

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 37 (2011)

Heft: 5

Artikel: Ambulante Therapie mit MDFT : auch in der Schweiz eine Erfolgsstory?

Autor: Schaub, Michael / Haug, Severin

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800305>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Ambulante Therapie mit MDFT: Auch in der Schweiz eine Erfolgsstory?

Die Therapie von psycho-sozial auffälligen cannabiskonsumierenden Jugendlichen stellt ein schwieriges Unterfangen dar. Ein vielversprechender Therapieansatz ist die aus den USA stammende intensive Multidimensionale Familientherapie MDFT. In diesem Artikel werden die wichtigsten Resultate zur Wirksamkeitsüberprüfung von MDFT in der Schweiz aus der International Cannabis Need of Treatment Study INCANT zusammengefasst und in Bezug zu den Resultaten der anderen beteiligten europäischen Länder gesetzt.

Michael Schaub

Dr. phil., Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, Forschungsleiter, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Konradstrasse 32, Postfach, CH-8031 Zürich, Tel. +41 (0)44 44 811 60, michael.schaub@isgf.uzh.ch, www.isgf.ch

Severin Haug

Dr. phil., ISGF, severin.haug@isgf.uzh.ch

Einleitung

Das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF führte zwischen 2007 und 2011 eine vom Bundesamt für Gesundheit BAG finanzierte wissenschaftliche Begleitstudie zur INCANT-Studie Schweiz² durch. Das ISGF war dabei für die Gesamtkoordination der Forschung in der Schweiz sowie für die Dateneingabe und die Auswertung der Schweizer Daten für die europäische INCANT-Studie verantwortlich und die Fondation Phénix für die Rekrutierung der Studienteilnehmenden, die Durchführung der Therapien und für die Datenerhebung. Die internationale Gesamtleitung oblag dem Steering Committee mit je einer Vertretung der fünf teilnehmenden Länder. Die Schweiz wurde von Martin Büechi (BAG) vertreten. Prof. Henk Rigter von der Erasmus Universität Rotterdam oblag die wissenschaftliche Leitung. Es beteiligten sich Institutionen aus den Niederlanden, Deutschland, Frankreich, Belgien und der Schweiz an der Gesamtstudie. Dementsprechend werden die hier präsentierten Ergebnisse in Bezug auf die Gesamtergebnisse berichtet und diskutiert.

Studiendesign

Die INCANT-Hauptstudie² ist eine internationale, randomisierte Kontrollstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie MDFT³ im Vergleich zur üblichen Behandlung (Treatment as Usual, TAU) bei Jugendlichen mit Cannabisproblemen.⁴ Die Effekte der beiden Therapien werden hinsichtlich des Konsums von psychotropen Substanzen, Problemen psychischer und sozialer Art sowie weiterer Aspekte verglichen. Untersucht wird der Verlauf anhand einer Eintrittsbefragung und von Follow-up-Befragungen nach 3, 6, 9 und 12 Monaten.

Studieneinschluss

Studienteilnehmende sind Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren, welche folgende Kriterien erfüllen:

- Vorliegen einer Cannabis-Abhängigkeit oder eines Cannabis-Missbrauchs (DSM-IV-Diagnose)
- Ausreichende Französischkenntnisse
- Schriftliches Einverständnis des/der Jugendlichen sowie mindestens eines Elternteils bzw. gesetzlichen Vertreters
- Keine Indikation für eine andere spezifische Behandlung
- Keine Teilnahme an einer anderen relevanten Studie

Rekrutierung

Jugendliche, die auf eigene Initiative oder aufgrund einer Zuweisung (z.B. durch die Justiz) bei der Fondation Phénix Genf um Beratung/Behandlung nachsuchten, wurden über INCANT informiert und bei Interesse auf die Erfüllung der Einschlusskriterien hin geprüft. Insgesamt wurden 119 Jugendliche zusammen mit ihren Eltern in die Rekrutierung einbezogen. In 60 dieser Fälle waren alle Einschlusskriterien erfüllt und sie wurden nach dem Zufallsprinzip einer der Behandlungsgruppen zugewiesen (30 MDFT, 30 TAU).

