Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

Multifamiliengruppen als psychosoziales und kontextorientiertes Angebot bei somatischer Erkrankung und Behinderung

Andrea Goll-Kopka und Anja Born[1]

Summary

Multifamilygroups as a Psychosocial and Contextoriented Intervention for Somatic Illness and Disability

This paper provides a detailed description of a multi-family group (MFG) intervention designed for children with disabilities or chronical somatic disease and their families based on a systemic model. A mixed-methods study examines the perspectives of the participating family members regarding specific intervention components and the therapeutic process and its outcomes of this heterogeneous, closed MFG. Problem-centered interviews and questionnaires were used. Attendance of and satisfaction with the group were high. Specific intervention components such as the provided therapeutic environment and the mutual support that was facilitated by offering different opportunities for contact with families in similar situations are highlighted as particularly helpful. Increased feelings of parental togetherness and competence were reported. Results suggest that this MFG for families of children with chronic diseases or disabilities is highly feasible for these families.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 67/2018, 568-586

Keywords

multi-family group (MFG) – systemic model – chronical illness – mixed-methods study

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird ausgehend von einem systemischen Modell eine Multifamiliengruppe (MFG) im Kontext von Behinderung, Entwicklungsbeeinträchtigung oder somatischer chronischer Erkrankung beschrieben. Es wird eine Studie mit einem Mixed-Methods Design vorgestellt, die die Perspektiven der Familienteilnehmer auf spezifische therapeutische Komponenten, den therapeutischen Prozess und seine Wirkfaktoren dieser heterogenen, geschlossenen Form der MFG untersucht. Problemzentrierte Interviews und Fragebögen wurden eingesetzt. Die Teilnah-

[1] Mein Dank gilt posthum Frau Dipl.-Psych. Anja Born. Anja ist mitten in unserer gemeinsamen Forschungsarbeit verstorben. Mein weiterer Dank an Frau Dipl.-Soz. Corinna Glasenapp, SPZ Frankfurt, für die freundschaftliche über 20-jährige Zusammenarbeit bei der Durchführung der Multifamiliengruppen.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 67: 568 – 586 (2018), ISSN: 0032-7034 (print), 2196-8225 (online)
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018
https://DOI 10.13109/prkk.2018.67.6.568

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

me an und Zufriedenheit mit der Gruppe war hoch. Spezifische Interventionskomponenten wie das therapeutische Umfeld und gegenseitige Unterstützung durch verschiedene Möglichkeiten soziale Kontakte mit Familien in ähnlichen Situationen zu knüpfen, wurden als besonders hilfreich beschrieben. Verstärkte Gefühle der elterlichen Zusammengehörigkeit und Kompetenz wurden berichtet. Die Ergebnisse zeigen, dass diese MFG für Familien mit Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen ein wirksames und unterstützendes Angebot darstellt.

Schlagwörter

Multifamiliengruppe (MFG) – systemisches Modell – somatische Erkrankung – Studie mit Mixed-Methoden

1 Familienorientierte Perspektive bei Erkrankungen und Behinderungen

Bei somatischen Erkrankungen, globalen Entwicklungsretardierungen, Behinderungen oder anderen medizinischen Zustandsbildern mit erhöhtem Therapie- und Rehabilitationsbedarf bestehen komplexe Wechselwirkungen zwischen familiären Faktoren und krankheitsbezogenen Merkmalen. Abbildung 1 (folgende Seite) gibt die komplexen Wechselwirkungen, Anforderungen und Merkmale einer Erkrankung und der Situation einer Familie in einem Systemischen Modell wieder.

Die Bewältigung der komplexen Anforderungen kann besser gelingen, wenn in der Unterstützung von Familien die verschiedenen psychosozialen und körperlich-medizinischen Perspektiven (vgl. Abb. 1) zusammengeführt werden. Insbesondere wenn die Kommunikation und Interaktion zwischen allen Beteiligten in der Familie fokussiert werden, verbessert sich das Befinden der Angehörigen und es kann insgesamt ein signifikant positiver Effekt auf den körperlichen und psychischen Zustand nachgewiesen werden (Altmeyer u. Hendrischke, 2012; Retzlaff, 2016; Ward, Smith, James, Novelle, Bruder, 2011).

1.1 Multifamiliengruppen im Kontext somatischer Erkrankung und Behinderung

In dieser kontextorientierten systemischen Perspektive geht es darum, Familien in ihrem in Phasen verlaufenden Auseinandersetzungsprozess mit somatischen Funktionseinschränkungen eines Angehörigen zu verstehen und sie in ihren herausfordernden Themen angemessen zu begleiten. Multifamiliengruppen (MFG) stellen ein kontextbezogenes, psychosoziales Unterstützungsangebot für sechs bis zehn Familien dar, die gemeinsame Themen teilen. Die MFG wurde bisher bei zahlreichen medizinischen Zuständen, unter anderem bei Krebserkrankungen, erworbenen Hirnschädigungen, Multipler Sklerose, genetisch bedingten Erkrankungen und Schmerzzuständen angewandt (Asen u. Scholz, 2015; Gonzalez u. Steinglass, 2002; Lemmens, Eisler, Heireman, van Houdenhove, Sabbe, 2005).

