

# Multidimensionale Familientherapie MDFT in Schulen

2018-3  
Jg. 44  
S.

Die Multidimensionale Familientherapie MDFT ist ein evidenzbasierter Ansatz zur Behandlung von gefährdeten Jugendlichen, die sich in besonders schwierigen Situationen befinden. Diese für einen Therapieprozess zu gewinnen, ist eine der grössten Herausforderungen im Bereich der Früherkennung und Frühintervention. Die MDFT zeigt eine grosse Eignung, um die Jugendlichen in die Behandlung einzubeziehen und darin zu halten. Mit dem hier beschriebenen Projekt wurde die Möglichkeit der Implementierung von MDFT-Allianz- und Motivationstechniken in der Schule untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Techniken in einen schulischen Kontext übertragen werden können und von den Lehrpersonen als nützlich angesehen werden.<sup>1</sup>

## PHILIP NIELSEN

Psychologe/Psychotherapeut FSP, Ausbilder MDFT, Fondation Phénix, Rue des Rois 21-23, 1203 Genève, philip.nielsen@phenix.ch

## HENK RIGTER

Prof. für Psychologie, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Leiden University, Holland, rigter.h@kpnmail.nl

## EVA CARDENOSO-WARK

Psychologin/Psychotherapeutin FSP, Supervisorin MDFT, Fondation Phénix, Genève, eva.wark@phenix.ch

## MARINA CROQUETTE KROKAR

Psychiater/Psychotherapeutin FMH, Geschäftsführerin, Fondation Phénix, Genève, marina.croquette@phenix.ch

## Einleitung

Früherkennung und Frühintervention bei Jugendlichen in Notsituationen ist notwendig, um Suchtprobleme und die damit häufig verbundenen Schwierigkeiten zu vermeiden (Al Kudry et al. 2010). Allerdings ist es oft einfacher, Jugendliche mit Problemen zu identifizieren, als sie in einen frühen Interventionsprozess einzubeziehen (Nielsen et al. 2011).

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass der MDFT-Ansatz besonders wirksam ist, um sich verweigernde Jugendliche wie auch deren oft entmutigten Eltern für eine Therapie zu gewinnen und sie darin zu halten (Liddle 2016; Nielsen et al. 2016; Rigter et al. 2010; Rowe et al. 2013). In der INCANT-Studie (International Cannabis Need of Treatment) lagen die Retentionsraten (vgl. Tabelle 1) bei über 80% der randomisierten Jugendlichen.

Im nachfolgend beschriebenen Projekt wurde untersucht, ob die in der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) angewandten Engagement- und Motivationstechniken in das schulische Umfeld übertragen werden können. Dies, um den Schulen dabei zu helfen, Jugendliche und ihre Eltern besser zu motivieren, auf Verhaltensweisen zu reagieren, die den Jugendlichen in seiner Entwicklung gefährden könnten.

## Forschungsfragen und Hypothesen

Die Lehrpersonen sind relativ gut gerüstet, um Situationen potenziell gefährdeter SchülerInnen zu erkennen. Ausgehend von dieser Feststellung ging es in unserem Projekt darum, die Bereitschaft der Lehrpersonen zum Erwerb von Gesprächstechniken zu untersuchen, mit denen sie mit vulnerablen SchülerInnen und ihren Eltern Allianzen bilden und sie motivieren

