

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst



# Multisystemische Therapie – Erfahrungen mit dem evidenzbasierten Behandlungskonzept im Kanton Thurgau Schweiz

Dr. med. Bruno Rhiner



**Psychiatrische Dienste Thurgau**  
Spital Thurgau AG

# SCHWARZER PETER



Fremontburger

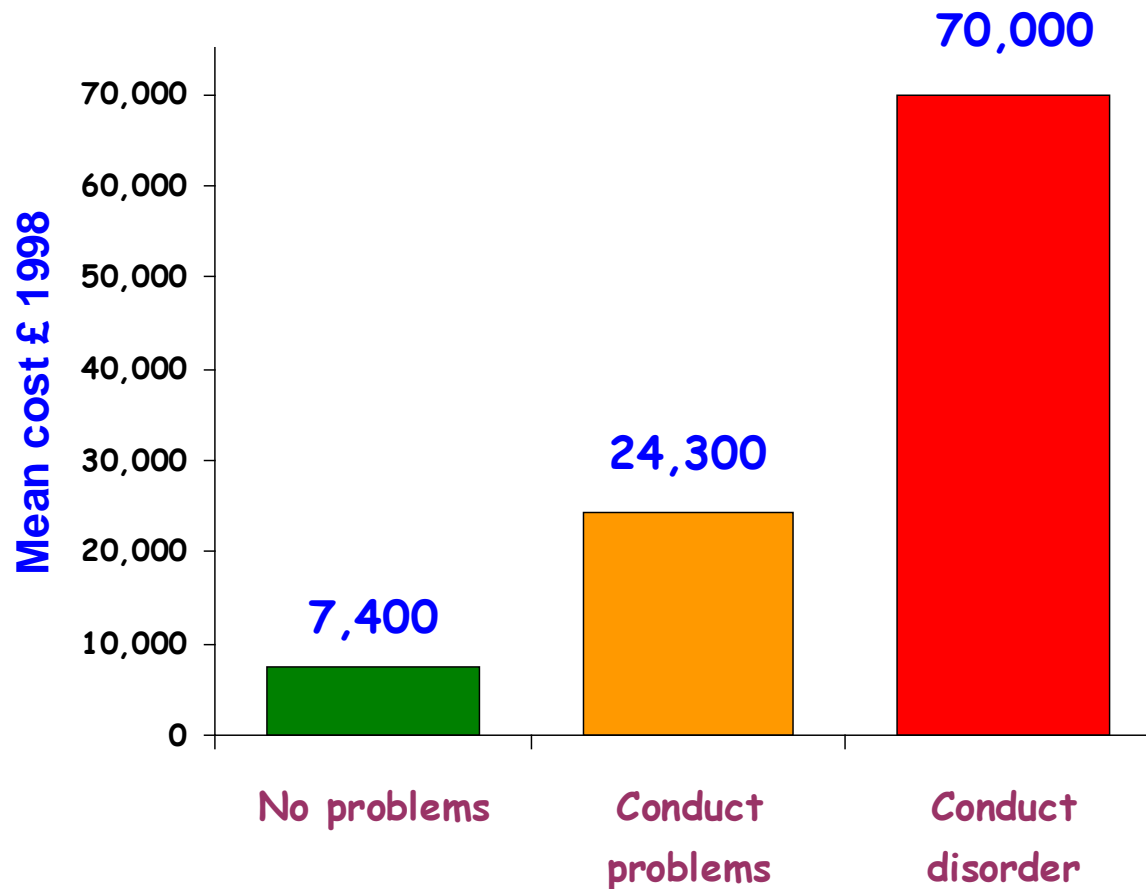
# Mad – Bad Dilemma

Missbrauch Psychiatrie?

medizinischer Behandlungszugang vor 18

Leidensdruck bei den Anderen

Gesamtgesellschaftliche Folgekosten bei 28-Jährigen um das 10-fache höher (Stephen Scott 2001, Romeo 2006).



# Hohes Risiko einer schlechten Prognose im Erwachsenenalter

Arbeitslosigkeit

delinquente Karriere, Gefängnisaufenthalte

erhöhtes Risiko an Abhängigkeitserkrankung,

vermehrte körperliche Erkrankungen

vermehrt psychiatrische Erkrankung (dissoziale Persönlichkeitsstörung,

Abhängigkeitserkrankungen, affektive Störungen, Angststörungen,

Essstörungen oder Schizophrenie ) und erhöhtes suizidales Risiko

(Moffitt 2002).

# Tina, 16j.

- Lebt mit Km und Stv. Keine Geschwister. Ländliche Gemeinde
- Haushalt chaotisch, nicht sauber. Stv berufstätig im Schichtbetrieb, Raucher. Km Rente, sehr adipös, ungepflegt, Raucherin. Sporadischer Cannabiskonsum
- Kv, in Zürich, im selben Wohnhaus mit Gm vs und Tante vs; berufstätig; seit vielen Jahren depressive Störung
- 1x/Mo WE beim Kv in Zürich
- Schule: 10. Schuljahr nach bereits zwei Schulausschlüssen im letzten Schuljahr

# Zuweisungsverhalten

- Drohender Schulausschluss wegen Rauchens auf dem Schulgelände, respektlosen Verhaltens, ungenügender Motivation, mangelnde Hygiene
- Zuhause heftige verbale Aggression und Zerschlagen von Gegenständen
- Nicht Einhalten von Ausgangsregeln
- Ritzen an Armen und Beinen
- Hoher Konsum von Alkohol, Nikotin und Cannabis
- Ladendiebstähle, Schlägerei, Automaten aufbrechen



# Anamnestiche Angaben

- Tina immer schon sehr impulsiv, viele Wutausbrüche, schwieriges Temperament
- Kv schwere Depression, als Tina Kleinkind. Tina 2-jährig bei Trennung der Ke
- 12 Jahre KJPD wegen Trennungsängsten und Aggression
- Km zwei Partnerschaften, jeweils Internetbekanntschaften.



# Epidemiologie und Prävalenz

- 6 - 16 % für Jungen
- 2 - 9 % für Mädchen
- Stark abhängig von Alter und Geschlecht
- Je jünger umso jungenlastiger
  - Kindesalter 6.5 % Jungen, 1.8% Mädchen, (Offort 1987)
  - Jugendalter 6 % Jungen, 5 % Mädchen (Esser 1990)

## Definition SSV

durchgehendes Muster von oppositionellen oder aggressiven oder dissozialen Verhaltensweisen.

- Größere Verletzung der altersentsprechenden sozialen

Erwartungen

- mind. 6 Monate oder länger

- Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren
- Bedrohung anderer, Einschüchterung, häufige Schlägereien
- Körperliche Verletzung und Grausamkeit gegenüber Menschen und Tieren
- Erpressung
- Raubüberfall
- Sexuelle Übergriffe
- Zerstörung von Eigentum, vorsätzliche Brandstiftung oder Vandalismus
- Betrug oder allgemeine Diebstahl, Einbruchsdelikte in Autos oder Gebäude
- Lügen
- Schwere Regelverstöße
- Nächtliches Wegbleiben ohne elterliche Erlaubnis, manchmal die ganze Nacht über, häufiges Schule schwänzen

## ICD 10

- Vorwiegend Ort des Auftretens (Familie oder generalisiert)
- Soziale Kompetenz (mit oder ohne soziale Bindungen)
- Schweregrad

## DSM 4

- Beginn der Störung vor oder nach dem 10. Lebensjahr
- oppositionelle Störung als eigenständige Kategorie

# SSV nach ICD 10

- 91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
- 91.1 SSV bei fehlenden sozialen Bedingungen
- 91.2 SSV bei vorhandenen sozialen Bindungen
- 91.3 SSV mit oppositionellen und aufsässigem Verhalten
- 90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- 92.0 SSV mit depressiver Störung
- 92.8 Sonstige Störung des SSV und der Emotionen

# Exkurs Dunedin Logitudinal Studie (Moffitt 2002)

Kohorte von ursprünglich 1037 Kindern (52 % Jungen, 48 % Mädchen)  
Untersuchungszeitpunkte mit 3 (1037), 5 (991), 7 (954), 9 (955), 11 (925),  
13 (850), 15 (976), 18 (993), 21 (961), 26 (680)

2 Prototypen des Verlaufes LCP (Life Course-Persistent) und  
AL (Adolescence limited)

94 % der Jugendlichen in illegale Handlungen involviert (Fälschen  
eines Ausweises, unerlaubtes Trinken von Alkohol, usw.)

