

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3712>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

**Autor(en):** Born, Anja

**Titel:** Multifamilientherapie in Deutschland

**Erscheinungsjahr:** 2012

**In:** Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61  
(3), 167-182

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt**

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)  
Universitätsring 15  
54296 Trier  
Telefon: +49 (0)651 201-2877  
Fax: +49 (0)651 201-2071  
[info@zpid.de](mailto:info@zpid.de)

# ORIGINALARBEITEN

## Multifamilientherapie in Deutschland

Anja Born

### Summary

#### *Multi-Family Group Therapy in Germany*

Multi-family therapy, common group therapy with several families per one index patient, has been gaining popularity recently. This has occasioned an exploratory study of the status of implementation and common factors in all multi-family therapy programs in Germany. In a survey conducted across Germany, all providers of multi-family therapy interventions were requested to give a detailed description of their intervention. Quantitative data were analyzed with descriptive statistics, and verbal data were summarized categorically with qualitative content analysis. Of the 25 intervention programs examined 21 are directed at emotionally disturbed children and young people and their families; mainly with disturbances in social behavior. Over 4,000 families per year are treated in multi-family therapy, and five programs were systematically evaluated. MFT is characterized by systematically oriented group therapy methods. Those surveyed traced the effect of this form of intervention back to activating problems in the group, activating resources, changing perspective, learning models, experiencing self-efficacy, and the therapeutic relationship. Systematic studies of multi-family therapy in evaluations and in random controlled study designs are recommended.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 167-182*

### Keywords

multi-family therapy – systemic therapy – child and adolescent psychiatry – mental health services

### Zusammenfassung

Multifamilientherapie (MFT), die gemeinsame Gruppentherapie mehrerer Familien mit je einem Indexpatienten, gewann in den letzten Jahren zunehmend an Popularität. Dies bot Anlass zur explorativen Untersuchung des Implementierungsstandes und der Gemeinsamkeiten aller multifamilientherapeutischen Angebote in Deutschland. In der bundesweit durchgeführten Fragebogenerhebung wurden alle Anbieter um eine detaillierte Beschreibung ihrer multifamilientherapeutischen Interventionen gebeten. Quantitative Daten wurden mittels deskriptiver Statistik analysiert, Verbaldaten mit der qualitativen Inhaltsanalyse kategorial zu-

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 167 – 182 (2012), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

sammengefasst. Von 25 untersuchten Interventionsangeboten richten sich 21 an Kinder und Jugendliche, hauptsächlich mit emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, sowie an deren Familien. Es werden über 4.000 Familien pro Jahr multifamilientherapeutisch behandelt, fünf Programme werden systematisch evaluiert. MFT ist durch systemisch orientierte, gruppentherapeutische Methoden charakterisierbar. Die Wirkung der Interventionsform wird von den Befragten auf Aktivierung von Problemen in der Gruppe, Ressourcenaktivierung, Perspektivwechsel, Modelllernen, Selbstwirksamkeitserleben und die therapeutische Beziehung rückgeführt. Systematische Untersuchungen der Multifamilientherapie in Evaluationen und in randomisiert-kontrollierten Untersuchungsdesigns werden empfohlen.

## Schlagwörter

Multifamilientherapie – Systemische Therapie – Kinder- und Jugendpsychiatrie

## 1 Hintergrund

Multifamilientherapeutischen Interventionen ist gemeinsam, dass *mehrere* Familien mit ähnlichen Problemlagen an *einer* Gruppentherapie mit den Zielen Symptomreduktion und Konfliktlösung teilnehmen. Multifamilientherapie (MFT) vereint systemisch oder psychodynamisch orientierte Familientherapie mit gruppentherapeutischen Mitteln. Hinter diesem umfassenden therapeutischen Ansatz verbirgt sich also eine Gruppe unterschiedlicher Interventionen. Die Heterogenität dieser Interventionen und die wachsende Popularität und Praxis der Multifamilientherapie boten Anlass zur vorliegenden Arbeit. Im folgenden Überblick über multifamilientherapeutische Interventionen in Deutschland werden nicht nur Bedingungen beschrieben, unter denen Multifamilientherapie stattfindet, sondern außerdem das konzeptuelle Verständnis der Therapeuten, dass die multifamilientherapeutische Arbeit fundiert, und des Weiteren therapeutische Techniken in einer Gesamtschau dargestellt. Diese Art der Untersuchung ist in ihrer Breite und Tiefe neu, da der Implementierungsstand der Multifamilientherapie bislang nicht erfasst wurde.

### 1.1 Vielfalt multifamilientherapeutischer Interventionen

Multifamilientherapie wurde für die Arbeit mit erwachsenen Schizophreniepatienten und ihre Familien entwickelt (Laqueur, LaBurt, Morong, 1964) und wird heute mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit diversen Erkrankungen durchgeführt. Sie findet außerdem in verschiedenen Settings statt – stationär, tagesklinisch und ambulant – oft in Kombination mit weiteren therapeutischen Interventionen. Die Wirkung der MFT wird der Intensität ganzer, gemeinsam verbrachter Tage zugeschrieben, in denen Krisen im kontrollierten Rahmen entstehen, die in vivo bearbeitet werden, in welchen aber auch intensive Unterstützung aus der Grup-

pe erfahren werden kann. Grundlegende Prinzipien aktueller multifamilientherapeutischer Interventionen beschrieben Asen und Scholz (2009):

- Familien werden durch das Zusammensein mit anderen Familien innerhalb einer Gruppentherapie zu inner- und interfamiliärem Lernen und zu gegenseitiger Unterstützung angeregt.
- Die Arbeit in verschiedenen (Sub-)Kontexten verdeutlicht die Flexibilität der einzelnen Familienmitglieder und ihrer Rollen.
- Die Therapeuten moderieren den therapeutischen Prozess und fördern die intrafamiliäre Kommunikation, die Übernahme zentraler Rollen und Verantwortlichkeiten und den Blick auf die Ressourcen der Therapie Teilnehmer.

