

# Die Quadratur des Kreises

## Systemische Therapie für Jugendliche mit Suchtproblemen – Impulse aus der Praxis der Jugendsuchthilfe

Andreas Gantner und Harald Stickel

### Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren wurden in der Suchthilfe zahlreiche Kurz- und Frühinterventionsangebote für Jugendliche erprobt und etabliert. Dabei orientieren sich die Konzepte überwiegend individuumszentriert und fokussieren ausschließlich das Suchtverhalten von Jugendlichen. Speziell im Jugendsuchtbereich haben jedoch systemische Ansätze wie die Multidimensionale Familientherapie eine hohe nachgewiesene Evidenz. Trotz der belegten Wirksamkeit systemischer Ansätze existiert in der konkreten Praxis ein deutlicher Mangel an der Anwendung systemisch-familienorientierter Angebote. Dieser Umstand wird im Zusammenhang mit systembedingten strukturellen Problemen diskutiert.

### Schlagwörter

systemische Suchttherapie – AFT – MDFT – Suchtprobleme im Jugendalter – therapeutische Frühintervention

### Summary

*Squaring the Circle. Systemic Therapy for adolescent substance abuse – experience and ideas from practice in the field of Youth Addiction Care*

In the past years there were established several early intervention programs in the addiction care system. Mostly these approaches are facing individual addiction/problem behavior of adolescents only. Nevertheless, systemic approaches for adolescent substance abuse have the best clinical evidence and efficacy. Despite these research findings, we have a lack of application of systemic-family-oriented approaches in practice. This fact is discussed in context of structural and organizational problems in the care systems.

### Keywords

systemic therapy for addiction behaviour – home based familytherapy – MDFT – adolescent substance abuse – early intervention programs

## 1 Einleitung

Ausgelöst durch den europaweit starken Anstieg des Cannabiskonsums Jugendlicher seit Ende der 1990er Jahre (Simon u. Sonntag, 2004) wurden in Deutschland auf nationaler Ebene mehrere Forschungs- und Frühinterventionsprojekte initiiert, an deren Umsetzung die Autoren beteiligt waren.<sup>1</sup> Gegenseitige Teambesuche und ein gemeinsamer Erfahrungsaustausch der mit AFT und MDFT arbeitenden Therapeut/innen zeigen, dass AFT als bisher suchtspezifisches systemisches Konzept für »Multiproblemfamilien« von dem langjährig entwickelten evidenzbasierten störungsspezifischen Konzept der MDFT profitieren und Elemente davon einbauen kann.

In der Regel sind Frühinterventionsangebote zeitlich eng befristete Kurzinterventionen mit dem Ziel, Jugendliche zu einem frühen Zeitpunkt zu erreichen und Suchtentwicklungen zu verhindern.

In diesem Beitrag soll vor dem Hintergrund der Ergebnisse und therapeutischen Erfahrung mit den genannten Projekten auf den Bedarf einer systemisch orientierten Therapie für Jugendliche mit ausgeprägten Suchtproblemen hingewiesen werden. Nach wie vor besteht ein gravierender Mangel an familien- bzw. systemisch-orientierten Ansätzen in der Arbeit mit jugendlichen Suchtklienten. Gleichwohl verweisen der internationale Forschungsstand und die daraus abgeleiteten fachlichen Leitlinien auf die Bedeutung und Wirksamkeit systemisch-familienorientierter Angebote speziell für Jugendliche mit Drogenmissbrauch (Sydow, Schindler, Beher, Schweitzer-Rothers u. Retzlaff, 2010). Dabei ist die MDFT neben anderen in der Suchtarbeit praktizierten systemischen Ansätzen das derzeit empirisch am besten evaluierte Konzept für Jugendliche. Die systemischen Therapieansätze unterscheiden sich deutlich von bisher etablierten individuumszentrierten Frühinterventionsangeboten und konzentrieren sich explizit auf die Familie und deren sozialen Kontext.

## 2 Entwicklungstendenzen in der suchtspezifischen Arbeit mit Jugendlichen

Die Praxis der suchtspezifischen Interventionen an der Schnittstelle Jugend-/Suchthilfe ist vielfältig, komplex und zum Teil unübersichtlich. Deshalb sollen hier nur einige Entwicklungstendenzen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – grob zusammengefasst werden.

