



ÜBERBLICK: MFT-FORSCHUNG
→ INTERNATIONAL
→ PROZESSFORSCHUNG
→ DEUTSCHLAND



INTERNATIONALE MFT-FORSCHUNG

Aus: Asen, E., & Scholz, M. (2009). Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.



FORSCHUNGSORTE



2x benachteiligte Fam.
7x Essstörungen
2x affektive Störungen
...

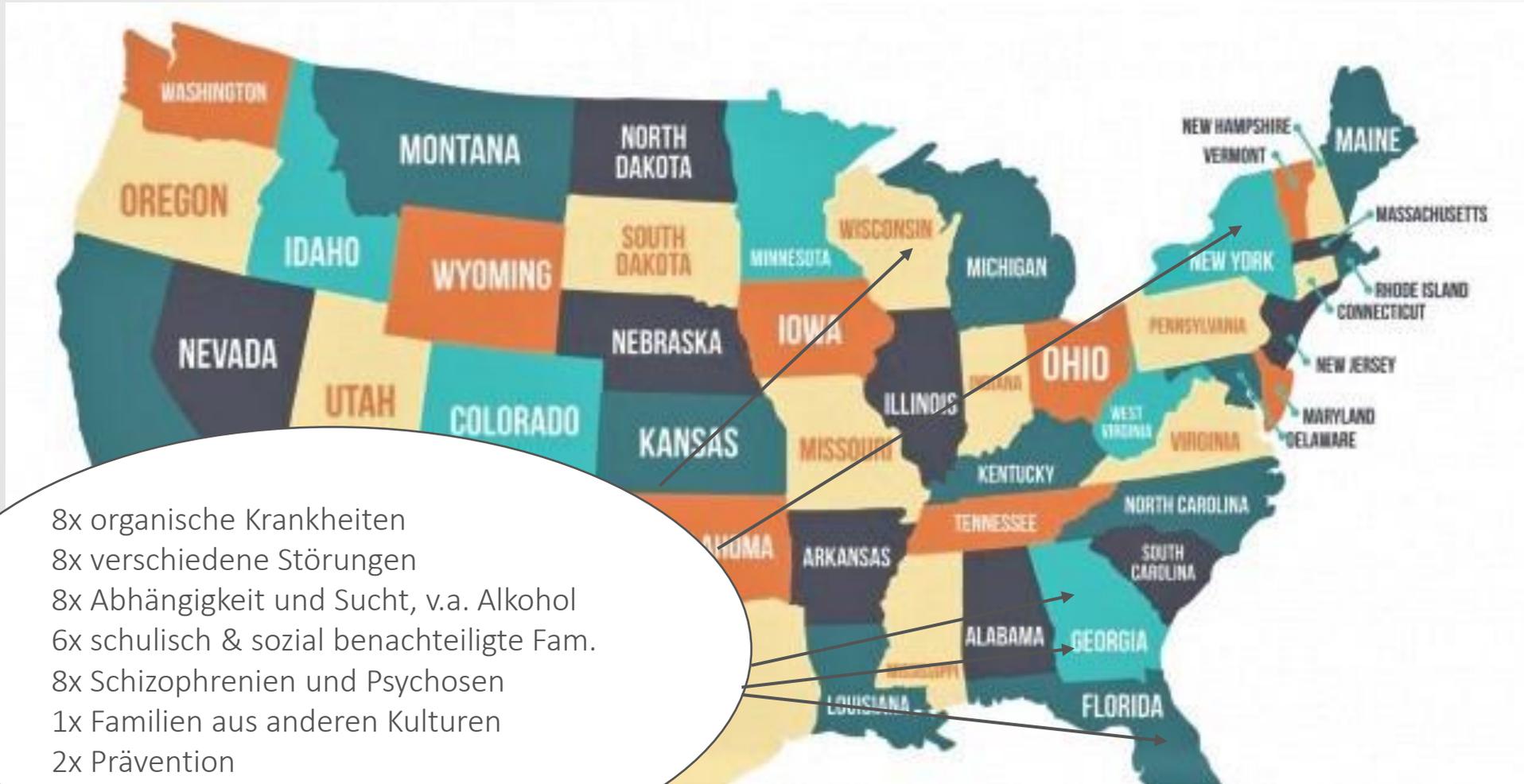
1x Prävention
1x Essstörungen
2x affektive Störungen
...