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

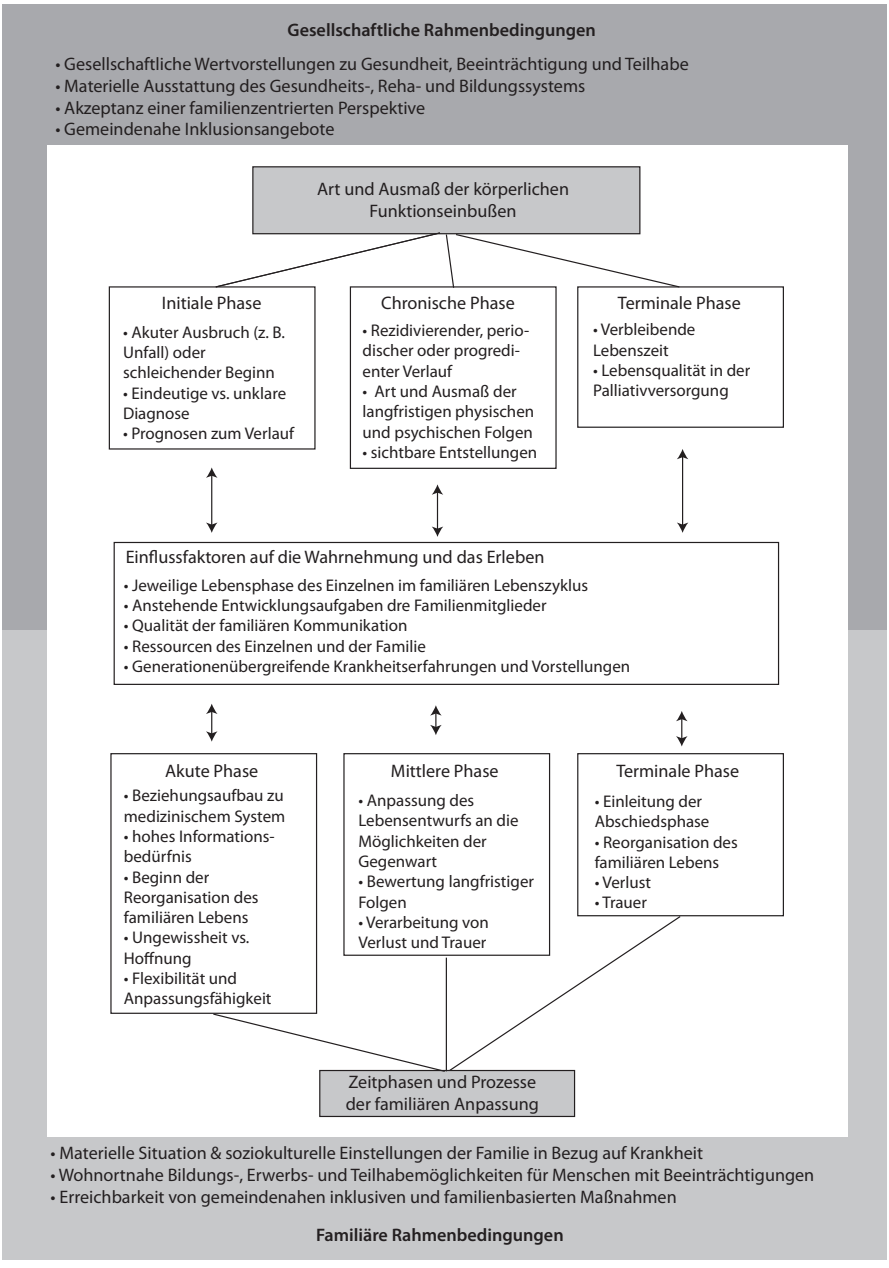

Abbildung 1: Familienorientierte Perspektive auf Erkrankung und Behinderung (Goll-Kopka, 2012; Rolland, 2000)

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 67: 568 – 586 (2018), ISSN: 0032-7034 (print), 2196-8225 (online)
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

Verschiedene pädiatrische Arbeitsgruppen haben vor allem im englischen Sprachraum multifamilientherapeutische Gruppen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und somatischen chronischen Erkrankungen durchgeführt (Glueckauf et al., 2002; Kazak, Rourke, Navsaria, 2009; LaRoche, Koinis-Mitchell, Gualdron, 2006; Wamboldt u. Levin, 1995). In Deutschland wurden unter anderem für Zystische Fibrose (Goldbeck u. Babka, 2001), für Asthma (Ollefs u. von Schlippe, 2003), für Kinder mit Behinderungen (Goll-Kopka, 2009, 2012; Kinderzentrum Ludwigshafen, 2017) und Diabetes (Theiling u. von Schlippe, 2003; Spierling, 2017) ambulante Mehrfamiliengruppen durchgeführt.

Im stationären Kontext gibt es Angebote für die Aufnahme von ganzen Familien oder Multifamiliengruppen, in denen Kinder und Jugendliche an somatischen chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Tumor- oder Herzerkrankungen, Diabetes, Mukoviszidose oder Behinderungen leiden (Spierling, 2017; Ummenhofer u. Kessler, 2006; Klinikum Weimar, 2017).

In kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen und Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen werden inzwischen weit verbreitet Multifamiliengruppen für Kinder und Jugendliche mit psychischen oder psychosozialen Herausforderungen angeboten (www.bag-mfg.de; von der Lippe, Radloff, Schadow, Röttger, Flechtner, 2016; Ochs, Hermanns, Lingnau-Carduck, 2016).

2 Unsere Multifamiliengruppe im Kontext von somatischer Erkrankung und Behinderung

Ausgehend von unserem systemischen Verständnis von Prozessen, Dynamiken und Rahmenbedingungen von Familien im Kontext von somatischer Erkrankung und Beeinträchtigung und unseren klinischen Erfahrungen haben wir vor 25 Jahren im Sozialpädiatrischen Zentrum[2] Mitte in Frankfurt/Main eine ressourcenorientierte Multifamiliengruppe entwickelt. Dieses Gruppenkonzept haben wir in den 22 Jahren der Durchführung (1-3 jährlich stattfindende MFGruppen mit 8-12 Familien pro Durchgang) in den Rahmenbedingungen und Inhalten fortlaufend weiterentwickelt und evaluiert (Goll-Kopka, 2009, 2012).

2.1 Kernkonzepte und Ziele

Das oben dargestellte Systemische Modell (vgl. Abb. 1), auf dem unsere MFG basiert, begreift Krankheit und Behinderung auch als Konstruktionen in sozialen Situationen. Es existieren Wechselbeziehungen zwischen den gesellschaftlichen und spezifischen

[2] Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) sind vom Gesetzgeber vorgesehene ambulante, kassenfinanzierte Einrichtungen zur multiprofessionellen Diagnostik, Therapie und Begleitung der Familien sowie Kindern und Jugendlichen mit komplexen Entwicklungsauffälligkeiten, Behinderungen und chronischen Erkrankungen.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 67: 568 – 586 (2018), ISSN: 0032-7034 (print), 2196-8225 (online)
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

familiären Rahmenbedingungen, den familiären Vorerfahrungen, den familiären Grundüberzeugungen oder der Kommunikation und den körperlichen Funktionseinschränkungen. Dieses multiple Bedingungsgefüge nimmt Einfluss auf den familiären Umgang mit den jeweiligen Funktionseinschränkungen. Die einzelnen Familienmitglieder berichten häufig von einer emotionalen und sozialen Isolation innerhalb der Familie und im erweiterten sozialen Netzwerk. Die MFG soll eine Begegnung mit anderen Familien in ähnlich anspruchsvollen Situationen ermöglichen.

2.1.1 Empowerment

Die Familien sind als „Experten in eigener Sache", die über ein besonderes Wissen bezüglich der Belange des Erkrankungs- und Bewältigungsmanagements in ihrem Alltag verfügen, zu respektieren und wertzuschätzen. Dementsprechend bemüht sich die beratende oder therapeutische Arbeit im Sinne von Empowerment, die Menschen in ihren jeweiligen Lebensbezügen aktiv-kooperativ zu unterstützen (vgl. Lenz, 2011; Retzlaff, 2016). Die MFG strebt den Austausch und die Auseinandersetzung der Familien und einzelnen Familienmitglieder untereinander als Experten ihrer jeweiligen Lebenssituationen an. Gemeinsam mit den Familien werden Suchprozesse eingeleitet für familiäre Geschichten, die die Aspekte einer guten Balance zwischen den Bedürfnissen der Familie und den Anforderungen im Sinne einer Kohärenz betonen.

Im Sinne der Förderung des Empowerments und den Selbstgestaltungsmöglichkeiten der teilnehmenden Familien, wird zum Abschluss der jeweiligen MFG aktiv eine mögliche Weiterführung unabhängig vom SPZ mitinitiiert und angeregt. Das Spektrum der Weiterführung reicht hier von unabhängig sich organisierenden Selbsthilfegruppen bis hin zu Familien, die sich anfreunden oder sich gegenseitig helfen bei bestimmten anfallenden Themen und Aufgaben. Unser SPZ-Team unterstützte diese Weiterführung durch jahreszeitlich gestaltete Nachmittage für alle Familien.

2.1.2 Schutzraum und Aktivierung von Ressourcen

Die MFG vermittelt Wertschätzung und Respekt z. B. durch eine ressourcenorientierte Gesprächsführung und Grundhaltung, systemisch orientierte Fragen, wertschätzende Kommentare, positive Konnotationen, das Erstellen eines ressourcenorientierten Genogramms und die Differenzierung positiver Stimmungen und Gefühle. Diese Grundhaltung und Interventionen in einem geschützten Rahmen können Schlüssel der Veränderung für neue Erkenntnisprozesse und Handlungsoptionen darstellen (Rieforth u. Graf, 2014).