In den 1980er und 1990er Jahren waren Drogen konsumierende Jugendliche in der Drogenhilfe eine eher kleine Randgruppe und es gab nur sehr wenige gezielte therapeutische Angebote für Jugendliche mit Suchtproblemen. Diese Situation hat sich in den letzten Jahren beträchtlich verändert.

---

<sup>1</sup> »INCANT/MDFT« im Therapieladen e. V. und »Pilotprojekt Aufsuchende Familientherapie/AFT« in der AGD Pforzheim, beide mit Förderung des Bundesministerium für Gesundheit

Als Folge eines deutlich gestiegenen Hilfebedarfs, insbesondere für cannabisbezogene Störungen, sind in Deutschland zahlreiche, teilweise bundesweit geförderte Programme für Jugendliche mit Cannabis- bzw. Alkoholmissbrauch entwickelt worden (Bundesministerium für Gesundheit, 2009).

Konzeptionelle Grundlage ist hier vor allem das in der Suchthilfe etablierte Konzept der »Motivierenden Gesprächsführung« (Miller u. Rollnick, 2009), um Jugendliche für ihre Ambivalenzen zu sensibilisieren und für Verhaltensänderungen zu motivieren. Während Projekte wie *FreD* oder *HaLT* eher der Früherkennung und Problem-sensibilisierung dienen, sprechen Programme wie *realize it, quit the shit* oder *Candis* eine veränderungsbereite Klientel an und erreichen dabei vor allem junge Erwachsene um die Mitte 20. Weiterführende intensive ambulante Suchttherapie gibt es derzeit nur für Erwachsene im Rahmen der Ambulanten Suchtrehabilitation der Rentenversicherungsträger.

Kinder- und Jugendpsychotherapeut/innen in eigener Praxis erreichen schwach motivierte Multiproblem-Jugendliche mit Drogenmissbrauch kaum und verweisen auf Entzug und Spezialbehandlung, die ebenfalls im stationären Feld stattfinden. Neben den ambulanten Beratungsangeboten wurden in Deutschland zunehmend für abhängige Jugendliche zahlreiche stationäre Langzeittherapieeinrichtungen etabliert. Diese werden überwiegend als Jugendhilfemaßnahmen finanziert. Parallel dazu wurden in zahlreichen Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie Suchtstationen für eine qualifizierte Entzugsbehandlung und anschließender Therapie eingerichtet.

Einigkeit besteht in der Fachwelt dahingehend, dass Jugendliche mit »Suchtstörungen« aufgrund der Multiproblemmkonstellation einen komplexen Hilfebedarf haben, der unter Berücksichtigung der Suchtausprägung, zusätzlicher komorbider Störungen und vorhandenen psychischen und sozialen Ressourcen, eine mehr oder weniger intensive multiprofessionelle Behandlung im ambulanten oder stationären Setting erfordert. Die Orientierung der Behandlung an klinischen Leitlinien und sorgfältiger Diagnostik sowie der Einsatz wirksamer Behandlungsmethoden werden zukünftig an Bedeutung gewinnen. Dabei stellen Schnittstellen und Übergänge zwischen den Hilfeformen einerseits, eine stärkere Einbeziehung von Eltern und Angehörigen andererseits und Mängel in der Diagnostik besonderen Herausforderungen dar.

## 2.1 Strukturelle Schnittstellenproblematik

Bei der Betreuung jugendlicher Suchtklient/innen sind die seit Jahren bekannten Schnittstellenprobleme zwischen verschiedenen Hilfesystemen (Jugendhilfe/Suchthilfe/Jugendpsychiatrie) eine ständige Herausforderung. Oft müssen in langwierigen Abstimmungsprozessen Zuständigkeiten (Kostenträger und Hilfeplanungen) geklärt und ausgehandelt werden. Nicht selten zum Nachteil der betroffenen Jugendlichen und Familien. So werden schnelle notwendige Vermittlungen verzögert, oft auch aus finanziellen Gründen, z. B. auf Grund »gedeckelter Budgets« in der kommunalen Jugendhilfe.

Als Suchtklient ist man im SGB V »psychisch gestört«, im SGB VI »von Erwerbslosigkeit bedrohter »Rehabilitand«, im SGB IX »durch seelische Behinderung bedroht« und »an gesellschaftlicher Teilhabe gefährdet« (Eingliederungshilfe). Als minderjähriger Jugendlicher mit Suchtproblemen hat man darüber hinaus im SGB VIII »erzieherischen Bedarf«.