1x organische Krankheiten
2x Essstörungen
...

5x Essstörungen
...

Bild 2

FORSCHUNGSORTE



8x organische Krankheiten
 8x verschiedene Störungen
 8x Abhängigkeit und Sucht, v.a. Alkohol
 6x schulisch & sozial benachteiligte Fam.
 8x Schizophrenien und Psychosen
 1x Familien aus anderen Kulturen
 2x Prävention
 16x affektive Störungen
 ...

Bild 3

FORSCHUNGSORTE



Bild 4

ANWENDUNGSBEREICHE

Anwendungsbereich	#Studien	Besonderheiten	Gemessene Variablen
Chronische organische Erkrankungen	11	Aufgrund der Schwierigkeit, AVs festzulegen, geringe # an RCTs	Krankheitssymptome, Coping, # ärztl./psycholog. Interventionen, fam. Interaktionen
Substanzmissbrauch, Süchte, Abhängigkeit	9	Eher als Multipaartherapie mit erwachsenen Patienten sinnvoll	(Substanz-)Konsum, Rückfallrisiko, Durchhaltevermögen, fam. Funktionsfähigkeit, Zufriedenheit
Schulisch & sozial benachteiligte Familien	8		Engagement/Involviertheit der Eltern, Verhaltensprobleme, sonderpäd. Empfehlungen, Arbeitssuche
Schizophrenie & Psychosen	10	Viele RCTs, erheblicher Beitrag von McFarlane & Kollegen, USA	EE-Werte, Rückfallrisiko, berufl. Integration, Coping, Zeitaufwand/Kosten/# ärztl./psycholog. Interventionen
Familien aus anderen Kulturen	3	Untersucht an schizophrenen/psychotischen Patienten aus Mexiko, China & Brasilien	Medikamenteneinnahme, # ärztl./psycholog. Interventionen, fam. Interaktionen, Störungswissen

POPULÄRE MFT-MODELLE

- APA/CAPP Task Force 2004 empfiehlt: Modell nach **McFarlane** für die Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen zu verwenden (Vielzahl klinischer Belege für die Wirksamkeit)
- psychoedukativ-orientiertes Modell, mit dem Ziel, hohe EE-Werte zur Rückfallprävention zu senken
 1. Joining (minimal 3 SFT-Sitzungen, 1-4 Monate)
 2. psychoedukativen Workshop (ganztägig)
 3. zweiwöchentliche MFT-Treffen, in denen jeweils die Probleme einer Familie im Fokus standen (90 Minuten)
 4. nach 2 Jahren wechselt der Fokus zu Rehabilitation und Lebensqualität
- Unklar, welche Mechanismen MFT wirksam machen, abgesehen von EE-Reduzierung



Quelle: McFARLANE, W. R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., & Crilly, J. (1995). Psychoeducational Multiple Family Groups: Four-Year Relapse Outcome in Schizophrenia. *Family process*, 34(2), 127-144.

ANWENDUNGSBEREICHE

Anwendungsbereich	#Studien	Besonderheiten	Gemessene Variablen
Prävention	3 2x N > 100/300	Untersucht an Jugendl. mit hohem Psychoserisiko	Bewertung/Zufriedenheit der Teilnehmer, Wirksamkeit
Essstörungen	24 1 Multi-center-RCT	Häufige Wirksamkeitsbefunde bezüglich <i>Anorexia Nervosa</i> (AN) bei Jugendl., mehrere Längsschnittstudien	Störungssymptome (v.a. Gewicht), Durchhaltevermögen, Coping, # ärztl./psycholog. Interventionen, fam. Interaktionen (Essens-Dispute)
Affektive Störungen	24 viele RCTs	pMFT häufig eingesetzt, v.a. bei Depressionen und bipolaren Störungen, langfristig wirksam	Störungssymptome, Coping, # ärztl./psycholog. Interventionen, EE- Werte, fam. Interaktionen, Belastung der Betreuer, soziale Isolation
Zwangsstörungen, Autismus, PTBS, ADHS	5		Störungssymptome, Krankheitswissen, Coping, # ärztl./ psycholog. Interventionen, fam. Interaktionen
Jugendl. Ersttäter, Verhaltensprobleme	5	Vielversprechende Resultate	Regelmäßigkeit der Teilnahme an MFT, Rückfallrisiko, fam. Interaktionen

