



WORKSHOP 2

MST-CAN MULTISYSTEMISCHE THERAPIE KINDERSCHUTZ

Basel

Multisystemische Therapie Kinderschutz
MST-CAN



Daniela Jordi, Juni 2017
Teamleitung MST-CAN, KJPK Basel



Leitfragen der Tagung

- 1) Was bedeuten elterliche Erkrankungen und gewalttätiges Verhalten für die Entwicklung und das Wohl von Kindern?
- 2) Wie können kindliche Belastungen, Kindeswohlgefährdungen und die Erziehungsfähigkeit der Eltern eingeschätzt werden?
- 3) Welche Hilfe benötigen Kinder und ihre Eltern? Wie lassen sich verschiedene Hilfeformen aufeinander abstimmen?

Warum MST-CAN: Kinderschutz?

- > Kinder psychisch kranker Eltern haben 2-5-faches Risiko für Vernachlässigung und Misshandlung (Walsh 2002)
- > Bei notwendiger Fremdplatzierung steigt Zahl der Beziehungsabbrüche zur Herkunftsfamilie und zu Bezugspersonen
- > Enorme gesamtgesellschaftliche Kosten in den Bereichen Gesundheitswesen, Schule, Justiz, Sozialwesen
- > Übliche Behandlungsansätze sind fragmentiert, auf individuelle Faktoren fokussiert und meist auf verschiedene Anbieter verteilt. Wegen schwieriger Koordination entsteht z.T. eine Verschlechterung.
- > Wenn in der Behandlung nicht die komplexen Risikofaktoren miteinbezogen werden, steigt das Risiko von erneuter Misshandlung.
- > Schwer belastete Familie können ambulante Therapieangebote meist nicht zuverlässig nutzen und stationäre Angebote lösen Probleme zu Hause in der Familie nicht.

MST-CAN Zuweisungskriterien (Alter: 6-17)

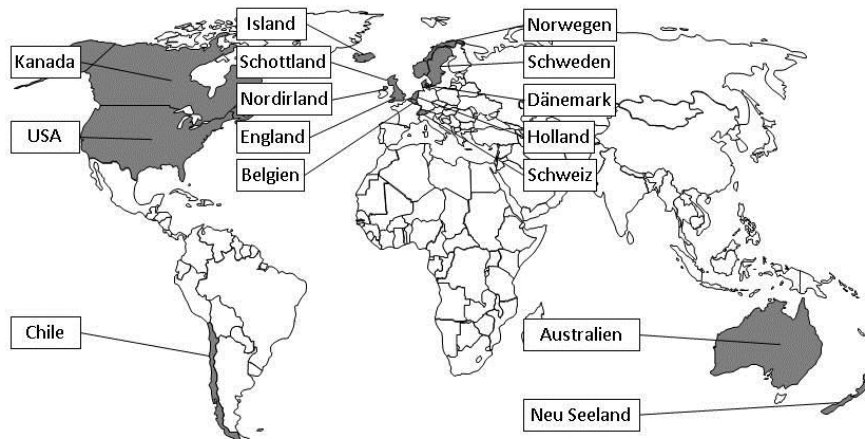
Einschliessende Kriterien

- Das Kind ist in seiner Entwicklung gefährdet aufgrund von Vernachlässigung und Misshandlung durch die Eltern
- Rückführung von platzierten Kindern
- Eltern mit psychiatrischen Erkrankungen

Ausschliessende Kriterien

- Sexueller Missbrauch innerhalb der Familie
- Kein Familienbezugssystem vorhanden
- Ausgeprägter Autismus bzw. geistige Behinderung
- Akute Selbst- oder Fremdgefährdung
- Akute Psychose
- Massive Gewalt zwischen Erwachsenen

Wo wird MST angewandt?