Behandlung

Die Behandlung der Studienteilnehmenden erfolgte durch zwei Behandlungsteams der Fondation Phénix Genf. Informationen zu den Teams und den angebotenen Therapien sind im entsprechenden Schlussbericht der Fondation Phénix aufgeführt.⁵

Eintrittscharakteristiken

Die Studienteilnehmenden beider Gruppen sind mehrheitlich männlichen Geschlechts (92%), im Durchschnitt etwas mehr als 16½ Jahre alt und zumeist (83%) in der Schweiz geboren. Weitere Eintrittscharakteristiken sind der Tab. 1 zu entnehmen.

Substanzkonsum

Der Substanzkonsum im Jahr vor der Studienteilnahme wurde in Bezug auf Cannabis, Alkohol und andere Substanzen mit einer

	MDFT (n=30)	TAU (n=30)	Gesamt	p ¹
Geschlecht				
– Männlich	27 (90.0)	28 (93.3)	55 (91.7)	n.s. ³
Alter in Jahren, M (SD)²	16.6 (1.2)	16.7 (1.2)	16.6 (1.2)	n.s.
Herkunft				
– In Schweiz geboren	26 (86.7)	24 (80.0)	50 (83.3)	
– Nicht in Schweiz geboren	4 (13.3)	6 (20.0)	10 (16.7)	n.s.
Herkunft der Eltern				
– Beide in Schweiz geboren	8 (26.7)	12 (40.0)	20 (33.3)	
– Mind. ein Elternteil nicht in Schweiz geboren	22 (73.3)	18 (60.0)	40 (66.7)	n.s.
Zivilstand der Eltern				
– Verheiratet oder zusammenlebend	10 (33.3)	12 (40.0)	22 (36.7)	
– Getrennt, geschieden oder verstorben	20 (66.7)	18 (60.0)	38 (63.3)	n.s.
Probleme in Herkunftsfamilie				
– Drogen, Alkohol oder psychische Probleme	13 (43.3)	12 (40.0)	25 (41.7)	n.s.
Aktueller Schulbesuch	20 (66.7)	21 (70.0)	41 (68.3)	n.s.
Arbeit				
– Regelmässige oder unregelmässige Arbeit	7 (25.9)	9 (31.0)	16 (28.6)	
– Keine Arbeit, nicht auf Arbeitssuche	18 (66.7)	18 (62.1)	36 (64.3)	
– Arbeitslos	2 (7.4)	2 (6.9)	4 (7.1)	n.s.
Einkommen (Mehrfachantworten)				
– Unterstützung durch Familie oder Verwandte	21 (75.0)	27 (93.1)	48 (84.2)	n.s.
– Eigenes Einkommen	6 (21.4)	10 (34.5)	16 (28.1)	n.s.
– Illegale Einkünfte	9 (32.1)	2 (6.9)	11 (19.3)	p<.05
Freundeskreis (Mehrfachantworten)				
– Freund/e mit regelmässigem Alkoholkonsum	20 (66.7)	20 (66.7)	40 (66.7)	
– Freund/e mit regelmässigem Drogenkonsum	26 (86.7)	25 (83.3)	51 (85.0)	
– Freund/e, die schon verhaftet wurden	20 (66.7)	20 (66.7)	40 (66.7)	n.s.
Anbindung an die Justiz	23 (76.7)	19 (63.3)	42 (70.0)	n.s.
Bildung				
– Sonderschule	0 (0)	1 (3.4)	1 (1.7)	
– Primarschule	5 (16.7)	7 (24.1)	12 (20.3)	
– Niedrige Ausbildung	1 (3.3)	5 (17.2)	6 (10.2)	
– Mittlere Ausbildung	15 (50.0)	11 (37.9)	26 (44.1)	
– Höhere Ausbildung	8 (26.7)	5 (17.2)	13 (22.0)	
– Andere Ausbildung	1 (3.3)	0 (0)	1 (1.7)	n.s.