2.1.3 Entwicklung eines Narrativs und Transformation

Bei Menschen im Kontext von körperlichen Funktionseinschränkungen geht es in diesem Verstehen um „zwei Wirklichkeiten": um eine innere, zuweilen erlittene Er-

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

lebniswelt sowie eine äußere, zu erkennende und konstruierte Wirklichkeit. Dieses Verstehen der „erlittenen Erlebniswelt" beinhaltet auch die Thematisierung, das Aushalten, die Akzeptanz und den Umgang mit ambivalenten, schwierigen und belastenden Gefühlen wie Trauer, Wut, Ohnmacht, Kontrollverlust, oder Resignation der Familienangehörigen und der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen (vgl. Goll-Kopka, 2012; Retzlaff, 2016).

2.2 Zielgruppe und Indikation

Unsere MFG ist für ein Spektrum von verschiedenen Erkrankungen offen. Der angestrebte Fokus der Gruppe liegt auf den diagnoseunabhängigen psychosozialen Folgen und Herausforderungen, die von den Teilnehmenden als bemerkenswert ähnlich erlebt werden (vgl. auch Gonzalez u. Steinglass, 2002; Retzlaff, 2016). An den bisherigen Gruppen nahmen Kinder und Jugendliche mit körperlich-neurologischen Erkrankungen (u. a. Hirnfehlbildungen, Epilepsien, Zerebralparesen), globalen Entwicklungsretardierungen, Zuständen nach Früh- oder Risikogeburten oder seltenen Erkrankungen, für die teilweise noch keine Diagnosen bekannt sind, teil. Bei einem Teil der Kinder und Jugendlichen lagen (weitere) somatische chronische Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen wie Atemwegserkrankungen, verschiedene Allergieformen, Stoffwechselstörungen, Sinnesbehinderungen oder Diabetes vor (Sozialpädiatrisches Zentrum Frankfurt, 2017).

Aufgrund einiger seltener Symptomkombinationen, für die teilweise noch keine „Diagnosebilder" bekannt sind, ist die Durchführung krankheitshomogener Gruppen praktisch nicht umsetzbar. Zusätzlich gibt es in unseren Gruppen auch Kinder und Jugendliche, die gleichzeitig an mehreren komplexen Einschränkungen leiden.

Zum Rahmen der Kontraindikationen lässt sich festhalten, dass die Funktionseinschränkungen oder Beeinträchtigungen der Kinder für die Teilnahme an einer MFG bisher keine Hürden dargestellt haben. Hier ist im Vorfeld der Gruppe mit Sorgfalt zu eruieren, welche Maßnahmen und Vorrichtungen für das Alltagsmanagement der jeweiligen Erkrankung notwendig sind, um diese vorhalten zu können. Grenzen der Teilnahme an unserer spezifischen Form der MFG sind sehr heftige offene Ehekonflikte der Eltern, die in einem Gruppenprozess nicht gehalten werden können. Hier gilt es, sensibel abzuwägen, inwieweit singuläre Familien-, Ehe- oder Einzelsitzungen von Familienmitgliedern vor, während oder nach einer MFG sinnvoll sein könnten, damit alle Gruppen- und Familienmitglieder von der MFG profitieren können.

2.3 Setting

Die MFG wurde nach der Erprobung und Evaluation verschiedener Setting-Varianten in Form eines Zwei-Tages-Formats (inklusive Übernachtung) in einem barrierefreien, familienfreundlichen Tagungshaus in einer landschaftlich erholsamen, naturnahen Umgebung nahe Frankfurt/Main angeboten. Dieser Zeitrahmen hat

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 67: 568 – 586 (2018), ISSN: 0032-7034 (print), 2196-8225 (online)
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

sich hinsichtlich der Bedürfnisse überlasteter Familien, berufstätigen Erwachsenen, Schulzeiten von gesunden Geschwisterkindern und von den Familien, die weiter entfernt vom SPZ wohnen, als am sinnvollsten durchgesetzt.

2.4 Multimodale Gruppenangebote

Unsere MFG wird von zwei Gruppentherapeutinnen geleitet, die von vier erfahrenen Studierenden der Sonder- oder Rehabilitationspädagogik als Assistenten unterstützt werden. Unsere MFG bietet drei 90-minütige Sitzungen für alle Familienmitglieder gemeinsam an und sechs 90-minütige Subgruppen (s. u.). Es finden sechs 90-minütige Subgruppen für die Eltern, für die älteren Geschwisterkinder und für die betroffenen Kinder jeweils parallel statt. Das Schaffen von familiären Subkontexten – das heißt getrennten Arbeitssequenzen von Eltern und Kindern – ist für spezifische sozioemotionale Themen, bei denen die familiären Subgrenzen gewahrt werden sollen, vorgesehen. Die ausführlichere Betrachtung von komplexen, oftmals belastenden Themen können jüngere Kinder und Kinder mit stärkeren Funktionseinschränkungen zeitlich oder aufgrund der emotionalen „Dichte" dieser Themen teilweise nicht tolerieren. Ältere Kinder werden als Experten zu ihrer eigenen Perspektive für bestimmte Themen wie Benachteiligungsgefühlen oder familiärer Alltag in die Erwachsenengruppe eingeladen. In der Elterngruppe werden zusätzlich themenspezifische oder geschlechtshomogene Kleingruppen gebildet. Die Auswahl der (psycho-)edukativen Themen wird zur gezielteren Vorbereitung mit den einzelnen Familien in einem gemeinsamen Gruppengespräch im Vorfeld identifiziert. Die Vermittlung von spezifisch gewünschten Wissen oder allgemeiner Informationen erfolgt beispielsweise mithilfe von Kurzreferaten, Filmen oder der Einladung externer Referenten. Weiterhin gibt es bestimmte Zeiten für informellen Kontakt untereinander: Sieben gemeinsame Mahlzeiten, bewegungsorientierte (naturnahe) oder kreative Aktivitäten sowie Angebote an den beiden Abenden.

Multimodalen, tanz- und bewegungsorientierten sowie kreativen Methoden wird ein besonderer Stellenwert in unserer MFG eingeräumt, um eine Integration aller Beteiligter besser zu ermöglichen und diese eher erlebniszentrierten Aktivitäten unterstützen den Ausdruck und die Bearbeitung emotionaler (belastender) Prozesse (Goll-Kopka, 2000).

Bei den Einheiten, in denen einzelne Teilnehmer oder Familien ein psychosoziales Thema einbringen, wird der Fokus auf einen lösungsorientierten Ansatz mit der Betonung der positiven Aspekte, Stärken und Kompetenzen gelegt. Es werden unter anderem auch Rollenspiele mit den Teilnehmern durchgeführt. In diesen Angeboten liegt der Fokus auf der Suche nach gelingenden Wegen zur Zusammenarbeit mit den Vertretern des medizinischen, rehabilitativen oder pädagogischen Systems.

Die Kinder- und ältere Geschwistergruppen finden parallel zur Elternrunde statt. Manchmal sind die Kinderbetreuer die ersten familienfremden Personen, denen das erkrankte noch sehr junge Kind anvertraut wird, oder es nimmt zum ersten Mal an einer Gruppe teil. Kinder, die in Gruppen zuhause Schwierigkeiten haben, können

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

durch die gezielten Interventionen der geschulten Kinderbetreuer (wieder) positiv in eine Kindergruppe integriert werden. In der Geschwistergruppe bieten sich den Kindern und Jugendlichen Möglichkeiten, Gefühle und Einstellungen zu ihrem erkrankten Geschwisterkind spielerisch, mit kreativen und bewegungsorientierten Angeboten und in Gesprächen auszutauschen. Die Erfahrungen und Wahrnehmungen aus den einzelnen Subgruppen werden fortlaufend miteinander in den Gesamtgruppen und im Mitarbeiterteam ausgetauscht.

