



Methodenintegrative Evaluationsansätze zur Multifamilientherapie

Dr. med. Ulrike Röttger

6. Jahrestagung Multifamilientherapie 2014

Forum Forschung 22.05.2014

Ziele der Psychotherapieforschung ?



„Es bedarf neben einem komplexeren Verständnis von Psychotherapie und einer Entwicklung angemessener Forschungsmethoden vor allem einer Theorie der menschlichen Kontexte, in denen Psychotherapie stattfindet.“

(D. Orlinsky 2007)

Was ist die Multifamilientherapie?



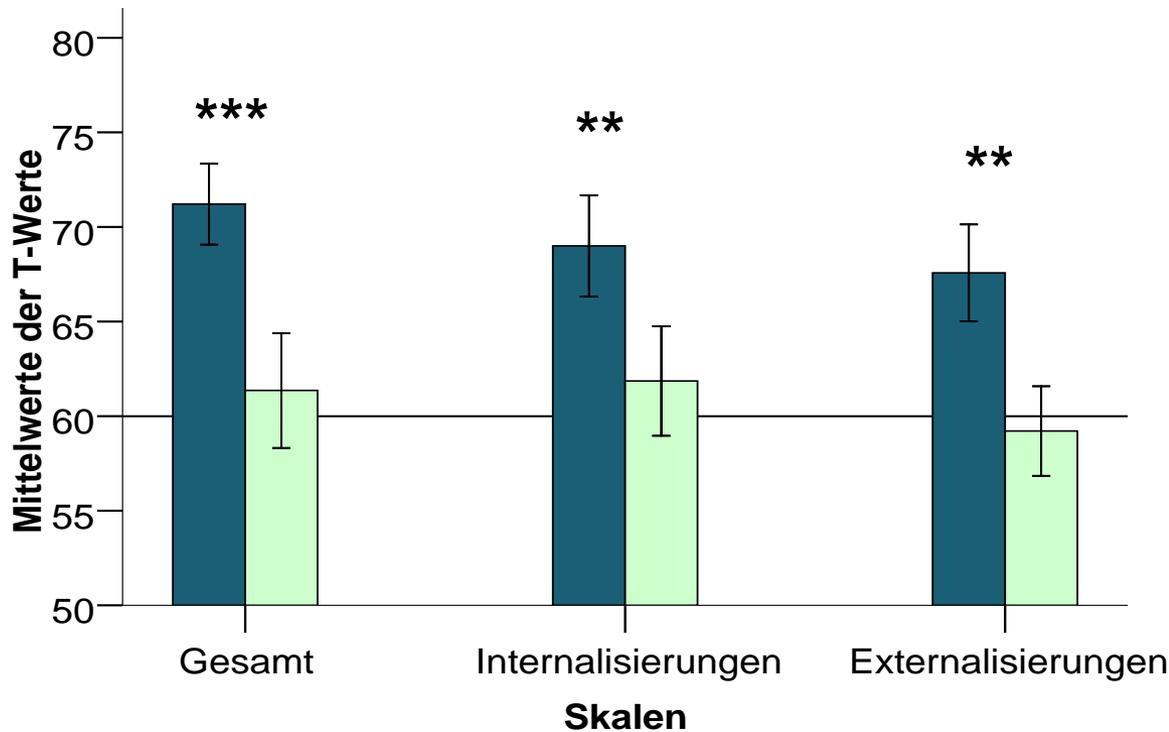
Konzept der Multifamilientherapie

- Evidenzbasiertes Verfahren
- Systemische Prinzipien (Kontextorientierung, Lösungsorientierung, Ressourcenorientierung)
- Prinzipien der Gruppentherapie (gegenseitige Unterstützung, Rollenspiele, Modellernen und Feedback)

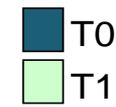


- Die summative Evaluation/quantitative Evaluation wird bei vollständig entwickelten Programmen nach ihrer Durchführung angewandt.
- Ziel ist die abschließende Bewertung oder Überprüfung des Erfüllungsgrades, der gestellten Aufgabe.
- Form der Ergebnisevaluation, die nur einen Vergleich zwischen postuliertem und erreichtem Zielzustand vornimmt.
- Die Ergebnisse können nur nachträglich für die zielgerichtete Anpassung des Programms oder Prozesses verwendet werden.