Daneben variieren die unter Multifamilientherapie firmierenden Interventionen und lassen dem Anwender therapeutischen Gestaltungsspielraum. Innerhalb der Interventionen finden sich methodische Zugänge aus der Gruppenpsychotherapie, Familientherapie, gemeindenaher Hilfe, Selbsthilfe und Edukation (Wamboldt u. Lewin, 1995). Bisher wurde nicht untersucht, was die multifamilientherapeutischen Ansätze eint oder ob für verschiedene Patientengruppen unterschiedliche inhaltliche und methodische Schwerpunkte gesetzt werden sollten. Eine integrative und umfassende Theorie zur MFT existiert noch nicht.

## 1.2 Praxis der Multifamilientherapie in Deutschland

Obwohl die Wirksamkeit der Multifamilientherapie bislang in keiner randomisiert-kontrollierten Untersuchung in Deutschland nachgewiesen wurde, weisen Einzelberichte auf eine bereits fortgeschrittene Praxis der MFT mit Patienten verschiedener Diagnosegruppen hin.

Asen und Scholz beschrieben in zahlreichen Publikationen ihre multifamilientherapeutische Arbeit im tagesklinischen Setting mit Kindern, welche schwere Lern- und Verhaltensstörungen aufweisen, sowie bei der Therapie von Jugendlichen mit Anorexia nervosa in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden (vgl. Asen u. Scholz, 2008, 2009; Scholz, Rix, Scholz, Gantchev, Thömke, 2005; Scholz, Rix, Hegewald, Gantchev, 2003; Scholz u. Asen, 2001).

Während in den vorgenannten Texten vor allem die methodische Seite der MFT dargelegt wurde, widmeten sich die beiden im Folgenden beschriebenen Studien der tagesklinischen Multifamilientherapie (in Dresden) in Prä-Post-Designs. Thömke (2005) konnte zeigen, dass jugendliche Patientinnen mit Anorexia nervosa zwölf Monate nach Abschluss der MFT ein signifikant erhöhtes Körpergewicht hatten, das einem *Body-Mass-Index* im Normbereich entsprach. Die familiären Beziehungen, gemessen als emotionale Verbundenheit und Autonomie der einzelnen Familienmitglieder, waren gestärkt, am deutlichsten aus Sicht der Mütter. Süß-Falkenberg (2006) prüfte, inwieweit sozial und emotional belastete Kinder und deren Eltern vom Einbezug der Eltern in die tagesklinische Multifamilienthe-

rapie profitierten. Die Follow-up-Untersuchung nach einem Zeitraum von 12 bis 18 Monaten nach Abschluss der tagesklinischen MFT ergab unter anderem eine signifikant geringere Symptombelastung bei den jugendlichen Patienten. Beide Untersuchungen der tagesklinischen MFT (in Dresden) nutzten eine multiperspektivische Herangehensweise, die Eltern- bzw. Therapeuteneinschätzungen in die Auswertung einbezog.

Goll-Kopka (2009) schilderte in einer Pilotstudie die Sicht der teilnehmenden Familien auf die Multifamilientherapie am Sozialpädiatrischen Zentrum in Frankfurt am Main/Mitte. Die Autorin benannte in ihrer Studie Komponenten der multifamilientherapeutischen Intervention für Familien mit Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen.

Weitere Arbeiten veranschaulichen vor allem das therapeutische Vorgehen. So gaben Retzlaff, Brazil und Goll-Kopka (2008) in einer Einzelfallstudie erste Hinweise, dass die multifamilientherapeutische Arbeit für Grundschul Kinder mit Teilleistungsstörungen und ihre Familien – in Ergänzung der individuellen kindzentrierten Förderung und Therapie – zu einer differenzierten, ressourcenorientierten Sicht der Eltern auf ihre Kinder und zu erhöhter erzieherischer Kompetenz beiträgt.

Die bislang benannten Interventionsmodelle sind vergleichbar mit dem am Londoner *Marlborough Family Service* entwickelten MFT-Ansatz für Familien mit Mehrfachproblemlagen (Cooklin, Miller, McHugh, 1983), auch wenn sie teils unabhängig von diesem entstanden. Anders verhält es sich mit der *themenorientierten Eltern-Kind-Gruppentherapie* (TEK), die Behme-Matthiesen und Pletsch (2005) als ein Zusammenspiel multifamilientherapeutischen Arbeitens und transaktionsanalytischer Elemente anschaulich beschrieben. Diese Intervention (TEK oder auch als *Familie in Schule – FiSch* – bekannt) wird tagesklinisch sowie auch in der Schule des Indexkindes (Behme-Matthiesen, Bock, Nykamp, Pletsch, 2009) für Kinder mit unterschiedlichen Störungsbildern angeboten. Das Lernverhalten der Kinder und die Erziehungssicherheit der Eltern verbesserten sich nach Schilderung der Autoren durch die Teilnahme an der Multifamilientherapie.