7.3% SSV, 6% schwerwiegendere Delikte mit Involvierung der Polizei.

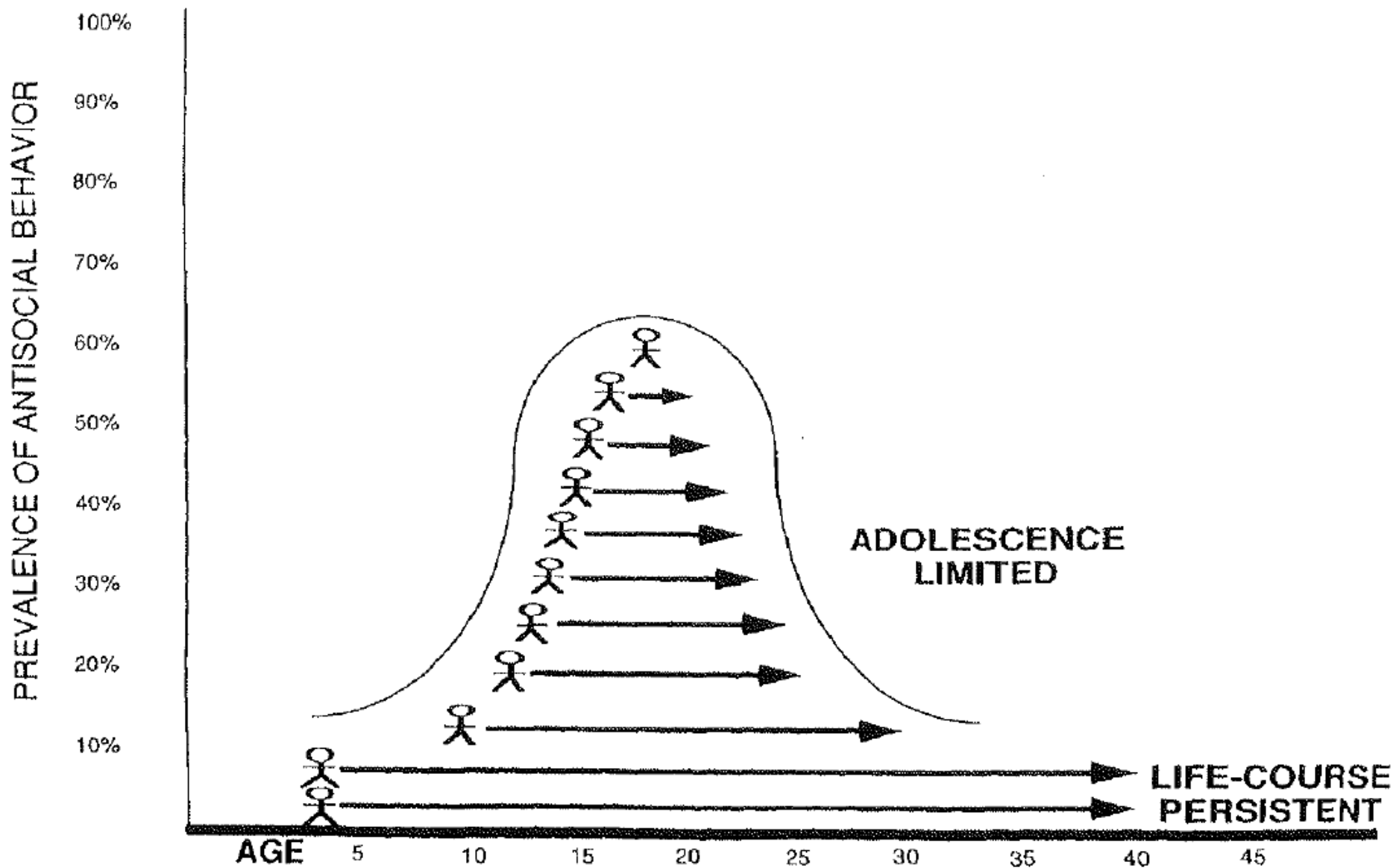


Figure 3. Hypothetical illustration of the changing prevalence of participation in antisocial behavior across the life course. (The solid line represents the known curve of crime over age. The arrows represent the duration of participation in antisocial behavior by individuals.)

## **LCP** (life course persistent)

- Angeborene oder erworbene neuropsychologische Schwierigkeiten
- Subtile kognitive Defizite
- Schwieriges Temperament
- Hyperaktivität
- tiefe Herzrate
- Umgebungsrisikofaktoren: unangemessenes Erziehungsverhalten, Brüche in den familiären Beziehungen, Armut, schwache Verbindung zu Familie, frühe Schulabbrüche, Psychopathie
- schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen und Schule

## **AL** (adolescence limited)

Exacerbation der sozialen Schwierigkeiten im Entwicklungszeitraum der Adoleszenz

Früher unauffällige gesunde Jugendliche

Prognose entscheidend beeinflusst durch Umfeld «Fallen»

Delikte, Gefängnisaufenthalte, Schwangerschaft während

Adoleszenz, wenig erfolgreich in Schule und Beruf

# „Recovery Group“ – internalisierende Gruppe

- ursprünglich: stabile durchgehende schwere Störung des Sozialverhaltens in Kindheit, aber günstiger Verlauf ohne Delinquenz im Erwachsenenalter
- In Nachuntersuchung (26 jährig): hoher Anteil an internalisierenden Problemen (Depression, Angststörung), sozial isoliert, unverheiratet, Persönlichkeitsstörungen.
- Nur 15 % der Kinder mit CD zeigten tatsächliche Besserung

# Antisoziale Persönlichkeitsstörung DSM-IV

Erfordert SSV vor 15. Lebensjahr (DSM-IV)

Nur 3 Merkmale auf charakterologische Beschreibungen

(Hinterlistigkeit, Impulsivität und Mangel an Reue). Mehrzahl der

Items auf leicht objektivierbare Verhaltensphänomene.

# Dissoziale Persönlichkeitsstörung ICD 10

Stärkere Betonung charakterologischer Merkmale

Emotionale Eigenarten wie :

- Mangelnde Empathie und Verantwortungsgefühl
- Fehlendes Schuldbewusstsein
- Bindungslosigkeit und Unfähigkeit aus Bestrafung zu lernen

### Individuum

- Schwieriges Temperament
- Teilleistungsstörungen
- Aufmerksamkeitsprobleme
- Erhöhte Impulsivität
- Kognitive Schwierigkeiten
- CU Traits
- Psychiatrische Krankheiten

### Familie

- Geringes elterliches Monitoring
- Inkonsistente Erziehungsstrukturen
- Permissive Erziehungshaltung
- Dürftige emotionale Beziehungen
- Psychiatrische Erkrankungen oder Abhängigkeitserkrankungen der Eltern

### Peers

- Zusammen mit anderen dissozialen Peers
- Schlechte Beziehungen zur Peers, Aussenseitertum
- Fehlende positive Freizeitaktivitäten
- Wenige oder wenig tiefgehende Freundschaften
- **Assoziation mit dissozialen Peers ist der kräftigste Prädiktor für weiteres dissoziales Verhalten !**

## SSV

### Schule

- Schulische Schwierigkeiten
- Schlechte Schulleistungen
- Repetitionen
- Verhaltensprobleme in der Schule
- Schule schwänzen
- Unklare schulische Strukturen
- Wenig Wertschätzung
- Schwierige Klasse
- Überforderte Lehrpersonen/ Schulleitung
- Zusammenarbeit mit Eltern