Beispiel: CBCL – Symptomreduktion aus Sicht der Eltern



Messzeitpunkt



p Gesamt < .001
p Internalisierungen < .01
p Externalisierungen < .01



1. Evaluation der Multifamilientherapie in der Tagesklinik
2. Evaluation der Eltern- Kind-Behandlung
3. Entwicklung eines Fragebogens zu den Wirkfaktoren der Multifamilientherapie

Kooperationspartner: Dr. J. Rademacher Institut für Psychologie I,
Universität Magdeburg

Projektmitarbeiter: Dr J. Schadow, C. Kramm, S. Krause, L. Ceschinski

Masterarbeiten: A. Ruthsatz; I. Klar; J. Bräcklein



- Therapiebaustein innerhalb einer multimodalen Behandlung
- offene Gruppe mit ca. 5 bis 8 Familien
- unterschiedliche Krankheitsbilder
- homogene Altersgruppe der Indexpatienten (Eingehen auf entwicklungspezifische Besonderheiten)
- Frequenz: 1 Nachmittag alle 14 Tage
- Therapeutenteam: Psychologe/Arzt, Ergotherapeut, Pflegepersonal
- Begrüßung und Plan des Nachmittages (5 Minuten)
- Vorstellungsrunde/Aufwärmübung (10Minuten)
- Hinleitung zum Thema (5Min)
- Bearbeitung der Aufgabe (45 Min)
- Pause (15 min)
- Auswertung und Reflexion(45Min)
- Abschlussrunde (5Min)



- Wie verändert sich das Belastungserleben von Eltern und Kindern unter Einsatz dieser Therapieform?
- Wie verändern sich die familiären Beziehungen in Bezug auf emotionelle Verbundenheit und Autonomieerleben der Patienten?

■ **Stichprobe:**

- 19 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 17 Jahren und ihre Familien
- Befragung der Kernfamilien - Mutter, Vater, Kind