## 2 Ziele

Die vorliegende Untersuchung erfasst den derzeitigen Implementierungsstand und die Praxis der Multifamilientherapie in Deutschland, wobei folgende konkrete Fragestellungen untersucht wurden:

1. In welchen Institutionen und durch wen wird MFT angeboten?
2. Zur Behandlung welcher Störungen wird MFT genutzt?
3. Unter welchen Rahmenbedingungen wird MFT durchgeführt?
4. Welche methodischen Merkmale charakterisieren die MFT?
5. Worauf wird die Wirkung der MFT zurückgeführt?
6. Welche Formen der Qualitätssicherung und Evaluation werden unternommen?

### 3 Methode

#### 3.1 Datenerhebung

Alle Befragungsteilnehmer wurden über den Zweck der Datenerhebung, -analyse und deren Nutzung für die vorliegende Untersuchung informiert und willigten in schriftlicher Form in das Vorgehen und die Veröffentlichung der Daten ein.

Im Zeitraum Januar bis März 2010 wurde über Berufsverbände, die *Systemische Gesellschaft* und die *Deutsche Gesellschaft für Systemische Familientherapie*, in denen systemisch orientierte Therapeuten organisiert sind, sowie über Mailinglisten und auf Tagungen über die Fragebogenstudie informiert; dabei wurden Adressen Interessierter gesammelt. In Folge wurden alle in der Adressliste vorhandenen Personen (N = 67) angeschrieben und gebeten, den Fragebogen auszufüllen. In den Monaten März bis Mai 2010 wurden sie maximal zweimal schriftlich an die Teilnahme an der Fragebogenstudie erinnert.

In die Studie wurden alle regelmäßig angebotenen Gruppeninterventionen mit mehreren Patienten und deren Familien eingeschlossen, die ein therapeutisches Ziel verfolgten, bei denen Kinder, Jugendliche oder Erwachsene Indexpatienten waren und deren Behandlungsdauer ein Minimum von zwei Tagen überschritt.

Der Fragebogen zur Erfassung der MFT-Interventionen wurde von der Autorin erstellt, er umfasste 56 Items, die in sieben Abschnitten gruppiert waren: allgemeine Angaben zur Therapie und zum Therapeuten, der die Intervention federführend anbietet; Institutionen; Patienten und ihre Angehörigen; Rahmenbedingungen; methodische Merkmale; Wirkfaktoren; Qualitätssicherung und Evaluation. Die Verbindung zwischen quantifizierten und offenen Fragen in einem Fragebogen schien pragmatisch, da einerseits Fakten über die konkrete MFT-Intervention erfragt wurden und andererseits das Begriffsverständnis der Befragten zur Multifamilientherapie von Interesse war.

#### 3.2 Datenanalyse

Nach Rücklauf der Fragebögen wurden die quantitativen Daten mittels Statistikprogramm (SPSS 18) erfasst und deskriptiv analysiert. Die aus den Reaktionen auf die offenen Items gewonnenen Verbaldaten wurden anonymisiert und im Ganzen, nicht personenbezogen, ausgewertet. Alle qualitativen Daten wurden hierzu wörtlich transkribiert. Die Datenanalyse erfolgte auf dem Wege der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) unter Benutzung eines Datenverarbeitungsprogrammes (MAXqda). Nach gründlicher Lektüre der Verbaldaten wurden von der Autorin und einem weiteren Wissenschaftler unabhängig voneinander zeilenweise induktive Kategorien gebildet. Bei einem Dissens über die Bildung der einzelnen Kategorien wurden die betreffenden Textstellen in einem Forschungskolloquium diskutiert, bis ein Konsens zur Kategorisierung erreicht war. Die formulierten Kategorien wurden teils zur Beantwortung der Fragestellungen genutzt (vgl. Ziele 4 und 5).

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Stichprobe

Aus der Gesamtgruppe der vorhandenen Interessenten ( $N = 67$ ) beteiligten sich 38 an der Fragebogenerhebung, wobei elf lediglich ein Angebot einer MFT planten und zwei eine solche nur in der Vergangenheit durchgeführt hatten. Von den Nichtteilnehmern führten neun keine MFT durch und die übrigen zwanzig nahmen ohne Angabe von Gründen nicht an der Erhebung teil. Die folgende Auswertung bezieht sich folglich auf 25 verschiedene Institutionen mit multifamilientherapeutischen Interventionen.

### 4.2 Institutionen und Anbieter

#### 4.2.1 Therapeuten

Bei den Befragten handelt es sich in allen Fällen um die Leiter der jeweiligen multifamilientherapeutischen Teams. Die leitenden Therapeuten ( $N = 25$ ) waren im Mittel 47 Jahre alt ( $SD\ 5.9$ ), 15 waren weiblich. Die große Mehrheit war angestellt tätig (18) oder teils angestellt und teils selbstständig (6). Die am häufigsten vertretenen, bereits abgeschlossenen Studienfächer waren Psychologie (12), Medizin (5) und Sozialpädagogik/-arbeit (4). Die Befragten verfügten alle über mindestens eine therapeutische Zusatzausbildung – hier waren Mehrfachnennungen (= MF) möglich – wie systemische Therapie und Beratung (22), Verhaltenstherapie (6), Gesprächspsychotherapie (3), tiefenpsychologisch fundierte Therapie und/oder Psychoanalyse (4). Im Mittel verfügten die leitenden Therapeuten über 5,1 Jahre praktische Erfahrung mit MFT ( $SD\ 5.6$ ); fünf von ihnen boten neben der eigenen therapeutischen Arbeit auch Weiterbildungen in Multifamilientherapie an.