Während nun ein erwachsener Suchtklient dennoch innerhalb kürzester Zeit einen ambulanten oder stationären Behandlungsplatz erhält, kann sich dieser Prozess bei Minderjährigen aufgrund von Zuständigkeitsproblemen über Monate verzögern. Hierbei spielt auch eine Rolle, dass bei der jugendlichen Klientel weder Behandlungsmotivation vorhanden ist noch Einigkeit darüber besteht, wer eigentlich das »Problem« hat.

Die Zuständigkeit und die Finanzierung sind bei der öffentlichen Jugendhilfe schon richtig verortet, weil es ja in jedem Fall auch um einen erhöhten erzieherischen Bedarf der Jugendlichen geht. Allerdings fehlt ein verbindlicher Rahmen, wie er in der »Ver Vereinbarung für Abhängigkeitserkrankungen« in der Suchthilfe Erwachsener vorgesehen ist und dort die verschiedenen fachlichen Aspekte der beteiligten Hilfesysteme und die Zuständigkeiten der Kostenträger in eine verbindliche Form bringt.

## 2.2 Mangelnde Einbeziehung von Eltern und Angehörige

Aktuelle Entwicklungstendenzen zeigen folgendes: Einerseits »boomt« der stationäre Bereich. Das bedeutet, dass sich die Jugendsuchttherapie derzeit primär auf eine Zielgruppe konzentriert, die scheinbar nur noch außerhalb ihrer Familie und ihres sozialen Kontextes zu betreuen ist. Andererseits ist eine Vielzahl von drogenspezifischen Frühinterventionsprojekten entstanden, die mit Kurzinterventionen im Vorfeld von Suchtentwicklung ansetzen.

Völlig unterrepräsentiert bleiben bisher ambulante suchtspezifisch-therapeutische Angebote für Minderjährige mit bereits bestehenden Suchtproblemen. Bei den aktuellen Konzepten ist festzustellen, dass die Beratungs- und Behandlungsangebote individuumszentriert sind und das Sucht- bzw. Problemverhalten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen fokussieren und Eltern oder andere Familienangehörige kaum in den Therapie- oder Beratungsprozess einbeziehen. Bei den oben genannten Frühinterventionsprojekten ist dies z. B. gar nicht vorgesehen. Eltern- und Familienarbeit ist weiterhin eine Schwachstelle in der Drogen- und Suchthilfe.

Im Vergleich dazu werden bei den stationären Angeboten der Jugendhilfe bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie Eltern einbezogen, sei es in Form von Eltern- bzw. Familiengesprächen oder durch Tagesseminare für Eltern/Familien. Der tatsächliche Bedarf der Familien für eine konkrete Veränderung im Alltag kann damit aber nur eingeschränkt beantwortet werden, wobei ein Transfer neuer Beziehungs- und Verhaltensmuster in der Familie oft nicht nachhaltig erreicht wird. Zudem liegt einer langfristigen stationären Behandlung in der Jugendhilfe das Konzept zugrunde, dass der bisherige familiäre und soziale Kontext der Entwicklung des Jugendlichen nicht

förderlich sei und stattdessen im therapeutischen Milieu eine professionell begleitete »Nachreifung« erfolgen soll. Es geht also hierbei nicht um eine systemisch-orientierte Unterstützung der Familie als primärem System, sondern in der Regel um eine ablösungsorientierte Begleitung des Jugendlichen vor dem Hintergrund eines als »defizitär« wahrgenommen familiären Milieus.

### 2.3 Mängel in der Diagnostik, Einseitiger Fokus auf Jugendliche und deren »Störung«

Als Fazit lässt sich zusammenfassen: Bei allen bisherigen jugendsuchtspezifischen Angeboten liegt eine primäre Fokussierung der Interventionen auf den Jugendlichen und deren »Störung« bzw. »Problem«verhalten vor. Es besteht ein gravierender Mangel an systemisch-familienorientierter Sichtweise in der Arbeit mit einer jugendlichen Zielgruppe,

- die sich noch in Erziehungsprozessen befindet,
- deren Eltern oft hilflos sind und Unterstützung brauchen, weil sie sowohl zum Problem als auch zur Lösung beitragen,
- deren Suchtverhalten weit mehr entwicklungs- und kontextabhängig ist als bei Erwachsenen und
- deren Suchtverhalten oft ein sichtbares Symptom für Multiproblemlagen in den Familien ist.