■ **Zeitraahmen:**

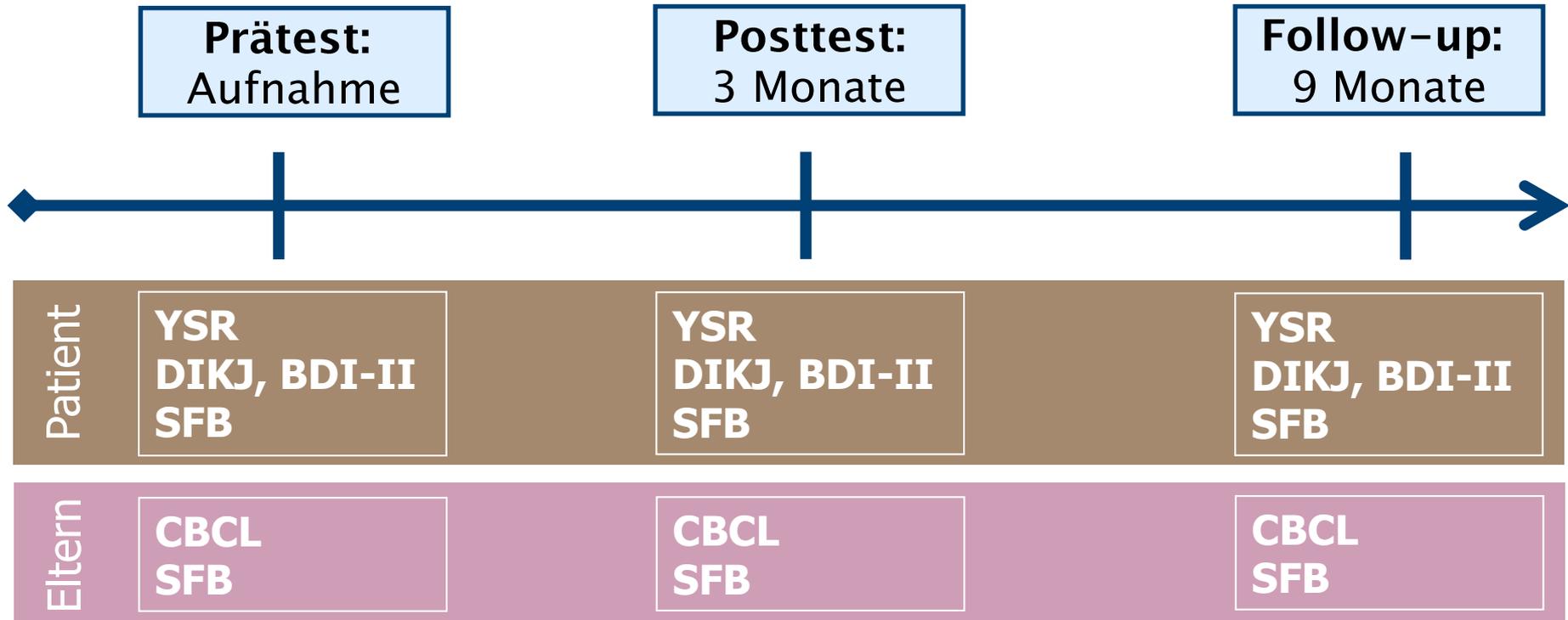
- Beginn der Erhebung Dezember 2010

■ **Versuchsdesign:**

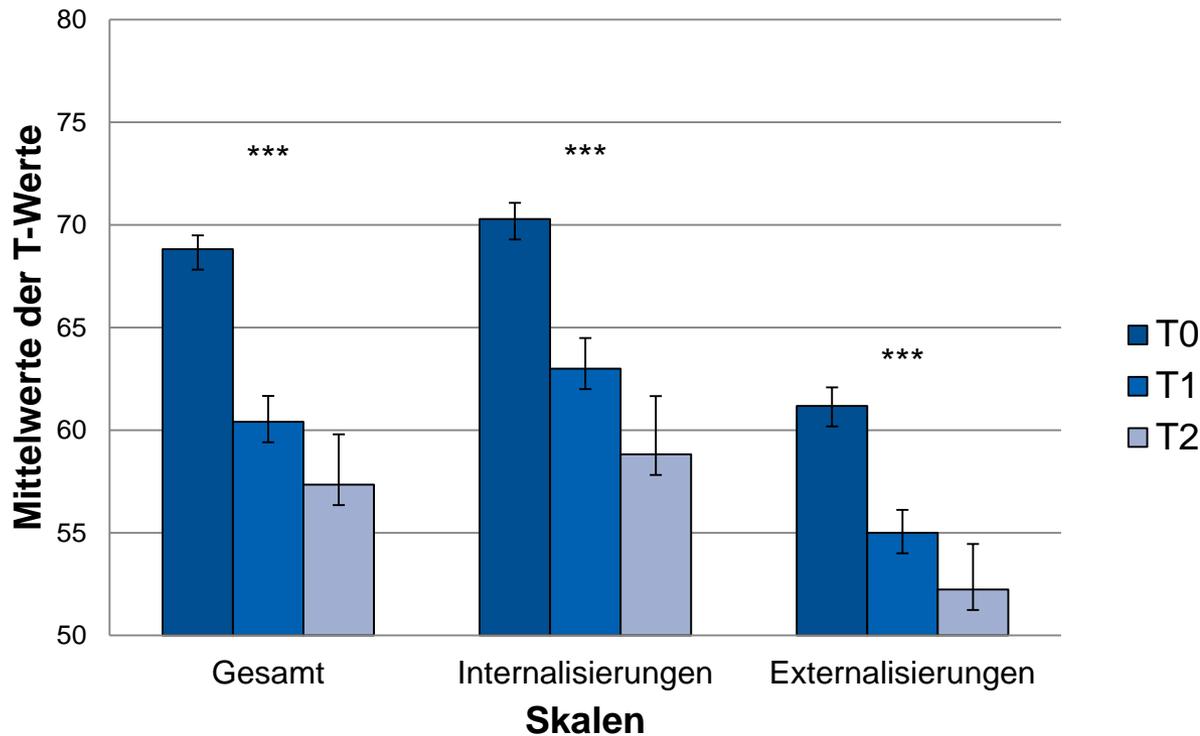
- Prä-Post- Follow up- Design ohne Kontrollgruppe



- **CBCL /4-18: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen** (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist , 1998a)
- **YSR: Fragebogen für Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren** (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b)
- **Subjektives Familienbild (SFB, Mattejat F. & Scholz M.,1994)**
 - zur Familien- und Beziehungsdiagnostik
 - Beziehungsstruktur einer familiären Triade (Mutter, Vater, Kind)
 - Wie verhält sich Person X gegenüber der Person Y?
 - Unterscheidung zwei grundlegender Aspekte:
 - **emotionale Verbundenheit: Valenz**
⇒Interesse, Warmherzigkeit, Verständnis
 - **individuelle Autonomie: Potenz**
⇒Selbstständigkeit, Entschiedenheit, Sicherheit



