Schritte waren anschaulich, handlungsorientiert und hinsichtlich ihrer Ergebnisse überprüfbar (Leitsatz 4). So willigte beispielsweise die Schule ein, (1) weiterhin den täglichen Berichtsbogen der Schule (»Daily School Report Form«) für Herrn Milijas zu erstellen, (2) im Falle des Auftretens von Problemen umgehend die

Therapeutin und den Vater zu benachrichtigen, (3) sobald wie möglich eine adäquatere Beschulung zu finden, (4) stichprobenartig den Spind von Draško auf Waffen zu durchsuchen und (5) Draško zweimal pro Woche ehrenamtliche Tätigkeiten mit dem Beratungslehrer Novak zu ermöglichen. Diese Verhaltensmaßnahmen zum Erreichen der Sicherheit konnten leicht überprüft und – wenn nötig – abgeändert werden. Um den Kommunikationsprozess zu vervollständigen, übersandte Christin die Passungsschemata zum Thema Sicherheit und den MST-Sicherheitsplan als Teil der Dokumentation der MST an ihren Teamleiter und ihren Fachberater. Zudem überführte sie die einzelnen Handlungsschritte des Plans in Zwischenziele der wöchentlichen Fallübersicht der Familie für die Supervision.

#### ■ ■ Die Lösung der Sicherheitsfragen

Der für die Familie Milijas entwickelte MST-Sicherheitsplan erfüllte zwei wichtige Funktionen. Zum einen diente er als offizieller schriftlicher Nachweis um die verwaltungstechnischen Vorgaben der Schule zu erfüllen. Zum anderen wurde auf diese Weise die Mitwirkung aller Partner an der geplanten systemischen Herangehensweise an die Probleme sichergestellt. Der Vorfall in der Schule führte Herrn Milijas und Christin die Dringlichkeit der Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen vor Augen. Herr Milijas wurde dadurch dazu angehalten, die Interventionen konsequenter umzusetzen und Christin wurde dazu angeregt, in diesem wie in weiteren Fällen den Risiken durch Peers mehr therapeutische Aufmerksamkeit zu widmen. Wie bereits erwähnt, nahm dieser Fall ein gutes Ende. Draško wurde in ein berufsvorbereitendes Programm an der Schule aufgenommen und nahm mehr prosoziale Aktivitäten auf (z.B. begann er eine ehrenamtliche Tätigkeit beim Beratungslehrer Novak und arbeitete bei seinem Cousin in einer Werkstatt vor Ort) und hatte viel seltener Kontakt zu auffälligen Peers. Herr Milijas spielte in diesem Prozess eine wichtige Rolle, da er entscheidende Fortschritte bei der Beaufsichtigung seines Sohnes zu Hause, in der Schule und in der Nachbarschaft erzielte sowie häufiger Hilfe aus dem Familienkreis für diese Maßnahmen einfordern konnte.

Familie: D. Milijas

In Kraft getreten am: 18.11

Beendet am: \_\_\_\_\_

**Um die Sicherheit zu wahren:**

Draško hat sich von solchen Freunden fernzuhalten, die in Schwierigkeiten geraten (Luis, A.J. und alle anderen Freunde, die von der Therapeutin, dem Vater oder Lehrern genannt werden), und Abstand von Drogen und Waffen zu nehmen. Draško hat ebenso die von seinem Arzt verschriebenen Medikamente einzunehmen. Der Vater wird Draško helfen, indem er den Kontrollplan einhält und mit Draško zusammen an der Aufnahme neuer Freundschaften und der Beschäftigung mit sinnvollen Dingen arbeitet. Die Mitarbeiter der Schule werden Draško helfen, seine Sicherheit zu wahren, indem sie den täglichen Berichtbogen der Schule ausfüllen, Draško ermutigen, seine prosozialen Aktivitäten auszubauen und im Fall auftretender Schwierigkeiten Herrn N. oder die Therapeutin umgehend informieren.

**Was ich tun werde:****Eltern**

**Ich werde meinem Kind helfen, seine Sicherheit zu wahren, indem ich**

- (1) den Verhaltens- und Kontrollplan für die Schule und zu Hause jeden Tag einhalte,
- (2) heute und wann immer es angezeigt erscheint, mit der Therapeutin eine Zimmerkontrolle durchführen werde, um sicherzustellen, dass mein Sohn keine Messer oder andere Waffen versteckt,
- (3) mit meinem Bruder und meiner Schwägerin spreche, um ihre Unterstützung bei der Beaufsichtigung Draškos an den Nachmittagen nach der Schule zu bekommen, an denen ich noch arbeiten muss,
- (4) mit meiner Nachbarin spreche, um sie um Unterstützung bei der Beaufsichtigung Draškos für die Zeiten zu bitten, bei denen mein Bruder dies nicht leisten kann,
- (5) sicherstelle, dass Draško jeden Tag seine Medikamente einnimmt,
- (6) mit der Therapeutin weiter an Maßnahmen für die Schule arbeite,
- (7) mit der Therapeutin weiter an Maßnahmen für gelingende Peerkontakte arbeite,
- (8) die Therapeutin anrufe, wenn ich Hilfe bei der Umsetzung der genannten Punkte benötige.

**Jugendlicher**

**Um meine Sicherheit zu wahren, werde ich**

- (1) den Verhaltens- und Kontrollplan für die Schule und zu Hause jeden Tag einhalten,
- (2) mich von Luis, A.J. und jedem anderen, der in der Schule oder in der Nachbarschaft in Schwierigkeiten gerät, fernhalten, indem ich dem Plan folge, den ich zusammen mit meinem Vater und der Therapeutin erstellt habe,
- (3) keine Drogen konsumieren und meinem Vater jede Woche einen Drogentest abliefern, um zu belegen, dass ich clean bin,
- (4) mich mit meinem Vater, der Therapeutin, meinem Onkel und meinem Cousin zusammensetzen, um für mich sinnvolle Beschäftigungen für die Zeit nach Schulschluss zu finden, die mich von Schwierigkeiten fernhalten,
- (5) die Medikamente wie verschrieben einnehmen,
- (6) den Beratungslehrer ansprechen, wenn ich Hilfe in der Schule benötige.