Bei Kindern und Jugendlichen greifen die bestehenden Diagnoseverfahren für Suchterkrankungen nur eingeschränkt. So wird bei den psychiatrischen Diagnosesystemen (ICD-10/DSM-IV) eine mangelnde Berücksichtigung entwicklungsorientierter Konsummotive sowie die Relevanz des sozialen Kontextes kritisiert (Aden, Stolle u. Thomasius, 2011). Unsere Erfahrung ist, dass Jugendlichen nach einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Kurzbehandlung aufgrund komplexer »komorbider Störungen« primär stationäre Unterbringungen empfohlen und Möglichkeiten der ambulanten Therapie nicht genutzt werden. Nach wie vor überwiegt hier ein systembedingter »defizitärer Blick«, der mit einer mangelnden Berücksichtigung vorhandener persönlicher und sozialer Ressourcen der Jugendlichen und der Familie einhergeht. Eine gute systemübergreifende, ressourcenorientierte psychosoziale Diagnostik als Grundlage einer angemessenen Indikationsstellung und Zuweisung ist im Jugendsuchtbereich noch kein Standard. Hier kann die systemische Perspektive mit ihrer ressourcenorientierten Diagnostik der relevanten Subsysteme sowie der Einbeziehung der relevanten sozialen (Hilfe-)Systeme vorhandene Schnittstellenprobleme überwinden. Dabei können Suchtprobleme im Jugendalter frühzeitiger bearbeitet werden, wenn proaktive, für Eltern und Jugendliche motivationsfördernde und damit verbundene aufsuchende Strategien und Konzepte genutzt werden (Liechti, 2009).

### 3 Erfahrungen aus den systemisch-orientierten Therapieprojekten

Zwei Therapieprojekte, die auf der Grundlage der aufsuchenden Familientherapie (Conen, 1996, 2002) sowie der Multidimensionale Familientherapie (MDFT) arbeiten, sollen im Folgenden beispielhaft dargestellt werden.

#### 3.1 Aufsuchende Familientherapie für riskant konsumierenden Jugendliche und deren Familien

Das AFT Pilotprojekt in Pforzheim (2008-2011) wurde aus der Perspektive entwickelt, dass »verzweifelte« Eltern im Fachbereich der aufsuchenden Sozialarbeit aufgetaucht sind und in Krisensituationen um Hilfe für ihre suchtmittelkonsumierenden Kinder oder schon abhängigen Jugendlichen nachgesucht haben. Die Parteilichkeit der Streetworker hat diese Möglichkeit verhindert. Im Pilotprojekt wurden die Elemente der aufsuchenden Familientherapie (Conen, 1996, 2002) eingesetzt, um zum einen die Jugendlichen und Eltern in gemeinsamen Kontext aufzusuchen, obwohl sich zuvor Teile des Familiensystems verweigert hatten. Zum anderen wird durch die aufsuchende Arbeit den Eltern verdeutlicht, welche Bedeutung sie in der Lebensphase eines 14- bis 18-jährigen Jugendlichen haben. Dieser Arbeitsansatz erkennt an, dass ohne die Beteiligung der Eltern und des erweiterten Familiensystems keine nachhaltigen Veränderungen möglich sind. Auf die Multiproblemlagen in diesen Familien wurde bereits mehrfach hingewiesen. Die weiteren Vorteile dieser Methode für die Familien sind:

- Die aufsuchende Maßnahme ist ein »Heimspiel« für die Familie und reduziert dadurch etwaige Ängste und Befürchtungen,
- sie ermöglicht den Therapeuten zusätzliche diagnostische Einblicke in die innerfamiliäre Kommunikation,
- die Therapie findet immer zu zweit statt (Co-Therapeuten-System) und bietet so eine gegenseitige Unterstützungsmöglichkeit,
- sie eröffnet die Möglichkeit, das methodische Instrument des »reflecting teams« (Andersen, 1990) einzusetzen, indem vor und mit der Familie mögliche Veränderungsschritte offen kommuniziert werden,
- sie ist mit sechs Monaten Behandlungsdauer eher kurz angelegt,
- sie reduziert bzw. vermeidet damit eine Pathologisierung der Familie und
- sie erhöht die Zuversicht auf Veränderbarkeit der Situation.