#### 4.2.2 Institutionen

Multifamilientherapie für Kinder und Jugendliche wurde überwiegend ambulant (13) oder teilstationär (11) angeboten, seltener in einem stationären (8) Kontext (MF). MFT wurde in keinem Fall als einzige Therapieform angeboten. Bei Kombination mit anderen Therapieformen war es schwer zu differenzieren, welche Therapie das Basisangebot und welche die Ergänzung darstellte. Obwohl nahezu gleich verteilt als Haupt- und als zusätzliche Intervention (12; 13) benannt, wurde die MFT – unabhängig davon, ob sie als Haupt- oder Zusatztherapie angeboten wurde – am ehesten kombiniert mit einer weiteren Therapie für den Indexpatienten (stationär: 10, teilstationär: 9; ambulant: 5) oder die Angehörigen (3) oder mit einer im weiteren Sinne therapeutischen Unterstützung (9), wie zum Beispiel einer Lerntherapie für das Indexpatientenkind.

### 4.3 Behandlungsanliegen

#### 4.3.1 Patienten ...

Die Indexpatienten in den untersuchten MFT-Programmen waren in 21 Interventionen Kinder und Jugendliche (vgl. Tab. 1, nächste Seite). Die Diagnosen der Kinder und Jugendlichen sind nach ICD-10 folgenden Gruppen zuzuordnen: kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92), hyperkinetische Störungen (F90), Störungen des Sozialverhaltens (F91), sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98) und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F94). Nur eine Intervention richtete sich an Kinder und Jugendliche mit chronischen körperlichen Erkrankungen bzw. schweren Beeinträchtigungen aufgrund körperlicher Behinderung. In allen Interventionen lag eine relative Diagnosehomogenität der teilnehmenden Indexpatienten vor.

#### 4.3.2 ... und ihre Familien

Neben den eben genannten Diagnosen der Indexpatienten führten auch folgende zusätzliche Problemlagen die Familien in die MFT: besondere sozioökonomische Lebenslagen, Integrationsprobleme nach Migration, in der Kindheit erlittene Traumata, Probleme nach Trennung und Tod, mangelnde Erziehungskompetenz der Eltern bzw. drohender Sorgerechtsentzug, in einigen Fällen auch eine nicht näher bezeichnete Vielzahl an Problemen (Multiproblemfamilien).

Die Mehrheit der Interventionen (20) wurde in annähernd gleicher Anzahl von Indexpatienten und ihren nahen Angehörigen besucht, seltener (5) hauptsächlich von Indexpatienten. Im Mittel über alle Programme nahmen 56,8 % aller Mütter, 29,3 % aller Väter und 27,7 % aller in den Familien lebenden Geschwister an der MFT teil.

### 4.4 Rahmenbedingungen der Multifamilientherapie

#### 4.4.1 Dauer und Patientenversorgung

Multifamilientherapie findet im Allgemeinen an einzelnen, gemeinsam verbrachten Tagen statt, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken können. In den hier untersuchten Interventionen variierte der Therapiezeitraum zwischen weniger als drei Monaten (3) und bis zu 24 Monaten (1). In nur zwei Programmen wurde ein Intensivworkshop über drei bzw. fünf Tage durchgeführt.

Um das Ausmaß der Nutzung multifamilientherapeutischer Interventionen genauer zu erfassen, wurde außerdem erfragt, wie viele Familien pro Jahr das MFT-Programm der jeweiligen Anbieter durchlaufen. In den meisten Fällen nahmen bis zu zwölf Familien pro Jahr an den Interventionen teil (12), seltener bis zu 50 Familien (8) oder zwischen 51 und 100 Familien (3). An einem 5-tägigen Angebot, das in 21 Wochen des Jahres angeboten wurde, nahmen über 100 Familien pro Jahr teil.

**Tabelle 1:** Multifamilientherapeutische Interventionen in Deutschland (Zum besseren Überblick werden auch die vier Interventionen aufgeführt, die sich an erwachsene Indexpatienten und deren Familien richten.)

Name des Programms	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F90	F91	F92	F93	F94	F95	F96	F97	F98	F99	C00-D48	Q00-Q99	AKE	Anbieter, Stadt (Bundesland)	Altersgruppe	Dauer	Finanzierung Indexpatient	Finanzierung Angehörige	
Familienschulprojekt „Die 2. Chance“									X														J. O. B. e. V., Teltow (BB)	12-18	3-6 M	b, c	b, c	
Projekt besondere Kinder										X	X	X			X								Frau Brazil, Heidelberg (BW)	6-18	6-9 M	a, g	a	
TEK – Fisch										X	X	X	X										KJP, Schleiklinikum Schleswig (SH)	6-12	3-6 M	a, b, e	a	
Familienklassenzimmer und MFT										X	X	X	X	X									Stiftung Jugendhilfe aktiv, Stuttgart (BW)	6-12	9-12 M	b, d	d	
Tagesgruppe										X	X	X	X	X									Albert-Schweitzer-Kinderdorf, Wetzlar (HE)	6-12	12-24 M	b	e	
heilpädagogische Tagesgruppe										X	X	X	X	X									Albert-Schweitzer-Kinderdorf, Wetzlar (HE)	6-18	12-15 M	b	b	
Eltern-Kind-Station																							LVR Kliniken Viersen (NW)	0-18	<3 M	a	e	
KJP									X	X	X	X	X	X									KJP, Heidelberg (BW)	5-18	6-9 M	a	a, b	
Eltern-Kind-Gruppe										X	X	X	X	X	X								ASK, Wetzlar (HE)	6-18	12-24 M	b	e	
Wochengruppe										X	X	X	X	X	X								KJP, Marienkrankenhaus Papenburg-Aschendorf GmbH (NI)	6-18	3-6 M	a	e	
Projekt in einer Grundschule										X	X	X	X	X	X								Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im KJ Alter, Rostock (MV)	6-18	3-6 M	h	e	
Mütter mit erziehungsschwierigen Kindern										X	X	X																