Familienalltagsnahe Aktivitäten wie gemeinsame Mahlzeiten, Spaziergänge, ein Grillfest, gemeinsame Spielsequenzen oder kleinere Ausflüge werden in die MFG eingebunden. Durch die Haltung als teilnehmende Beobachterinnen seitens der Gruppentherapeutinnen und Kinderbetreuer an den alltagsnahen Aktivitäten, können typische Erziehungssituationen in der gebotenen Sensibilität von den Therapeuten aufgegriffen und gemeinsam mit den Eltern en passant zeitnah reflektiert werden. Wichtig ist hierbei, dass nicht eine kritisch-bewertende Grundhaltung eingenommen wird, sondern eine einladende, solidarische Einstellung. Eltern werden somit in einer „natürlichen" Umgebung beim unmittelbaren Tun in ihrer Erziehung erlebt und spezifische Erziehungsthemen können aufgegriffen werden.

Spezifische Interventionen stammen aus der systemischen Methodik, unter anderen die Fishbowl-Technik, resilienzbetonende Fragen, die Time-Line-Arbeit, ressourcenfokussierte Angebote, Familienskulpturen oder auch strukturierte Übungen (vgl. Bleckwedel, 2008; Rieforth u. Graf, 2014). Aus der Tanz- und Bewegungstherapie stammen unter anderem strukturierte einfache Tänze, Singspiele, Schwungtuchsequenzen, Bewegungsangebote zu psychosozialen Themen oder Atem- und Entspannungsangebote. Kreative Angebote wie Tonskulpturen, Familienwappen, Fotocollagen, Drehen von Videofilmclips oder Gestaltungsarbeiten mit verschiedenen Medien können ebenfalls zum Einsatz kommen.

3 Forschung zu Multifamiliengruppen im Kontext somatischer Erkrankung und Behinderung

Insgesamt liegen bereits 40 RCT-Studien zu MFG vor, in denen die Wirksamkeit der MFG im Schwerpunkt für psychische Erkrankungen oder psychosoziale Themen mit alternativen Interventionen verglichen wurde (vgl. Asen, 2017; Asen u. Scholz, 2015; von Sydow, 2015).

Für die Behandlung von chronischen somatischen Erkrankungen und Behinderungen mit Multifamilien-Interventionen liegt noch kein vergleichbarer Umfang an Studien vor (Born, 2012; von Sydow, 2015; Gonzalez u. Steinglass, 2002).

Es liegen einige internationale Studien vor, die mittels quantitativer und qualitativer Methoden die Selbstbeschreibungen der teilnehmenden Familien im Prä-Post-Vergleich in kleinen Stichproben (6 bis 19 Familien) untersuchen (Becker, Rodgers, Strode, Norell, Short, 2007; Charles, Butera-Prinzi, Perlesz, 2007; Dare u. Eisler, 2000; Glueckauf et al.,

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

2002; Gonzalez u. Steinglass, 2002; Kazak et al., 2009; LaRoche et al., 2006; Satin, La Greca, Zigo, Skyler, 1989; Szymanky u. Kiernan, 1983; Wamboldt u. Levin, 1995).

Es zeigt sich in diesen Studien und in den klinischen Beschreibungen der Gruppen im deutschsprachigen Raum, dass sich durch die MFG-Interventionen das Krankheitsmanagement der Familien im Alltag, das Wissen über die Erkrankung und das Bewältigungsverhalten verbesserte (Goll-Kopka, 2009, 2012; Goldbeck u. Babka, 2001; Ollefs u. von Schlippe, 2003; Retzlaff, Brazil, Goll-Kopka, 2008; Spierling, 2017; Ummenhofer u. Kessler, 2006). Born (2012) kommt in ihrer empirischen Untersuchung zum Stand der Implementierung der MFG in Deutschland zu dem Schluss, dass angesichts des sich verbreitenden Ansatzes der MFG in der Versorgung (Asen u. Scholz, 2017, Buckel, Eggemann-Dann, Möhrke, 2013; Herbst, Fernholz, Strothe, Schlund, 2015; von der Lippe et al., 2016; Ochs et al., 2016) die Forschungsbemühungen zu intensivieren und auszubauen sind.

4 Datenerhebung und Methode

4.1 Studiendesign

Unsere empirische Studie besteht aus einem qualitativen Teil zur Untersuchung von Prozessvariablen und einem quantitativen Teil zur Einschätzung des Outcomes (Prä-Post ohne Kontrollgruppe) und baut auf vorhergehenden Untersuchungen zu dieser Form der MFG auf (Goll-Kopka, 2009, 2012). Sogenannte Mixed-Method-Designs erlauben eine vielfältige Kombination von Methoden zur Datengenerierung und Auswertung (Hesse-Biber, 2010). Des Weiteren ermöglicht der Einsatz von qualitativen Methoden ein differenziertes und tieferes Verständnis der subjektiven Wahrnehmungen von Forschungsteilnehmern. Uns standen drei Zeitpunkte zur Datenerhebung zur Verfügung: T0 (im Rahmen des Workshops), T1 (drei Wochen nach T0) und T2 (12 Wochen nach T0).

4.2 Stichprobe

Alle acht Familien, die an der MFG teilgenommen haben, waren an dem qualitativen Teil der Studie, dem Interview zu T1, beteiligt, darunter alle 13 Erwachsenen (5 Elternpaare, 2 alleinstehende Mütter und eine Mutter, deren Partner nicht bei der MFG dabei war) sowie die 6 Geschwister im Alter 0,5 bis 9 Jahre und 8 Patientenkinder im Alter 1-9 Jahre (detaillierte Tabellen zu unter anderem soziodemografischen Informationen und medizinischen Diagnosen können bei Interesse zur Verfügung gestellt werden). An dem quantitativen Teil der Studie nahmen 12 Erwachsene teil. Ein Mann wollte aufgrund seiner Arbeit, die überwiegend im Ausland stattfand, nicht an der quantitativen Befragung über mehrere Messzeitpunkte teilnehmen.

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

4.3 Datenerhebung

4.3.1 Qualitative Erhebung

Drei Wochen nach der Intervention wurden problemzentrierte, semistrukturierte Interviews (Witzel u. Reiter, 2012) von einer geschulten Psychologin, bewusst von einer Person außerhalb des MFG-Angebotes, mit allen teilnehmenden Familien durchgeführt. Nach einem vorher erarbeiteten Interviewleitfaden wurden beide Elternteile gleichzeitig und auch Kinder altersgerecht nach ihren subjektiven Eindrücken zur MFG befragt, mit dem Ziel, Prozesse des MFG-Ansatzes besser zu verstehen und Informationen zu einzelnen Interventionskomponenten zu sammeln. Die Interviews dauerten zwischen 60 und 120 Minuten und wurden mit einem Audiorekorder aufgenommen. Die Hauptfragestellungen waren:

- Wie nehmen einzelne Familienmitglieder die Wirksamkeit und Ziele der MFG wahr?
- Was erleben die Familien als hilfreich, wovon profitieren sie und was hat sich durch die Teilnahme an einer MFG verändert?
- Wie nehmen die Familienmitglieder thematische und methodischen Einheiten, spezifische Interventionen und therapeutische Komponenten wahr? Wie würden sie diese aus Ihrer Sicht beschreiben?
- Was ist bei der Gruppenzusammensetzung einer MFG zu beachten? Gibt es Ausschlusskriterien für eine Gruppenteilnahme an einer MFG?