**Schule**

**Wir werden Draško helfen, seine Sicherheit zu wahren, indem**

- (1) wir den täglichen Berichtbogen der Schule für Herrn N. ausfüllen,
- (2) wir Herrn N. oder die Therapeutin sofort anrufen, wenn Draško in der Schule in Schwierigkeiten gerät,
- (3) wir umgehend eine geeignetere schulische Ausbildung für Draško finden (berufsvorbereitende Klasse),
- (4) wir stichprobenartig Draškos Spind kontrollieren, um sicherzustellen, dass er keine Waffen besitzt,
- (5) der Beratungslehrer Draško montags und mittwochs nach der Schule ehrenamtliche Tätigkeiten für die Sportabteilung ermöglicht,
- (6) der Beratungslehrer Draško zur Verfügung steht, wenn dieser Hilfe bei der Lösung von Problemen benötigt.

**Therapeutin**

**Ich werde Draško helfen, seine Sicherheit zu wahren, indem ich**

- (1) einmal pro Woche unangekündigt zur Schule komme, um nach Draško zu sehen und sicherzustellen, dass er seine Kurse besucht und sich nicht mit Freunden abgibt, die in Schwierigkeiten geraten,
- (2) Draško bei der Arbeitssuche unterstütze,
- (3) 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche erreichbar bin, wenn Draško und sein Vater in Streit geraten oder Hilfe benötigen (bzw. es wird ein mich vertretender Therapeut aus dem Team erreichbar sein, der den Plan kennt),
- (4) jeder der hier aufgeführten Parteien helfe, die genannten Maßnahmen umzusetzen.

Familie: <u>D. Milijas</u>		In Kraft getreten am: <u>18.11</u>		Beendet am: _____	
<p><b>Wen ich benachrichtigen werde:</b></p> <p><b>Vater</b>          Ich werde Christin unter der Nummer 123-4567 anrufen, wenn ich mit Draško in eine Auseinandersetzung gerate, wenn ich Draško nicht auffinden kann oder ewnn er die Regeln nicht einhält und ich nicht weiß, was ich tun soll.</p> <p><b>Jugendlicher</b>          Ich werde Christin unter der Nummer 123-4567 anrufen, wenn ich mit meinem Vater in eine Auseinandersetzung gerate oder ich irgendeine andere Hilfe benötige.</p> <p><b>Lehrer</b>          Ich werde den Beratungslehrer unter der Nummer 876-5432 oder die Therapeutin unter der Nummer 123-4567 anrufen, wenn in der Schule etwas vorfällt, wovon sie meiner Meinung nach Kenntnis haben sollten – etwa problematisches Verhalten oder Fernbleiben von der Schule.</p> <p><b>Kontaktdaten des Therapeuten</b>          Draškos Therapeutin ist Christin Dahme. Ihre Telefonnummer lautet 123-4567.</p> <p><b>Hiermit willige ich ein, die Bestimmungen der Sicherheitsvereinbarung einzuhalten.</b></p>					
Eltern/Sorgeberechtigte _____	Datum _____	Lehrer _____	Datum _____		
Jugendlicher _____	Datum _____	Therapeutin _____	Datum _____		

■ Abb. 2.7 Fortsetzung

## 2.4 Unterstützung für den therapeutischen Prozess der MST: Die Rollen des MST-Teamleiters und des MST-Fachberaters

Der MST-Teamleiter (»Supervisor«) und der MST-Fachberater (»Expert Consultant«) sind dafür zuständig, die therapeutischen Kompetenzen des Teams zu fördern und auf dem Weg zum therapeutischen Erfolg der MST Hindernisse auf der praktischen, organisatorischen und systemischen Ebene zu erkennen und auszuräumen. Dieser Abschnitt widmet sich den besonderen Merkmalen dieser Fachkräfte und ihrer Rolle im therapeutischen Prozess. In ► Kap. 10 wird beschrieben, wie sie ausgebildet, unterstützt und ihre Arbeit evaluiert wird.

### 2.4.1 Der Teamleiter

Die MST-Therapeuten sind dafür verantwortlich, dass die Therapieziele erreicht werden, und

unternehmen »alles Erdenkliche«, um die Familien dabei zu unterstützen. Um dieser Verantwortung gerecht werden zu können, benötigen die Therapeuten Unterstützung von qualifizierten therapeutischen Fachkräften mit einer umfangreichen Erfahrung in der MST. Dies bedeutet, dass die Rolle des Teamleiters vor Ort entscheidend für die Funktionsfähigkeit des Teams und für die Entwicklung jedes einzelnen Therapeuten ist.

Da schon die Betreuung von zwei Teams eine Vollzeitaufgabe ist, wird von den MST-Teamleitern erwartet, dass sie eine volle Stelle bei dem Träger bekleiden, der die MST anbietet. Aufgrund des Umfangs sowohl der Maßnahmen zur Sicherstellung der vorgabengetreuen Umsetzung der MST als auch der Erfordernisse der aufsuchenden Therapie ist es den Teamleitern nicht erlaubt, Nebentätigkeiten nachzugehen, die sie in ihrer Verfügbarkeit für das MST-Team einschränken könnten. Der Großteil der MST-Teamleiter verfügt über einen Diplom- bzw. Masterabschluss oder einen Doktorgrad. Die Ausbildung der Teamleiter erfolgt – wie auch bei den MST-Therapeuten – in den Bereichen

Sozialarbeit, Psychologie, Beratung oder Familien- und Paarberatung (Schoenwald, Letourneau & Halliday-Boykins, 2005; Sheidow, Schoenwald, Wagner, Allred & Burns, 2006). Viele MST-Teamleiter sind ehemalige MST-Therapeuten mit umfangreicher Erfahrung auf diesem Gebiet.

Die Aufgaben der MST-Teamleiter lassen sich fünf Verantwortungsbereichen zuordnen:

**1. Teamleiter halten ihr Wissen auf dem Laufenden und entwickeln ihre Kompetenzen** Von den MST-Teamleitern wird erwartet, dass sie die für die MST relevanten Wissensgrundlagen (z.B. Forschungsergebnisse über die Ursachen und Symptome von Delinquenz, Abhandlungen über evidenzbasierte Therapien) verstehen und in diesen Gebieten auf dem Laufenden bleiben, dass sie ihre großen therapeutischen Fertigkeiten in den evidenzbasierten Maßnahmen der MST unter Beweis stellen und dass sie mit dem MST-Fachberater aktiv zusammenarbeiten, um ihre eigenen Kenntnisse in Therapie und Supervision auszubauen.