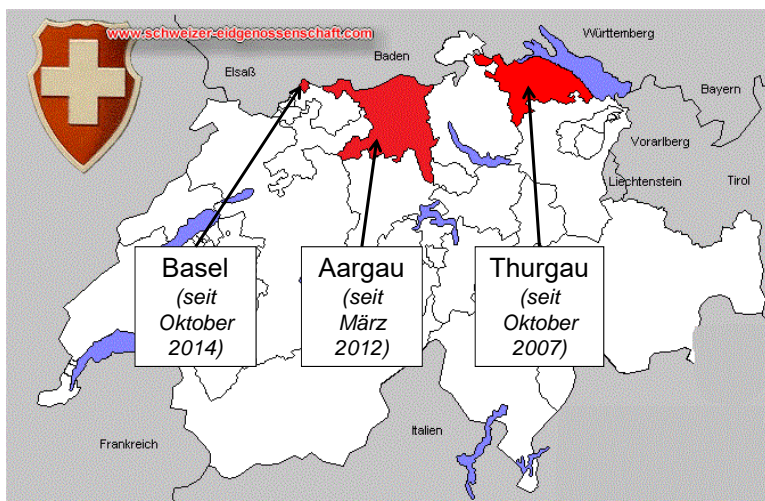
- > Über 500 MST-Standard Teams weltweit
- > Über 23'000 abgeschlossene Behandlungen pro Jahr
- > Momentan 16 MST-CAN Teams (New York 8, Amsterdam 2, Connecticut 2, Cambridge 1, Colorado 1, TG 1, BS 1)

23. Mai 2017

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel |
www.upkbs.ch |

5

MST in der Schweiz



23. Mai 2017

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel |
www.upkbs.ch |

6

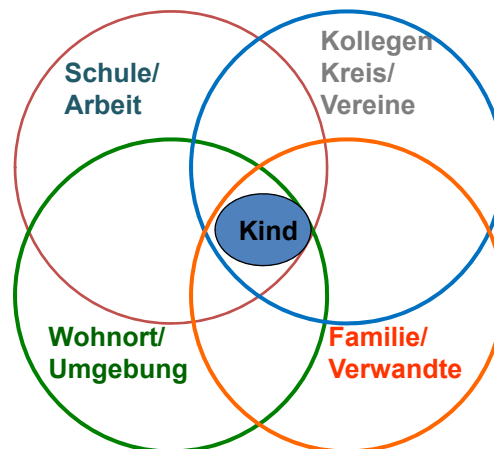
Zentrale Elemente der MST

- > Hohe Intensität der Behandlung: etwa 3 Termine pro Woche
- > Klar begrenzter Behandlungszeitraum (max. 9 Monate)
- > Psychotherapie zu Hause für Eltern und Kinder
- > Umfassende Netzwerkarbeit (Schulen, Sozialdienst, Ärzte, Therapeuten, Freundeskreis, erweiterte Familie,...)
- > Rund um die Uhr Erreichbarkeit des Therapeutenteams (Pikett-Dienst) und der Therapeutischen Leitung (Hintergrunddienst)
- > Behandlung innerhalb des betroffenen Systems (aufsuchendes Setting)

Theoretische Grundlagen

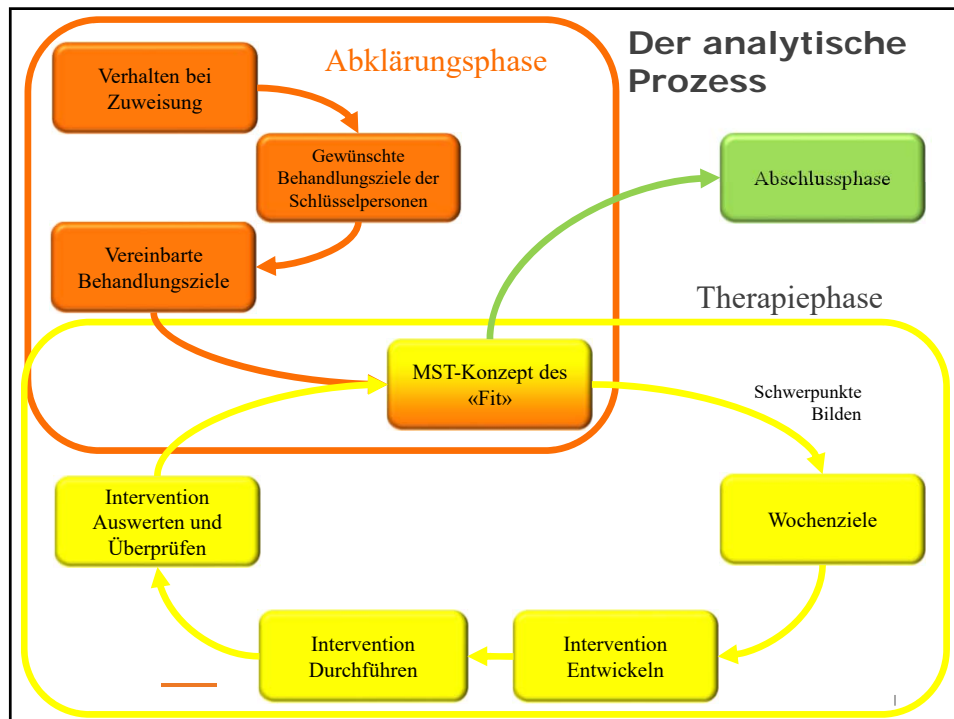
Bronfenbrenners sozioökologische Theorie