Im Pilotprojekt wurden 51 Familien mit 41 männlichen und 10 weiblichen Jugendlichen erreicht. Die wesentlichen Effekte der Begleitforschung (Befragung der Überwieser, narrative qualitative Interviews mit zehn Familien) waren:

- erhöhte Haltequote,
- Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Familie,
- Verbesserung der erzieherischen Kompetenz der Eltern,

- größere Bereitschaft professionelle Hilfe anzunehmen und
- bessere Möglichkeiten, in künftigen Krisen selbst eine adäquate Lösung zu finden.

Das Pilotprojekt hat schließlich zu einer Leistungsvereinbarung mit den örtlichen Jugendämtern geführt, sodass diese Leistung im Rahmen der Hilfen zur Erziehung weiter umgesetzt werden kann.

Die Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Suchthilfe hat sich durch die AFT intensiviert, was sich in gemeinsamen Fallbesprechungen zeigt. Weiterhin hat es zu einer Schärfung der Wahrnehmung des »Suchtproblems« in der Jugendhilfe geführt.

### 3.2 Multidimensionale Familientherapie MDFT als »Best Practice-Ansatz«

Die Multidimensionale Familientherapie wurde in den USA von Howard Liddle (2010) entwickelt und im Rahmen der transnationalen INCANT Studie (2005-2009) vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und wissenschaftlich evaluiert (Tossmann, Jonas, Rígter u. Gantner, 2012). Im Anschluss an die Studie wurde der Ansatz in vier weitere Einrichtungen der Jugend und Suchthilfe transferiert (Gantner, 2014). MDFT wurde von der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle als »Best Practice«-Ansatz für jugendliche Cannabiskonsumenten eingestuft (EMCCDA, 2014). Die Ergebnisse der MDFT-Studien wurden in Deutschland vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie positiv bewertet und trugen im Jahr 2008 zur Anerkennung der Systemischen Therapie/Familientherapie als wissenschaftlichem Therapieverfahren bei (Sydow, Beher, Retzlaff u. Schweitzer-Rothers, 2006). MDFT hat ihre Wurzeln in der strukturellen Familientherapie nach Salvador Minuchin und der direktiv-strategischen Familientherapie nach Jay Haley. Ergänzt wird die familienorientierte Perspektive durch die ökologische Sichtweise, die Individuen und ihre Familien immer eingebettet in ihre sozialen Kontexte begreift und folgerichtig relevante außerfamiliäre Bezugspersonen bzw. Systeme in Konzeption und Behandlung einbezieht.

MDFT beinhaltet zudem psychotherapeutische Haltungen und Techniken, die sich an der Gesprächspsychotherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie und der motivierenden Gesprächsführung orientieren. Neben der Stärkung der Therapie- und Veränderungsmotivation ist ein therapeutisches Anliegen die Förderung der Selbstexploration von Jugendlichen und Eltern. Dafür ist eine durchgängig empathisch-wertschätzende therapeutische Haltung ebenso unverzichtbar wie der schnelle Aufbau von multiplen, individuellen therapeutischen Arbeitsbündnissen/Beziehungen zu den einzelnen Beteiligten.

### 3.3 Pendeldiplomatie im multisystemischen Setting

Die therapeutische Arbeit erfolgt in dichter Abfolge, teilweise aufsuchend in den jeweiligen Subsystemen (Jugendliche alleine, Eltern alleine, einzelne Elternteile alleine, Familie zusammen) und hat dabei die Verbesserung der familiären Kommunikation und Beziehungen als zentrales Ziel. Die Einzelsitzungen dienen daher

einerseits der Klärung individueller Anliegen, andererseits direkt oder indirekt der Vorbereitung von Familiensitzungen. Kernstück der *MDFT* ist die Wiederherstellung positiver emotionaler Bindung zwischen Eltern und Jugendlichen, um die notwendige Grundlage für die Wirksamkeit der elterlichen Erziehung zu schaffen und eine Suche nach Problemlösungen möglich zu machen.