**2. Teamleiter unterstützen die Therapeuten bei der Umsetzung der MST** Die MST-Teamleiter sind für die genaue Umsetzung der Vorgaben der MST in jedem einzelnen Fall verantwortlich. Dies betrifft die multisystemische Vorgehensweise im diagnostischen Prozess bei der Entwicklung geeigneter Zwischenziele und übergeordneter Ziele, die Einhaltung der neun therapeutischen Leitsätze und die Überwachung des diagnostischen Vorgehens – alle Prinzipien haben das gemeinsame Ziel, das bestmögliche Ergebnis für den Jugendlichen zu erreichen.

**3. Teamleiter achten auf eine fachgerechte Durchführung der wöchentlichen Supervisionen und Beratungen** Die Teamleiter sind dafür verantwortlich, dass alle organisatorischen und therapeutischen Aspekte der Supervision, Fachberatung und Dokumentation einer MST den Abläufen entsprechen, die erwiesenermaßen die Einhaltung der Vorgaben erleichtern und zu einer Verbesserung der Resultate führen.

**4. Teamleiter fördern die fachliche Entwicklung und das Wachstum jedes einzelnen MST-Therapeuten** Die MST-Teamleiter arbeiten zusammen mit den MST-Fachberatern daran, die Kompetenzen

der Therapeuten auszubauen. Dies umfasst die fortlaufende Erhebung der Fertigkeiten und Schwächen eines Therapeuten ebenso wie die Erstellung, Umsetzung und Anpassung der Entwicklungspläne für den einzelnen Therapeuten.

**5. Vertretung der MST gegenüber den am Prozess beteiligten Kooperationspartnern** Der Teamleiter vermittelt zwischen den Bedürfnissen des Teams und den Anforderungen des Trägers. Vielfach ist er der Repräsentant von MST gegenüber den in den Prozess eingebundenen Kooperationspartnern (z.B. Mitarbeiter der Schule, Bewährungshilfe, Richtern).

## 2.4.2 Der Fachberater

Die zentrale Aufgabe des MST-Fachberaters besteht darin, »alles Erdenkliche« zu unternehmen, um die MST-Teamleiter bei der Ausführung ihrer Aufgaben zu unterstützen und den Therapeuten die Unterstützung anzubieten, die sie benötigen, um die Therapieziele für die von ihnen betreuten Familien zu erreichen. Daraus folgt, dass die MST-Fachberater über Expertenwissen auf dem Gebiet der MST und große eigene Erfahrung mit den evidenzbasierten Maßnahmen, die sich während des MST-Programmes bei Jugendlichen und ihren Familien ergeben, verfügen müssen. Sie sollten ihre Fähigkeit unter Beweis gestellt haben, ihr Fachwissen an andere weitergeben zu können. In Übereinstimmung mit diesem Anforderungsprofil waren die Fachberater in der Anfangszeit der MST meist promovierte Therapeuten, zumeist mit einer Ausbildung in Klinischer Psychologie oder psychologischer Beratung. Im Zusammenhang mit der größeren Verbreitung von MST wurden – auf Grundlage der spezifischen Leistungskriterien der MST – für diese Position auch gut ausgebildete Fachkräfte mit Diplom- bzw. Masterabschluss und einer umfangreichen Erfahrung als MST-Therapeut und -Teamleiter für diese Rolle ausgewählt. Die Anforderungen an die MST-Fachberater können in drei Verantwortungsbereiche unterteilt werden:

**1. Der Fachberater unterstützt die Umsetzung der MST durch die Therapeuten** Der Fachberater leitet die therapeutisch arbeitenden Fachkräfte an,



die MST entsprechend der Vorgaben umzusetzen, und unterstützt sie bei der Beseitigung interner und systemischer Hindernisse bei der Ausführung. Der therapeutische Fortschritt jedes einzelnen Falls wird wöchentlich eingeschätzt. Der Fachberater berät das Team bei der Überwindung der Hindernisse und zu allen anderen Aspekten des Therapieplans und seiner Umsetzung.

**2. Förderung der fachlichen Kompetenzen von Therapeuten und Teamleitern** Der Fachberater schätzt die Entwicklung der Kompetenzen der Therapeuten und Teamleiter ein. Er unterstützt den Teamleiter bei der Ausarbeitung von Plänen für die Entwicklung der therapeutischen Kompetenzen und arbeitet mit dem Teamleiter an der Verbesserung seiner Fertigkeiten für die Supervision.

**3. Ausräumung der organisatorischen oder systemischen Beeinträchtigungen der vorgebengegetreuen Umsetzung der Therapie** Der Fachberater unterstützt das Team bei der Identifikation jener organisatorischen Faktoren innerhalb der Einrichtung und zwischen den beteiligten Akteuren, die die Implementierung von MST beeinträchtigen könnten, und berät das Team und die Administration bezüglich möglicher Strategien zum Abbau dieser Hindernisse.

## 2.5 Das System zur Qualitätssicherung und Qualitätsoptimierung der MST: Wo alles zusammenkommt

Das System zur Qualitätssicherung und Qualitätsoptimierung (QS/QO) wurde entwickelt, um sicherzustellen, dass bei der Verbreitung der MST die Hauptvorgaben des Modells eingehalten werden, die unabdingbar für die Ziele des Jugendlichen und der Familie sind. Der Ablauf, der diesem System zugrunde liegt, wurde ausgehend von der über 15-jährigen Erfahrung in der Unterstützung lokaler Einrichtungen bei der Entwicklung und Pflege zuverlässiger MST-Teams ausgearbeitet. Eine ausführliche Beschreibung des QS/QO-Systems der MST befindet sich in ► Kap. 10. Dabei wird die Komplexität des Systems bildhaft in ► Abb. 10.1 im

gleichen Kapitel dargestellt. Wie in jenem Kapitel ferner dargestellt wird, wurden viele Aspekte dieses Systems fortlaufend in wissenschaftlichen Untersuchungen evaluiert. Die wichtigsten in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die nachgewiesene Verbindung zwischen verschiedenen Aspekten des QS/QO-Systems und einem besseren Outcome bei den Jugendlichen. Diese Verbindung zwischen einer strikten Einhaltung der Programmvorgaben (durch Therapeuten, Teamleiter und Fachberater) und den erwünschten Fortschritten beim Jugendlichen unterstreichen den Wert des QS/QO-Systems der MST.