Tab. 1: **Ausgewählte soziodemographische Charakteristika der Schweizer INCANT-Stichprobe bei Eintritt (Gesamt und nach Gruppe). Werte entsprechen Anzahl (Prozent), wenn nicht anders angegeben.**

¹Vergleich zwischen den Gruppen MDFT und TAU.

²m = Mittelwert, SD = Standardabweichung,

³n.s. = nicht signifikant für χ^2 -Tests bei kategorialen Variablen, t-Tests bei metrischen Variablen.

Kurzversion des Adolescent Diagnostic Interview (ADI-Light)⁶ erhoben. Beim Cannabiskonsum handelt es sich demnach mehrheitlich um Abhängigkeit (95%) gemäss DSM-IV, nur 3 Jugendliche (5%) weisen Missbrauch auf (siehe Tab. 2).

Mit dem Fragebogen Time-Line Follow Back (TLFB)⁷ wurde erhoben, an wie vielen der letzten 90 Tage Cannabis konsumiert wurde. Bei Studieneintritt lag in beiden Gruppen der mittlere Prozentsatz der Tage mit Cannabiskonsum innerhalb der letzten 3 Monate bei knapp 60%. Damit lag der Cannabiskonsum bei Schweizer Jugendlichen ein wenig tiefer als in den anderen Ländern.

Kritische Lebensereignisse

Mittels der Life Event Scale (LES)⁸ wurden bei Baseline kritische Lebensereignisse im Jahr vor Beginn der Studienteilnahme erhoben. Nur etwas mehr als ein Viertel (28%) der Befragten (7 MDFT, 10 TAU) weisen kein solches Ereignis auf.

Die insgesamt am häufigsten genannten Ereignisse sind Inhaftierung eines guten Freundes (14), Wechsel der Schule (11), Umzug in ein neues Quartier (10), ernsthafte Erkrankung oder Verletzung eines Elternteils (9) und Tod eines nahen Freundes (8).

Verlaufsergebnisse

Da die Schweizer Stichprobe lediglich aus je 30 Personen in den beiden Behandlungsgruppen besteht, ist eine Überprüfung von Unterschieden zwischen MDFT und TAU nur sehr eingeschränkt möglich. Infolgedessen dienen die dargestellten Ergebnisse lediglich der Exploration möglicher Unterschiede und nicht deren Nachweis. Für eine Abschätzung der zu erwartenden Effekte in der Schweiz wurden jeweils die berechneten Effektstärkemasse *d* (bei *d*: 0.2=kleiner Effekt, 0.5=mittlerer Effekt, 0.8=grosser Effekt) und *w* (bei *w*: 0.1=kleiner Effekt, 0.3=mittlerer Effekt, 0.5=grosser

Effekt) dargestellt. Die Ergebnisse werden in Bezug zu den Ergebnissen im INCANT-Gesamtbericht⁹ gesetzt, wo ausreichend viele Personen zur Ermittlung von statistischen Unterschieden vorhanden waren.

Rücklauf

Der Rücklauf in der Schweizer Stichprobe war im Ländervergleich am höchsten. Selbst nach 12 Monaten konnten deutlich über 90% aller Teilnehmenden nachbefragt werden.

Cannabiskonsum und Cannabisdiagnosen

Während der Prozentsatz der Konsumtage zu Beginn der Therapie in beiden Gruppen ähnlich hoch war, zeigte sich im Laufe der Therapie bis zur Nacherhebung nach 9 Monaten ein seltenerer Konsum auf dem TLFB-Fragebogen in der Gruppe mit MDFT als in der Gruppe TAU (3 Monate *d*=0.07, 6 Monate *d*=0.27, 9 Monate *d*=0.23; alle Monate *p*>.05). Allerdings glich sich anschliessend die Konsumhäufigkeit wieder an und war in den beiden Gruppen bei der Nacherhebung nach 12 Monaten nahezu identisch (*d*=-0.01, *p*>.05).