4.3.2 Quantitative Erhebung

Für die quantitative Erhebung zur Prä-Post Outcome-Messung waren folgende Fragestellungen zentral:

- Hat sich das elterliche Kompetenzerleben durch die Teilnahme an der MFG verändert?
- Wie beurteilen die Teilnehmer den Prozess und die Ziele der MFG?

Es wurden drei gängige Fragebögen verwendet. Die Bewertungsskala des „Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung“ (FBB; Mattejat u. Remschmidt, 1999) wurde retrospektiv nach Abschluss des Workshops eingesetzt (d. h. zu T1 und T2), um die MFG zu bewerten. Subskalen erfassen einen Prozessaspekt (Qualität des Verlaufs) und einen Ergebnisaspekt (Erfolg) und werden zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Die Skala „Soziale Orientierungen von Eltern behinderter Kinder“ (SOEBEK; Krause u. Petermann, 1997) wurde verwendet, um das Bewältigungsverhalten der Eltern von Kindern mit Behinderungen bis 14 Jahre zu erheben (zu T0, T1 und T2). Die Elterliche Kompetenz wurde mit der deutschen Version der „Parenting Sense of Competence Scale“ (PSOC; Miller, 2001) zu allen drei Messzeitpunkten erhoben.

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

4.4 Datenanalyse

Die Interviews wurden wörtlich in das Datenanalyseprogramm MAXqda 10 (Silver u. Lewins, 2014) transkribiert. Die verbalen Daten wurden im Sinne der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) fallübergreifend thematisch kodiert, um die Aussagen inhaltlich zu systematisieren. Analyseeinheiten waren Themen im Sinne von Kernaussagen und typischen Äußerungen (inhaltlich homogene Aussagen ohne Themen- oder Argumentationswechsel) (vgl. Froschauer u. Lueger, 2003). Zwei Rater entwickelten Einzelkodierungen und fassten diese in einem iterativen Vergleichsprozess zu Unter- und Hauptkategorien des induktiv und deduktiv entwickelten Kategoriensystems zusammen. Kategorienhäufigkeit wurden nicht ausgewertet. Eine den Konventionen (Wirtz u. Caspar, 2002) nach als sehr gut einzuschätzende Interrater-Reliabilität (Cohens Kappa = .85) wurde erzielt. Im Rahmen der quantitativen Datenanalyse wurden wegen der kleinen Stichprobe nichtparametrische Tests (Friedman Test für SOEBEK, Wilcoxon Test für FBB mit SPSS 20.0) verwendet, um Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten festzustellen.

5 Ergebnisse

5.1 Qualitative Ergebnisse

Fünf Hauptkategorien wurden anhand der Inhaltsanalyse erstellt: (1) die Lebenssituationen der Familien, (2) ihre Eindrücke über das Sozialpädiatrische Zentrum, (3) ihre Erfahrungen und Eindrücke zu der MFG, (4) Veränderungen, die sie auf die MFG Erfahrungen zurückführten und (5) ihre Gefühle zu der Interviewsituation. Im Folgenden werden die Hauptkategorien, die sich auf die MFG beziehen, dargestellt. Teilnehmer sprachen im Hinblick auf die MFG über (1) Setting- und Rahmenbedingungen, (2) spezifische Interventionen und Methoden und (3) einzelne unterstützende Komponenten der MFG.

(1) Formale Aspekte der MFG. Alle Studienteilnehmer reflektierten die thematisch strukturierten MFG-Sitzungen, die angebotenen Aktivitäten und den Inhalt der Gruppe. All diese Aspekte, einschließlich der Gruppengröße der MFG, wurden als angemessen empfunden. Insbesondere wurde hervorgehoben, dass das Programm sehr allumfassend und vielfältig war.

(2) Spezifische Interventionen und Methoden. Im Hinblick auf die Aktivitäten, die in der Gesamtgruppe durchgeführt wurden, zeigten alle Teilnehmer hohe Zufriedenheit. Unterschiedliche Ansichten gab es zur Angemessenheit der zeitlichen Länge dieser Aktivitäten. Einige Personen wünschten sich mehr und einige weniger Zeit in der Gesamtgruppe. Von allen Erwachsenen wurde der Austausch mit den anderen Eltern, die in einer ähnlichen Lebenssituation sind, als sehr wertschätzend und unterstützend benannt. Einige Studienteilnehmer wünschten sich hier noch mehr Zeit für den informellen Austausch über die MFG hinaus.

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

Von großer Bedeutung war Allen, dass keine Familie die Gruppenarbeit mit ihren eigenen Anliegen dominierte. Die Moderation durch die Gruppenleitung wurde als notwendige regulative Maßnahme für solch schwierige Situationen in der Gruppe wahrgenommen.

Es wurde auch der Anteil von prozessorientierter Arbeit an psychosozialen Themen im Gegensatz zu der mehr edukativen wie beispielsweise von „bloßer" Informationsvermittlung von den erwachsenen Studienteilnehmern sorgfältig diskutiert, und hier wurde eine Erweiterung des edukativen Segments befürwortet, allerdings nicht auf Kosten des prozessorientierten Arbeitens.

Im Hinblick auf die parallel laufenden Gruppen, die separat für Eltern, Kinderpatienten und Geschwisterkinder angeboten wurden, zeigten alle Teilnehmer hohe Zufriedenheit. Generell waren sich alle einig, dass diese Subgruppenangebote wesentlich seien, insbesondere auch die geschlechtshomogenen Erwachsenengruppensitzungen wurden als hilfreich angesehen, in denen sich die Väter und Ehemänner zu ihren persönlichen Themen und die Mütter und Ehefrauen zu ihren eigenen Prozessen austauschen konnten. Es wurde hervorgehoben, dass gerade durch die Abwesenheit der Kinder, die zum Beispiel durch ihre kognitiven Funktionseinschränkungen nicht lange „dichte" Sitzungen tolerieren können, es erst möglich gewesen sei, in konzentrierter und kontinuierlicher Form an den für die Erwachsenen relevanten Themen zu arbeiten. Insbesondere sei es hilfreich gewesen, dass die Leitung der parallel stattfindenden Kinderpatienten- und Geschwistergruppe einen sehr kompetenten Eindruck machte. Besonders von Eltern, die zuvor nicht gewagt hatten, ihr sehr junges Kind oder Kind mit starken Einschränkungen abzugeben, wurde dies als sehr hilfreiche Erfahrung erlebt, vor allem, um zukünftig auch eine Fremdbetreuung ihrer Kinder zulassen zu können.

Die kreativen, aktiven oder bewegungsorientierten Angebote wurden als die Familieneinheit und die Eltern in ihrem Tun bestärkend erlebt. Das gemeinsame Gestalten und Bewegen mit den Kindern wurde als sehr positive Aktivität genossen. Diese Einheiten wurden als förderlich und wohltuend erfahren, weil sie Erwachsenen und Kindern auch Raum gaben, persönliche Gefühle auszudrücken – das innere Erleben in einen äußeren Ausdruck zu bringen. Die kreativen oder bewegungsorientierten Einheiten waren anregend, Ideen für neue Eltern-Kind Aktivitäten zu Hause zu entwickeln.