### Gemeinschaft

- Erleichterter Zugang zu Drogen und Waffen
- Wohnvierteln mit hohem psychosozialen Stress mit gewalttätem Klima
- hohe Fluktuation der Nachbarn
- Geringe soziale Verantwortung
- Fehlende Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche

# MST Multisystemische Therapie

S. Henggeler et al

- 120 - 150 Tage Behandlungsdauer
- Falllast 4 – 6 Familien pro Therapeut
- Für 12 – 17 Jährige
- Aufsuchend in allen involvierten Systemen aktiv
- Team hat ebenfalls eine 24 Stunden/365 Tage Präsenz (telefonisch erreichbar oder auch Kriseneinsätze vor Ort)

# Wo wird MST angewendet

- 480 Teams weltweit (März 11)
- über 23 000 Jugendliche jährlich
- In über 30 Staaten der USA
- Norwegen, Dänemark, England, Irland, Schweden, Holland, Canada, Island, Australien und Neuseeland
- Schweiz Kt. Thurgau



# Was ist "MST"?

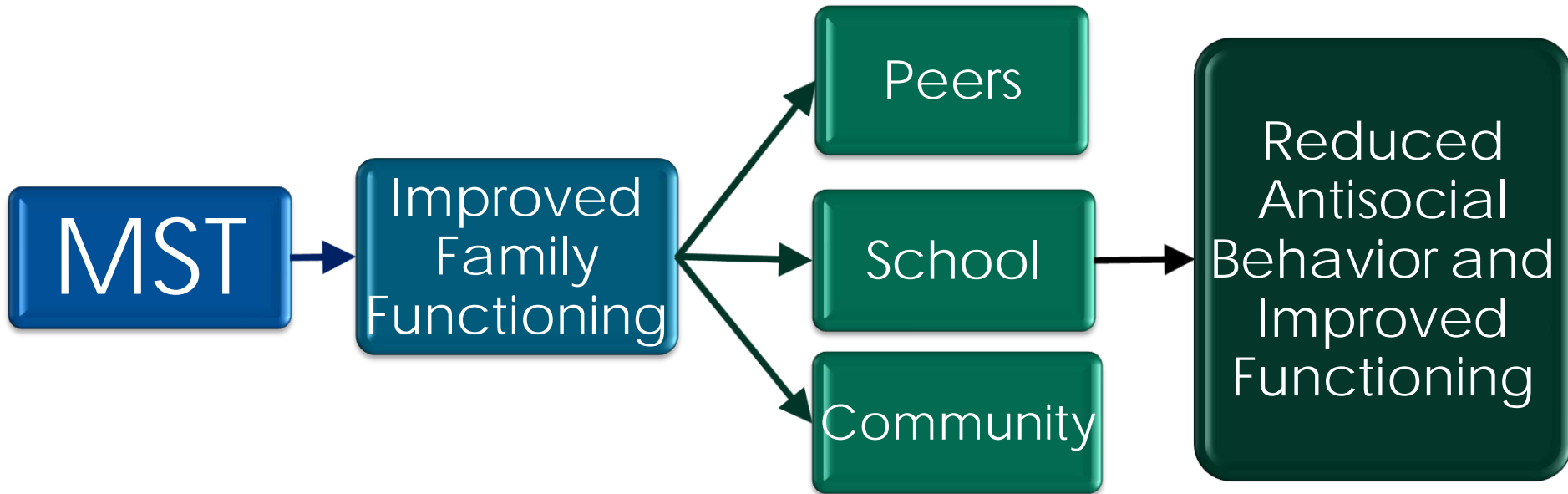
- MST ist ein Behandlungsangebot für Jugendliche mit so auffälligem Sozialverhalten, dass ihnen eine Platzierung und/oder ein Schul-/Arbeitsplatz-verweis drohen
- Der Fokus liegt auf der Befähigung der Eltern (Bezugspersonen) aktuelle und zukünftige Probleme lösen zu können
- Als MST "Klient" wird die gesamte Umgebung des Jugendlichen (Familie, Gleichaltrige, Schule, Nachbarn) betrachtet



## Was ist "MST"

- "jugendpsychiatrische Intensivstation zu Hause"
- 4 x100% Therapeuten, je 4 Fälle, dh. 16 Familien (+ 100% Teamleitung)
- begrenzte Behandlungsdauer 120 bis 150 Tage
- Hohe Intensität der Behandlung im aufsuchenden Setting mit 24h/7 Tage Erreichbarkeit des Therapeutenteams





# Assessment

- Genogramm und Problemanamnese
- Stärken und Schwächen der beteiligten Systeme
- Verhaltensbeobachtung und –analyse (Fit)
- Evtl. zusätzliche Befunde, Tests
- Festlegung der Therapieziele mit allen Schlüsselpersonen



# Stärken

- Tragfähige emotionale Beziehung zwischen Tina und Km
- Hohe Therapiemotivation der Ke und des Stv
- Regelmässiger Kontakt der Ke
- Gesicherte finanzielle Situation der Ke
- Tinas Wunsch nach Lehrausbildung /Intelligenz
- Tinas regelmässiges Fussballtraining



# Schwächen

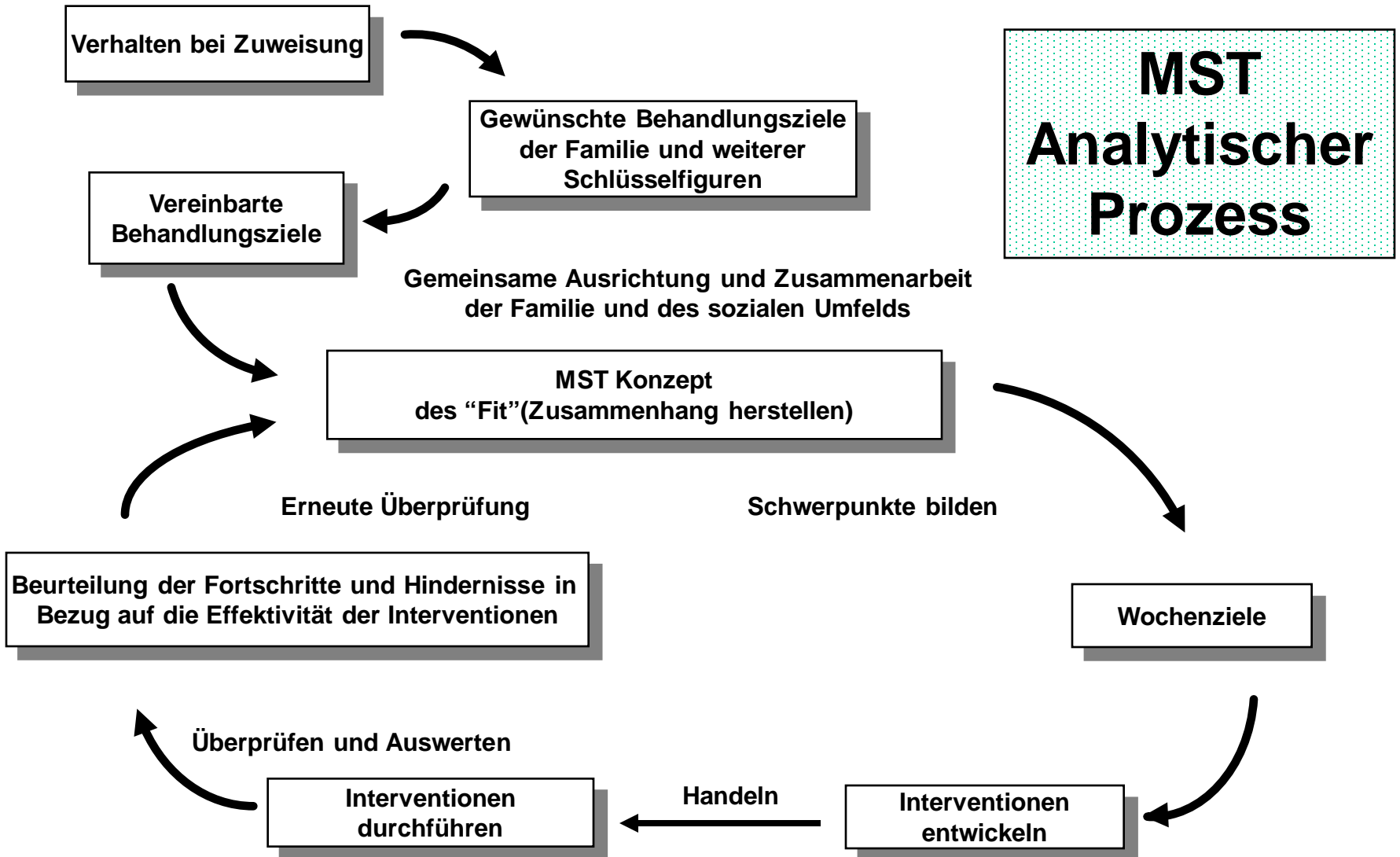
- Permissive Erziehungshaltung der Ke
- Sehr hohe Impulsivität bei Km und Tina mit Stimmungsschwankungen
- Km chaotisch, wenig Selbststrukturierung
- Peergroup mit Arbeitslosigkeit, delinquenten Verhalten, Drogenkonsum und Dealen
- Bei Gm Wohnung verfügbar für Peergroup ohne Regeln und Aufsicht
- Konflikte zwischen Lehrern, vor Schülern ausgetragen