Auch in der Gesamtstichprobe aller fünf Länder zeigte sich in diesem Zeitraum in beiden Studiengruppen eine deutliche Reduktion der Konsumtage und im Gegensatz zur Schweiz reduzierte sich in der Gruppe MDFT zwischen 9 und 12 Monaten der Konsum weiter. Insgesamt konnte für die Gesamtstichprobe hinsichtlich der Konsumtage (TLFB) ein tendenziell stärkerer Interventionseffekt in der Gruppe MDFT als in der Gruppe TAU nachgewiesen werden. Weiter konnte im internationalen Schlussbericht gezeigt werden, dass die Reduktion des Cannabiskonsums zwischen MDFT und TAU auf dem TLFB statistisch signifikant höher war bei Jugendlichen mit hohen Ausprägungen (65 oder mehr Konsumtage der letzten



90 Tage), wenn sie mit solchen mit niedrigen Ausprägungen verglichen wurden (64 oder weniger Konsumtage).

Abb. 1 zeigt den Prozentsatz Jugendlicher, bei denen nach 12 Monaten ein Cannabismissbrauch oder eine Cannabisabhängigkeit mittels ADI-Light diagnostiziert wurde. Bei den Darstellungsweisen zeigt sich in der Gruppe MDFT im Vergleich zur Gruppe TAU ein geringerer Prozentsatz mit Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit (Effektstärke aller Jugendlichen mit Therapieabschluss (Complete Case) $w=0.16$, Effektstärke aller jemals in die Studie eingeschlossenen Jugendlichen (Intention to Treat) $w=0.17$). Die Unterschiede entsprechen einer kleinen Effektgrösse.

Problematischer Konsum

Problematischer Substanzkonsum wurde bei Baseline sowie nach 6, 9 und 12 Monaten jeweils für die vorangegangenen 90 Tage mit dem Personal Experiences Inventory (PEI¹⁰) erfasst. Während die Häufigkeit der berichteten Konsumumstände beim geplanten Ende der Therapie in beiden Gruppen ähnlich hoch war, zeigte sich zu den beiden Nacherhebungen nach 9 und 12 Monaten eine geringere Anzahl an Konsumumständen in der Gruppe MDFT (9 Monate $d=0.36$, $p>.05$; 12 Monate $d=0.34$, $p>.05$). Vergleicht man die Häufigkeit der berichteten Konsumumstände nach 12 Monaten mit denen zu Beginn, so konnte in der Gruppe MDFT eine Reduktion im Ausmass einer grossen Effektgrösse ($d=0.93$), in der Gruppe TAU eine Reduktion kleiner Effektgrösse ($d=0.31$) erreicht werden. Auch in der Gesamtstichprobe zeigte sich in beiden Behandlungsgruppen eine deutliche Reduktion der Konsumumstände nach 12 Monaten mit einer Überlegenheit von MDFT nach entsprechender Kontrolle für die in diesem Fall relevanten Variablen Zuweisungsart und Behandlungsort.

Psychosoziale Probleme

Hinsichtlich der internalen Auffälligkeit (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität) auf dem Youth Self Report¹¹ zeigte sich bei allen Erhebungen eine geringere Problembelastung in der Gruppe MDFT als in der Gruppe TAU (0 Monate $d=0.16$, 6 Monate $d=0.34$, 12 Monate $d=0.17$, alle $p>.05$), wobei sich dieser Unterschied nach 12 Monaten wieder an das Ausgangsniveau anglich.

Ein längsschnittlicher Vergleich (Monat 0 mit Monat 12) der internalen Auffälligkeit ergab für beide Gruppen einen Unterschied kleiner Effektgrösse (MDFT $d=0.28$, TAU $d=0.23$).

Auch in der Gesamtstichprobe aller beteiligten Länder zeigte sich im zeitlichen Verlauf eine ähnliche Abnahme der internalen Auffälligkeit in beiden Gruppen.

Die selbstberichtete externe Auffälligkeit (delinquentes und aggressives Verhalten) war zu Beginn der Behandlung in beiden Gruppen ähnlich ausgeprägt und entwickelte sich im Laufe der Behandlung und danach positiver in der Gruppe MDFT als in der Gruppe TAU (0 Monate $d=0.11$, 6 Monate $d=0.27$, 12 Monate $d=0.39$, alle $p>.05$).

