

Herausforderungen und Chancen bei der Implementierung von Multi-Familien-Gruppen in der pädiatrischen Onkologie

Matthias Ochs, Susanne Altmeyer

Zusammenfassung

Multi-Familien-Gruppen stellen eine psychosoziale Interventionsform dar, die in den Vereinigten Staaten bei psychiatrischen, psychischen und chronischen medizinischen Erkrankungen entwickelt und eingesetzt wurde und inzwischen auch in England erfolgreich angewendet wird. Dieser Artikel beschäftigt sich mit den Möglichkeiten des Einsatzes von Multi-Familien-Gruppen in Deutschland im Kontext der pädiatrischen Onkologie. Hierzu werden Aspekte des aktuellen Forschungsstands skizziert und offene Fragen und Problemfelder bei der Übertragung der Interventionsform angesprochen und diskutiert. Wir möchten darüber hinaus mit der Arbeit dazu ermutigen, Multi-Familien-Gruppen in verschiedenen Anwendungsfeldern und bei unterschiedlichen Störungsbildern (siehe Schweitzer und von Schlippe 2006) zu erproben.

Einführung

Die große Bedeutung der Familie bei Management und Coping von Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist im Hinblick auf die verschiedenen Behandlungsstadien (Diagnosemitteilung, onkologische Intensivbehandlung, Remissionsphase versus Rezidiv und Metastasen und/oder Versterben des Kindes/Jugendlichen) gut belegt (Überblick vgl. Verres und Hasenbring 1989, Wellisch 1995, Häberle et al. 1997, Goldbeck 1998). (Dies gilt auch für einige andere chronische körperliche Erkrankungen, wie dem Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen, dem pädiatrischen Kopfschmerz oder dem juvenilen Diabetes mellitus (vgl. Schweitzer und von Schlippe 2006).)

Eine mögliche familienorientierte psychosoziale Interventionsform, die gerade aktuell im deutschsprachigen Raum verstärkt diskutiert wird und auf großes Interesse stößt (so waren auf einem Workshop zum Thema, der von Prof. Dr. Schweitzer dazu im Frühjahr 2006 in Heidelberg veranstaltet wurde, nahezu 80 TeilnehmerInnen anwesend), stellen Multi-Familien-Gruppen dar. Diese Interventionsform wurde in den Vereinigten Staaten bei psychiatrischen, psychischen und chronischen medizinischen Erkrankungen entwickelt und eingesetzt (z. B. McFarlane 2002, Marley 2004) und wird inzwischen auch in England erfolgreich

angewendet (z. B. Asen et al. 2001)¹. In diesen Ländern haben sich Multi-Familien-Gruppen-Konzepte u. a. als Antwort auf Restriktionen bezüglich der Verfügbarkeit professioneller Psychotherapie im Kontext medizinischer Versorgung entfaltet (Schweitzer, persönliche Mitteilung). Von behandlungstheoretischen Gesichtspunkten her tragen MFG dazu bei:

- das Leid der einzelnen Familie zu deindividualisieren und zu entpathologisieren – was aus systemischer Sicht bekanntlich wichtige therapeutische Wirkprozesse sind (vgl. Schweitzer und von Schlippe 2006).
- der Stigmatisierung und Isolation der Familien entgegenzuwirken, die Familien oft erleben, wenn sie sich mit der Herausforderung einer lebensbedrohlichen oder massiven Gesundheitskrise konfrontiert sehen.

Es geht dabei jedoch nicht darum, alle Familienmitglieder gewissermaßen als Mitpatienten in eine Psychotherapie hineinzuziehen, was als weitere Stigmatisierung erlebt werden könnte, sondern familiäre Bewältigungskompetenzen und Ressourcen bezüglich der Krebserkrankung anzuregen, zu schulen und langfristig zu stabilisieren.

Einige Basics von Multi-Familien-Gruppen

Multi-Familien-Gruppen-Konzepte basieren in der Regel auf einem psychoedukativen und familienmedizinischen Kurzzeit-Behandlungsansatz. Es wird also Wert gelegt auf eine strukturierte Vermittlung von biopsychosozialem Wissen zu Entstehung, Verlauf und Bewältigung der Erkrankung. Andererseits richtet sich die Durchführung an den Bedürfnissen und Kompetenzen aller Familienmitglieder aus und ist ressourcen- und lösungsorientiert².