*Anmerkungen zu Tabelle 1 (vorangehende Doppelseite): Diagnosegruppen:* F0 = Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; F1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F3 = Affektive Störungen; F4 = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; F7 = Intelligenzminderung; F8 = Entwicklungsstörungen; F90 = Hyperkinetische Störungen; F91 = Störungen des Sozialverhaltens; F92 = Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen; F93 = Emotionale Störungen des Kindesalters; F94 = Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; F95 = Ticstörungen; F98 = Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; F99 = Nicht näher bezeichnete psychische Störung; C00-D48 Neubildungen; Q00-Q99 = Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien); AKE = Andere körperliche Erkrankungen; *Anbieter:* KJP = Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie; KJPPP = Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; *Altersgruppe:* ERW = Erwachsene; *Dauer:* M = Monate; *Finanzierung:* a = Krankenversicherung; b = Jugendamt oder Schulamt; c = Europäischer Sozialfonds; d = Projekt (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg); e = privat; f = Sponsoring; g = Stiftung; h = Kommune; i = Pauschale der Klinik

#### 4.4.2 Finanzierung

Die Behandlung der Indexpatienten wurde in sieben Programmen ausschließlich durch Unterstützung der Kommune (Jugend- und Sozialämter) getragen und in sechs Programmen über die Krankenversicherung des jeweiligen Indexpatienten finanziert. In den übrigen Interventionen wurde eine Mischfinanzierung genutzt, die teils Förderer wie den Europäischen Sozialfonds und private Mittel der teilnehmenden Patienten einschloss. Davon abweichend wurde die Therapieteilnahme der Familienangehörigen in nur fünf Interventionen durch Kommunen, in vier durch die jeweiligen Krankenversicherungen sichergestellt. In neun Programmen finanzierten die Angehörigen ihre Teilnahme selbst und in sieben Programmen wurde die Behandlung der Angehörigen durch eine Mischfinanzierung gewährleistet (vgl. Tab. 1).

#### 4.5 Charakteristische Merkmale der Multifamilientherapie

Im Folgenden werden die methodischen Konzeptionen der Befragten zur MFT – Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse – kategorial dargestellt.

Als zentrale methodische Merkmale der Multifamilientherapie wurden am häufigsten *systemisch orientierte Gesprächstechniken* benannt (zirkuläres Fragen, Review- und Feedbackverfahren) bzw. Gruppenarbeiten (Multisystemgespräche, themenbezogene Subgruppenarbeit, Rollenspiele und Adoptivverfahren wie Rollentausch, Kinder- bzw. Elterntausch).

*Kognitive Techniken* fokussierten aus Sicht der Befragten den Perspektivwechsel durch Symbolisierung (Skulpturen, Metaphern, Familienaufstellungen), Distanzierung von Symptomen, Skalierung der Symptomschwere oder Reframing zugeschriebener Bedeutungen.

*Gemeinsame informelle Aktivitäten* gehörten als Simulation alltäglicher Situationen – wie zum Beispiel die gemeinsame Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten – für die Befragten zur MFT wie auch handlungsorientierte Methoden, die das gemeinsame

Erleben von Neuem fördern sollten. Daneben fanden kreative Methoden und Entspannungsverfahren Anwendung.

*Analysierende Methoden* wie die Biografiearbeit, den Mentalisierungsansatz nach Allen und Fonagy (2009) und weitere wie ressourcen- oder lösungsorientierte Methoden, Edukation und Trainings wie zum Beispiel Eltern-Kind-Training und zu Hause angewandtes Video-Training beschrieben nur einzelne Befragte als die ihnen wichtigsten Methoden ihres multifamilientherapeutischen Ansatzes.

Neben der Arbeit mit einer Gesamtgruppe wurde in der Hälfte der Interventionen zeitweise mit Subgruppen (Kinder, Geschwister, Eltern, geschlechtshomogene Gruppen), immerhin bei einem Drittel der Interventionen auch einzeln mit dem Indexpatienten oder einem Angehörigen gearbeitet. Die untersuchten MFT-Interventionen wurden von ihren Leitern zumeist als auf die Bearbeitung der Familiendynamik fokussiert beschrieben (10), seltener als gleichermaßen symptom- bzw. familiendynamikorientiert (7) und in nur einem Programm wurde der Symptomreduktion mehr Aufmerksamkeit geschenkt. In drei Fällen fehlten die Angaben.

#### 4.6 Wirkfaktoren der Multifamilientherapie

Die im Folgenden dargestellten, aus den Antworten auf offene Items generierten induktiven Kategorien beschreiben die Wirkfaktoren multifamilientherapeutischer Interventionen. Die Reihenfolge der Darstellung wurde nach Anzahl der zu den Kategorien gehörigen Unterkategorien (Nennungen) gewählt, auf eine Auszählung der Nennungen wurde verzichtet.

*Erleben in der Gruppe.* Die Befragten beschrieben, dass ein ausgeprägtes Gemeinschaftsgefühl innerhalb der Gruppen und auch innerhalb der Kernfamilien den Teilnehmern zu intensiven und geteilten Erfahrungen verhilft. So erlebten diese (in der Beschreibung der Therapeuten) einander als solidarische Gemeinschaft, welche gemeinsam die Familiendynamik fokussiert, wobei das symptom-tragende Kind Entlastung erfährt. Erlebnisse von Solidarität und die Aktivierung vorhandener sozialer Probleme im therapeutischen Prozess unterstützten die Problembearbeitung und minderten außerdem (Gefühle der) soziale(n) Isolation und das Stigmatisierungserleben. Aus Sicht der Therapeuten wurde die Gültigkeit der dabei gefundenen Lösungen aufgrund der gelungenen Gemeinschaft in diagnosehomogenen Gruppen von allen Beteiligten als hoch empfunden.