Ein Vergleich der internalen Auffälligkeit ergab für die Gruppe MDFT einen Unterschied grosser Effektgrösse ($d=0.71$), für die Gruppe TAU einen Unterschied kleiner bis mittlerer Effektgrösse (Monat 0 vs. Monat 12; $d=0.37$).

Ein ähnliches Resultat zeigte sich auch in der Gesamtstichprobe. Im Verlauf konnte eine deutliche Abnahme der externalen Auffälligkeit in beiden Gruppen festgestellt werden, die signifikant stärker für MDFT als für TAU ausfiel.



	MDFT (n=30)	TAU (n=30)	Gesamt
Cannabisbezogene Störung (ADI-Light)			
– Cannabisabhängigkeit	28 (93.3)	29 (96.7)	57 (95.0)
– Cannabismissbrauch	2 (6.7)	1 (3.3)	3 (5.0)
Prozentsatz der Tage mit Cannabiskonsum innerhalb der letzten 3 Monate, M (SD)¹	59.4 (27.8)	59.8 (33.4)	59.6 (30.5)
Alkoholmissbrauch/ –abhängigkeit (ADI-Light)	17 (56.7)	20 (66.7)	37 (61.7)
Konsum anderer Substanzen im letzten Jahr			
– Tranquilizer oder Sedativa	4 (13.3)	3 (10.0)	7 (11.7)
– Ecstasy	2 (6.7)	3 (10.0)	5 (8.3)
– Amphetamine	2 (6.7)	0 (0)	2 (3.3)
– Halluzinogene	3 (10.0)	3 (10.0)	6 (10.0)
– Kokain oder Crack	4 (13.3)	3 (10.0)	7 (11.7)
– Heroin oder andere Opiate	1 (3.3)	0 (0)	1 (1.7)
Problematischer Substanzkonsum (PEI), M (SD)	63.9 (11.7)	62.2 (16.4)	63.1 (14.1)

Tab. 2: **Substanzkonsum bei Eintritt (Gesamt und nach Gruppe). Werte entsprechen Anzahl (Prozent), wenn nicht anders angegeben. Alle Vergleiche zwischen MDFT und TAU waren nicht signifikant.**

¹m = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Familienklima

Die mittels der Family Environment Scale¹² erhobene Konfliktbereitschaft verringerte sich innerhalb beider Gruppen im Laufe der Behandlung bis zur Erhebung nach 9 Monaten, stieg anschliessend aber wieder an. Zwischen den Gruppen waren zu

allen Erhebungszeitpunkten jeweils nur Unterschiede kleiner Effektgrösse festzustellen (0 Monate $d=0.09$, 6 Monate $d=0.19$, 9 Monate $d=-0.04$, 12 Monate $d=0.19$, alle $p>.05$).

Der Familienzusammenhalt verbesserte sich in beiden Gruppen im Laufe der Behandlung und auch danach. Zwischen den Gruppen waren zu allen Erhebungszeitpunkten wiederum nur Unterschiede kleiner Effektgrösse festzustellen (0 Monate $d=0.21$, 6 Monate $d=0.18$, 9 Monate $d=-0.04$, 12 Monate $d=-0.26$, alle $p>.05$).

Ähnlich den Schweizer Ergebnissen konnte auch für die Gesamtstichprobe keine Überlegenheit der MDFT-Behandlung gegenüber TAU in der Veränderung des Familienklimas festgestellt werden.

Therapiezufriedenheit

Die Beurteilung der allgemeinen Zufriedenheit erfolgte anhand eines Items von 1 «sehr zufrieden» bis 5 «sehr unzufrieden».¹³ Aus Sicht der Jugendlichen gab es keinen Unterschied in der Bewertung der Zufriedenheit mit der Therapie ($d=0.02$). Die Eltern der TAU-Gruppe waren tendenziell etwas weniger zufrieden mit der Therapie als die Eltern der MDFT-Gruppe ($d=0.25$, kleiner Effekt).