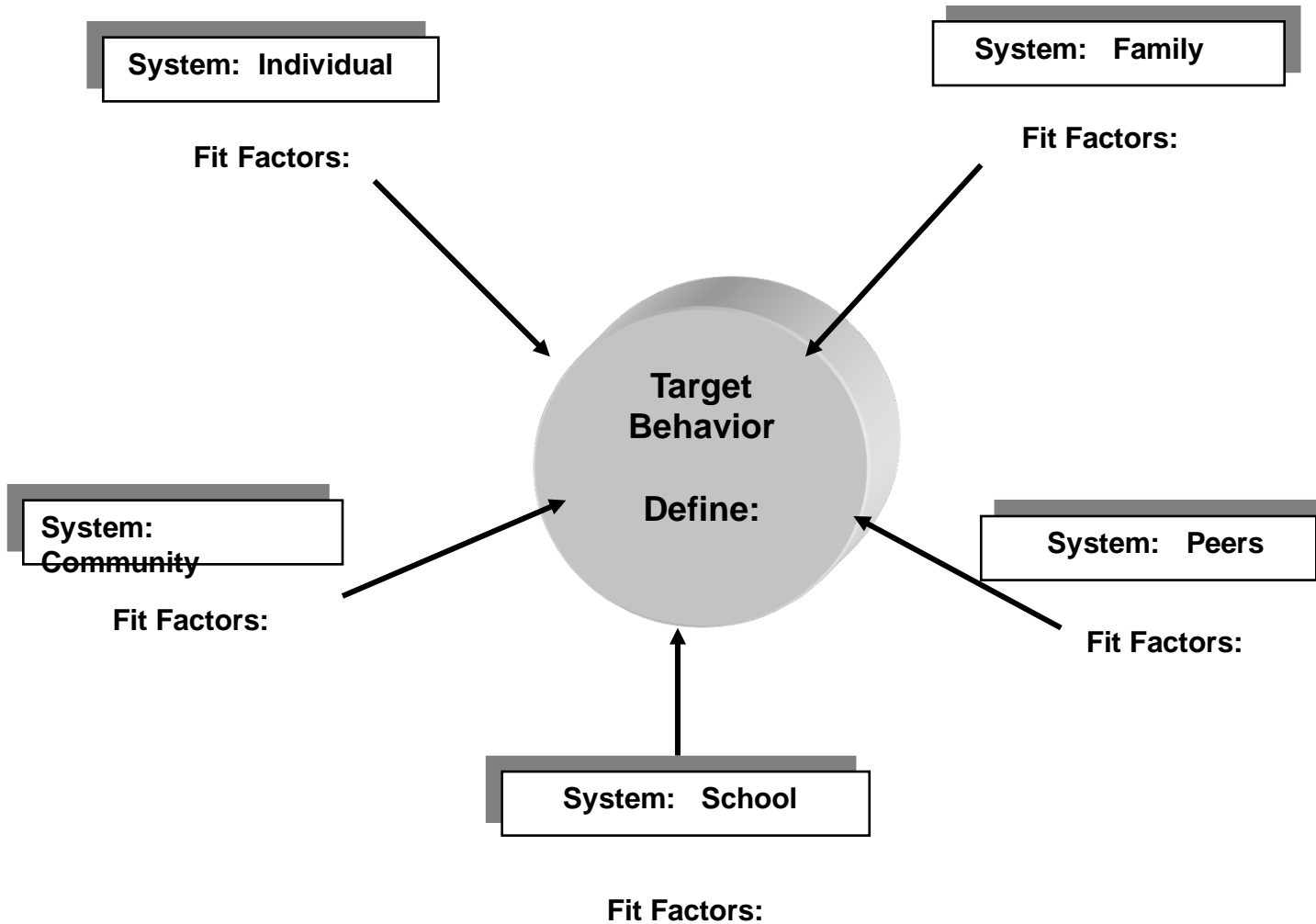


# Übergeordnete Behandlungsziele

1. Tina kommuniziert in normaler Lautstärke und anständig mit ihren Eltern und anderen Erwachsenen.
2. Tina hält sich an die vereinbarten Ausgangsregelungen.
3. Tina hält sich in der Schule an die Regeln, macht Schnupperlehren, bewirbt sich für eine Ausbildungsstelle.
4. Tina begeht keine Delikte mehr.
5. Tina zeigt kein selbstverletzendes Verhalten mehr.







# Wesentliche Fitfaktoren für verbale Aggression

- Kommunikationsmuster zuhause mit Vorwurf/Entwertung/rauhe Sprache, „high expressed emotions“
- Konfliktmuster mit Eskalation („button pushing“)
- Keine klaren Regeln, keine Belohnung, kein Privilegienentzug
- Konflikte zw Erwachsenen über Erziehungsstrategien
- Km erschöpft, zu wenig Entlastung durch Kv



## **1. Den “Fit” finden**

Primär geht es in der Diagnostik darum, den Zusammenhang zwischen den offensichtlichen Problemen und dem breiteren systemischen Kontext zu verstehen.

## **2. Fokussierung auf das Positive und die Stärken**

In den therapeutischen Kontakten wird das Positive hervorgehoben, und der Hebel zur Veränderung wird bei systemischen Stärken angesetzt.



### **3. Steigerung der Selbstverantwortung**

Interventionen sollen im Rahmen der Familie verantwortungs-volle Verhaltensweisen fördern und unverantwortliche Verhaltensweisen verringern.

### **4. Gegenwartsfokussiert, handlungsorientiert & zielgerichtet**

Interventionen sind handlungsorientiert und beziehen sich auf aktuelle und gut definierte Probleme.



## **5. Teilziel-Sequenzen**

Die Interventionen zielen auf Handlungsmuster, die innerhalb eines Systems und zwischen den einzelnen Systemen wiederkehren und die offensichtlichen Probleme aufrechterhalten.

## **6. Der Entwicklung angemessen**

Die Interventionen sind auf den Reifegrad und die Bedürfnisse des Jugendlichen abgestimmt.



## **7. Kontinuierlicher Einsatz**

Die Interventionen verlangen den Familienmitgliedern täglichen oder wöchentlichen Einsatz ab.

## **8. Evaluation und Verantwortlichkeit**

Der Behandlungserfolg wird beständig aus mehreren Perspektiven beurteilt, und es obliegt den professionellen Helfern, Hindernisse auf dem Weg zum Erfolg zu überwinden.



## 9. Generalisierung

Die Familie soll die Interventionen möglichst breit anwenden können. Veränderungen sollen von Dauer sein und die Betreuungspersonen dazu befähigen, die verschiedenen Bedürfnisse der Familienmitglieder in ihren multiplen Systemen zu befriedigen.