### 3.4 Suchtspezifisch und entwicklungsorientiert

Das systemische Problemverständnis wird bei *MDFT* um suchtspezifische Interventionen ergänzt. Gemeint sind konkrete Hilfen zur Reduzierung bzw. zum Ausstieg aus dem Konsum, Urinkontrollen, Vermittlung in Entzugsbehandlungen, Rückfallprävention etc. Ebenso wichtig ist die Berücksichtigung von entwicklungspsychologischen Aspekten im Zusammenhang mit jugendlichem Drogenkonsum. Speziell bei Jugendlichen mit Suchtproblemen sind häufig zusätzliche Verhaltensauffälligkeiten (Schuldistanz, Delinquenz) bzw. komorbide psychische Störungen (ADHS, Depressionen, Ängste, drogeninduzierte Psychosen) vorzufinden. Auch hier bezieht *MDFT* bei Bedarf störungsspezifische Interventionen ein (teilweise in enger Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiater/innen). Ausführliche Beschreibungen der *MDFT* mit zahlreichen Fallbeispielen wurden im deutschsprachigen Manual veröffentlicht (Spohr, Gantner, Bobbink u. Liddle, 2011).

#### Fallbeispiel

Der 15 jährige Marco machte bereits mit 11 Jahren erste Erfahrungen mit Cannabis. Ab dem 12. Lebensjahr konsumierte er regelmäßig bis zu zwei Gramm täglich. Marco zeigte schon vor dem Cannabiskonsum Lernschwierigkeiten und aggressive Verhaltensauffälligkeiten in der Schule. Zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme bestand eine schwere akute Depression mit suizidalen Gedanken, nachdem Marco wegen seiner Freundin den Konsum seit 14 Tagen eingestellt hatte. Weder der Drogenmissbrauch noch die gravierende Entzugssymptomatik waren von den Eltern in ihrer Schwere wahrgenommen worden.

Die Therapeutin veranlasste kurzfristig eine 14-tägige Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Stabilisierung und weiteren psychiatrischen Diagnostik. Die ambulante *MDFT* Behandlung wurde währenddessen mit den Eltern und in gemeinsamen Sitzungen mit Marco in der Klinik fortgesetzt.

Die Eltern hatten sich getrennt als Marco vier Jahre alt war. Seither lebte Marco bei seinem Vater, der seine früheren Alkoholprobleme weitgehend überwunden hatte. Beide Eltern leben mittlerweile mit neuen Partnern zusammen und hielten in Bezug auf das gemeinsame Kind einen oberflächlichen Kontakt aufrecht.

In getrennten Elterngesprächen wurde deutlich, dass seitens des Vaters noch immer unterschwellig Groll, Vorwürfe und latente Abwertung der Mutter gegenüber existierten. Seitens der Mutter dominierten Schuldgefühle und Enttäuschung ge-

genüber dem Partner aufgrund der erlittenen Zurückweisung im Verlauf der Trennungsgeschichte und im Zusammenhang mit wenig koordinierten Erziehungsstilen und -verhalten. Zielrichtung der Sitzungen mit den Eltern war es, eine engere, besser miteinander abgestimmte Beziehung zum Sohn herzustellen.

In der multidimensionalen Familientherapie wurden in einem fünfmonatigen Zeitraum 8 Sitzungen mit dem Jugendlichen, 16 Sitzungen mit den Eltern, 11 Sitzungen mit der Familie, sowie 11 Kontakte mit relevanten außerfamiliären Bezugspersonen (Klinik, Schule) durchgeführt. Bei Marco lag der therapeutische Schwerpunkt in der gemeinsamen Arbeit mit den getrennt lebenden Eltern. Die Eltern wurden motiviert, offener über Ihre Verletzungen und Gefühle zu sprechen. Nach dieser Klärung konnte eine gemeinsam abgestimmte Haltung und Erziehungsstrategie erarbeitet werden. Die Mutter wurde im weiteren Verlauf aufgrund eigener depressiver Probleme in eine Psychotherapie vermittelt. Marco konnte mit vorübergehender medikamentöser Unterstützung selbst nach der Trennung von seiner ebenfalls psychisch instabilen Freundin eine eigenständige Abstinenzmotivation entwickeln und seine schulischen Leistungen deutlich verbessern.