Die im ► Kap. 10 ausführlicher beschriebene breite Palette von Komponenten beinhaltet:

### Komponenten der Qualitätssicherung und -optimierung

#### Schulungsmaßnahmen

- ─ Eine fünftägige orientierende Erstausbildung
- ─ Vierteljährliche Weiterbildungen
- ─ Wöchentliche Supervision vor Ort
- ─ Wöchentliche Fachberatung

#### Organisatorische Unterstützung

- ─ Programmentwicklung – umfassende Begleitung kommunaler Träger beim Aufbau von MST-Programmen
- ─ Fortlaufende organisatorische Unterstützung – halbjährliche Auswertungen des Programms, Hilfe bei der Überwindung von Hindernissen der beteiligten Einrichtungen und Parteien bei der Implementierung, Unterstützung für Programmleiter

#### Auswertung der Implementierung und Berichterstattung

- ─ Erfassung der Einhaltung der neun MST-Leitsätze durch die Therapeuten
- ─ Erfassung der Einhaltung des MST-Supervisionsprotokolls durch die Teamleiter
- ─ Erfassung der Einhaltung des Protokolls für MST-Fachberatungen durch die Fachberater
- ─ Erfassung der Ergebnisse des MST-Prozesses beim Jugendlichen

Indem es dem diagnostischen Prozess bzw. der Handlungsschleife (■ Abb. 2.1) folgt, spiegelt das QS/QO-System der MST die therapeutische Vorgehensweise der MST auf vielfältige Weise wider. Dies beinhaltet, dass der MST-Fachberater, die durchführende Einrichtung und der Teamleiter bei der Aufstellung übergeordneter Zielsetzungen für das Team zusammenarbeiten und sich abstimmen. Diese Ziele lassen sich gewöhnlich in organisatorische (z.B. die Zahl der pro Jahr zu betreuenden Familien, die Häufigkeit erneuter Inhaftierungen, die mittlere Therapiedauer), therapeutische (z.B. Bedarf an Weiterbildungen) und qualitätssichernde bzw. -optimierende (Skalen zur Einhaltung der Therapievorgaben, Erfassung der Ergebnisdaten) Ziele unterteilen. Der Teamleiter und der Fachberater entwickeln anschließend Ideen, wie diese Ziele am besten zu erreichen sind, und setzen Maßnahmen um, die sich am Vorgehen der QS/QO der MST orientieren. In allen diesen Bereichen (z.B. durchschnittliche Fallzahl und Länge der Therapien, erneute Festnahmen, Fremdunterbringung und Werte zur Einhaltung der Therapievorgaben durch Therapeuten und Teamleiter) werden die Daten fortlaufend erfasst und regelmäßig an die Therapeuten, die Teamleiter und die Leiter der Einrichtung zurückgemeldet. Diese Informationen dienen dazu, mehr Klarheit sowohl über die Stärken des Programms der MST als auch über die Hindernisse für eine effektivere Umsetzung zu schaffen. Auf dieser Grundlage werden Maßnahmen entwickelt, die die Stärken der Einrichtung, des Teamleiters und des Therapeuten als Triebfedern nutzen, um noch bessere und nachhaltigere Veränderungen beim Jugendlichen und in den Familien in der MST zu erzielen.

### 2.5.1 Zusammenfassung

Die MST ist eine empirisch fundierte aufsuchende Therapieform mit einem umfassenden System zur Sicherung und Optimierung der Qualität. Von den Therapeuten wird erwartet, dass sie »alles Erdenkliche« unternehmen, um die Familien bei der Umsetzung der therapeutischen Ziele zu unterstützen. Ein vielschichtiges System der QS/QO unterstützt dabei die Therapeuten, indem es (1) ihnen

umfangreiche Arbeitshilfen und -materialien, (2) Fortbildungen in evidenzbasierten Methoden, (3) fortlaufende Unterstützung und Anleitung durch einen Teamleiter vor Ort und einen überregional tätigen Fachberater zur Sicherstellung der bestmöglichen Einhaltung der Vorgaben der MST bei der Umsetzung und (4) Unterstützung bei der getreuen Umsetzung durch die Einrichtung zur Verfügung stellt. Folglich ist die MST bestrebt, die Stärken der Therapeuten, der Teamleiter, der Einrichtungen und der Systeme zu fördern, um damit den Familien von Jugendlichen mit schwerwiegenden emotionalen und Verhaltensproblemen zu helfen, für sich und ihre Kinder nachhaltige Veränderungen herbeizuführen. Da die Mitwirkung und der Verbleib der Familienmitglieder im therapeutischen Prozess von zentraler Bedeutung ist, beschäftigt sich der letzte Abschnitt dieses Kapitels mit einigen Herangehensweisen, die von den MST-Therapeuten umgesetzt werden können, um die Mitwirkungsbereitschaft der Familie herzustellen und aufrechtzuerhalten.

## 2.6 Mitwirkungsbereitschaft der Familien in der Therapie

Dieser Abschnitt beschreibt einige gebräuchliche Strategien der MST-Therapeuten, um die Mitwirkung vor allem solcher Familien in der Therapie zu fördern, die sich möglicherweise durch Autoritäten (z.B. Jugendgerichte) gezwungen sehen, eine solche Therapie aufzunehmen. Solange die Mitwirkung wichtiger Schlüsselfiguren der Familie (also der Eltern des Jugendlichen oder derjenigen Erwachsenen, die die Mittel der Familie verwalten oder die Befugnis haben, Entscheidungen zu treffen) bei der Festlegung von Problemen, der Zielsetzung und Umsetzung von Maßnahmen zum Erreichen dieser Ziele nicht gesichert ist, können in der Therapie keine Fortschritte erzielt werden. Aus der Perspektive der MST sind Eltern und andere Familienmitglieder unabdingbar, um Fortschritte in der Therapie zu erzielen. Diese Fortschritte werden fast immer nur durch einen großen Einsatz dieser Familienmitglieder erreicht.

Wie in der Handlungsschleife (■ Abb. 2.1) beschrieben wird, ist die Förderung und Aufrecht-

erhaltung der Mitwirkung während des gesamten Therapieverlaufs grundlegend für die MST. Das bedeutet, dass die Therapeuten ausgesprochen viel Kraft darauf verwenden, um die Mitwirkung der Familie bei der Therapie aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Dabei zählt sich das ununterbrochene Bemühen um Mitwirkung aus, wie die außerordentlich hohe Rate an abgeschlossenen Behandlungen sowohl in MST-Studien (über 90 Prozent; ► Kap. 9) als auch in gemeindenahen Settings (im Durchschnitt 85 Prozent) beweist. Solch ein Erfolg bei der Förderung und Aufrechterhaltung der Mitwirkung der Familien in der Therapie wurde durch viele in diesem Kapitel beschriebenen Vorgaben und Arbeitshilfen zur Umsetzung begünstigt.