(3) Einzelne unterstützende Komponenten der MFG. Der Aufenthalt in einer naturnahen serviceorientierten Tagungseinrichtung wurde von den Teilnehmenden als regenerativ erlebt durch die Aktivitäten in der freien Natur, Entlastung durch die Mahlzeiten und teilweisen „kinderfreien" Zeiten. Dieser regenerative Effekt und die Distanz zum fordernden Alltag wurde von den Erwachsenen als entlastend beschrieben und als wesentliche Voraussetzung benannt, sich auf eigene persönliche, auch dichte psychosoziale Themen einzulassen. Gleichzeitig erleichterte der zeitlich begrenzte Rahmen der MFG von zwei Tagen und Nächten die Teilnahme für arbeitende Elternteile, besonders den Vätern, die betonten, wie wichtig es ihnen sei, in den Auseinandersetzungs- und Bewältigungsprozess eingebunden zu sein. Die Erwachsenen erlebten die gemeinsame Teilnahme an der MFG und insbesondere die fokussierte Reflexion der

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

Herausforderungen der eigenen Familie für das gegenseitige Verständnis der Ehepartner untereinander als unterstützend und wesentlich.

Die Möglichkeiten zu informellen Aktivitäten wurden ebenfalls als hilfreich für den eigenen Prozess erwähnt. Zwanglose Pausen, so berichteten viele Eltern, ermöglichten die weitere Selbstreflexion und erlaubten eine bessere Selbstregulierung in Bezug auf die Intensität der Erfahrung. Viele Teilnehmer beschrieben auch, dass diese freien Zeiten mit den Möglichkeiten, die das Haus und die Umgebung boten (Schwimmbad, Tischtennis, Minigolf, wiesenähnliche Flächen, Grillplatz, naher Spielplatz im Wald etc.), ihnen aufzeigten, dass es möglich ist, auch mit ihren erkrankten Kindern Zeit für Entspannung und Erholung zu verbringen.

In den Augen der Studienteilnehmer herrschte in der Gruppe eine Atmosphäre der Akzeptanz. Diese Akzeptanz wurde als eine essenzielle Voraussetzung für subjektive Reflexions- und persönliche Veränderungsprozesse wahrgenommen. Die Eltern berichteten, dass sie intensive Emotionen bei einzelnen thematischen Einheiten der MFG erlebten wie z. B. bei der Thematisierung der „kritischen", auch ablehnenden Aufnahme ihrer Kinder in der erweiterten Familie/Freundeskreis/Arbeitgeber oder beim Thema des eigenen schmerzhaft erlebten Auseinandersetzungs- und Bewältigungsprozesses in der Annahme des eigenen Kindes. Diese Atmosphäre der Akzeptanz und Wertschätzung wurde als grundlegende Voraussetzung für die Bearbeitung dieser auch nahegehenden Dynamiken angesehen. Im Gruppenprozess mit diesen Emotionen und persönlich schwierigeren Themen umzugehen, wurde als emotional fordernd, aber auch lohnend, empfunden. Die Offenheit im Rahmen der MFG alle, auch sehr persönliche Anliegen einbringen zu können, wurde als hilfreich und essenziell für ein gelungenes Bearbeiten der eigenen Herausforderungen beschrieben.

Alters-, Entwicklungs- und Zustandsbilder der Kinder ließen die Bearbeitung der Themen und das Zusammensein bei den Aktivitäten sehr heterogen ausfallen. Hier wurde von den Teilnehmern hervorgehoben, dass es hilfreich war, von Eltern älterer Kinder und anderen „Diagnosezuschreibungsbildern" deren Erfahrungen zu hören. Die Heterogenität der Gruppenzusammensetzung wurde als bereichernder Faktor für die MFG angesehen. Geschlechtsgetrennte Kleingruppen in Männer- und Frauenrunden in einer „Fishbowl"-Technik wurden ebenso als hilfreich beschrieben, da dies das gegenseitiges Verständnis untereinander erhöhte und einen tiefergehenden Austausch ermöglichte.

5.2 Quantitative Ergebnisse

Die retrospektive Zufriedenheit mit dem Verlauf der MFG wurde im FBB zu T1 überwiegend als befriedigend (M = 3,05, SD = 0,62) und der Erfolg als mittelmäßig (M = 1,72, SD = 0,97), angegeben. Insgesamt wurde die MFG als gut bewertet (M = 2,61, SD = 0,64). Gegenüber T2 zeigten sich keine signifikanten Veränderungen.

Die Veränderungsmessungen anhand der Skalen aus SOEBEK und PSOC zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten.

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

Die Rücklaufquote vollständiger Datensätze (T0, T1 und T2 erhoben) lag im Mittel bei 46 % (FBB), 37 % (SOEBEK) und 31 % (PSOC) mit Varianz zwischen den Skalen (min. n = 2, max. n = 6), da einzelne Teilnehmende nicht die kompletten Instrumente bearbeitet hatten. Im Folgenden werden nur die Ergebnisse für Skalen mit n ≥ 5 vollständigen Datensätzen berichtet.

Die retrospektive Zufriedenheit mit dem Verlauf der MFG wurde im FBB überwiegend als befriedigend (T1: M = 3,05, SD = 0,62; T2: M = 3,05, SD = 0,60) und der Erfolg als mittelmäßig (T1: M = 1,72, SD = 0,97; T2: M = 1,38, SD = 0,64) angegeben. Insgesamt wurde die MFG als gut bewertet (T1: M = 2,61, SD = 0,64; T2: M = 2,49, SD = 0.56). Zwischen T1 und T2 zeigten sich keine signifikanten Veränderungen.

Im SOEBEK beobachtbare Trends zwischen T0, T1 und T2 erreichten keine statistische Signifikanz: Skala „Selbstbeachtung/Selbstverwirklichung" (T0: M = 18,6, SD = 4,45; T1: 18,6, SD = 2,19, T2: M = 20,4, SD = 2,7), Skala „Fokussierung auf das behinderte Kind" (T0: M = 23,60, SD = 8,29; T1: M = 27,20, SD = 8,29; T2: M = 25,2, SD = 8,98), Skala „Nutzung sozialer Unterstützung" (T0: M = 24,0, SD = 6,57; T1: M = 19,67, SD = 10,11; T2: M = 17,67, SD = 7,87) und Skala „Intensivierung der Partnerschaft" (T0: M = 22,17, SD = 3,31; T1: M = 26,67, SD = 6,06; T2: M = 27,00, SD = 8,12).

Der im PSOC beobachtbare Trend der Skala „Selbstwirksamkeit" (T0: M = 21,5, SD = 14,08; T1: M = 27,33, SD = 5,01; T2: M = 31,67, SD = 3,93) war ebenfalls nicht statistisch nachweisbar.

6 Diskussion

In diesem Artikel wird eine heterogen zusammengesetzte MFG für Familien mit Kindern mit somatischen Erkrankungen, Entwicklungsbeeinträchtigungen oder Behinderungen und eine explorative Studie dazu vorgestellt. Qualitativ wurde familiäres Erleben der Teilnahme an der MFG im Hinblick auf Setting, spezifische Interventionskomponenten und einzelne hilfreiche Komponenten des therapeutischen Prozesses differenziert. Die Zufriedenheit mit dem beschriebenen MFG-Modell wurde aufgezeigt und bestimmte Interventionskomponenten näher beleuchtet. Elterliches Bewältigungsverhalten und Kompetenz wurden beurteilt.