*Ressourcenaktivierung.* Wechselseitige Wertschätzung und positive, kontinuierliche Rückmeldung der Teilnehmenden untereinander führten aus Perspektive der Befragten zu einer Aktivierung individueller und sozialer Kräfte.

*Perspektivwechsel.* Die gezielte Arbeit an eigenen Themen, an der eigenen Rolle und an den Themen und Rollen anderer innerhalb und außerhalb der eigenen Familie förderte die Selbstreflexion, erhöhte die Konfliktfähigkeit und etablierte ein Verständnis für die Situation anderer. Damit wurden bisherige Erklärungs- und Verhaltensmuster gestört und aus der Entwicklung alternativer Deutungen und Reaktionsmöglichkeiten

ergab sich eine veränderte Perspektive auf die Symptome sowie ein anderer Umgang mit diesen.

*Modelllernen.* Durch Beobachtung alternativer Umgangsweisen mit Problemen, die den eigenen ähneln, und des therapeutischen Fortschritts anderer, konnte die Überzeugung entstehen, dass eine Veränderung möglich ist. Auch bereitete konkretes Nachahmen von Lösungsansätzen in einem therapeutischen Rahmen den Weg zur Adaptation dieser Lösungen für die eigene Familie. Die Nähe dieser Erfahrungen zum eigenen Alltag (der Therapieteilnehmer) erleichterte die Übernahme des neu Gelernten in den Alltag.

*Selbstwirksamkeit.* Unterstützte Herausforderungen, zum Beispiel die Übung elterlicher Präsenz, ließen im Kleinen Selbstwirksamkeit erleben, die ihrerseits zu einer nachhaltigen Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung im Alltag führen konnte.

*Therapeutische Beziehung.* Die „Beziehung auf Augenhöhe“ zwischen Therapeuten und Klienten barg aus Sicht der Befragten nur Vorteile. Das kooperative Miteinander ermöglichte den Klienten ein erhöhtes Selbstwirksamkeitserleben. Klienten wurden als Co-Therapeuten, die eigene Rolle als moderierend beschrieben. Manche Therapeuten fühlten sich durch die Multifamilientherapie geschont (die Arbeit wurde als „energiesparend“ beschrieben), andere empfanden jedoch eine intensive zeitliche Belastung durch die MFT.

#### 4.7 Qualitätssicherung und Evaluation

In der Hälfte (13) aller Interventionsprogramme wurden regelmäßige Supervisionen und Intervisionen zur Qualitätssicherung der multifamilientherapeutischen Intervention durchgeführt. In 21 Programmen wurden die Parameter, die mittels Intervention verändert werden sollen, zumeist unmittelbar nach Abschluss der Intervention (16), teils (10) davor sowie mehrere Monate nach Abschluss der Intervention (15) (MF) erhoben. Die Erhebungsverfahren variierten (Gespräch, Selbsteinschätzung, Fragebogen, Fremdeinschätzung), meist wurden Indexpatienten und Angehörige befragt. In elf Interventionen kamen Fragebögen zum Einsatz, die Konstrukte messen, welche im Zusammenhang mit der Erkrankung der Indexpatienten stehen: Verhaltensauffälligkeiten der Indexpatienten (Child Behavior Checklist; TRF; SDQ), subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (SCL-90-R), Depressivität der Familienangehörigen (BDI) und der Indexpatienten (DIKJ), familiäre Beziehungsstrukturen (SFB), anorektische und bulimische Essstörungen (SIAB; EDE), Therapieerfolg (FBB) und nicht näher benannte Parameter (mit selbst entwickelten Messverfahren).

Von den 21 Institutionen, die Ergebnismaße ihrer Multifamilientherapien erhoben, nutzten fünf die Daten zu einer systematischen Evaluation der Intervention, teils durch übergeordnete Stellen in derselben Institution, teils durch externe Forschungseinrichtungen.

## 5 Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war die Erfassung des Implementierungsstandes multifamilientherapeutischer Interventionen in Deutschland. In der bundesweiten Befragung von Therapeuten, die multifamilientherapeutisch arbeiten, wurden 25 Institutionen mit Multifamilientherapie-Interventionen (MFT) gefunden, von denen sich 21 an Kinder und jugendliche Indexpatienten richteten. Verhaltens- und emotionale Störungen sowie Störungen des Sozialverhaltens wurden am häufigsten behandelt, aber auch Essstörungen und mit chronischer Erkrankung assoziierte familiäre Problemlagen. Multifamilientherapie kam stets zusätzlich zu weiteren Interventionsformen, meist ambulant oder teilstationär, zur Anwendung. Es werden derzeit deutschlandweit jährlich ca. 4.000 Familien mittels MFT behandelt. Die multifamilientherapeutischen Ansätze sind heterogen, doch sie zeichnen sich durch die vorrangige Anwendung systemisch orientierter, gruppentherapeutischer Methoden aus, die eher die Familiendynamik, seltener die Symptome des Indexpatienten fokussieren. Die Wirksamkeit multifamilientherapeutischer Interventionen führen die Therapeuten auf die Aktivierung sozialer Probleme und deren Bearbeitung mit gruppentherapeutischen Mitteln, die Ressourcenaktivierung, den störungsbezogenen Perspektiv- und Bedeutungswechsel, das Modelllernen sowie die Steigerung der erlebten Selbstwirksamkeit der Teilnehmer zurück. Eine Regelfinanzierung multifamilientherapeutischer Interventionen ist nur selten gegeben. Von 25 untersuchten Interventionen wurden in 21 Interventionen Ergebnismaße bei Indexpatienten sowie Familienangehörigen erhoben, doch nur in fünf Programmen werden diese zu einer systematischen Evaluation des eigenen Ansatzes genutzt.