# 22 published outcome studies including 19 randomized trials

- 9 with serious juvenile offenders
  - 3 independent randomized trials
- 2 with substance abusing or dependent juvenile offenders
- 3 with juvenile sexual offenders
- 3 with youths presenting serious emotional disturbance
- 2 with maltreating families
- 3 with adolescents with chronic health care conditions
  - diabetes, obesity, HIV, asthma

# MST im Vergleich zu Kontrollgruppen

- langfristige Senkung von erneuten Verhaftungen von 25-70%
- Senkung des Drogenmissbrauchs
- Verbesserte familiäre Beziehungen
- Erhöhung und Verbesserung der Präsenz am Schulunterricht
- Verringerung von jugendpsychiatrischen Symptomen und Hospitalisationen
- Zwischen 47 und 64 % weniger Fremdunterbringungen
- Deutlich bessere Zufriedenheit der Familien

# 14-year post-treatment outcomes (MST compared to Individual Treatment)

Individuals who had been involved in MST as a youth (average age at follow-up = 28.2 years):

- 54% fewer arrests
- 59% fewer violent arrests
- 64% fewer drug-related arrests
- 57% fewer days in adult confinement
- 43% fewer days on adult probation

Schaeffer & Borduin, 2005

\*Complete research overview:  
[www.mstservices.com/complete\\_overview.php](http://www.mstservices.com/complete_overview.php)

*Vier Grade wissenschaftlicher Evidenz therapeutischer Methoden nach Kunz, Ollenschläger, Raspe, Jonitz und Kolkmann (2000)*

---

Evidenzebene	Kriterien
<b>I</b>	Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Überblicksarbeiten (Meta-Analysen) über zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien
<b>II</b>	Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie
<b>III</b>	Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien ohne randomisierte Gruppenzuweisung
<b>IVa</b>	Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten und Fallbeschreibungen
<b>IVb</b>	Meinung respektierter Experten, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees

---

# Evidenzgrad 1

- Metaanalyse (Curtis et al., 2004) mit 7 primären und 4 sekundären Outcomestudien n= 708
- MST im Vergleich zur alternativen Behandlung mit einer durchschnittlichen Effektstärke von  $d=0,55$  überlegen.
- Hervorragenden Ergebnisse konnten in Kanada (Leschied & Cunningham, 2002) und in Schweden (Sundell et al., 2008) nicht repliziert werden

# Kritische Elemente der erfolgreichen Implementation

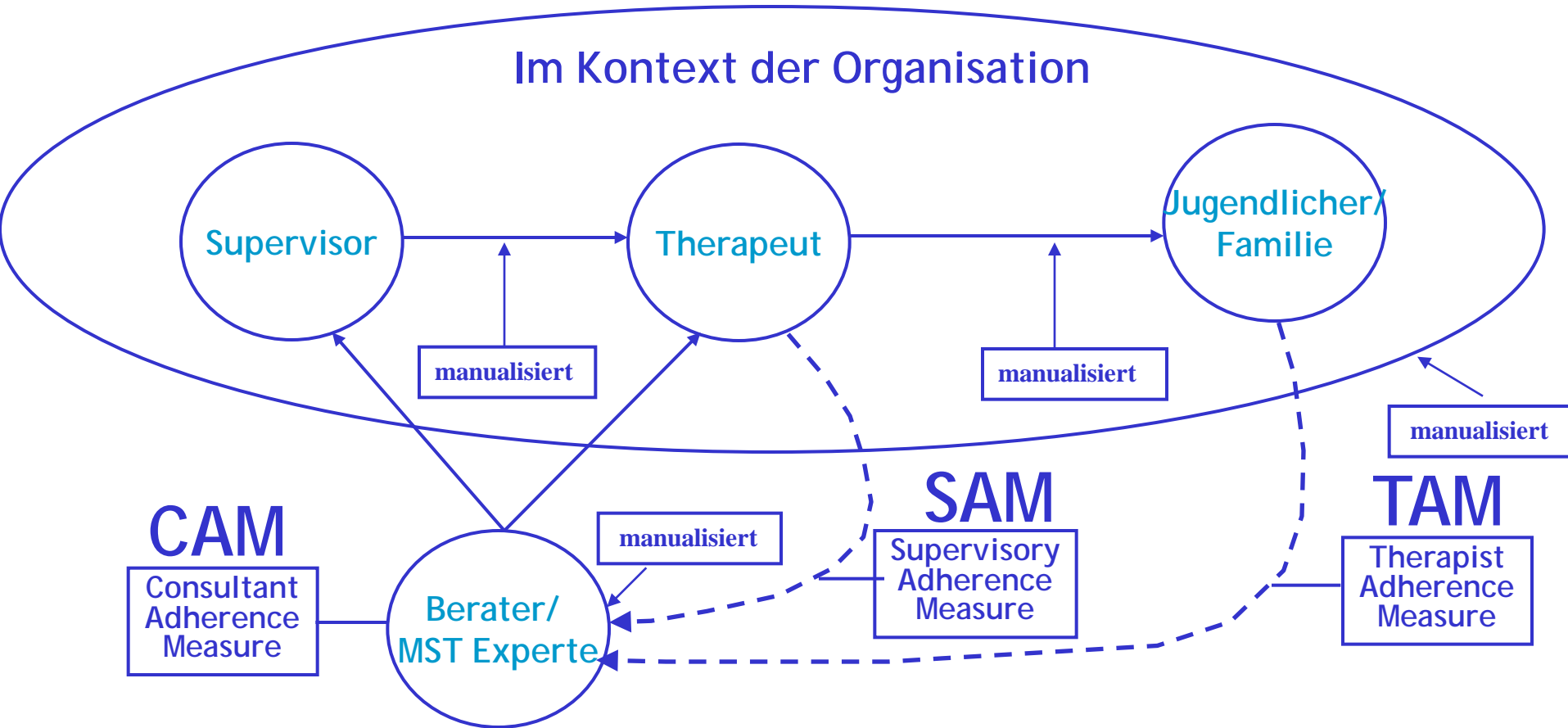
- Kontinuierlicher Fokus auf den Outcomes
- Fidelity to the Treatment Model
- Hinreichende Finanzierung

# „Nicht kleckern sondern klotzen“

## **Wesentliche Wirkfaktoren von MST**

- Hohe Intensität der Behandlung im aufsuchenden Setting mit 24 h/7 Tage Erreichbarkeit des Therapeutenteams
- Hoch strukturierte Therapieplanung mit wöchentlicher Supervision und Consultation
- Hoher Fortbildungsanteil
- Engmaschige Qualitätskontrolle