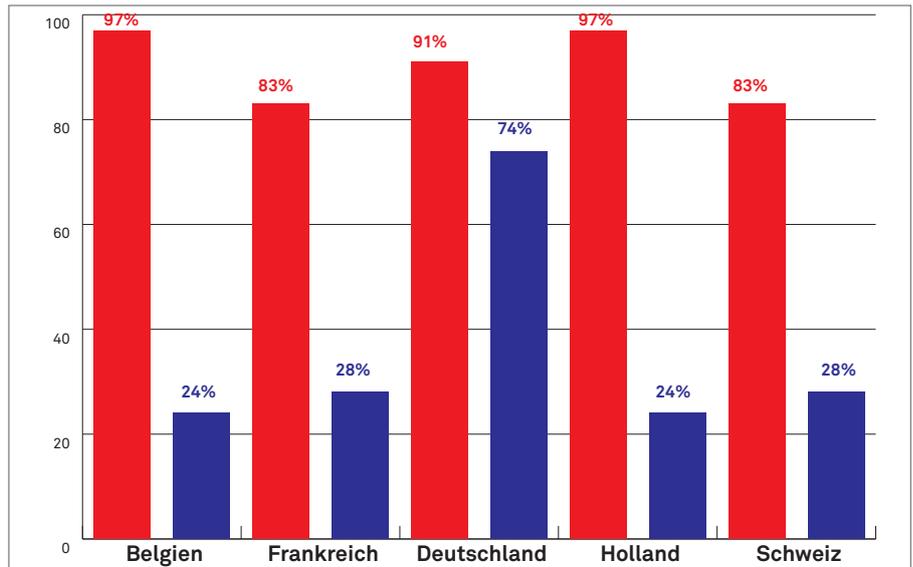
können. Konkret gingen wir davon aus, dass die Teilnehmenden in der Lage sein würden, die in der MDFT entwickelten Bündnis- und Motivationstechniken in ihre alltägliche Arbeit zu integrieren. Daraus sollte sich eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Jugendlichen in Schwierigkeiten ergeben. Eine weitere Hypothese war, dass die Lehrpersonen die mit den gefährdeten Jugendlichen und ihren Eltern geführten Gespräche als qualitativvoller und effektiver einschätzen würden, wenn die MDFT-Prinzipien angewandt werden. Die methodischen Grenzen dieses Pilotprojekts erlauben es leider noch nicht, die Auswirkungen auf Seiten der SchülerInnen zu erforschen.

## Methodologie

### Schulen

Vier Schulen nahmen an der Ausbildung teil: die drei Einrichtungen

**Tabelle 1: Retentionsraten, INCANT Studie:**  
rot = MDFT, blau = «gewöhnliche» Einzeltherapie (Rowe et al. 2013).



der Internationalen Schule Genf, nämlich La Châtaigneraie (1'500 Schüler von 3 bis 18 Jahren), La Grande Boissière (1'900 Schüler von 3 bis 18 Jahren) und Nations (990 Schüler von 3 bis 18 Jahren) sowie das Collège du Léman (2'000 Schüler von 3 bis 18 Jahren).

**Teilnehmende**

Insgesamt wurden 41 Personen in Gruppen von 7 bis 14 Teilnehmenden ausgebildet. Sie kamen aus folgenden Berufsbereichen: Schulleitung/Hauptlehrpersonen (39%), Fachpersonen Gesundheit (19%), SchulpsychologInnen (15%), Lehrpersonen (7%) und andere Berufe (20%).

**Ablauf der Ausbildung**

Die Ausbildung erfolgte in drei Phasen und mit unterschiedlichen Methoden. Zu Beginn führten zwei MDFT-TherapeutInnen eine dreitägige Schulung mit allen Teilnehmenden aus den vier Schulen durch (November 2013). Danach arbeiteten die MDFT-TherapeutInnen über einen Zeitraum von zwei Jahren mit jedem Team «in vivo» an den konkreten Situationen von vulnerablen SchülerInnen. Am Schluss der Ausbildung wurden alle Teilnehmenden zu einem gemeinsamen Abschluss- und Boostertag eingeladen (Oktober 2015).

Die pädagogische Methodik entsprach derjenigen der Ausbildung von MDFT-TherapeutInnen:

- intensiv (wöchentliche Besuche,

tägliche Verfügbarkeit von Kursleitenden, Telefonkontakte)

- praktisch (Rollenspiele, Vorbereitung von Sitzungen, proximale Betreuung)
- fokussiert auf die realen Situationen von besonders gefährdeten Jugendlichen, die von den Teilnehmenden eingebracht wurden.

**Einige zentrale Ergebnisse Partizipation**

Gestartet wurde mit 22 Kursteilnehmenden. Bis zum Ende der Ausbildung wurden 41 Fachpersonen aus dem Schulbereich ausgebildet, was die Begeisterung für diesen Ansatz unterstreicht.

**Zufriedenheit**

Der von den Teilnehmenden nach den ersten drei Ausbildungstagen ausgefüllte Evaluationsfragebogen zeigt eine sehr hohe durchschnittliche Zufriedenheit: 9,3/10. Zwei Jahre später lag die Zufriedenheit bei 9,4/10.

**Arbeitssitzungen mit MDFT-TherapeutInnen**

Im Durchschnitt nahm jede MDFT-TherapeutIn an 14,5 Arbeitssitzungen pro Campus teil und es wurden durchschnittlich 9,5 Fälle pro Campus präsentiert. Das MDFT-Team führte während des Schuljahres mit hunderten Jugendlichen Gespräche. Es wurde vereinbart, dass sich jedes Team darauf beschränken sollte, einige besonders schwierige Situationen vertieft zu

betrachten, anstatt viele Situationen nur oberflächlich zu berücksichtigen. Dies, um die Motivierungstechniken, die Vorbereitung der Sitzungen und die intensive Begleitung der jungen Menschen im Detail zu lernen.