In der vorliegenden explorativen Untersuchung wurden erstmalig alle Multifamilientherapieprogramme in Deutschland erfasst. Dass dabei nur 25 Interventionen, 21 mit kinder- und jugendpsychiatrischem/-psychotherapeutischem Fokus, dargestellt wurden, lässt sich auf die umschriebene Verbreitung der Multifamilientherapie in Deutschland zurückführen. Eine Bildung von Untergruppen, die vor allem die Heterogenität der Intervention näher beleuchtet hätte, wäre hilfreich gewesen, um Interventionen, die hauptsächlich zu einer Veränderung bei den Angehörigen führen sollen (z. B. bei Indexpatienten mit schwerer körperlicher chronischer Erkrankung), von denen zu unterscheiden, die auch die Symptomatik des Indexpatienten zu beeinflussen suchen. Dies bot sich aufgrund der geringen Fallzahl jedoch nicht an.

Es gelang dennoch, strukturelle Gemeinsamkeiten multifamilientherapeutischer Interventionen abzubilden: Multifamilientherapie ist in den untersuchten kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Interventionen analog zu Ansätzen, die Asen und Scholz (2009) beschreiben, eine systemische, familientherapeutische Gruppentherapie. Innerhalb der einzelnen Interventionen werden die als allgemeine Wirksamkeitsfaktoren der Psychotherapie bekannten Mechanismen wie Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Bedeutungswechsel der Symptome, aktive Unterstützung zur Problembewältigung umgesetzt (Grawe, 1995). Eine besondere Dynamik

scheint aus dem Lernen am Modell und der Steigerung der erlebten Selbstwirksamkeit in konkreten Situationen, die während der MFT hergestellt und vom therapeutischen Team moderiert werden, zu entstehen.

Multifamilientherapie stellt sich in der vorliegenden Untersuchung als ein durch therapeutisches Handeln hoch strukturiertes, gruppentherapeutisches Verfahren dar, in dem die Familiendynamiken einzelner teilnehmender Familien unter Anwendung spezifisch systemischer Methoden fokussiert werden. Multifamilientherapie konfrontiert die Kleinfamilie mit einer Gruppe anderer Familien und vermag die Logiken des sozialen Austausches innerhalb der Binnengruppe Kleinfamilie (König, 2010) mithilfe der anderen Individuen und Familien so zu irritieren, dass neue, flexiblere Formen des Austausches möglich werden. Die Gruppendynamik der therapeutischen Gruppe rückt dabei in den Hintergrund, auch wenn intensive Erlebnisse in der Gruppe aktiviert werden.

In der vorliegenden Untersuchung konnte nicht hinreichend geklärt werden, ob die im Vergleich zu teilnehmenden Vätern doppelt so hohe Anzahl teilnehmender Mütter auf den möglichen Alleinerziehendenstatus dieser Mütter, auf Rollenzuschreibungen innerhalb der teilnehmenden Familien, mangelnde Motivation der Väter oder schlicht den hohen Zeitaufwand für die Teilnahme zurückzuführen ist. Wochenend- oder Abendtermine anzubieten steigert die Teilnahme der Väter erfahrungsgemäß deutlich (Goll-Kopka, 2009; Ochs u. Altemeyer, 2006). Auch die eindeutige Vermittlung der therapeutischen Notwendigkeit kann viele Väter zur Teilnahme an einer wochentags stattfindenden Therapie motivieren (Scholz et al., 2005).

Ebenso offen blieb die interessante Frage nach der richtigen „Dosis“ der MFT, gemessen in tatsächlich geleisteten Therapieeinheiten, für die verschiedenen Klientengruppen. Der Aussagewert der beschriebenen Dauer einzelner multifamilientherapeutischer Interventionen wird damit gemindert.

In Deutschland wird Multifamilientherapie vor allem Familien mit Kindern und Jugendlichen angeboten, bei denen internalisierendes oder externalisierendes Problemverhalten (auch im Kontext Schule und Lernen), Essstörungen oder chronische körperliche Erkrankungen vorliegen. Dies entspricht der Evidenzlage in Übersichtsarbeiten zur Multifamilientherapie (Asen u. Scholz, 2009; McDonnell u. Dyck, 2004).

Zwar kann bislang davon ausgegangen werden, dass viele Indexpatienten und deren Familien von Multifamilientherapie profitieren könnten, ganz gleich, welche Diagnose vorab gestellt wurde. Doch es gibt Hinweise darauf, dass diagnosehomogene Gruppen, wie sie auch ausschließlich in der vorliegenden Untersuchung gefunden wurden, in denen möglicherweise diagnosespezifische Methoden zum Einsatz kommen, besser funktionieren (Asen u. Scholz, 2009).