Engagement und Haltequote

Die Behandlungsdauer variierte in beiden Therapiebedingungen stark. Bei der Behandlungsgruppe MDFT lag diese zwischen 3 und 9 Monaten (mittlere Dauer 6.4 Monate) und bei der Gruppe TAU zwischen 1 und 11 Monaten (mittlere Dauer 5.1 Monaten, $d=0.53$, $p=.05$, mittlerer Effekt).

Die Therapiedauer über alle gehaltenen Sitzungen in der Gruppe MDFT umfasste zwischen 12.3 und 96.6 Stunden beziehungsweise zwischen 0 und 23.5 Stunden in der Gruppe TAU ($d=1.83$, $p=.00$, grosser Effekt).

Therapiestatus	MDFT (n=30)	TAU (n=30)	Gesamt (n=60)
Behandlung regulär beendet	24 (80.0)	18 (60.0)	42 (70.0)
Behandlung abgebrochen	4 (13.3)	8 (26.7)	12 (20.0)
Anderes (Transfer in andere Behandlung etc.)	2 (6.7)	4 (13.3)	6 (10.0)

Tab. 3: Therapieabschluss. Werte entsprechen Anzahl (Prozent).

Der deutlich höhere Behandlungsumfang in der MDFT-Gruppe zeigte sich in allen beteiligten Ländern der INCANT-Studie. So lag der mittlere Behandlungsumfang in den anderen Ländern zwischen 6.5 und 20.1 Stunden in der Gruppe TAU, in der Gruppe MDFT zwischen 26.0 und 49.8 Stunden.

Reguläre Therapieabschlüsse

Die Behandlung wurde von gut 2/3 der Jugendlichen regulär abgeschlossen, wobei die Therapie in der Gruppe MDFT häufiger regulär beendet wurde (siehe Tab. 3). In der INCANT-Gesamtstudie war der Unterschied im Anteil regulär beendeter Therapien zwischen den Gruppen MDFT und TAU noch deutlich stärker ausgeprägt (MDFT regulär beendet: zwischen 83% und 97%, TAU regulär beendet zwischen 25% und 74%).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Innerhalb der multizentrischen Therapievergleichsstudie INCANT wird die Wirksamkeit von MDFT im Vergleich zu den in den fünf beteiligten Ländern üblichen Standardbehandlungen überprüft. Die hier in Bezug zu den Gesamtergebnissen vorgestellten Ergebnisse der Schweizer Stichprobe zeigen, dass die nationale Umsetzung der Studie als sehr positiv zu werten ist.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse zur Wirksamkeit bei MDFT und bei TAU eine deutliche Abnahme der substanzbezogenen und psychosozialen Problematik im Verlauf der Erhebungen. Hinsichtlich der Reduktion des Substanzkonsums und der selbstberichteten psychosozialen Problematik ist MDFT TAU tendenziell überlegen. Allerdings werden die überwiegend kleinen Effekte bei einem deutlich höheren Behandlungsaufwand erzielt. Es stellt sich also die Frage, inwieweit die tendenziell positiveren Ergebnisse bei MDFT auf das spezifische Behandlungskonzept oder den höheren Behandlungsumfang zurückzuführen sind. Dafür werden bei MDFT die Behandlungen häufiger regulär beendet und es kommt zu weniger Behandlungsabbrüchen.

Die Ergebnisse des internationalen Schlussberichts²⁴ für die Gesamtstichprobe aller beteiligten Länder zeigen ebenfalls, dass MDFT gegenüber TAU auf dem TLFB tendenziell überlegen ist, wobei MDFT substanzbezogene Probleme (PEI) besser reduziert als TAU. In einer ersten vertieften Analyse konnte im internationalen Schlussbericht bei mittlerer bis grosser Effektgrösse gezeigt werden, dass die Reduktion des Cannabiskonsums bei MDFT im Vergleich zu TAU bei Jugendlichen mit hohem Cannabiskonsum noch signifikant höher war als bei Jugendlichen mit niedrigen Ausprägungen.