CBCL – Symptomreduktion aus Sicht der Eltern



$$\mu^2_{\text{Gesamt}} = .58$$

$$\mu^2_{\text{Internalisierungen}} = .42$$

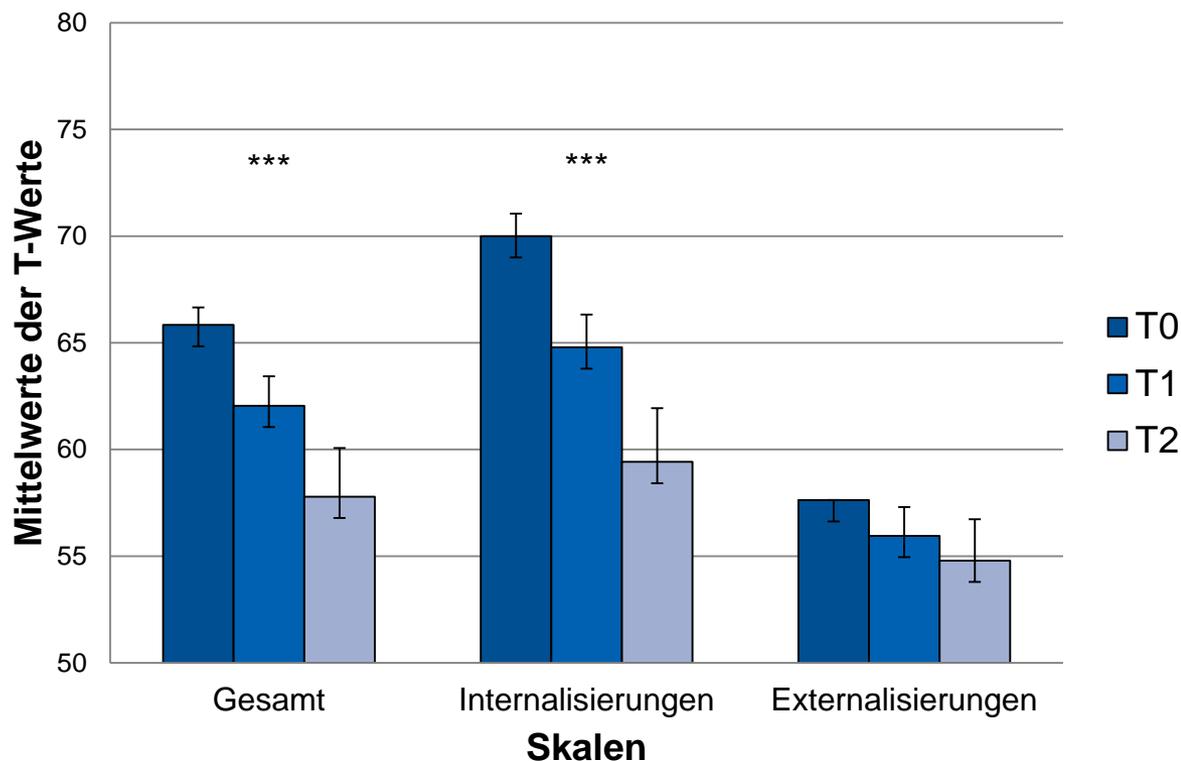
$$\mu^2_{\text{Externalisierungen}} = .41$$