#### 4 Systemisch-therapeutische Haltungen

Aus eigener Erfahrung wissen wir, dass eine systemisch orientierte Perspektive und Vorgehensweise bei Jugendlichen mit Suchtproblemen eine große Herausforderung darstellt. Die teilweise in den Familien vorherrschende hohe emotionale Negativität und Abwertung, die erlittene Ohnmacht und Verzweiflung, sowie die oft damit einhergehende mangelnde Motivation kann auch bei Beratern/Therapeuten schnell ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit erzeugen (Conen, 2002). Die Verlockungen, sich mit dem Jugendlichen gegen die Eltern (oder umgekehrt) zu verbünden, sind groß. Unter dem Stichwort »Nachreifung« konzentriert man sich primär auf den Jugendlichen mit dem Ziel der Verbesserung seiner Entwicklungsprobleme. Eine nachhaltige Veränderung dysfunktionaler Kommunikationsmuster und das Erarbeiten einer besseren Bindung zur Familie werden aber ohne intensiven Einbezug der Eltern selten erreicht.

Eine empathische Allparteilichkeit, die den Bedürfnissen der Eltern und der Kinder Rechnung trägt, ist komplexer als die Arbeit mit nur einem »Subsystem«. Die Arbeit im Spannungsfeld von externen Auflagen/Sanktionen aus dem außerfamiliären Umfeld (Jugendamt/Schule) und den individuellen Wünschen der Familienmitglieder stellt zusätzlich Herausforderungen für das therapeutische Personal dar. Die Arbeit mit den Familien, das Pendeln zwischen den Subsystemen erfordert ein hohes Maß an Rollenflexibilität, Aktivität und Engagement seitens der Therapeuten/innen sowie ein hohes Maß an persönlicher Integrität und fachlicher Kompetenz. Hinzu kommt die Notwendigkeit eines co-therapeutischen Vorgehens (AFT) oder einer intensiven, den Fallverlauf begleitenden Supervision (MDFT), um die Übersicht und therapeutische Neutralität in komplexen Systemen zu behalten. Hierzu bedarf es sowohl entsprechender Zeitressourcen als auch eines gemeinsamen konzeptionellen Verständnisses im Team.

## 5 Fazit

Die Wirksamkeit der Systemischen Familientherapie für jugendliche Suchtklienten ist seit Jahren gut belegt. So zählt z. B. *MDFT* zu den am besten evaluierten therapeutischen Ansätzen für diese Zielgruppe (EMCCDA, 2014). Aus unserer Sicht bilden ambulante systemische Ansätze das *Missing link* in der Jugendsuchthilfe und können wesentliche Impulse für einen verbesserten Zugang zu Jugendlichen *und* Eltern geben. Zusammenfassend lassen sich folgende Vorteile finden:

- Systemische Therapie kann die Lücke zwischen beratender Frühintervention und stationärer Langzeittherapie schließen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass durch eine frühzeitige intensive systemische Intervention auch in »schwierigen Fällen« ein stationärer Aufenthalt vermieden werden kann.
- Systemische Therapie mobilisiert familiäre Ressourcen, die bisher wegen des Mangels an gezielten Unterstützungsprogrammen für Eltern kaum genutzt werden. Die therapeutische Arbeit an nachhaltiger Verbesserung familiärer Kommunikation und »ungesunder« Bindung in der Familie ist, insbesondere für die langfristige Entwicklung der Jugendlichen, ein entscheidender Wirkfaktor.
- Die sehr aktive, direktive und auch aufsuchende Herangehensweise packt eines der zentralen Probleme dieser Zielgruppe an: die aus unterschiedlichsten Gründen oft nur sehr schwache Motivation von Jugendlichen und Eltern. Die Arbeit mit möglichen »Auflagen« (Jugendamt/-gericht) kann dabei im positiven Sinne genutzt werden.
- Die Orientierung hin zum sozialen Raum der Jugendlichen beinhaltet die Vernetzung und Abstimmung von Angeboten aus verschiedenen Hilfesystemen, die häufig parallel involviert sind und nur Teilspekte der Gesamtsituation fokussieren (können).