Das Durchschnittsalter der betroffenen Jugendlichen liegt bei 15,4 Jahren mit einem Anteil von 40% Mädchen. 24% der behandelten Probleme betreffen Cannabis, 8% andere Substanzen und 68% andere problematische Verhaltensweisen wie Essstörungen, Schuleschwänzen, Belästigungen in der Schule, Sexting, übermäßiger Gebrauch von Videospiele. All diesen Situationen gemeinsam ist die Schwierigkeit für Fachpersonen im Schulumfeld, die Jugendlichen oder ihre Eltern anzusprechen: Verweigerung des Dialogs, Verneinung eines Problems bei den Jugendlichen, aber auch massiv bei den Eltern, sowie auf Seiten der Schule die Überzeugung, dass das von den Jugendlichen ausgedrückte Unwohlsein nur ein Epiphänomen einer grösseren familiären Dysfunktion sei.

**Anwendung der Ausbildungsprinzipien am Beispiel von La Châtaigneraie**

Während der zweijährigen Ausbildung wurden mit 459 Jugendlichen mit problematischem Verhalten Gespräche geführt. In 84% dieser Fälle wurden auch die Eltern zum Gespräch getroffen. Nur 2% der Jugendlichen haben die Schule verlassen bzw. mussten die Schule

MDFT-Methode	Jugendliche	Eltern
Allianztechniken	<p>«Du hast eine Geschichte zu erzählen.»</p> <p>Nach ihrer Geschichte fragen: Fakten ebenso wie Emotionen. Ihre Erzählung akzeptieren. Begleiten und Empathie zeigen - besonders angesichts der Schwierigkeiten mit Schule, FreundInnen und Familie. Die Jugendlichen dabei unterstützen, schmerzhaft Erfahrungen wie von Ungerechtigkeit, Einsamkeit und Ausgrenzung, Missbrauch vorzubringen. Ihre Mitarbeit anbieten, um ihnen in der aktuellen Situation zu helfen.</p>	<p>«Die elterliche Hölle.»</p> <p>Raum geben, evaluieren und Mitgefühl haben für aktuellen und vergangenen Stress und Ängste: «Ich weiss, dass das alles sehr schwierig für Sie ist. Sie haben schwer zu Ertragendes durchgemacht.» Diese Technik ist sehr wirkungsvoll, um ein Gefühl wohlwollender Zuwendung zu erzeugen. Sie ermutigen, über ihre Bemühungen und Lösungsversuche zu sprechen. Fähigkeiten und Stärken suchen. Kompetenzen angesichts der schwierigen Umstände hervorheben und verbalisieren. (Dass die Idee nicht funktioniert hat, heisst nicht, dass es eine schlechte Idee war). Daran denken, dass die Eltern mit einem Gefühl des Versagens und der Scham kommen und sich in Abwehrhaltung befinden.</p>
	<p>«Hier ist auch etwas für dich.»</p> <p>Das Familienleben erkunden. Mit den Jugendlichen ihre Träume für die Zukunft erkunden und sie mit ihrer aktuellen Situation kontrastieren. Sich als ihr Verbündeter positionieren, der ihnen helfen kann, das zu bekommen, was Sie wollen.... ...ohne falsche Versprechungen zu machen. Schnell kleine Erfolge suchen. Hoffnung wecken. Sich als Wortführerin der Jugendlichen gegenüber Schule und Eltern anbieten.</p>	<p>«Sie sind das Heilmittel für Ihr Kind.»</p> <p>Die Kraft der emotionalen Bindung zwischen Eltern und Kind als Schutzfaktor (Verstrickung – Loslösung). Die Kraft der gemeinsamen Sorge (Grad der Konfliktualität zwischen den Eltern). Der Erziehungsstil (zwischen lax und rigoros). Schlussendlich ist es weder die Bindung zum Richter, noch zur Lehrperson oder zur Therapeutin, die den Ausschlag gibt, sondern diejenige zu den Eltern! Die Verzweiflung geht mit der Motivation zusammen: Wir versuchen alle Mittel, um die elterlichen Ressourcen (wieder) zu mobilisieren.</p>
Motivationstechniken		

Tab. 1: Die unterrichteten Allianz- und Motivationstechniken.

verlassen: ein Ziel gemäss der Ausbildung war, keine Schüler zu verlieren. Die Ausbildung war stark auf den Dialog mit den Jugendlichen und ihren Eltern ausgerichtet, beinhaltete aber wenn nötig auch die Weitervermittlung an spezialisierte Dienste. In 42% der Fälle verwiesen die Teammitglieder SchülerInnen, um die sie sich Sorge machten, an spezialisierte Stellen innerhalb und ausserhalb der Schule: gelegentliche Nachsorge durch SchulpsychologInnen, HausärztInnen, PsychiaterInnen oder FamilientherapeutInnen, Meldung an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB).