$$p_{\text{Gesamt}} < .001$$

$$p_{\text{Internalisierungen}} < .001$$

$$p_{\text{Externalisierungen}} < .001$$

YSR – Symptomreduktion aus Sicht der Kinder und Jugendlichen



μ^2 Gesamt = .47

μ^2 Internalisierungen = .45

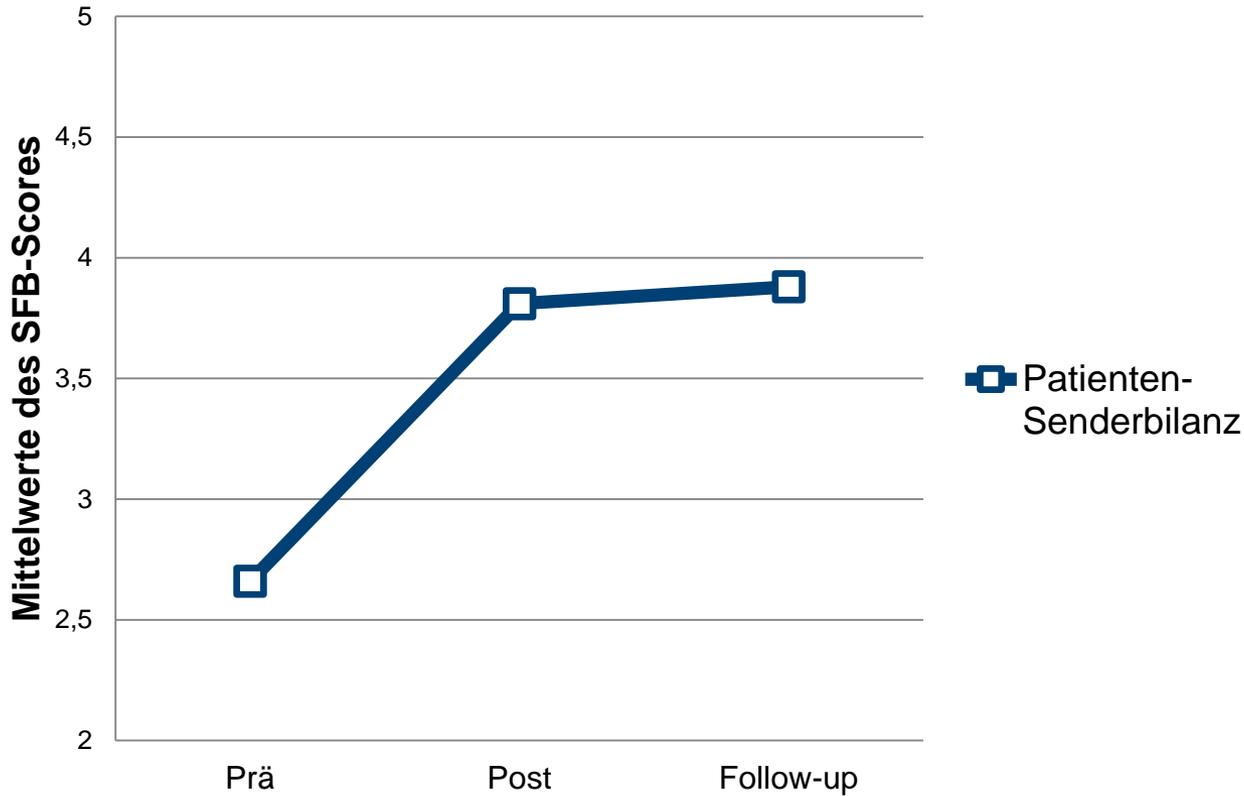
μ^2 Externalisierungen = .12

ρ Gesamt < .001

ρ Internalisierungen < .001

ρ Externalisierungen < .001

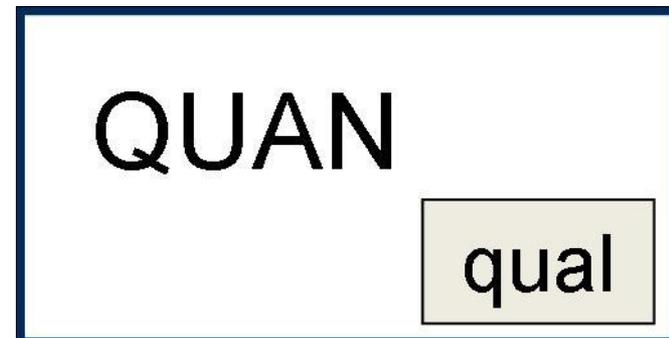
Ergebnisse (Grafik SFB/ Senderbilanz)



μ^2 Senderbilanz = .25
 p Senderbilanz < .05

- Speziell die störungsspezifische Diagnostik eignet sich nicht, um die Wirkfaktoren zu ermitteln, die zu der Verringerung der Symptome geführt haben.
- MFT ist nur ein Behandlungsbaustein einer multimodalen Therapie/ die gemessenen Effekte sind also nicht allein auf den Einsatz der MFT zurück zu führen
- Wie lassen sich die Phänomen der stabilen Reduktion des Belastungserleben genauer verstehen und ermitteln? Welche Rolle spielt die Multifamilientherapie dabei?

- Bewertung und Verbesserung eines Prozesses innerhalb vorab definierter Zeiträume und vorab definierten Kriterien
- (Zwischen-) Ergebnisse der formativen Evaluation werden benutzt um Interventionen bzw. Korrekturen laufender Maßnahmen vorzunehmen, um die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung zu erhöhen





- Arbeit mit sequentiell eingebetteten, qualitativen Interviews
- Fragestellung: Was ist aus Sicht der Familien subjektiv relevant für eine Reduktion des Belastungserlebens durch die Multifamilientherapie?
- Qualitative Pilotstudie (4 qualitative Interviews mit Müttern nach der tagesklinischen Behandlung)

Kooperationspartner: Dr. H. von der Lippe Institut für Psychologie I, Universität Magdeburg

Stichprobe:

- 4 Mütter nach Abschluss der tagesklinischen Behandlung ihrer Kinder

Form der Befragung:

- Problemzentrierte methodenintegrative Einzelfallinterviews (Kuckartz et al., 2008; Witzel & Reiter 2012)
- Halbstrukturierter, flexibler Interview-Leitfaden
- Partizipative Visualisierung einer MFT-Sitzung (Laptop)
- Offenes Kodieren der verschrifteten Interviews (Corbin & Strauss 2008)

Interviewdauer 1-2,5 Stunden/Hohe Motivation und Offenheit der Befragten/
Wunsch: „Etwas weiter zu geben“

– **Modell A: „kontinuierlicher Fortschritt nach anfänglicher Angst“**

- „Also gruselig! Ich fand`s gruselig“ → „zum Schluss waren wir eigentlich so Vorzeige-Mami und Kind (lacht)“
- Hauptfaktor (subjektiv): Verbesserung der Sohn-Mutter-Kommunikation „Schritt für Schritt“