Insofern verspricht MDFT in der Schweiz gerade für psychosozial und juristisch auffällige Jugendliche mit einem intensiven Cannabiskonsum trotz vergleichbar hohem Behandlungsaufwand ein zukunftssträchtiger Ansatz zu sein. Mit der Publikation von weiteren vertieften Analysen aus den Gesamtdaten der INCANT-Studie ist Anfang 2012 zu rechnen. ●

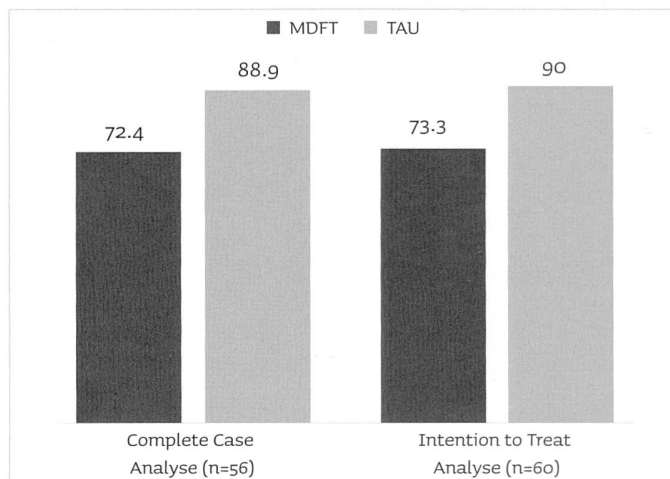


Abb. 1: Prozentsatz der Personen mit Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit nach 12 Monaten.

Literatur

- Brannan, A.M./Sonnichsen, E./Heflinger, C.A. (1996): Measuring satisfaction with children's mental health services: Validity and reliability of the Satisfaction Scale. *Evaluation and Program Planning* 19: 131-141.
- Ivanova, M. Y./Achenbach, T. M./Rescorla, L. A. et al. (2007): The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75: 729-738.
- Liddle, H.A. (2002): *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Moos, R.H./Moos, B.S. (1986): *Family Environment Scale Manual*. 2nd edition. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Nielsen, P./Croquette Krokav, M. (2009): *Etude principale INCANT - Fondation Phénix. Rapport final: aspects thérapeutiques*.
- Rahe, R.H./Arthur, R.J. (1978): Life change and illness studies: past history and future directions. *Journal of Human Stress* 4: 3-15.
- Rigter, H./Pelc, I./Tossmann, P. (2010): INCANT. A transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry* 10 (28). www.tinyurl.com/incant-bmc, Zugriff: 02.09.2011.
- Rigter, H./Tossmann, P./Hendriks, V. et al. (2011): Report on the INCANT study – Multidimensional Family Therapy in Europe as a treatment for adolescents with cannabis use disorders and other problem behaviours.
- Schaub, M./Grichting, E./Nielsen, Ph./Haug, S. (2011): *INCANT Hauptstudie. Nationaler Schlussbericht Schweiz*. Zürich: ISGF. www.tinyurl.com/incant-bag, Zugriff 02.09.2011.
- Sobell, L.C./Sobell, M.B. (1992): Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. S. 41-72 in: R.Z. Litten/J. P. Allen (Ed.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods*. Clifton: Humana Press.
- Winters, K.C./Henly, G.A. (1993): *Adolescent Diagnostic Interview Schedule and Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Winters, K.C./Henly, G.A. (1998): *Personal Experience Inventory and Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Endnoten

- Vgl. den Schlussbericht von Schaub et al. 2011.
- www.incant.eu
- Vgl. MDFT; Liddle 2002.
- Vgl. Rigter et al. 2010.
- Vgl. Nielsen et al. 2009.
- Vgl. Winters et al. 1993.
- Vgl. Sobell et al. 1992.
- Vgl. Rahe et al. 1978.
- Vgl. Rigter et al. 2011.
- Vgl. Winters et al. 1998.
- Vgl. Ivanova et al. 2007.
- Vgl. Moos et al. 1986.
- Vgl. Brannan 1996.
- Vgl. Rigter et al. 2011.