Diese Studienergebnisse sind konform zu schriftlichen und mündlichen Evaluationen, die wir informell zum Abschluss aller unserer Gruppen erhoben haben. Schon in der Einführungsrunde waren die Teilnehmenden bereit, sehr persönliche, emotionale Erfahrungen zu teilen und die Unterstützung der Gruppe zu suchen. Für die meisten Familien war es das erste Mal, dass sie an einer solchen Gruppenerfahrung mit anderen Familien in ähnlichen Lebenssituationen teilnahmen. Das Teilen von Geschichten in einer Gruppe von „Experten" hat eine stärkende Wirkung auf die Gruppenmitglieder (Yalom, 2016). Die Gruppenkohäsion und das Einlassen auf dichte psychosoziale Themen wurde durch das spezifische Format dieser MFG jenseits der anstrengenden Alltagsanforderungen ermöglicht und schnell aufgebaut. Die Verarbeitung von Stress, Verluster-

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

fahrungen und Ohnmacht / Kontrollverlust wird in einer solchen Gruppe erleichtert, indem sie den Familienmitgliedern ermöglicht, ihre eigenen Erlebnisse auf einem Kontinuum von Schwere und zeitlichem Verlauf zu lokalisieren. Gleichzeitig können „außenstehende" Gruppenmitglieder oft leichter positive Aspekte in Narrativen entdecken, die den Familien selbst entgangen sind. Die Anwesenheit anderer Familien hilft, eigene Erfahrungen aus unterschiedlichen Perspektiven zu erleben. In den qualitativen Interviews werden von den Teilnehmern viele der eingangs beschriebenen Ziele (einen Raum bieten, Narrative schaffen, Ressourcen aktivieren) benannt.

Alle acht Familien, die an der MFG teilnahmen, waren bereit, an einem Interview teilzunehmen; aus diesen verbalen Daten identifizierten wir die Hauptthemen unserer qualitativen Analyse. Sowohl die systematische, intersubjektive Bearbeitung als auch der induktive Ansatz zur qualitativen Datenanalyse erfüllten den Anspruch für inhaltliche Gültigkeit. Um eine außerordentliche Belastung der Familien zu vermeiden, wurde auf member checks verzichtet. Stattdessen wurde bei ungewisser Interpretation von Textmaterial eine unabhängige Forschungsgruppe zurate gezogen.

Die Ergebnisse des quantitativen Teils sind nur begrenzt interpretierbar. Geringe Fallzahlen je Instrument und Skala erschweren zudem den Nachweis statistischer Bedeutsamkeit von beobachteten Veränderungen. Unser Ansatz der teilnehmerorientierten, partizipativen Forschung unter klinischen Praxisbedingungen konnte nicht allen Ansprüchen einer theoretisch optimalen Wirksamkeitsforschung nach dem Mixed-Methods-Ansatz genügen.

Eine geringe Teilnahmebereitschaft an der schriftlichen Befragung, drop-outs über mehrere Messzeitpunkte oder die Fluktuation beim Beantworten einzelner Items sind nicht selten in der pädiatrischen Familienforschung (Kazak et al., 2009). Sie erklären sich möglicherweise daraus, dass Teilnehmende geringe Erfahrung mit der Bearbeitung von Fragebögen haben oder ihr wenig Bedeutsamkeit bemessen (u. a. aufgrund der belastenden Lebensbedingungen) sowie aufgrund von sprachlichen bzw. Verständnisbarrieren. Im Sinne einer Machbarkeitsstudie lässt sich die geringe Rücklaufquote als besondere Herausforderung dieser Forschung unter naturalistischen Bedingungen identifizieren, die umfangreiche Personalressourcen erfordert (z. B. für Erinnerungsschreiben/-anrufe oder Hilfestellung bei Verständnisschwierigkeiten). Möglicherweise könnte auch eine Online-Erhebung die Response fördern.

Ebenfalls durch die geringe Stichprobengröße bedingt ist, dass trotz hierarchisch strukturierter Daten kein Mehrebenenansatz zur Datenanalyse gewählt wurde. Künftige Arbeiten sollten berücksichtigen, dass Angaben von Mitgliedern derselben Familie nicht unabhängig voneinander sind (im Gegensatz zu Angaben von Mitgliedern verschiedener Familien) und den Einsatz von Mehrebenenmodellen rechtfertigen (Atkins, 2005). Allerdings ist auch erfreulich, dass wir im qualitativen Studienanteil alle Väter einbeziehen konnten, da bei Forschung zu familienorientierten Ansätzen oder Themen oft nur die Angaben von Müttern bei einer Familie erhoben werden.

Die individuellen und familiären Ressourcen, die Qualität der familiären Kommunikation und generationsübergreifende Krankheitserfahrungen und Vorstellungen

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

werden im familiensystemischen Modell in Abbildung 1 als Einflussfaktoren auf das Erleben aufgezeigt. In der vorliegenden Untersuchung gibt es erste Hinweise darauf, dass diese Faktoren in der MFG positiv beeinflusst werden. Die hier entworfene konzeptuelle Fassung der Multifamiliengruppen eignet sich für einen flexiblen Einsatz in vielfältigen ambulanten und stationären Bereichen des Gesundheits- und Rehabilitationswesens oder in Bildungszusammenhängen wie Schulen oder Tagesfördergruppen. Mehrfamiliengruppen können in diesen Arbeitsfeldern eine wesentliche – längerfristig auch kostenreduzierende – Alternative oder Ergänzung zu herkömmlichen psychosozialen oder pädagogischen Hilfsangeboten bieten. Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass die Multifamiliengruppe ein wirksames und passgenaues Angebot für Familien darstellen kann, die vielmals mit den lebenslangen Auswirkungen der Besonderheiten oder Einschränkungen ihres Angehörigen umgehen müssen.

Fazit für die Praxis

- Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass die Multifamiliengruppe ein wirksames und passgenaues Angebot für Familien darstellen kann, die mit den teilweise lebenslangen Auswirkungen der Besonderheiten oder Einschränkungen ihres Angehörigen umgehen müssen.
- Die Teilnahme an und die Zufriedenheit mit der dargestellten Multifamiliengruppe ist hoch. Als besonders hilfreich werden spezifische Komponenten herausgearbeitet: unter anderem das therapeutische Umfeld mit der Aktivierung von Ressourcen innerhalb eines geschützten Rahmens, das Teilen von eigenen entwickelten „Narrativen“ mit anderen „Experten“ in ähnlichen Lebenssituationen und das Knüpfen von Netzwerken. Hervorgehoben wurden die Atmosphäre der Akzeptanz, Regeneration und Erholung, zeitweise getrennte Kleingruppenarbeit für Kinderpatienten, Geschwisterkinder, Mütter und Väter, Austausch mit anderen „Experten“ in ähnlichen Lebenssituationen, und die positive Unterstützung der familiären Einheit durch kreative und bewegungsorientierte Angebote. Durch die MFG wurde auch eine Förderung der elterlichen Zusammengehörigkeit und Kompetenz erlebt.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 67: 568 – 586 (2018), ISSN: 0032-7034 (print), 2196-8225 (online)
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