– **Modell B: „erfolgreicher Hürdenlauf“**

- Wir waren ja richtig klinikgestört“ // „Es war das härteste halbe Jahr, was ich durchgemacht habe. Die Emotionen sind hoch und runter“.
- Hauptfaktoren (subjektiv): Therapiehoffnung, Atmosphäre, andere Familien

– **Modell C: „Das schöne Picknick in der Klinik nach kurzer Unsicherheit“**

- „Es war eigentlich wie Familie ... weil jeder irgendwo nen Problem hatte und jeder konnte so sich mit jedem auch unterhalten“
- Hauptfaktor (subjektiv): Gefühl der Verbundenheit, eine „Gute Runde“

– **Modell D: „Die sich auftürmende stabilisierende Welle“**

- „Ich beschreib's als Welle. Die ganz klein anfing, die immer größer wird, die uns stabil gemacht hat, und eine Weille reißt ja alles mit und wir reißen jetzt auch alles mit.“
- Hauptfaktor (subjektiv): Gefühl des gemeinsamen Kompetenzzuwachses in der Gruppe.

– **Modell A: „Die Große Familie“**

- Zusammenhalt und Spaß (eher emotionale Beziehungen)
- Etablierung eines Freundschaftsnetz außerhalb der MFT: „Also wir machen unsere MFT jetzt meist auffem Spielplatz“

– **Modell B: „Blickwinkelerweiterung mit klarem Abschluss“**

- Vielfache Wert des Erfahrungsaustauschs (eher funktionale Beziehungen)

– **Modell C: „Limitierte Vernetzung aus Kapazitätsgründen“**

- Austausch mit anderen nur im Kontext der Klinik
- „das wäre für mich auch zu viel, ich hab meinen Freundeskreis, ... das wird dann irgendwann zuviel, ... dann hat man nicht mehr intensiv für die anderen Zeit“

– **Modell D: „Genuss des offenen Erfahrungsaustauschs“**

- „Keiner guckt schief,,, „wir saßen alle im selben Boot“, „wir gehören alle zusammen“,
- Intensiver Austausch zur Therapie und darüber hinaus (Alltag)



- Therapeutisches Feedback und Anhaltspunkte nach Übungen zentral („superhilfreich“)
- Austausch mit anderen: „Was mir am meisten geholfen hat, sind ... die anderen Familien“.
- Förderung der Rückbesinnung auf eigenes Familiensystem
 - Eigene Werte und Ressourcen werden verdeutlicht