# Ständige Qualitätskontrolle



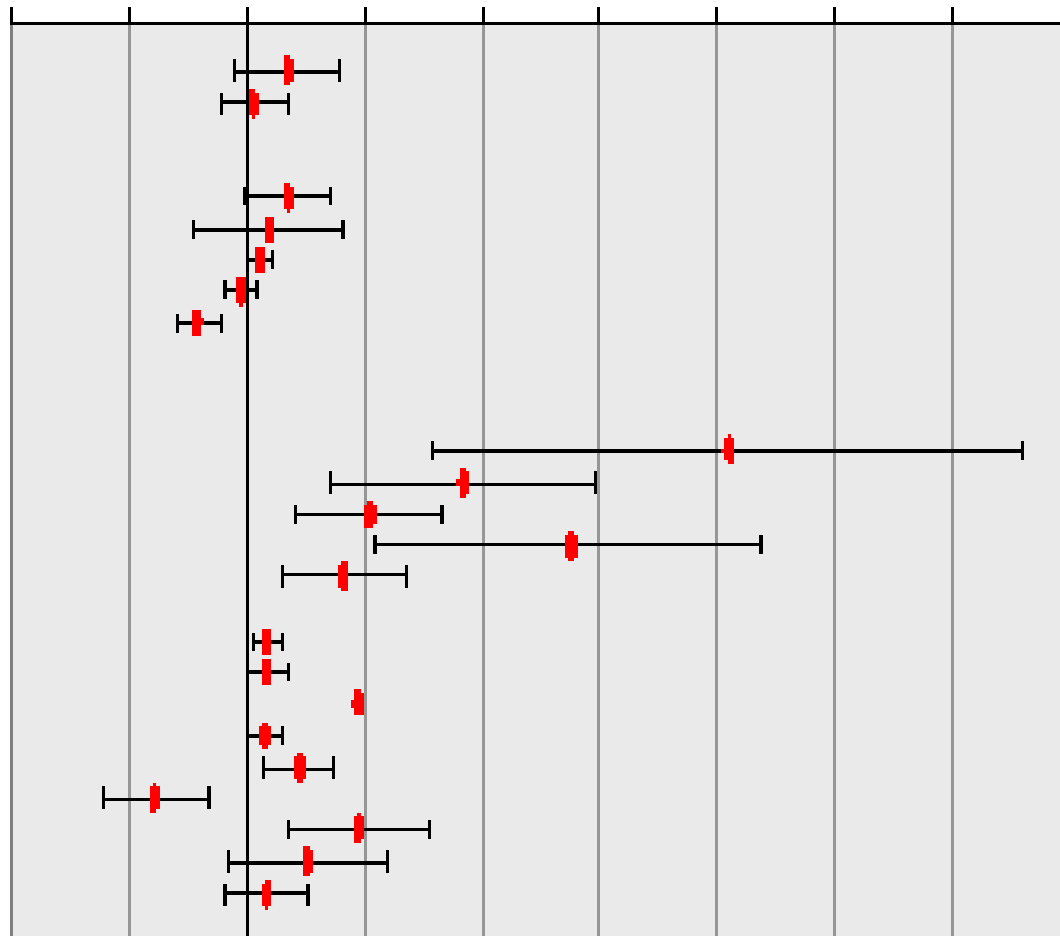
# Kosteneffektivität nachgewiesen

- jeder investierte Dollar kommt 28,3fach zurück
- Washington State Institute on Public Policy, Steve Aos et al. (2001 und 2006)
- Von namhaften internationalen Organisationen empfohlen
- National Institutes of Health
  - National Institute on Drug Abuse
  - U.S. Surgeon General
  - SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP)
  - Blueprints for Violence Prevention

# Net economic benefit (cost) per participant, thousands of dollars,

*The lower value in the range is the taxpayer estimate,  
the higher value includes crime victim benefits,  
the point in the middle is the average.*

-\$40    -\$20    \$0    \$20    \$40    \$60    \$80    \$100    \$120    \$140



- Early Childhood Programs
  - Nurse Home Visitation (for low income single mothers)
  - Early Childhood Education for Disadvantaged Youth
- Middle Childhood & Adolescent (Non-Juvenile Offender) Programs
  - Seattle Social Development Project
  - Quantum Opportunities Program
  - Mentoring
  - National Job Corps
  - Job Training Partnership Act
- Juvenile Offender Programs
  - Specific "Off the Shelf" Programs
    - Multi-Systemic Therapy
    - Functional Family Therapy
    - Aggression Replacement Training
    - Multidimensional Treatment Foster Care
  - Adolescent Diversion Project
- General Types of Community-Based Programs
  - Diversion with Services (vs. regular juvenile court processing)
  - Intensive Probation (vs. regular probation caseloads)
  - Intensive Probation (as alternative to incarceration)
  - Intensive Parole Supervision (vs. regular parole caseloads)
  - Coordinated Services
  - Scared Straight Type Programs
  - Other Family-Based Therapy Approaches
  - Juvenile Sex Offender Treatment
  - Juvenile Boot Camps

# Eigene Evaluation MST Thurgau

Zeitraum 1. Oktober 2007 bis 31. Dezember 2009

Die Patienten wurden aus den üblichen Zuweisungen zu unserer Institution rekrutiert:

- therapeutische oder medizinische Dienste 40,4%
- Familienangehörige 30,8%
- Schulen/schulpsychologische und soziale Dienste 21,1%
- Justiz 5,8%
- andere Anmeldungen 1,9%



# Aufnahmekriterien

- problematisches Sozialverhalten, das zu Konflikten mit dem Gesetz führte oder andere schwere dissoziale Verhaltensweisen (dysfunktionale interpersonale Beziehungen, verbale Aggressionen, Drohung oder konkrete Akte andere zu verletzen, Zerstören von Gegenständen)
- unmittelbar daraus folgende Gefährdung des Verbleibens in Schule und Berufsausbildung oder des Zusammenlebens innerhalb der Herkunftsfamilie
- Alter zwischen 12 und 17 Jahren
- elterliche Bezugspersonen sind genügend involviert und motiviert, um MST zu beginnen



# Ausschlusskriterien

- eine psychotische Erkrankung
- das Vorliegen von akuter Suizidalität
- eine intellektuelle Minderbegabung
- das Verbleiben des Jugendlichen in der Familie bildet ein ernsthaftes Risiko für ihn selber oder seine Familie



# Evaluationsinstrumente

Behandlungsbeginn und -ende

- Basisdokumentation (BADO)
- CGI (NIMH, 1976) und Global Assessment of Functioning-Skala (GAF)
- Eltern und Jugendlichen der „Fragebogen zu Stärken und Schwächen“ (SDQ-D)



# weitere Instrumente

- Bei Austritt, nach 6, 12 und 18 Monaten die Schlüsselergebnisse externe telefonische Befragung der Eltern
- Prozessqualität und Manualtreue der Therapeuten, die sogenannten TAM (therapist adherence measure) einmal monatlich per Telefoninterview



# Interventionen

- Das Behandlungsprogramm wurde ohne nennenswerte Anpassungen in der ursprünglichen MST Fassung übernommen
- ein MST Therapeut lediglich 4 bis 5 Familien in Betreuung
- Behandlungsteam : 4 erfahrenen Therapeuten in einem 100% Arbeitspensum mit einem Hochschulabschluss in Psychologie oder Sozialpädagogik. Teamleitung durch eine erfahrene Fachärztin in Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Unser Team wird von 4 Therapeuten und zusätzlich einer Supervisorin gebildet
- 24 Std/ 7 Tage/ Woche ist das Team erreichbar
- 120 bis 150 Tage Behandlungsdauer
- Wenn medizinisch indiziert, erhielten die Patienten pharmakotherapeutische Unterstützung



# Eigene Ergebnisse

- Zeitraum 01.10.07 bis 31.12.09
- 70 Patienten in Studie eingeschlossen
- 4 Fälle aus administrativen, nicht  
behandlungsspezifischen Gründen (Wegzug,  
Ausweisung) nicht in die qualitative Auswertung  
der MST-Erhebung mit einbezogen
- 2 Jugendliche platziert, 8 wegen fehlender  
Motivation durch uns vorzeitig beendet
- 60 Patienten haben Behandlung abgeschlossen



Variable	N	Mittelwert und Standardabweichung M (SD)		Prä – Post
		Behandlungs- beginn	Behandlungs- ende	Signifikanztests p * ES **
<b>Therapeut</b>				
• GAF	52	55.4 (11.0)	70.3 (13.0)	0.000 ** -1.2
• CGI	52	3.6 ( 1.3)	2.7 ( 1.1)	0.000 ** 0.8
<b>Eltern</b>				
• SDQ Gesamtproblemwert	37	20.0 ( 4.7)	14.6 ( 6.8)	0.000 ** 0.9
• SDQ emotionale Probleme	38	4.6 ( 2.1)	3.1 ( 1.8)	0.001 * 0.8
• SDQ Verhaltensauffälligkeiten	38	6.0 ( 2.1)	4.0 ( 2.7)	0.000 ** 0.8
• SDQ Hyperaktivität	39	6.6 ( 2.6)	5.0 ( 2.9)	0.000 ** 0.6
• Befinden Kind	37	2.5 ( 1.5)	6.1 ( 1.9)	0.000 ** -2.1
• Befinden Familie	37	3.2 ( 2.1)	5.7 ( 2.2)	0.000 ** -1.2

Definition der ES nach Cohen (1992): 0.1-0.29 = klein; 0.3-0.49 = mittel;  $\geq 0.5$  = gross