Literatur

Altmeyer, S., Hendrischke, A. (2012). Einführung in die systemische Familienmedizin. Heidelberg: Carl-Auer.
Asen, E. (2017). Symposium „Multi family therapy research in Europe", Internationale Systemische Forschungstagung, März 2017, Heidelberg.
Asen, E., Scholz, M. (2015). Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer.
Asen, E., Scholz, M. (2017). Handbuch der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer.
Atkins, D. C. (2005). Using multilevel models to analyze couple and family treatment data: basic and advanced issues. Journal of Family Psychology, 19, 98-110.
Becker, B., Rodgers, M. L., Strode, A. D., Norell, D. M., Short, R. A. (2007). Adapting multiple-family group treatment for brain and spinal cord injury intervention development and preliminary outcomes. American Journal of Physical Medicine &, 86, 482-492.
Bleckwedel, J. (2008). Systemische Therapie in Aktion. Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Born, A. (2012). Multifamilientherapie in Deutschland. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 61, 167-182.
Buckel, S., Eggemann-Dann, H.-W., Möhrke, C. (2013). „Wir helfen uns" – Das Ludwigshafener Multifamilientraining. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 62, 77-90.
Charles, N., Butera-Prinzi, F., Perlesz, A. (2007). Families living with acquired brain injury: a multiple family group experience. NeuroRehabilitation, 22, 61-76.
Dare, C., Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. European Eating Disorders Review, 8, 4-18.
Froschauer, U., Lueger, M. (2003). Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Stuttgart: UTB.
Glueckauf, R. L., Liss, H. J., Mcquillen, D. E., Webb, P. M., Dairaghi, J., Carter, C. B. (2002). Therapeutic alliance in family therapy for adolescents with epilepsy: an exploratory study. The American Journal of Family Therapy, 30, 125-139.
Goldbeck, L., Babka, C. (2001). Development and evaluation of a multi-family psychoeducational program for cystic fibrosis. Patient Education and Counseling, 44, 187-192.
Goll-Kopka, A. (2000). Tanz und bewegte Systeme: Ein Werkstattbericht zur Integration der Tanz- und Bewegungstherapie und der Familientherapie. Zeitschrift für Tanztherapie, 3, 8-13.
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.
Goll-Kopka, A. (2012). Multifamiliengruppen als therapeutisches Angebot bei somatischer Erkrankung und Behinderung. Dissertationsschrift, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
Gonzalez, S., Steinglass, P. (2002). Application of multifamily groups in chronic medical disorders. In W. R. McFarlane (Hrsg.), Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders (S. 315-340). New York: Guilford.
Herbst, A., Fernholz, J. M., Strothe, K., Schlund, S. (2015). Psychodynamisch-multisystemische Behandlung von Schulphobie mit Trennungsangst im tagesklinischen Setting. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 64, 545-562.
Hesse-Biber, S. N. (2010). Mixed methods research. Merging theory with practice. New York: Guilford.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 67: 568 – 586 (2018), ISSN: 0032-7034 (print), 2196-8225 (online)
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

Kazak, A., Rourke, M., Navsaria, N. (2009). Families and other systems in pediatric psychology. In M. Roberts, R. Steele (Hrsg.), Handbook of pediatric psychology (4. Aufl.). New York: Guilford.

Kinderzentrum Ludwigshafen (2017). Verfügbar unter: www.kinderzentrum-ludwigshafen.de [zuletzt aufgerufen am 22.10.2017]

Klinikum Weimar (2017). Verfügbar unter: www.klinikum-weimar.de [zuletzt aufgerufen am 22.10.2017]

Krause, M., Petermann, F. (1997). Soziale Orientierungen von Eltern behinderter Kinder (SOEBEK). Göttingen: Hogrefe.

LaRoche, M. J., Koinis-Mitchell, D., Gualdron, L. (2006). A culturally competent asthma management intervention: A randomized controlled pilot study. Annals of Asthma & Immunology, 96, 80-85.

Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Houdenhove, B. v., Sabbe, B. (2005). Family discussion groups for patients with chronic pain: a pilot study. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 26, 21-32.

Lenz, A. (Hrsg.) (2011). Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Tübingen: dgvt-Verlag

Lippe, H. v. d., Radloff, J., Schadow J., Röttger, U., Flechtner, H. (2016). Was geschieht in der sozialen Arena? Der Therapieprozess begleitender Mütter in Multifamiliengruppen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 65, 609-624.

Mattejat, F., Remschmidt, H. (1999). Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Manual. Göttingen: Hogrefe.

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

Miller, Y. (2001). Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen. Dissertationsschrift, Technische Universität Braunschweig, Braunschweig.

Ochs, M., Hermanns, B.-E., Lingnau-Carduck, A. (2016). Multi-Familien-Gruppen in der Jugendhilfe. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 65, 354-370.

Ollefs, B., Schlippe, A. v. (2003). Der „Luftikurs" – ein familienmedizinisches Angebot für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale. In S. Altmeyer, F. Kröger (Hrsg.), Theorie und Praxis der systemischen Familienmedizin (S. 145-162). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Retzlaff, R. (2016). Familien-Stärken: Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Retzlaff, R., Brazil, S., Goll-Kopka, A. (2008). Multifamilientherapie bei Kindern mit Teilleistungsfähigkeiten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, 346-361.

Rieforth, J., Graf, G. (2014). Tiefenpsychologie trifft Systemtherapie: Eine besondere Begegnung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rolland, J. S. (2000). Krankheit und Behinderung in der Familie. Modell für ein integratives Behandlungskonzept. In F. Kröger, A. Hendrischke, S. McDaniel (Hrsg.), Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen. Heidelberg: Carl-Auer.

Satin, W., La Greca, A. M., Zigo, M. A., Skyler, J. S. (1989). Diabetes in adolescence: effects of multifamily group intervention and parent simulation of diabetes. Journal of Pediatric Psychology, 14, 259-275.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 67: 568 – 586 (2018), ISSN: 0032-7034 (print), 2196-8225 (online)
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018

Dieses Dokument ist lizenziert für Universität Wien, uf33237k.
Alle Rechte vorbehalten. © Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Download vom 26.11.2025 22:57 von https://www.wiso-net.de.

Sozialpädiatrisches Zentrum Frankfurt (2017). Verfügbar unter: www.spz-frankfurt.de [zuletzt aufgerufen am 22.10.2017]
Silver, C., Lewins, A. (2014). Using software in qualitative research: A step-by-step guide. London: Sage.
Spierling, K. H. (2017). Multifamilienarbeit in der Komplexbehandlung von Jugendlichen mit Diabetes Mellitus Typ 1. In Asen, E., Scholz, M. (2017). Handbuch der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer.
Sydow, K. v. (2015). Systemische Therapie. München: Ernst Reinhardt.
Szymanky, L. S., Kiernan, W. E. (1983). Multiple family group therapy with developmentally disabled adolescents and young adults. International Journal of Group Psychotherapy, 33, 521-534.
Theiling, S., Schlippe, A. v. (2003). Diabetesbetreuung bei Kindern und Jugendlichen nach systemisch-familienmedizinischem Konzept. In S. Altmeyer, F. Kröger (Hrsg.), Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Ummenhofer, A., Kessler, E. (2006). Stationäre Eltern-Kind Therapie. Ein Behandlungsangebot für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. In R. Franck (Hrsg.), Geistige Behinderung. Verhaltensmuster und Verhaltensauffälligkeiten. Freiburg: Lambertus.
Wamboldt, M. Z., Levin, L. (1995). Utility of multifamily psychoeducational groups for medically ill children and adolescents. Family Systems Medicine, 13, 151-161.
Ward, C. D., Smith, A., James, H., Novelle, L., Bruder, M. (2011). Using systemic approaches, methods and techniques in rehabilitation medicine. Clinical Rehabilitation, 25, 3-13.
Wirtz, M. A., Caspar, F. (2002). Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystem und Ratingskalen. Bern: Hogrefe.
Witzel, A., Reiter, H. (2012). The problem-centered interview. London: Sage.
Yalom, I. D. (2016). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. Andrea Goll-Kopka, SRH Hochschule Heidelberg, Ludwig-Guttmann-Str. 6, 69123 Heidelberg; E-Mail: Andrea.Goll-Kopka@t-online.de

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 67: 568 – 586 (2018), ISSN: 0032-7034 (print), 2196-8225 (online)
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2018