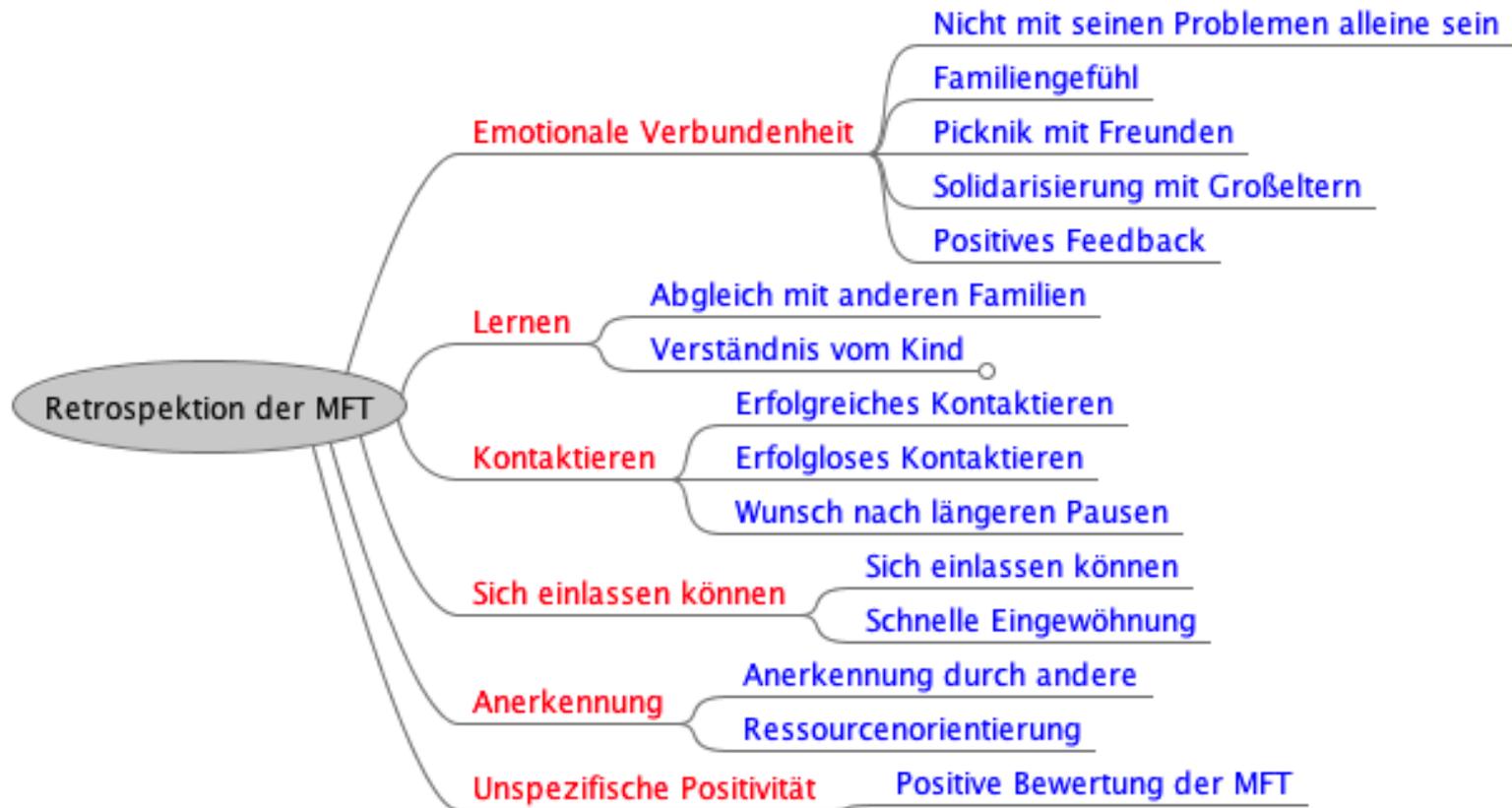
- Verlängerung der Pausen (3x), Wichtig für die Vernetzung gerade bei störungsübergreifenden Gruppen, wo biografische Ähnlichkeiten einspringen müssen!
- „Man hat ja auch zwischendurch ne Pause gehabt damit man sich mit den Eltern intensiv auch mal unterhalten konnte ... und dann kommen ja auch mal so private Fragen dann auch auf. Nicht nur was jetzt in den Therapie so besprochen wird, wie es jetzt mit den einzelnen Themen so geht sondern ebend halt so private Sachen werden dann auch mal besprochen. Wie ist bei euch gelaufen? Oder wie läuft's inner Schule oder was macht den ihr so sonst irgendwie ... Das ist ein bisschen zu kurz gekommen “



- 1) MFT in offenen Gruppen mit gemischten Störungsbildern bringt sehr ähnliche gruppenspezifische Prozesse in Gang wie in „klassischen“ Settings
- 2) Der Abgleich mit anderen Familien setzt selbständige Reflexionsprozesse in Gang, die die Veränderbarkeit eigenen Handelns erlebbar machen und als Grundlage für das selbstgesteuerte Erproben neuer Handlungsweisen dienen können.
- 3) Emotionale Verbundenheit und Solidarität (der Gruppe) können als Folge erfolgreicher Vernetzung innerhalb der MFT angesehen werden.
- 4) Auch wenn sich Eltern vermeintlich nicht weitergehend „vernetzen“, so kann doch die Vernetzung durch die Kinder stattfinden. Die ad-hoc- Vernetzung vor Ort als völlig ausreichend erlebt werden. Das Gefühl hilfreich sein, man könnte den Kontakt zu jemandem aufbauen, wenn man wollte

- 4) Im Vorfeld der MFT könnte eine verstärkte Aufklärung über die Therapie und ein Austausch über die Befürchtungen durchgeführt werden, um anfängliche Ängste verringern.
 - Keinem der Befragten fiel der Therapiebeginn leicht: Angst, Trauer, Unsicherheit, starke Emotionen, geringer Selbstwert, geringe Kompetenzwahrnehmung, Antipathie gegen andere Teilnehmer, Anspannung forciert durch Patientenwechsel in offener Gruppe etc.
 - Durch genauere Vorfeldgespräche könnten Therapieabbrüche vermieden und den Klienten der Einstieg in die Therapie erleichtert werden?