#### Beispiele für Vorgaben und Arbeitshilfen zur Umsetzung der MST

- Die Form der aufsuchenden Therapie überwindet Hindernisse beim Zugang zur Therapie.
- Eine geringe Falllast gibt den Therapeuten die Zeit, auch die Mitwirkung herausfordernder Familien zu fördern.
- Die Leitsätze der Therapie betonen die Stärken der Familie und die Bedeutung ihres kulturellen Umfeldes.
- Die Mitwirkung der Familie bei der Erstellung der Therapieziele und der Art der therapeutischen Maßnahmen ist besonders wichtig.
- Fachliche Unterstützung (z.B. Teamleiter und Fachberater) und Arbeitshilfen (z.B. Passungsschemata, Handlungsschleife) bieten Mittel, mit denen Hindernisse für die Mitwirkung erkannt und Interventionen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten geplant werden können.

Obwohl sich diese Arbeitshilfen und Vorgehensweisen für die Förderung der Mitwirkung als nützlich erweisen, sind sie für sich allein genommen nicht ausreichend. Als effektiv erweisen sie sich nur dann, wenn sie von Therapeuten angewendet werden, die bestimmte grundlegende therapeutische Kompetenzen besitzen.

### 2.6.1 Grundlegende therapeutische/fachliche Kompetenzen zur Förderung der Mitwirkung

Die meisten Programme der Therapie- oder Beratungsausbildung heben bestimmte grundlegende therapeutische Fähigkeiten und Verhaltensweisen als entscheidend für den Aufbau des therapeutischen Bündnisses und den Erhalt der Mitwirkung hervor. Diese Fertigkeiten und Verhaltensweisen sind für die Förderung und den Erhalt der Mitwirkung in der gesamten MST von zentraler Bedeutung.

#### Empathie

Von den Klienten wird Empathie oft als einer der hilfreichsten Faktoren in einer Therapie beschrieben. Angesichts dieser Bedeutung sind die MST-Therapeuten darum bemüht, während der gesamten Therapie eine empathische Haltung einzunehmen. Im Gegensatz zu Sympathie, bei der ein Mensch auf das Erleben eines anderen reagiert und Mitgefühl zeigt, dabei aber seinen eigenen Bezugsrahmen nicht verliert (z.B. »Ich bedauere sehr, dass sein Auto gepfändet wurde. Das muss ein harter Schlag für die Familie sein«), erfordert Empathie das stellvertretende Erleben der inneren Welt des anderen (z.B. »Mir ist, als wäre mein eigener Wagen gepfändet wurden. Es fühlt sich schrecklich an«). Eine empathische Einstellung hilft dem Therapeuten dabei, Interventionen zu entwickeln, die auf das gegenwärtige Befinden der Familie abgestimmt sind. Dies ist eine Erfahrung, die einige Therapeuten als »Die Familie dort abholen, wo sie gerade steht« beschreiben.

Erscheint es der Person oder der Situation gegenüber angebracht, ist es recht einfach, stets sein wahres Mitgefühl zu zeigen (z.B. ein Jugendlicher in der Opferrolle, ein behinderter Elternteil). Es kann für Therapeuten aber auch einfach frustrierend sein, mit Menschen zusammenzuarbeiten, die sich nicht genügend anzustrengen scheinen oder ihre eigenen Wünsche vor die Bedürfnisse ihrer Kinder stellen. Die Enttäuschung des Therapeuten könnte dabei als Wertung ausgelegt werden. Dabei arbeitet kein Klient gerne mit jemandem zusammen, der ihn nicht mag oder der ihn wegen seiner Entscheidungen scharf verurteilt. Die MST-Therapeuten sind

2 daher dazu angehalten, ihre empathische Haltung für die Mitglieder der Familie während der gesamten Therapiedauer stets im Auge zu behalten und zu erneuern. In dieser Hinsicht sind die Supervision oder Ad-hoc-Besprechungen mit anderen Mitgliedern des Teams oftmals sehr hilfreich. Die nachfolgenden Strategien könnten bei der Vermeidung von Frustrationen und für eine Belebung der eigenen empathischen Gefühle ebenfalls nützlich sein.

### Therapiefreie Zeit

So wie sich die Perspektivübernahme für sich streitende Familienmitglieder als schwierig erweisen kann, so kann es auch den Therapeuten schwerfallen, ein Mitglied der Familie zu schätzen, wenn durch sein Verhalten die Mitwirkung der Familie oder der therapeutische Fortschritt behindert werden. Solche Situationen könnten nach einer Intervention verlangen, die gemeinhin als die »Eine-Tasse-Kaffee«-Intervention beschrieben wird. Dabei werden Diagnostik und Intervention zurückgestellt, um eine zwanglose Situation mit dem Familienmitglied zu schaffen, in das man sich nur schwer einfühlen kann (z.B. jemand, der häusliche Gewalt ausübt). Das Ziel des Therapeuten ist es, in dieser Zeit die Welt mit den Augen dieses Menschen zu sehen und dabei die Passung des für den Therapeuten abstoßenden Verhaltens zu finden. Sobald der Therapeut Einsicht in das soziale Umfeld des Elternteils gewinnt, verschwinden die negativen Gefühle normalerweise und das therapeutische Bündnis kann aufgebaut werden.

### Kognitive Übungen

Therapeuten können auch folgende kognitive Übung durchführen, bei der sie sich ein Familienmitglied als Kind/in jüngeren Jahren oder während einer Situation vorstellen, für die der Therapeut Mitgefühl zeigen kann. Zum Beispiel könnte sich der Therapeut vorstellen, wie der Vater als 10-jähriger Junge ausgesehen haben mag, als es für andere noch leichter war, Mitgefühl für seine Erfahrungen zu zeigen. Weiter könnte der Therapeut sich vorstellen, wie er in diesem jungen Alter zur Schule geht, draußen spielt und Bestätigung bei Erwachsenen sucht. Was hätte sich der Therapeut für diesen Menschen in diesem Alter gewünscht? Wie hätte sich der Vater entwickelt, wenn er eine andere Er-

ziehung oder eine andere schulische Umgebung gehabt hätte? Wie würde das Leben des oder der Jugendlichen dieser Familie aussehen, wenn er/sie so alt ist wie der Vater und sich die Dinge nicht ändern? Was könnte durch das Mitgefühl anderer zum aktuellen Zeitpunkt im Leben des Vaters verbessert werden?