Andere Störungen

MFT-MODELLE

Häufig verwendete Verfahren/Kategorien	Adaptationen an ...	Spezielle Programme
<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukative MFT • Systemische MFT • MFT-Diskussionsgruppe • MF-VT-Gruppenbehandlung • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Asthma • kogn. Rehabilitation • Kommunikationstraining • Stimmungsmanagement • Rückfallprävention • berufliche Integration • Medikamenteneinnahme • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Strengthening Families Coping Resources (Kiser et al., 2010) • Transitioning together (Schmith, Greenberg & Maiblick, 2012) • Marlborough Modell (Asen, Dawson und McHugh, 2003) • Fresh Start for Families (Fraenkel, 2007) • Maudsley MFT-Modell (Scholz, 2005) • Family Strength Program (Valdez et al., 2013) • Family-aided Assertive Community Treatment (McFarlane et al., 2015) • ...



PROZESSFORSCHUNG

Untersucht Interaktionsmuster in den MF-Gruppen und deren Entwicklung im Verlauf

Aus: Asen, E., & Scholz, M. (2009). Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

PROZESSFORSCHUNG

- Wenige Studien (USA, Belgien, England), nicht bekannt, welche Art von Interaktionen therapeutische Veränderungen am besten unterstützen
- Cassano, 1989: 5 Interaktionsebenen → 1. zwischen Therapeut und einzelnen Gruppen-/Familienmitgliedern und Familien 2. innerhalb der Familie 3. zwischen Familien 4. innerhalb der Gesamtgruppe 5. Gesamtgruppe und umfassender Kontext
- McFarlane, 1983: 1. sollte zu Beginn dominieren, 2.-5. am Ende
- Hellemans et al., 2011: identifizierte wiederkehrende therapeutische Faktoren, wie z.B. Selbstoffenbarung, Diskussion, Verstanden werden
- Gelin et al. in Vorbereitung
 - qualitative Studie, Jugendliche mit AN und ihre Eltern,
 - meiste Faktoren identifiziert, die alle Therapien gemeinsam haben
 - spezifischen Faktor: dialektische Dynamik zwischen Zugehörigkeit zur Gruppe und Differenzierung



FORSCHUNG IN DEUTSCHLAND

Aus: Asen, E., & Scholz, M. (2009). Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

DEUTSCHE STUDIEN

Autoren, Jahr	Design	AV/Methode	Ergebnis
Scholz 1984 (Leipzig)	Emotional/sozial gestörte Pat. vs. Kontrollpbn	Beziehungen (Fremd- & Selbstbild)/ FPP, SFB	Familien unterschieden sich in Generationsgrenzen, Überlegenheit eines Elternteils, Konsens der Einschätzungen
Selisko 1994	Siehe Scholz 1984		Mütter gaben gleiche Sicherheit und Autonomie wie die Väter
Süß-Falkenberg 2005, 2006 (Dresden)	Prä-post-Follow-up-Design, 8 Wochen Familientagesklinik	SCL-90-R, SFB, CBCL	Psych. Belastung der Mütter zu Beginn und am Ende der Behandlung gleich, Umgang mit den Kindern sicherer, Aggressivität und Zwanghaftigkeit geringer, CBCL-Wert geringer, emotionale Nähe zur Mutter größer
Rix 2006	a) Familien mit sozial gestörten Kindern b) Andere Patientenfamilien c) KG (aus Selisko 1994)		a) verhaltensgestörtes Kind dominierte andere Familienmitglieder; Kinder, die emotional wenig Beachtung finden, fühlen sich von sicheren & selbstbewussten Müttern mehr angenommen