Wir wünschen uns eine tatsächliche Öffnung für systemisches/familienorientiertes Denken und Handeln in der Jugendsuchthilfe. Dabei bedarf es nach dem Ausbau stationärer Angebote insbesondere einer Weiterentwicklung ambulant-therapeutischer Angebote. Zukünftig sollte darauf hingearbeitet werden, dass ambulante Suchthilfeträger, die bereits ambulante Suchtrehabilitation nach SGB VI für Erwachsene anbieten, die Voraussetzung dafür schaffen, ein auf Minderjährige und deren Eltern abgestimmtes suchtspezifisches Therapieangebot zu unterbreiten. Ebenso vorstellbar ist, dass sich Jugendhilfeträger spezialisieren und entsprechende Angebote für diese Zielgruppe entwickeln. Auch die Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrien könnten sich »systemisch öffnen« und so anschlussfähiger zu der tendenziell systemisch orientierten Jugendhilfe werden.

Hierfür liegen nun evidenzbasierte und praxiserprobte systemische Konzepte vor, für die in geeigneter Form Leistungsvereinbarungen entwickelt werden sollten, sei es nun wie im Therapieladen e. V. im Rahmen des SGB VIII als ambulant-therapeutische Jugendhilfeleistungen oder in Form von Misch- bzw. Poolfinanzierungen. Die immer wieder herzustellende Kooperation zwischen Jugendhilfe/Schule/Drogenhilfe/Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dabei ein handlungsleitendes und selbstverständliches Element einer systemisch orientierten Vorgehensweise.

## Literatur

- Aden, A., Stolle, M., Thomasius, R. (2011). Cannabisbezogene Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Diagnostik, Komorbidität und Behandlung. *SUCHT*, 57, 215-230.
- Andersen, T. (Hrsg.) (1990). Das reflektierende Team. Dortmund: Modernes Leben.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009). Drogen und Suchtbericht 2009. Best-Nr. BMG-D-09008.
- Conen, M.-L. (1996). Aufsuchende Familientherapie mit Multiproblemfamilien. *Kontext*, 2, 150-165.
- Conen, M.-L. (2002). Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden – Aufsuchende Familientherapie. Heidelberg: Carl Auer.
- EMCCDA (2014). Best practice portal: [www.emccda.europa.eu/best-practice](http://www.emccda.europa.eu/best-practice)
- Gantner, A. (2014). Nationaler Transfer der in der INCANT Studie evaluierten MDFT als familienbasierter Frühintervention in die Jugendsuchthilfe. Sachbericht. Bundesministerium für Gesundheit. [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale\\_Drogen/Cannabis/Downloads/Sachbericht\\_MDFT\\_Transfer-INCANT.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Cannabis/Downloads/Sachbericht_MDFT_Transfer-INCANT.pdf)
- Liechti, J. (2009). Dann komm ich halt, sag aber nichts. Motivierung Jugendlicher in Therapie und Beratung. Heidelberg. Carl-Auer.
- Liddle, H. A. (2010). Treating Adolescent Substance Abuse. Using Multidimensional Family Therapy. In J. Weisz, A. Kazdin (Hrsg.), *Evidence-based psychotherapies for Children and Adolescents* (S. 416-432). New York: Guilford Press.
- Miller, W. M., Rollnick, S. (2009). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.
- Simon, R., Sonntag, D. (2004). Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. <http://www.wesd.de/texte/cannabisbezogene-stoerungen.pdf>, Zugriff: 03.08.2011.
- Spohr, B., Gantner, A., Bobbink, J., Liddle, H. (2011). Multidimensionale Familientherapie. Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sydow, K. von, Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer-Rothers, J. (2006). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sydow, K. von, Schindler, A., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J., Retzlaff, R. (2010). Die Wirksamkeit Systemischer Therapie bei Substanzstörungen des Jugend- und Erwachsenenalters. *Sucht*, 56, 21-42.
- Tossmann, H. P., Jonas, B., Rigter, H. & Gantner, A. (2012). Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. *SUCHT*, 58 (3). 157-166.

## Korrespondenzadressen:

Andreas Gantner, Therapieladen e. V., Potsdamer Straße 131, 10783 Berlin;  
 E-Mail: [a.gantner@therapieladen.de](mailto:a.gantner@therapieladen.de)  
 Harald Stickel, Plan B gGmbH, Jugend, Sucht & Lebenshilfen, Schießhausstrasse 6,  
 75173 Pforzheim; E-Mail: [harald.stickel@planb-pf.de](mailto:harald.stickel@planb-pf.de)