Der MST-Klient ist das gesamte Umfeld des Kindes / Jugendlichen

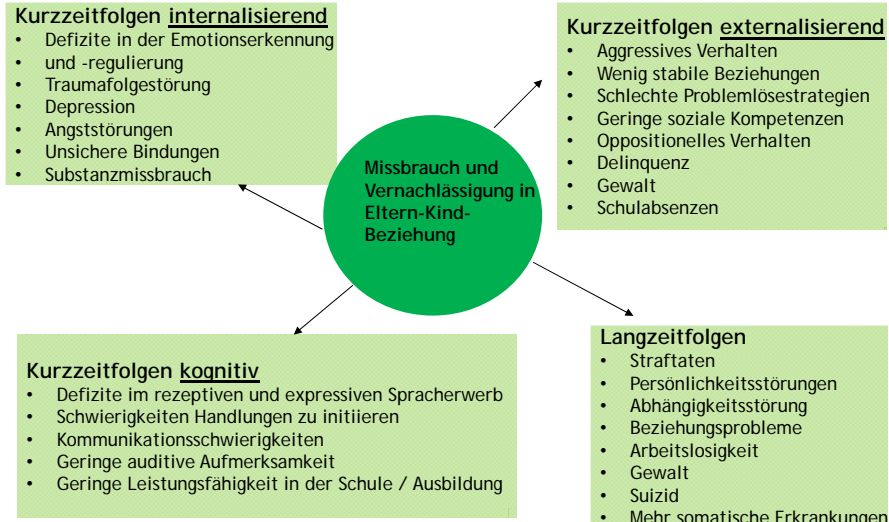


Qualitätssicherung

- › Hoch strukturierte Therapieplanung sowie Überprüfen der Zielerreichung durch wöchentlichen Rapport, Gruppen- und Einzelsupervision und telefonischer Konsultation mit dem MST-Experten aus Amerika
- › Lizenziertes und manualisiertes Behandlungskonzept vor allem verhaltenstherapeutische und systemische Ansätze
- › Intensiver Forschungsbegleitung und wissenschaftlich fundierten Behandlungstechniken
- › Engmaschige Qualitätskontrolle auf jeder Ebene (Therapeut-Supervisor-Experte)
- › Kontinuierliche MST-Fortbildung der Therapeuten
- › Interdisziplinäres Team (inkl. Kinder- und Jugendpsychiater) mit Option für pharmakologische Interventionen (z.B. bei ADHS)