Insbesondere die Wissensvermittlung und Kompetenzförderung kann in Gruppen erfolgen – nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen. Ähnlich, wie man mehrere Einzelpatienten (z. B. bei Brustkrebs, vgl. Verres 1990) dazu einladen kann, die erfahrungsgemäß immer wieder auftretenden Probleme in einer Gruppe zu bearbeiten, bietet es sich an, auch Gruppen aus Familien zu bilden. Auf diese Weise:

1. kann das (psychoonkologische) Wissen ökonomischer an Familien vermittelt werden
2. können Familien in solchen Gruppen erleben, dass sie nicht allein sind
3. können die Familien voneinander lernen

1) Mit einigen Ausnahmen (Altmeyer / Kröger in Aachen, Scholz and Asen in Dresden) gibt es bisher in Deutschland trotz steigendem Interesse an der Methode erst sehr wenig Erfahrung in der Durchführung von MFG.
2) Ein gutes und bereits sehr elaboriertes Beispiel hierfür stellt das „The Ackerman / Memorial Sloan Kettering Multiple Family Discussion Group, Six Session Version, Treatment Manual“ von Peter Steinglass und Jamie Ostroff dar. Das Manual ist direkt über Dr. Peter Steinglass zu beziehen: psteinglass@ackerman.org

Multi-Familien-Gruppen werden am besten ko-therapeutisch von einem Mann und einer Frau geleitet. Weitere medizinische und psychosoziale Fachkräfte (wie Ärzte, Sozialarbeiter, Seelsorger, Musik- und Kunsttherapeuten, Krankenschwestern) werden nach Bedarf hinzugezogen.

Multi-Familien-Gruppen setzen sich in der Regel aus 4–6 Familien zusammen. Häufig sind die Gruppen so ausgerichtet, dass sämtliche Familienmitglieder (Eltern, Patienten und Geschwister) teilnehmen können. Manchmal wird jedoch in zwei parallelen Gruppen separat (einer Elterngruppe und einer Kindergruppe) gearbeitet, z. B. wenn schwierige Themen behandelt werden, bei denen die Wahrung familiärer Subsystemgrenzen notwendig ist. Dies hat sich vor allem bei jüngeren Kindern bewährt. Bei parallelen Gruppenveranstaltungen finden dennoch einzelne Sequenzen (z. B. Rollenspiele) gemeinsam mit Eltern und Kindern statt. Dies unterscheidet Multi-Familien-Gruppen beispielsweise von Elternabenden oder reinen Kinder- bzw. Geschwistergruppen. Es entstehen andere interaktive Dynamiken und therapeutische Prozesse als etwa bei Elternabenden! Deshalb sollte auch nicht das Argument gelten, was wir öfters hören: „Wir führen ja Elterngruppen durch, wofür brauchen wir da noch Multi-Familien-Gruppen?!“

Auch die zeitliche Gestaltung von Multi-Familien-Gruppen wird unterschiedlich gehandhabt. Manche Multi-Familien-Gruppen finden an zweistündigen Abendterminen im wöchentlichen, zweiwöchentlichen oder monatlichen Abstand statt. Eine andere zeitliche Gestaltung besteht darin, die Gruppen an Samstagnachmittagen stattfinden zu lassen (z. B. drei Nachmittage zu jeweils vier Stunden mit Pausen) oder an einem einzelnen Wochenende. Väter lassen sich manchmal am Wochenende besser zur Teilnahme an Multi-Familien-Gruppen motivieren.

Ein kleiner Einblick in den Stand der Forschung

Zur Durchführung von Multi-Familien-Gruppen wurden bereits verschiedene Konzepte entwickelt (Asen 2002). Das Setting wurde bisher vor allem im Kontext schwerer psychiatrischer Erkrankungen wie Depression oder Schizophrenie erprobt. Für diesen Bereich wurden die meisten Wirksamkeitsstudien zu Multi-Familien-Gruppen durchgeführt (einen guten Überblick hierzu gibt McFarlane 2002). Auch bei anderen psychischen Erkrankungen, wie Sucht (Kymissis et al. 1995, Cwiakala und Mordock 1997), Essstörungen (Dare und Eisler 2000, Colahan und Robinson 2002, Scholz und Asen 2001) und Zwangsstörungen (van Noppen 1999) ist die Durchführung von Multi-Familien-Gruppen dokumentiert.

Multi-Familien-Gruppen bei chronischen körperlichen Erkrankungen

Auch bei chronischen körperlichen Erkrankungen wurden Multi-Familien-Gruppen eingesetzt.

Goldbeck und Babka (2001) publizierten ein psychoedukativ orientiertes Multi-Familien-Programm bei cystischer Fibrose. Sie konnten zeigen, dass dieses Programm dazu beitrug, das Bewältigungsverhalten und das Wissen über die Erkrankung zu verbessern. Außerdem konnte ein Anstieg der Compliance erzielt werden. An dieser Untersuchung nahmen 16 Mütter, 12 Väter und 16 Kinder (mit einem Durchschnittsalter von 12 Jahren) teil.