Zusammenfassung der Wirkfaktoren





- Es zeigt sich eine signifikante Verringerung der Belastung in der Fremd- und Eigeneinschätzung nach der tagesklinischen Behandlung unter Einsatz der Multifamilientherapie
- Es zeigen sich signifikante Verbesserung des Erlebens der innerfamiliären Beziehungen (positive Senderbilanz) bei den Jugendlichen
- Diese positiven Effekte bleiben auch nach Entlassung stabil
- Qualitativ werden von den Müttern in der Pilotstudie zur Multifamilientherapie klassische gruppenspezifische Wirkfaktoren beschrieben

Fortführung der Datenerhebung im Prä-,Post-Follow up Design

- Vergrößerung der Stichprobenzahl
- Erfassung der jüngeren Altersgruppen (Gruppe 1 und 2: 4-9 Jahre)
- Arbeit mit einer Wartelistenkontrollgruppe

Fortführung der begleitenden qualitativen Interviews

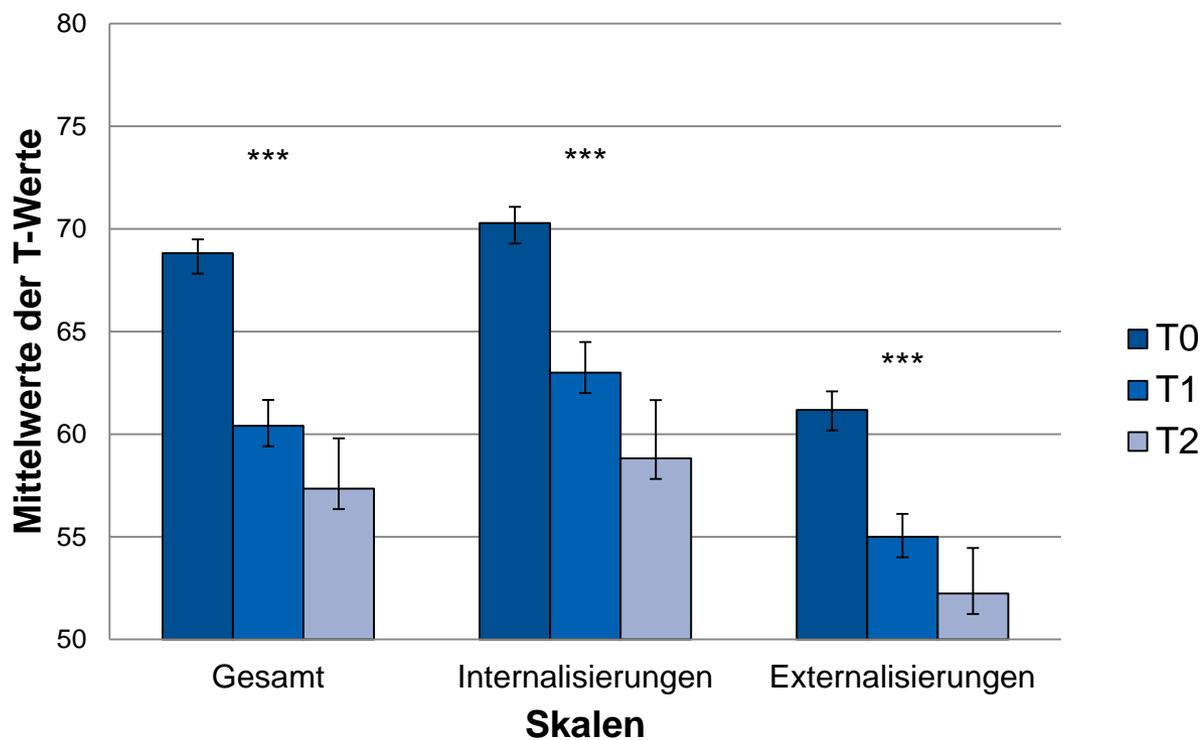
- Weitere Interviews mit anderen Familienmitgliedern/ Therapeuten?
- Interviews mit Eltern der jüngeren Behandlungsgruppen
- Prozessevaluation (Begleitung einer Familien im Therapieverlauf)

Masterstudenten: J. Radloff, L. Ceschinski, B. Flechtenmacher Doktoranten: G. Zieris



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit...

Beispiel: CBCL – Symptomreduktion aus Sicht der Eltern



$$\mu^2_{\text{Gesamt}} = .58$$

$$\mu^2_{\text{Internalisierungen}} = .42$$

$$\mu^2_{\text{Externalisierungen}} = .41$$

$$p_{\text{Gesamt}} < .001$$

$$p_{\text{Internalisierungen}} < .001$$

$$p_{\text{Externalisierungen}} < .001$$



■ **Belastungserleben**

- signifikante Symptomreduktion aus Sicht der Eltern (CBCL)
- signifikante Reduktion Symptome aus Sicht der Kinder und Jugendlichen (YSR)

■ **Familienbeziehungen**

- Senderbilanz
 - signifikante Anstieg der „Senderbilanz“ bei den Jugendlichen/ Verbesserung der emotionalen Verbundenheit und der individuelle Autonomie