1. Was bedeuten elterliche Erkrankungen und gewalttätiges Verhalten für die Entwicklung und das Wohl von Kindern?



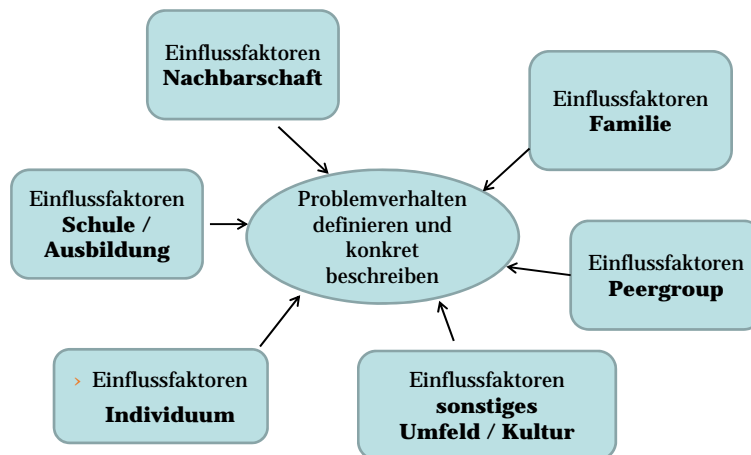
Mögliche Auslöser



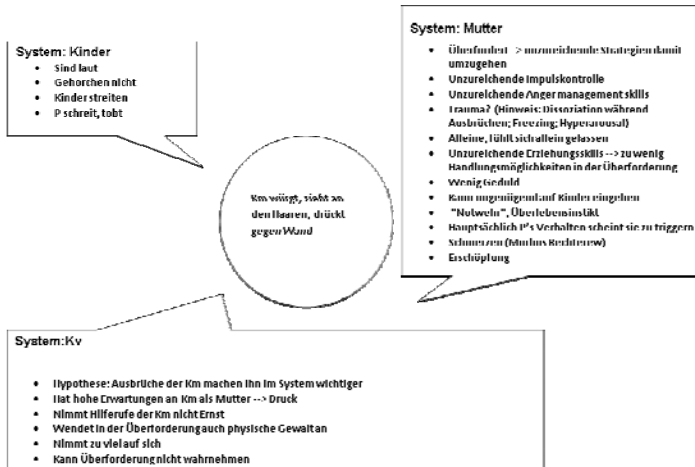
2. Wie können kindliche Belastungen, Kindeswohlgefährdungen und die Erziehungsfähigkeit der Eltern eingeschätzt werden?

- > 1. Vorarbeit Zuweiser (KJD, KESB)
2. Abklärungsphase MST während ersten 8 Wochen
 - > Sicherheitscheck der Wohnung und des Umfeldes
 - > Erfassung von traumatischen Erfahrungen und Substanzkonsum
 - > Testpsychologische Abklärung der Kinder (kognitive Fähigkeiten, emotionale Entwicklung durch Selbst- und Fremdeinschätzung, projektive Verfahren)
 - > Interaktionsbeobachtungen in der Familie z.T. mit Video: Muster, Hierarchien, Grenzen, Rollenverteilungen, Konflikte
 - > Fit-Analysen und Funktionale Analysen
 - > Zusammenfassung in einer Stärke-Schwäche-Analyse aller Familienmitglieder und des Netzwerkes

«Fit»: Multisystemische und systematische Verhaltensanalyse



Ein Beispiel:



Funktionale Analyse

Auslöser	Gedanken	Gefühle	Verhalten	Positive Konsequenzen	Negative Konsequenzen
Streit Lärm Unordnung	„es nervt mich“	Genervt	Erstarren --> Impuls kommt --> merkte es, kann nicht stoppen:	Macht	Zittern
	„ich will, dass es aufhört“	Wütend	Schreien	Kontrolle	Gefühl der völligen
	„ich will Ruhe“	Frustriert	Wütend	Druck entweicht	Verzweiflung
	„ich muss etwas machen“	Unter Druck	Ausser sich sein	Stress entweicht	Schlechtes Gewissen
	„ich schaffe es eh nicht, dass es aufhört“	Aggressiv	Würgen Schlagen		Hilflos
		„wachte auf“, wenn ich den Schreck der Kinder im Gesicht sehe		Scham	Erschöpft (geht ins Bett)
					Konsumiere eher Alkohol

3. Welche Hilfe benötigen Kinder und ihre Eltern? Wie lassen sich verschiedene Hilfeformen aufeinander abstimmen?

- › MST-CAN als eine Option von vielen, Entscheidung liegt beim KJD/KESB welches Hilfsangebot finanziert wird.
- › MST übernimmt während der Behandlungsdauer einen grossen Teil des casemanagements: Erfassung, Koordination und Vernetzung des Helfernetzes, sofern Entbindung der Schweigepflicht vorliegt.
- › Empfehlungen während der Abschlussphase an den Zuweiser und nach Möglichkeit detaillierte Übergabe an weitere Helfer, z.b. SPF, Therapeuten, Ärzte, Schule,...
- › Was Kinder und Eltern brauchen kann sehr unterschiedliche sein.

