



**ÜBERBLICK: MFT-FORSCHUNG**  
**→ INTERNATIONAL**  
**→ PROZESSFORSCHUNG**  
**→ DEUTSCHLAND**



# INTERNATIONALE MFT-FORSCHUNG

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

# FORSCHUNGSORTE



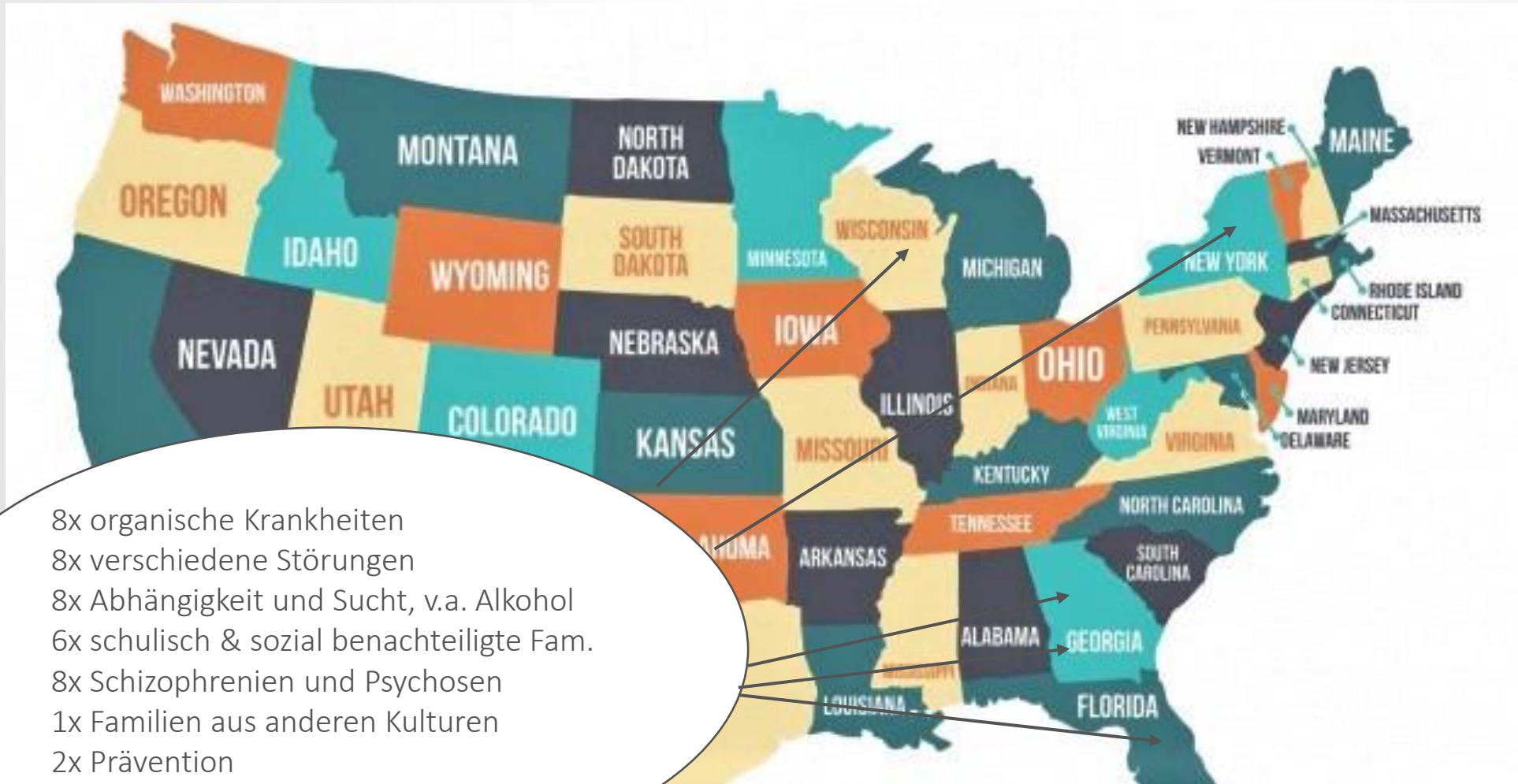
2x benachteiligte Fam.  
7x Essstörungen  
2x affektive Störungen  
...

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

1x organische Krankheiten  
2x Essstörungen  
...

5x Essstörungen  
...

# 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<br>2x N > 100/300      | Untersucht an Jugendl. mit hohem Psychoserisiko  | Bewertung/Zufriedenheit der Teilnehmer, Wirksamkeit  |
| Essstörungen                           | 24<br>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<br>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"> <li>• Psychoedukative MFT</li> <li>• Systemische MFT</li> <li>• MFT-Diskussionsgruppe</li> <li>• MF-VT-Gruppenbehandlung</li> <li>• ...</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthma</li> <li>• kogn. Rehabilitation</li> <li>• Kommunikationstraining</li> <li>• Stimmungsmanagement</li> <li>• Rückfallprävention</li> <li>• berufliche Integration</li> <li>• Medikamenteneinnahme</li> <li>• ...</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strengthening Families Coping Resources (Kiser et al., 2010)</li> <li>• Transitioning together (Schmith, Greenberg &amp; Maiblick, 2012)</li> <li>• Marlborough Modell (Asen, Dawson und McHugh, 2003)</li> <li>• Fresh Start for Families (Fraenkel, 2007)</li> <li>• Maudsley MFT-Modell (Scholz, 2005)</li> <li>• Family Strength Program (Valdez et al., 2013)</li> <li>• Family-aided Assertive Community Treatment (McFarlane et al., 2015)</li> <li>• ...</li> </ul> |



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



# DEUTSCHE STUDIEN

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

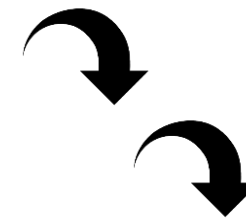
# BILDQUELLEN

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