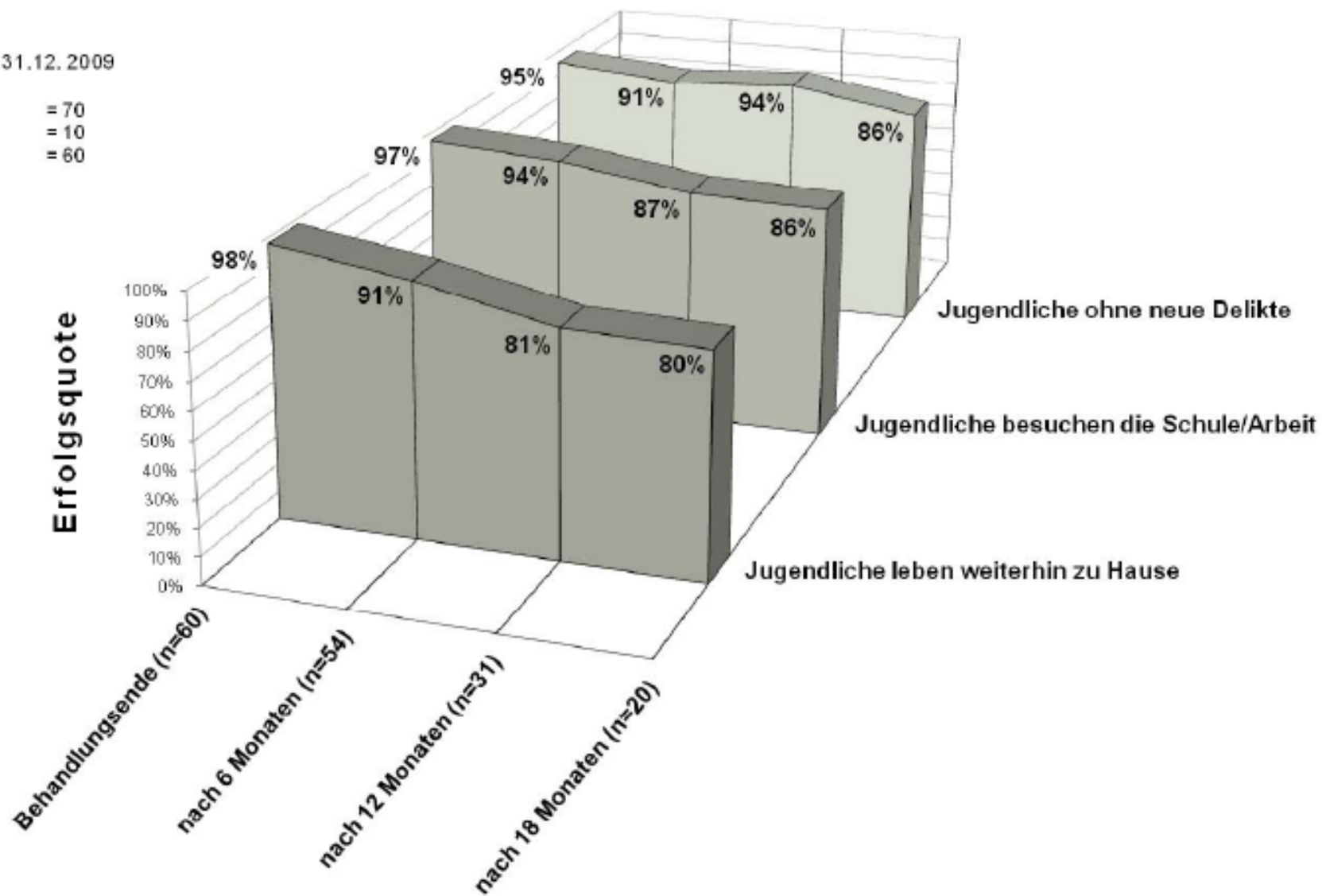
\* signifikant  $\alpha = 0,05$ ; \*\* hoch signifikant  $\alpha \leq 0.01$

	Wert International	Wert MST Thurgau
<b>Behandlungsdauer</b>	149.33 Tage	155.20 Tage
<b>Behandlungsabschlüsse</b>	81.20 %	85.71 %
<b>TAM (therapist adherence measure )</b>	0.50 %	0.64 %
<b>Schlüsselergebnisse</b>		
• Jugendliche(r) lebt weiterhin zu Hause	85.60 %	95.71 %
• Jugendliche(r) besucht die Schule / Arbeit	76.10 %	91.43 %
• Jugendliche(r) ohne neue Delikte	76.40 %	91.43 %