Typische Interventionen

- › Sicherheitspläne
- › Videoanalysen
- › Interaktionsbeobachtungen
- › Rollenspiele
- › Familien-Kommunikationstraining
- › Verbesserung der Problemlösestrategien
- › Verhaltenspläne mit Verstärken und Konsequenzen
- › Training der Erziehungsfähigkeiten
- › Ressourcenaktivierung im sozialen Netz
- › Klärungsprozess
- › Psychoedukation
- › Achtsamkeitsübungen
- › Coaching von Lehrpersonen und anderen Helfern

Spezifische Therapieangebote innerhalb der MST-CAN Behandlung

- > Aggressionstraining / Umgang mit Wut (angermanagement)
 - > Traumatherapie für Erwachsene (prolonged exposure nach Edna Foa)
 - > Traumatherapie für Kinder (trauma focused cognitive behavioral therapy)
 - > Substanztherapie (reinforcement based therapy)
 - > Elemente aus dem DBT Skillstraining (Dialektisch Behaviorale Therapie)
-

Finanzierung

Mischfinanzierung an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

- > Krankenkasse: bezahlt die Kosten für die ambulante Krankenbehandlung nach KVG/Tarmed
- > Kinder- und Jugendhilfe: Gutsprache erfolgt für Kinder und Jugendliche in Basel Stadt durch den Kinder- und Jugenddienst (KJD oder die JUGA).
- > Zuweisungen aus anderen Kantonen sind, wenn die Familien in max. 45- 60 Minuten Fahrtzeit zu erreichen sind, mit einer Kostengutsprache durch die verantwortlichen Stellen (in den Gemeinden der BL) möglich.
- > Alle zuweisenden Behörden/Kantone bezahlen dasselbe
- > MST-CAN Fr. 330.-/ Tag

Wer kann zuweisen?

- › Kinder- und Jugenddienst (KJD)
 - › Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)
 - › Jugendanwaltschaft
 - › Schulpsychologische Dienste*
 - › Schulsozialarbeiter*
 - › Familienberatungsstellen*
 - › Niedergelassene Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater*
 - › Niedergelassene Hausärzte und Psychiater *
 - › Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst*
 - › Private Anmeldung ohne Zuweiser*
- › *(in Absprache mit KJD)

Forschungsergebnisse aus dem Thurgau aus dem Projektbericht 2017

- › Daten seit 2011
- › n=124
- › 4 Messzeitpunkte (Beginn, Ende, nach 6 Monaten, nach 18 Monaten)
- › Befragung 1 Elternteil und 1 Kind
- › Einschätzung Zuweiser

Prozessqualität und Therapieerfolg, Daten aus dem Thurgau

Ultimate Outcomes bei Behandlungsabschluss und bis zu 18 Monate nach der Behandlung

	Kind lebt in stabilem Umfeld mit langfristigem Obhutsplan	Kind besucht Schule	Eltern ohne neue Anzeigen	Keine neue Gefährdungsmeldung
Bei Behandlungsabschluss (n=73)	93.9%	96.0%	88.9%	79.8%
Nach 6 Monaten (n=73)	95.6%	97.1%	97.0%	95.5%
Nach 12 Monaten (n=64)	91.7%	96.7%	98.3%	91.7%
Nach 18 Monaten (n=57)	94.5%	94.5%	98.2%	98.2%

Elterliche Belastung

Mittelwertvergleiche und Effektstärken - Prä-Post-Vergleiche

Variable	N	M (SD)		Prä-post Signifikanztest	
		Eintritt	Austritt	p	d
BSI Gesamt T-Wert (Psychopath. Screening)	56	52.00 (15.35)	43.93 (16.06)	< .001	0.51 (mittel)
PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale)	25	11.32 (9.42)	4.64 (5.38)	< .001	0.87 (gross)
PSS (parental stress scale)	54	38.94 (11.05)	36.35 (10.45)	<.05	0.24 (klein)

Anmerkungen. N = Anzahl Probanden, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanzniveau, d = Effektstärken nach Cohen.