### Diskussion und Schlussfolgerung

Wir können die besten Ideen haben, um anderen zu helfen – aber solange die Betroffenen nicht das Gefühl haben, dass wir auf ihrer Seite stehen, bleiben diese Ideen ohne Wirkung. Dies ist ein Prinzip der MDFT. Das Bündnis, die Allianz geht der Intervention voraus. Die Herausforderung bei diesem Projekt war: Kann die Schule – der Ort par excellence für Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen und ihren Eltern – von den Allianz- und Engagementstechniken profitieren, die im Bereich der evidenzbasierten Therapie entwickelt wurden?

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Fachpersonen der Schule einen realen Ausbildungsbedarf in Bezug auf die Evaluation und Intervention bei jungen Menschen und ihren Familien haben. Sie äussern grosse Genugtuung angesichts der Möglichkeit, ihre zwischenmenschlichen Kompetenzen weiterzuentwickeln. Vier internationale Schulen im Kanton Genf haben sich sogleich bereit erklärt, an dieser Forschung teilzunehmen, und mehrere Schulfachpersonen – Gruppenverantwortliche, SchulpsychologInnen, Pflegefachpersonen – wollten an unserer Ausbildung «MDFT-Schulen» teilnehmen. Anderer-

seits hat sich die Teilnehmendenzahl im zweiten Ausbildungsjahr fast verdoppelt.

Eine Schwäche der Studie ist, dass sie sich auf internationale Privatschulen konzentriert und die Ergebnisse für öffentliche Schulen in der Schweiz möglicherweise nicht direkt übertragbar sind. Solange das Programm nicht in anderen Strukturen implementiert ist, besteht dazu keine Sicherheit. Wir sind jedoch zuversichtlich, dass unsere Ergebnisse verallgemeinerbar sind, da die Studie bereits die Aufmerksamkeit anderer Schulen und Organisationen erregt hat – sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor, in der Schweiz, aber auch in Frankreich und den Niederlanden. Schliesslich waren unsere Fragestellungen hier begrenzt und betrafen nur die Anpassungsmöglichkeit und Akzeptanz von therapeutischen Techniken in schulischen Strukturen. Unsere Ergebnisse scheinen diese Einsatzmöglichkeit zu bestätigen. Der

nächste unerlässliche Schritt besteht darin, die Auswirkungen solcher Massnahmen auf die eigentliche Zielgruppe unserer Anliegen zu untersuchen – die wenigen jungen Menschen, die uns zeigen, dass es ihnen schlecht geht, die aber zögern, die Hand zu ergreifen, die wir ihnen hinstrecken.

#### Literatur

- Al Kudry, C./Carrasco, K./Savary, J.-F. (2010): Intervention précoce. Accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité. Yverdon-les-Bains.
- Liddle, H.A. (2016): Multidimensional family therapy: Evidence base for transdiagnostic treatment outcomes, change mechanisms, and implementation in community settings. *Family Process* 55(3): 558-576.
- Nielsen, P./Beytrison, P./Croquette-Krokar, M. (2011): Les thérapies ordonnées par la justice pour les adolescents surconsommateurs de substances psychoactives: Réflexions et expériences dans un débat d'actualité. *Cahiers critiques de thérapie*

familiale et de pratiques de réseaux 46(1): 85-95.

- Nielsen, P./Rigter, H./Croquette-Krokar, M. (2016): La Thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT). S. 105-122 in: N. Faves/J. Darwiche (Hrsg.), *Les thérapies de couple et de famille*. Wavre: Mardaga.
- Rigter, H./Pelc, I./Tossmann, P./Phan, O./Grichting, E./Hendriks, V./Rowe, C. (2010): INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC psychiatry* 10(1): 28.
- Rowe, C./Rigter, H./Henderson, C./Gantner, A./Mos, K./Nielsen, P./Phan, O. (2013): Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of substance abuse treatment* 44(4): 391-399.

#### Endnoten

- 1 Übersetzt aus dem Französischen von Marianne König und Alwin Bachmann.