### Akzeptanz

Die meisten Therapeuten haben eine therapeutische Laufbahn eingeschlagen, weil sie anderen helfen möchten. Dabei besitzen sie oft Persönlichkeitseigenschaften, die bei allen sozialen Dienstleistungen hilfreich sind. Eine dieser Eigenschaften ist zwischenmenschliche Akzeptanz; sie ist entscheidend für den Aufbau einer hilfreichen therapeutischen Beziehung. In Abhängigkeit von der Familie und den Umständen kann zwischenmenschliche Akzeptanz auf verschiedene Art kommuniziert werden. So zeigen Therapeuten, die sich aufrichtig freuen, ihre Klienten zu sehen, dies auf ihre Art. Genauso kann dem Therapeuten die Beobachtung der Interaktionsmuster der Klienten dabei helfen, seine Zuneigung und seinen Respekt auf angebrachte Weise auszudrücken (z.B. kann er die Vorliebe eines Elternteils übernehmen, sich mit einem Kuss auf die Wange zu begrüßen, wenn es für ihn annehmbar ist). Darüber hinaus können das Auftreten des Therapeuten, seine Körperhaltung und sein Gesichtsausdruck die Beziehung zwischen Therapeut und Klient festigen oder mehr Distanz schaffen. Sitzt der Therapeut beispielsweise weit weg vom Klienten oder hat eine abwehrende Haltung (z.B. wenn der Therapeut mit fest über der Brust verschränkten Armen auf der Stuhlkante sitzt), drückt dies Unbehagen aus. Eine entspannte und interessierte Haltung (z.B. sitzt der Therapeut vorgelehnt in 1–1,5 Meter Entfernung mit locker zusammengelegten Händen) deutet hingegen darauf hin, dass der Therapeut sich in der Familie wohlfühlt.

### Verstehendes Zuhören

Das Verstehende Zuhören gehört zu den grundlegenden therapeutischen Fertigkeiten und zeugt vom Verständnis für die Erfahrungen des Gegenübers. Die kompetente Anwendung des Verstehens des Zuhörens verlangt vom Therapeuten eine sorg-

fältige Zusammenfassung sowohl des Inhalts als auch der Bedeutung des Gesagten auf eine Weise, die Akzeptanz und Respekt, aber nicht unbedingt Übereinstimmung mit den derzeitigen Ansichten des Klienten ausdrückt. In einer einfachen Zusammenfassung (1) wiederholt der Therapeut entscheidende Worte oder Formulierungen, um den Klienten zu weiteren Ausführungen zu ermutigen (»Erzählen Sie mir mehr über dieses Gefühl der ‚Hoffnungslosigkeit‘«) und kann (2) die zentralen Aussagen der Unterhaltung in seinen eigenen Worten wiedergeben und damit zeigen, dass er die zugrunde liegende Mitteilung verstanden hat (»Sie fühlen sich gerade richtig enttäuscht und wissen nicht, was Sie noch versuchen könnten«).

Durchdachtere Zusammenfassungen, die einzelne Aussagen oder Themen herausgreifen, um der Unterhaltung eine bestimmte Richtung zu geben, steigern den Nutzen des Verstehenden Zuhörens zusätzlich (Miller & Rollnick, 2002). Ein Therapeut, der wiedergibt, dass »Sie eine richtige Abscheu gegenüber jedem an der Schule haben«, wird wahrscheinlich noch weitere negative Erfahrungen der Mutter, die sie mit ihrem Kind in den verschiedenen schulischen Bereichen gemacht hat, zu hören bekommen. Versucht der Therapeut hingegen, die Zusammenarbeit zwischen Familie und Schule zu verbessern, könnte er Folgendes wiedergeben: »Die Schule war bisher ein richtiges Problem. Ich frage mich, ob es etwas gibt, das die Schule besser machen könnte, um uns zu helfen.«

## Reframing

Die Schwierigkeiten des Jugendlichen werden häufig, wenigstens partiell, durch die gegenseitigen negativen Zuschreibungen der Familienmitglieder über ihr Verhalten aufrechterhalten. Beispielsweise könnte eine Mutter das straffällige Verhalten ihres Sohnes als Versuch werten, sich für ihre Strenge zu rächen. Der Sohn könnte die Erziehungsmaßnahmen der Mutter wiederum als ein Zeichen von Feindseligkeit und Abweisung interpretieren. Wie in den klassischen Abfassungen zur strukturellen und strategischen Familientherapie (► Kap. 3) beschrieben wird, bietet das Reframing eine alternative (und nicht so negative) Erklärung für eine Situation. Reframing wird dazu verwendet, negative Sichtweisen abzuschwächen und den Blick der

Familie auf eine gemeinsame Problemlösung zu lenken.

Reframing wurde als dreistufiger Prozess beschrieben (Alexander & Parsons, 1982), bei dem der Therapeut

1. die einzelnen Sichtweisen der Familienmitglieder spiegelt (z.B. »Ich kann verstehen, warum Sie denken, er/sie tut das, um Sie zu verletzen«),
2. eine alternative Sichtweise anbietet, die das Verhalten in ein besseres oder sogar positives Licht rückt (z.B. »Ich frage mich, ob dieses Verhalten sein Weg ist, um unabhängiger zu werden«; »Vielleicht ist deine Mutter deshalb so streng, weil sie Dich lieb hat und versucht, Dich zu beschützen«),
3. mit den Familienmitgliedern alternative Sichtweisen auf ihre Passung hin überprüft und sie entsprechend umformuliert.

Das Reframing erfordert mitunter eine beachtliche Veränderung der Denkweise. Dies ist besonders dann der Fall, wenn Überzeugungen schon lange bestehen oder tief verankert sind (z.B. »Meine Mutter kümmert sich nicht um mich«). Da es für die Familienmitglieder meist sehr schwer ist, neue Sichtweisen sofort zu akzeptieren, führt der Therapeut diese schrittweise ein und bietet ihnen die Möglichkeit, sie auch stückchenweise zu akzeptieren (z.B. »Könnte dies einen kleinen Teil dessen erklären, was hier vor sich geht?«).