DEUTSCHE STUDIEN

Autoren, Jahr	Design	AV/Methode	Ergebnis
Klein und Fink 2016 Albert- Schweitzer- Kinderdorf Wetzlar	Prä-post-Design, T1 bei Aufnahme T2 nach 3-monatiger Behandlungszeit, T3 nach 18 Monaten	SFB, GARF (Einschätzung des Personals)	<ul style="list-style-type: none"> • Tendenziell sign. Veränderungen bei Tagesgruppe • Sign. Veränderungen bei Wochengruppe
Hackenbruch 2010	Befragung der Mütter in Nutzeranalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhaltsgefühl & gute Atmosphäre hilfreich bei Alltagsproblemen • Fanden größere Gruppen effektiver (mehr Austausch möglich) • verpflichtende Teilnahme anfangs als Zwang erlebt, später als sinnvoll, da so kontinuierliche gegenseitige Hilfe möglich 	
Born 2010	21 von 25 damals in Dt. aktiven MF- Therapeuten zu Wirkfaktoren der MFT befragt		6 Wirkfaktoren favorisiert: Erleben der Gruppe, Ressourcenaktivierung, Perspektivenwechsel, Modelllernen, Selbstwirksamkeit, therapeutische Beziehung

WIE KÖNNTE ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG AUSSEHEN?

QUELLEN

- Asen, E., & Scholz, M. (2009). Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- McFARLANE, W. R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., & Crilly, J. (1995). Psychoeducational Multiple Family Groups: Four-Year Relapse Outcome in Schizophrenia. *Family process*, 34(2), 127-144.
- Morris, E., Le Huray, C., Skagerberg, E., Gomes, R., & Ninteman, A. (2014). Families changing families: The protective function of multi-family therapy for children in education. *Clinical child psychology and psychiatry*, 19(4), 617-632.
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K., & Thömke, V. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 132-141

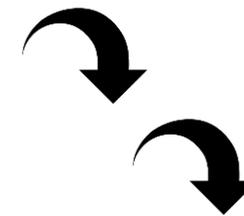
BILDQUELLEN

- Bild 1-3: <https://de.freepik.com>
- Bild 4: <http://wtgrantfoundation.org/push-pull-research-lessons-multi-site-study-research-use-education-policy>
- Bild 5: <https://www.canterbury.ac.uk/social-and-applied-sciences/research-and-knowledge-exchange.aspx>

POPULÄRE MFT-MODELLE

Beispiel: Maudsley-Modell

- Entwickelt von Dare und Kollegen (1995) im Maudsley Hospital in London; in Dresden (Asen, 2002; Asen & Scholz, 2010; Scholz, Rix, Scholz, Gantchev, & Thömke, 2005) und in London (Dare & Eisler, 2000) an das MFT-Format angepasst
- Enthält viele Komponenten des SFT-Formats, z.B. den Auftrag an die Eltern, die Erkrankung zu beschuldigen und nicht die Kinder, welche keine Kontrolle über die Symptome haben
- Ablauf in 3 Phasen mit unterschiedlichen Foki:
 1. Symptome, Einhaltung von Ernährungsplänen
 2. Beziehungen, Konfliktmanagement innerhalb der Familie
 3. Prävention und Erkennung von Warnsignalen



Quelle: Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K., & Thömke, V. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 132-141.

MFT-MODELLE

... die gegeneinander getestet wurden:

Autoren, Jahr	Getestete Verfahren	Ergebnis	Anwendungsbereich
Satin et al. 1989	MFG MF-Schulung für die Eltern KG	U.a. für Selbstfürsorge MFG und MF*S > KG Für Stoffwechselkontrolle MF*S > MFG und KG	Jugendliche mit insulinabhängigem Diabetes mellitus
Anderson et al. 1986	pMFT prMFT	Wirksamkeit bei beiden gut	Patienten mit affektiver Störung
McFarlane et al. 1995b	pMFT sMFT pSFT	4 Jahre nach Abschluss Rückfallquote pMFT 50%, sMFT 57%, pSFT 78%;	Schizophrene Patienten