Den immerhin ca. 4.000 Indexpatienten und ihren Familien, die in Deutschland multifamilientherapeutisch behandelt werden, stehen nur wenige gesicherte Erkenntnisse (Süß-Falkenberg, 2006; Thömke, 2005) und wenige Pilotstudien (Goll-Kopka, 2009; Retzlaff et al., 2008; Scholz et al., 2005) gegenüber. Neben vielen anderen ungeklärten Fragen zum praktischen multifamilientherapeutischen Arbeiten, die Ochs und Altemeyer (2006) bereits aufwarfen, fehlen Evaluationen multifamilientherapeutischer

Interventionen. Erst Evaluationen einzelner multifamilientherapeutischer Interventionen mit definierten Ergebnismaßen auf Seiten des Indexpatienten und einzelner Familienmitglieder mit gängigem Prä-Post-Design sowie vergleichende Untersuchungen in randomisiert-kontrolliertem Design oder in parallelisierten klinischen Vergleichsgruppen (in Kooperation mit Einrichtungen, die keine MFT durchführen) können aber klären, ob die Multifamilientherapie eine empfehlenswerte Intervention darstellt. Die dringend notwendigen Studien könnten verdeutlichen, welche multifamilientherapeutische Intervention für wen angemessen ist. Zudem wäre interessant zu untersuchen, in welchen Fällen die Addition der MFT zu einem bestehenden Therapieprogramm einen zusätzlichen Nutzen erbringt oder ob nicht gar das alleinige Angebot einer Multifamilientherapie weitere Interventionen zu ersetzen vermag.

Es ist naheliegend, dass Multifamilientherapie, einmal etabliert, preiswerter und kontrollierter durchführbar ist als Interventionen, die sich an einzelne Patienten, deren Angehörige oder einzelne Familien richten und in verschiedenen therapeutischen Settings pro Patient stattfinden. Doch erst Kosten-Nutzen-Analysen, die Aussagen über die Interventionskosten der gesamten Familie einbeziehen, könnten die Frage klären, für wen sich wann die Therapie in angemessenem Maße lohnt. Sollen Krankenversicherungen, Kommunen oder Schulen die MFT als reguläre Maßnahme bei bestimmten Patienten- bzw. Klientengruppen in Betracht ziehen, muss zwar ein individualdiagnostischer Nachweis der Symptom- oder Kostenminderung geführt werden, doch die Zusammenschau dieser Nachweise für das Mehrpersonensystem Familie könnte Kostenträgern erleichtern, die Vorteile der Multifamilientherapie in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich und darüber hinaus zu erkennen. Studien, die alle an einer Multifamilientherapie teilnehmenden Individuen integrierten, könnten dies befördern.

## Literatur

- Allen, J. G., Fonagy, P. (2009). *Mentalisierungsgestützte Therapie: Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Asen, E., Scholz, M. (2008). Multi-Familientherapie in unterschiedlichen Kontexten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 362-380.
- Asen, E., Scholz, M. (2009). *Praxis der Multifamilientherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Behme-Matthiessen, U., Bock, K., Nykamp, A., Pletsch, T. (2009). FiSch – Familie in Schule. *Systema*, 23, 266-277.
- Behme-Matthiessen, U., Pletsch, T. (2005). Themenorientierte Eltern-Kind-Gruppentherapie (TEK). *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung*, 23, 179-186.
- Cooklin, A., Miller, A., McHugh, B. (1983). An institution for change: Developing a family day unit. *Family Process*, 22, 453-468.
- Goll-Kopka, A. (2009). Multi-Familientherapie (MFT) mit Familien von entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken und behinderten Kindern: „Das Frankfurter MFT-Modell“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 716-732.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.

- König, O. (2010). Familiendynamik und Gruppendynamik. Gegenstand und Verfahren – Konvergenzen und Konkurrenzen. *Familiendynamik*, 35, 292-300.
- Laqueur, H. P., LaBurt, H. A., Morong, E. (1964). Multiple family therapy. *Current psychiatric therapy*, 25, 150-154.
- MAXqda, URL: <http://www.maxqda.com/> [18. Oktober 2010]
- McDonell, M. G., Dyck, D. G. (2004). Multiple-family group treatment as an effective intervention for children with psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 24, 685-706.
- Ochs, M., Altemeyer, S. (2006). Herausforderungen und Chancen bei der Implementierung von Multi-Familien-Gruppen in der pädiatrischen Onkologie. *Systema*, 20, 284-296.
- Retzlaff, R., Brazil, S., Goll-Kopka, A. (2008). Multi-Familiientherapie bei Kindern mit Teilleistungsfertigkeiten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 346-361.
- Scholz, M., Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. *European Eating Disorders review* 9, 33-42.
- Scholz, M., Rix, M., Hegewald, K., Gantchev, K. (2003). Tagesklinische Multifamiliientherapie (tmFT) bei Anorexia nervosa – Manual des Dresdner Modells. In B. Steinbrunner, M. Schönauer-Cejpeck, M. (Hrsg.), *Essstörungen – Anorexie – Bulimie – Adipositas – Therapie in Theorie und Praxis*. Wien: Wilhelm Maudrich.
- 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, 132-141.
- SPSS 18, URL: <http://www-01.ibm.com/software/de/analytics/spss/> [20. September 2010]
- Süß-Falkenberg, U. (2006). Familientagesklinische Behandlung bei sozial und emotional gestörten Kindern. Eine 1½-Jahres-Katamnese. Inauguraldissertation der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.
- Thömke, V. (2005). Tagesklinische Multifamiliientherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Anorexia nervosa. Die Veränderung der familiären Beziehungen unter Einbeziehung der Gewichtsentwicklung, der Zufriedenheit und des Erfolgs der Behandlung. Inauguraldissertation der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.
- Wamboldt, M. Z., Levin, L. (1995). Utility of multifamily psychoeducational groups for medically ill children and adolescents. *Family Systems Medicine*, 13, 151-161.

**Korrespondenzanschrift:** Anja Born, Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Ph.-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig; E-Mail: [anja.born@medizin.uni-leipzig.de](mailto:anja.born@medizin.uni-leipzig.de)