## Flexibilität

Flexible Menschen können sich schnell auf Veränderungen einstellen und das Beste aus den gegebenen Umständen herausholen. Ein Therapeut benötigt sowohl Flexibilität als auch Empathie und Akzeptanz, um der Familie zu zeigen, dass er die vielen Probleme, denen sie gegenübersteht, bewältigen kann. Die Therapeuten, die in den Familien und ihrem Umfeld arbeiten, sind einer Vielzahl von Situationen ausgesetzt, in denen sie ihre Flexibilität und Standfestigkeit beweisen müssen. Dazu gehören Umstände, die physische Beeinträchtigungen (z.B. fehlende Sitzgelegenheiten im Wohnzimmer, keine Klimatisierung im Sommer) oder situative Veränderungen (wenn die Familie z.B. unverzüglich umziehen muss) beinhalten. Gute Laune und

die Einstellung, dass alles lösbar ist, zeigen den Willen des Therapeuten, aus den gegebenen Umständen das Beste zu machen.

### 2.6.2 Allgemeine Strategien zur Erhöhung der Mitwirkungsbereitschaft

Für den Aufbau der therapeutischen Beziehung und den Erhalt der Mitwirkungsbereitschaft im Therapieverlauf können verschiedene pragmatische Strategien angewandt werden.

#### Familienfotos

Wenn der Therapeut ein Genogramm oder einen Familienbaum erstellt, könnte er vorschlagen, sich dazu Familienfotos anzusehen. Die Fotos können den Eltern dabei helfen, sich an Menschen und Situationen in der Vergangenheit der Familie zu erinnern, die nützliche Informationen für die Planung der Therapie liefern können. Mit dem Betrachten der Fotos kann der Therapeut aber auch sein Interesse an der **Familie** selbst bekunden, nicht nur an ihren Problemen. Sein Interesse für die auf den Fotos abgebildeten Menschen, Orte und Bräuche hat zudem den Vorteil, weitere Informationen in einem ungezwungenen Rahmen zu erhalten. Beispielsweise könnten sich die Eltern beim Betrachten von Fotos des betroffenen Jugendlichen, als er noch jünger war, an positivere Gefühle und an ihre Hoffnungen für ihr Kind erinnern.

#### Essen

Eine der beliebtesten Strategien, die Therapeuten nutzen, um einen »Fuß in die Tür zu bekommen«, ist das Mitbringen von Essen für die Familie zu den Therapiesitzungen. Dies hat verschiedene Vorteile: Schwer zu erreichende Familienmitglieder beteiligen sich eher an der Sitzung, die Familie bemerkt, dass der Therapeut ihren Bedürfnissen Aufmerksamkeit schenkt (indem er z.B. die Belastung der Eltern senkt, die nach der Arbeit erschöpft sein können). Durch die Teilnahme an einem gemeinsamen Alltagsritual wird außerdem die therapeutische Nähe vergrößert. Therapeuten mit einem engen Zeitplan bringen häufig Pizza oder Fertigkost mit. Erfahrene Therapeuten empfehlen

für besonders schwierige Zeiten in der Therapie allerdings den »Hühnersuppenansatz«: Den Familien wird in Krisenzeiten ein selbst gemachtes Lieblingsessen gebracht. Umgekehrt sollte der Therapeut zurückhaltend sein, Essen oder Getränke abzulehnen. Dies gilt besonders dann, wenn diese Ablehnung als Distanzierung von der Familie oder ihrem kulturellen Hintergrund verstanden werden könnte. Die Therapeuten sollten sich zudem für die Ehre, in das Haus der Familie aufgenommen worden zu sein, dankbar zeigen und darauf achten, den Gewohnheiten der Familie zu folgen und ihnen Respekt zu zollen.

#### Hilfe bei praktischen Belangen

Ist die therapeutische Arbeit von praktischen Belangen überschattet, kann es in der Therapie so lange keinen Fortschritt geben, wie diese Anforderungen nicht ausgeräumt sind. Indem der Therapeut über seine eigentlichen Aufgaben hinausgeht, um der Familie beim Zugang zu Informationen und zu Waren zu helfen, kann er einen entscheidenden Schritt machen, um die Familie für Veränderungen zu motivieren. Je öfter die Familienmitglieder wahrnehmen, dass der Therapeut zugänglich und daran interessiert ist, ihnen zu helfen, und auch Erfahrung im Umgang mit Bürokratie, Papierkram usw. hat, desto leichter werden sie in schwierigen Zeiten zu erreichen sein. Möglichkeiten für derartige Hilfestellungen sind gegeben: Therapeuten haben z.B. einen besseren Zugang zu Computern, um etwa Anträge für sicheres Wohnen herunterzuladen, ein preiswertes, aber zweckdienliches Sofa im Internet zu finden oder um einen professionell gestalteten Lebenslauf für den Klienten zu erstellen. Ebenso könnte eine Familie, die in eine sicherere Wohnung umzieht, Hilfe bei der Beschaffung von Umzugskartons oder eines Umzugswagens gebrauchen. Ein Therapeut, der kreative Lösungen findet, kann eine erfrischende Überraschung für Familien sein, die es gewohnt sind, endlose Kämpfe mit den Sozialämtern zu führen.

#### Fünf-Minuten-Sitzungen

Fünf-Minuten-Sitzungen sind besonders dann sinnvoll für die Herstellung der Mitwirkungsbereitschaft, wenn Mitglieder der Familie Sitzungen absagen möchten oder nicht motiviert scheinen, an

einem bestimmten Termin teilzunehmen. Der Therapeut räumt ein, dass der Elternteil vielleicht müde ist, und schlägt vor, wenigstens eine Aufgabe zusammen zu erledigen, um am nächsten Tag die gesamte Sitzung abzuhalten. Nach fünf Minuten fragt der Therapeut, ob der Elternteil die Sitzung lieber heute beenden möchte oder ob man sich morgen wieder trifft. Meistens entscheidet sich das Mitglied der Familie dann dafür, die einmal begonnene Sitzung zu Ende zu bringen.