Kindliche Belastung

Mittelwertvergleiche und Effektstärken der berechneten Prä-Post-Vergleiche im Eltern-, Selbst- und Therapeutenurteil

Variable	N	M (SD)		Prä-post Signifikanztest	
		Eintritt	Austritt	p	d
Eltern					
CBCL Gesamt T-Wert	58	63.66 (9.22)	57.71 (11.12)	< .001	0.57
CBCL Internalisierend	58	62.07 (10.34)	56.07 (11.09)	< .001	0.56
CBCL Externalisierend	58	61.48 (10.11)	56.91 (10.11)	< .001	0.45
RPQ Gesamt (Bindung)	16	7.08 (3.23)	5.00 (4.35)	< .05	0.58
RPQ Gehemmt	16	3.38 (2.00)	1.88 (2.19)	< .05	0.61
RPQ Enthemmt	16	3.63 (2.90)	3.19 (3.19)	n.s.	
FAS (Angst)	8	30.13 (4.67)	20.38 (5.76)	< .001	1.86
UCLA PTSD RI (Trauma)	16	18.56 (13.43)	12.44 (8.94)	.07 *	0.55
Kinder					
FAS	16	32.56 (6.27)	21.31 (6.72)	< .001	1.73
UCLA PTSD RI Kinder	14	17.21 (8.97)	23.79 (18.31)	n.s.	
UCLA PTSD RI Jugendliche					
	66	15.00 (7.67)	17.33 (18.89)	n.s.	
Therapeuten					
ETI-KJ-F	31	15.29 (10.57)	9.65 (7.72)	< .05	0.62

Anmerkung. N = Anzahl Probanden, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanzniveau, d = Effektstärken nach Cohen, n.s. = nicht signifikant. * = statistischer Trend.

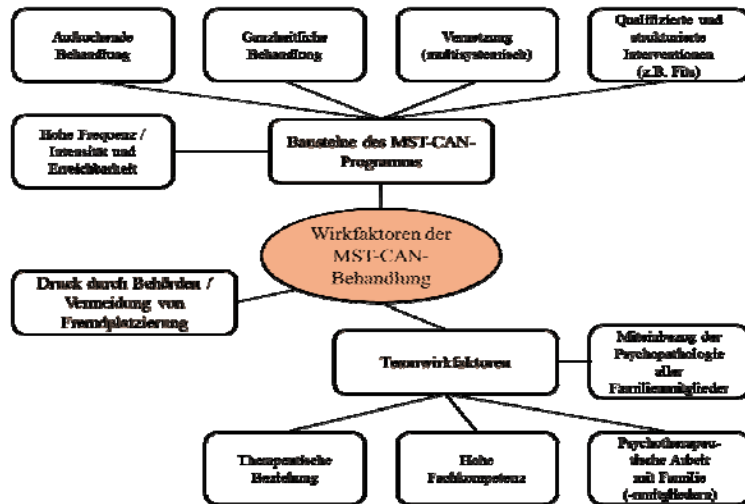
Erziehungsverhalten

Child Neglect Index – Schweregrad der Vernachlässigung

Variable	N	M (SD)		Prä-post Signifikanztest	
		Vor MST-CAN	Nach MST-CAN	p	d
CNI	106	48.40 (15.42)	28.10 (19.05)	< .001	1.18 (gross)

Zuweiserbefragung (Qualitative Inhaltsanalyse)

Wirkfaktoren der MST-CAN-Behandlung



DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

Daniela Jordi
Teamleitung MST-CAN
Adlerstrasse 23, 4052 Basel
KJPK Basel
daniela.jordi@upkbs.ch

www.upkbs.ch