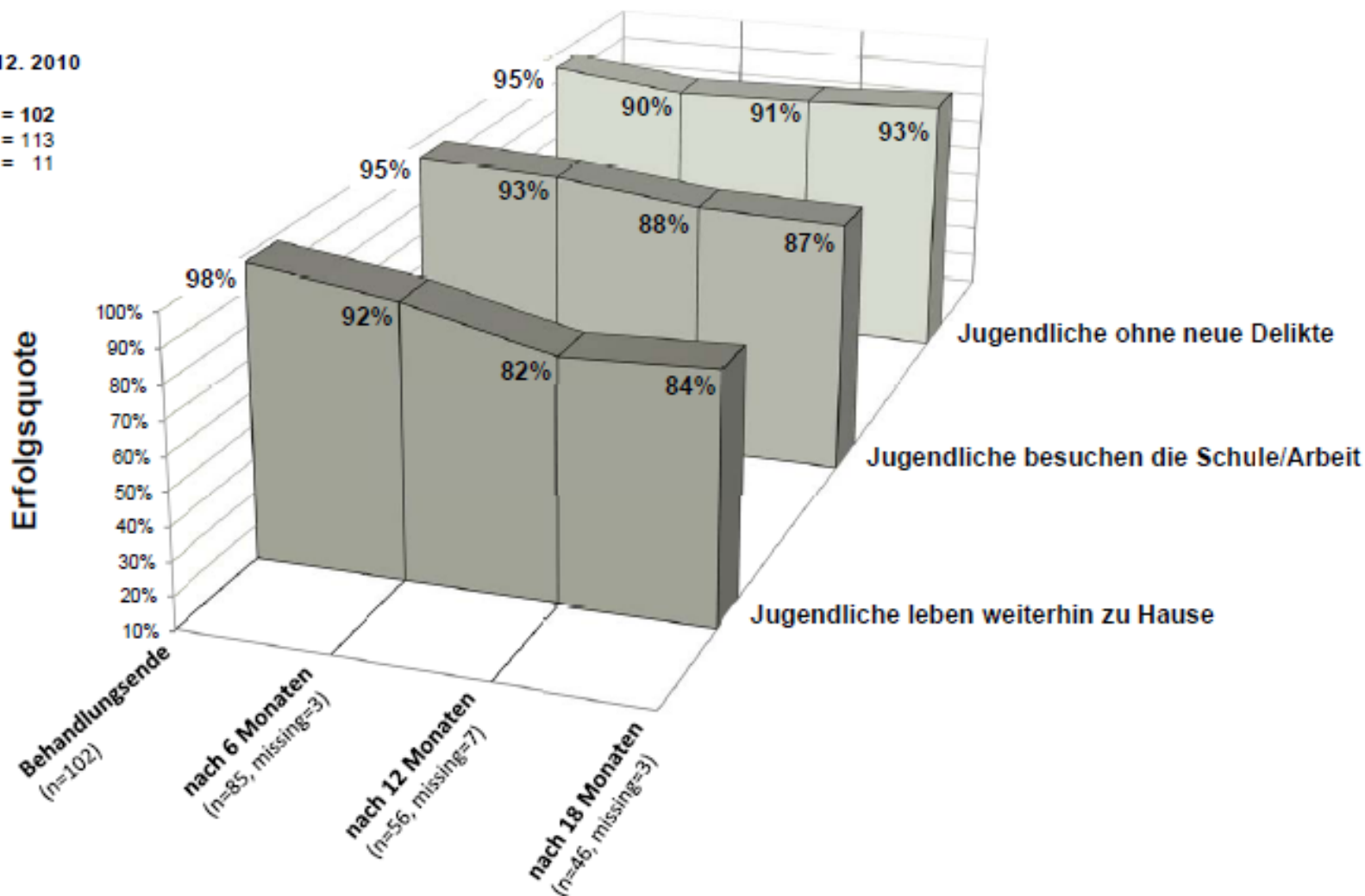
Stichdatum 31.12. 2009

Total Fälle = 70  
Abbrüche = 10  
Abschlüsse = 60



Stichdatum 31.12. 2010

Abschlüsse = 102  
Total Fälle = 113  
Abbrüche = 11



# Fitfaktoren für Ausgangsverhalten

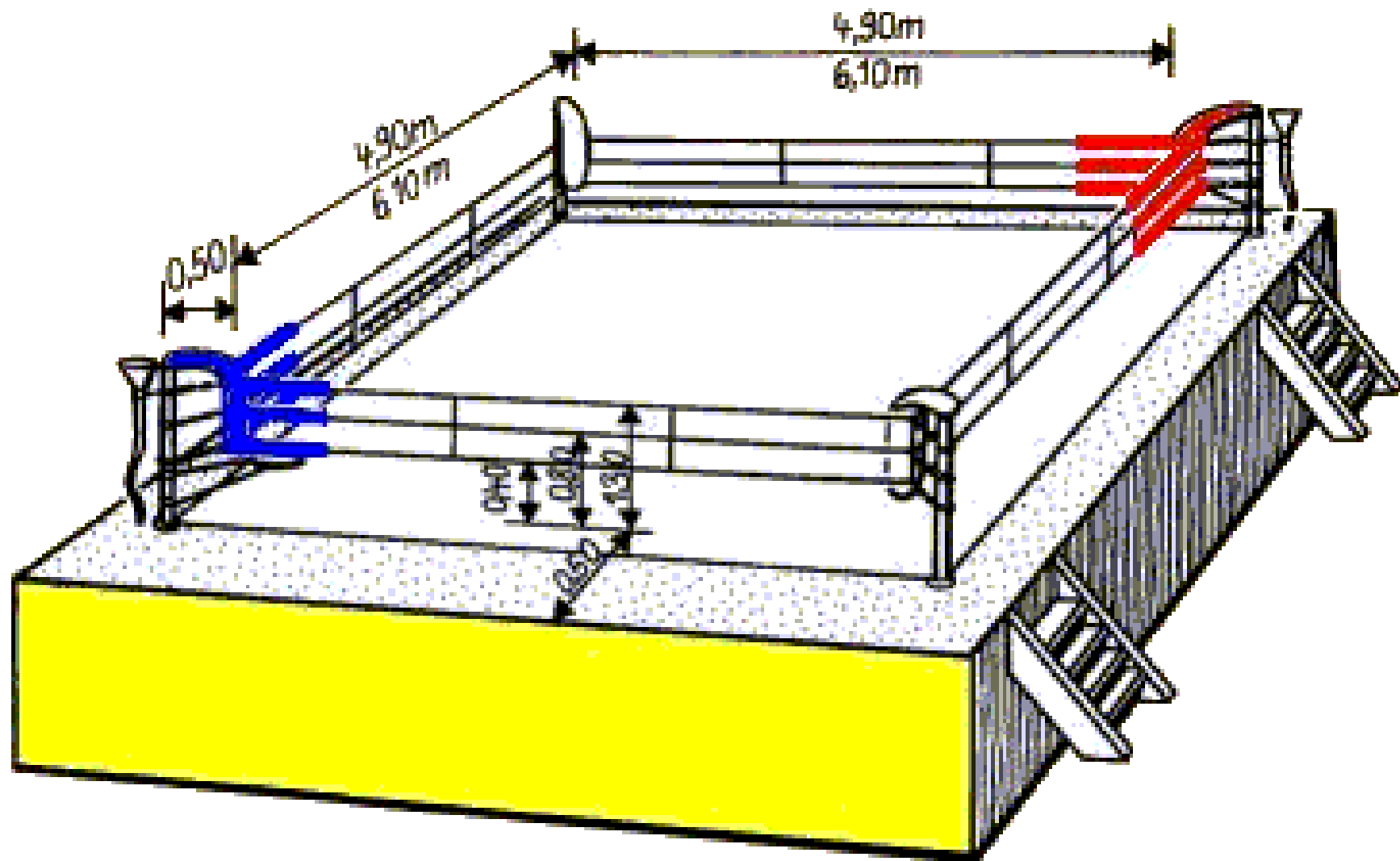
- Peers mit Problemverhalten
- Kein Kontakt der Eltern der Peers untereinander
- Kein Monitoring bei Gm
- Keine Einigung über Regeln zw Ke bzw Km und Stv
- Kein Anreiz, zuhause zu bleiben.
- Zuhause ist kein angenehmer Ort



# Beispiele für Interventionen bezüglich Ausgang

- Klarer Vertrag über Ausgangsregeln und pos. und neg. Konsequenzen
- Wertschätzung und Belohnung für jeden guten Schritt
- Positive Aktivitäten mit Km bzw. Stv
- Aufsicht in Gm Wohnung/Installation eines Jugendschutzprogramms am PC
- Vernetzung mit Eltern der Peers
- Kontakt zu Tina per Handy/ Abholen von Tina
- Enge Kooperation der Ke
- 2x/Mo We beim Kv





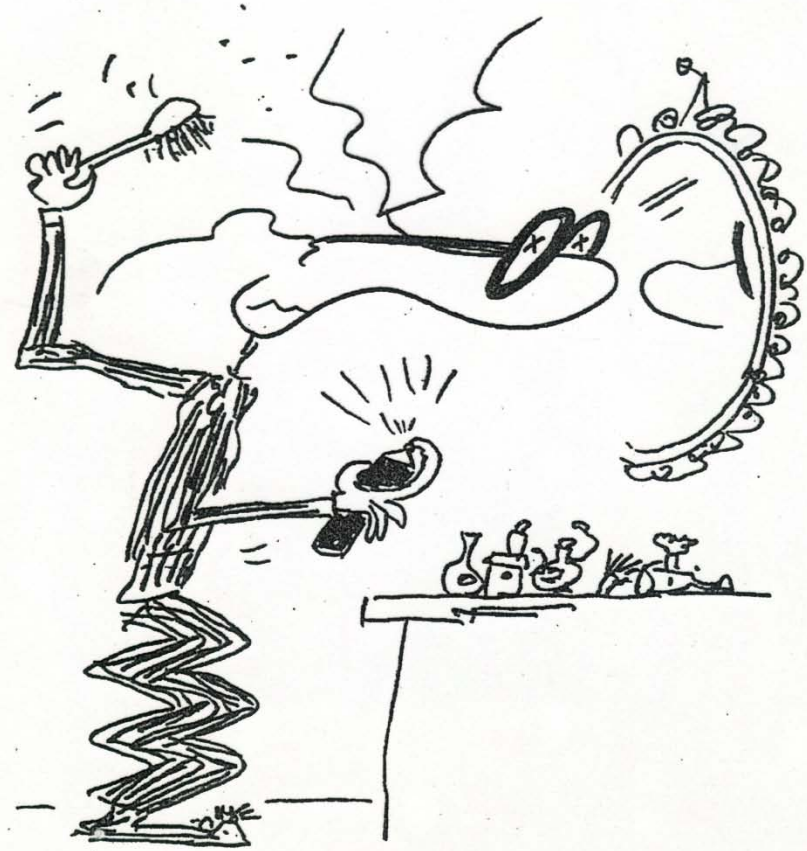




# Gulpo

AUS DER NOT EINE  
JUGEND MACHEN!

Dr. med. Bruno Rhiner  
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst  
Schützenstrasse 15  
8570 Weinfelden  
Tel 071 686 47 01  
[bruno.rhiner@stgag.ch](mailto:bruno.rhiner@stgag.ch)



**Psychiatrische Dienste Thurgau**  
Spital Thurgau AG