### 2.6.3 Fortlaufende Selbsteinschätzung des Therapeuten zum Erhalt der Mitwirkungsbereitschaft

Wie bereits beschrieben, bietet das System der Qualitätssicherung und -optimierung eine erhebliche strukturelle Hilfestellung für die Therapeuten beim Erreichen der intendierten Fortschritte, wie z.B. der Herstellung der Mitwirkungsbereitschaft des Jugendlichen oder der Familie, mit der sie zusammenarbeiten. Zusätzlich zu dieser äußeren Hilfestellung können Therapeuten eine Selbsteinschätzung durchführen, um abzuschätzen, ob Vorurteile den Aufbau einer festen Beziehung zwischen Therapeut und Familie im Wege stehen. Warnzeichen für das Vorhandensein solcher Vorurteile können beispielsweise folgende Gedanken sein:

- »Ich Sorge mich mehr um dieses Kind als seine eigene Mutter« oder »Ich an ihrer Stelle würde Folgendes machen ...«
- »Das muss ich mir nicht antun. Ich werde mit jemandem zusammenarbeiten, der meine Hilfe wirklich braucht.«
- »Sie hat eine schwere Persönlichkeitsstörung.«
- Gedanken über das Erscheinungsbild eines Klienten, seine Wohnung, Art und Weise, Gewohnheiten oder sein Umfeld, die verletzend sind oder unter die Gürtellinie gehen und mit anderen Kollegen unter dem Deckmantel von Galgenhumor ausgetauscht werden.

Folgende Strategien können zur Korrektur von Vorurteilen des Therapeuten dienen.

### Sozialer Perspektivwechsel

Dabei denkt ein Therapeut an einen bestimmten Vorfall oder Äußerungen eines Klienten, die in ihm eine abwehrende Reaktion hervorgerufen haben und überlegt:

- Welche zugrunde liegende Botschaft wollte der Klient mitteilen, als dies passierte? Was hat er oder sie dabei gefühlt? Was hat den Klienten dazu bewegt, die Nachricht so zu verfassen, dass ich sie nicht besser auffassen konnte?
- Wie ist der Klient heute (diesen Monat, in seinem Leben) zu diesem Standpunkt gekommen? Wie hat diese Art sich mitzuteilen oder zu handeln sich in der Vergangenheit als nützlich erwiesen? Wo hat der Klient dies so gelernt?
- Auf welche Art zeugt diese Situation von den Stärken des Klienten? Auf welche Weise zeigt es seine Not? Wie kann ich dem Klienten zeigen, dass er so etwas nicht mehr zu tun braucht, um Hilfe von anderen zu erhalten?

### Faktenprotokoll

Die Therapeuten suchen nach Belegen für die Stärken des Klienten und seine Anstrengungen.

- Schreiben Sie den Gedanken, der widerlegt werden soll, auf (z.B. »Die Klientin kümmert sich nicht um ihren Sohn«).
- Schreiben Sie Äußerungen und Verhaltensweisen des Klienten auf, die die Anstrengungen des Klienten, dessen Willen für Veränderungen und seine positiven Gefühle nahe legen – also alles, was Ihren Gedanken widerlegen könnte. Oder aber überlegen Sie, inwiefern Stärken des Klienten gefördert werden können, um den Gedanken zu widerlegen.
- Bleiben Sie geduldig bei der Suche nach Belegen und seien Sie dabei realistisch (z.B. »Gestern habe ich einen Beleg gefunden, heute finde ich vielleicht zwei«). Rufen Sie sich in Erinnerung, dass Klienten sich verändern können. Zum Beispiel findet man bei der Mutter derzeit noch keine Hinweise, dass sie sich um ihren Sohn kümmert. Der Therapeut sollte allerdings offen dafür sein, dass dies nur ein vorübergehender und keineswegs ein dauerhafter Zustand ist.

## Dem Gefühl entgegengesetzt handeln (Opposite Action)

Dem Gefühl entgegengesetzt zu handeln (entgegengesetzte Handlung, Linehan, 1993) ist ein Verhalten, das Emotionen hervorruft, die dem ursprünglichen Gedanken oder der ursprünglichen Emotion zuwiderlaufen. So könnte jemand, der traurig ist, einen beängstigenden Film schauen, um sich physische und emotionale Empfindungen (wie z.B. Herzrasen, Gefühle der An- und Entspannung) zu verschaffen, die nicht mit dem Gefühl von Traurigkeit zu vereinen sind. Während der Durchführung der Opposite Action kann der Therapeut der ursprünglichen Emotion (z.B. »Ich grause mich vor dieser Sitzung; ich hoffe, sie sagen ab«) begegnen, indem er ein Verhalten an den Tag legt, das das gegenteilige Gefühl hervorbringt (z.B. »Ich habe so viel Zeit dafür aufgewendet, einen Plan für diese Sitzung zu erstellen, und ich bin motiviert, die Aufgaben zu erledigen. Sie sollten besser nicht absagen!«). Eine Therapeutin berichtete etwa, dass sie ihrer Klientin in dem Moment Blumen brachte, als sie meinte, dass dies »gerade das Letzte wäre, was ich jetzt gerne tun würde«. Viel mehr als eine unsichere Geste war das Verhalten der Therapeutin ein Versuch, einzuräumen, dass die Therapeutin und ihre Klientin zusammen eine schwierige Zeit durchmachten und sie (die Therapeutin) auf positivere Gefühle zu orientieren. Klienten, die daran gewöhnt sind, dass sie stets negative Gefühle bei anderen erwecken, könnten durch solch eine Geste besonders bewegt sein. Später merkte die Therapeutin an, dass »es die beste Sitzung war, die wir je hatten«, vielleicht auch deshalb, weil sie sowohl die Klientin als auch sich überrascht hat.

MST, die Arbeitshilfen der MST und das System der QS/QO sichergestellt, dass die Mitwirkungsbereitschaft ständig überprüft und den Therapeuten für deren Erhalt geeignete Unterstützung angeboten wird.

### 2.6.4 Zusammenfassung

Die Mitwirkungsbereitschaft der Familienmitglieder zu fördern und über den gesamten Therapieverlauf zu erhalten gehört zu den wichtigen Fähigkeiten, die die MST-Therapeuten als Teil ihrer beruflichen Entwicklung erlernen und pflegen müssen. Da die Mitwirkung der Familienmitglieder eine unabdingbare Voraussetzung für effektive Interventionen ist, wird durch den zuvor in diesem Kapitel beschriebenen therapeutischen Prozess der



Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten  
von Kindern und Jugendlichen

Henggeler, S.W.; Schoenwald, S.K.; Borduin, C.;

Rowland, M.D.; Cunningham, P.B.

2012, XX, 262 S. 23 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-642-20146-2