Satin et al. (1989) führten eine Kontrollgruppen-Studie zur Wirksamkeit von Multi-Familien-Gruppen beim juvenilen Diabetes durch. Sie konnten belegen, dass der Blutzuckerlangzeitwert Hb A1 auch sechs Monate nach Beendigung der Multi-Familien-Gruppe noch statistisch signifikant unter den Werten der Kontrollgruppe lag. Außerdem verbesserte sich bei den Jugendlichen das Diabetes-Management deutlich. An dieser Studie nahmen 32 Familien teil, die auf Behandlungs- und Kontrollgruppen randomisiert verteilt wurden.

Wamboldt und Levin (1995) führten mit 164 Familien Multi-Familien-Gruppen beim kindlichen Asthma bronchiale durch. Die Familien berichteten nach der Behandlung u. a. über eine deutlich gestiegene Bereitschaft, ihre Empfindungen und Gefühle bezüglich den vielen, teilweise komplizierten und belastenden Aspekten der Asthmaerkrankung mit anderen betroffenen Familien zu teilen. Dieser Austausch wurde von den Familien als emotional sehr entlastend erlebt.

Außerdem wurden Multi-Familien-Gruppen bei Dialyse-Patienten (Steinglass et al. 1982) und bei HIV/AIDS (Pomeroy et al. 1996) durchgeführt. Steinglass (1998) resümiert: „Multi family groups are both safe and helpful when used in medical settings“ (S. 58).

In Deutschland wurde in den Jahren 2000 und 2001 in Aachen ein modifiziertes Protokoll nach Peter Steinglass bei an Multipler Sklerose erkrankten erwachsenen Patienten und ihren Familien eingesetzt (Altmeyer und Tietze 2003). Beteiligt waren 6 weibliche und 2 männliche Patienten sowie 6 Ehemänner, 3 Mütter, 4 Geschwister und 4 Kinder. Die Gruppen wurden einmal monatlich an 6 Abenden von zwei Therapeutinnen angeleitet und waren ähnlich den Gruppen, die die Arbeitsgruppe Peter Steinglass bei Familien erkrankter Kinder durchgeführt haben, systemisch orientiert und gleichzeitig stark strukturiert. Von den Familien geschätzt wurde vor allem die Möglichkeit des gegenseitigen Austausches und das Kennenlernen von anderen Familien mit ähnlichen Problemen.

Multi-Familien-Gruppen im Kontext der pädiatrischen Onkologie

Forschungsprojekte zu Multi-Familien-Gruppen bei Krebs im Kindes- und Jugendalter wurden hauptsächlich von zwei amerikanischen Arbeitsgruppen durchgeführt: von der Arbeitsgruppe um Peter Steinglass (Ackerman Institute for the Family, am Sloan Kettering Hospital in New York) und von der Arbeitsgruppe um Anne Kazak (Children's Hospital of Philadelphia, Division of Oncology).

■ Ergebnisse der Arbeitsgruppe Peter Steinglass, New York

In der Arbeitsgruppe von Peter Steinglass wurden Multi-Familien-Gruppen als adjuvante, stark strukturierte, psychoedukativ und systemisch orientierte Kurzzeit-Behandlung durchgeführt (Gonzales et al. 1989, Stuber et al. 1995, Steinglass 1998, Gonzales und Steinglass 2002, Steinglass et al. 2002). Dieser Behandlungsansatz bestand aus sechs zweistündigen Sitzungen im wöchentlichen Rhythmus. An diesen Sitzungen nahmen vier bis sechs Familien (samt Patient und Geschwistern) teil. Der Behandlungsansatz bestand inhaltlich aus drei Komponenten: Psychoedukation, Förderung sozialer Netzwerke und Problembewältigung. Steinglass et al. (2002) betonen, dass Multi-Familien-Gruppen flexibel gestaltet werden sollen. Sie müssen an die Erfordernisse und Möglichkeiten, aber auch an die Restriktionen angepasst werden, die sich aus dem konkreten klinischen und medizinischen Kontext ergeben. Steinglass (1998) konnte zeigen, dass sich durch diese Form von Multi-Familien-Gruppen die psychosoziale Anpassung an die Erkrankung und die Zufriedenheit mit dem Familienleben erheblich verbesserten.

■ Ergebnisse der Arbeitsgruppe Anne Kazak, Philadelphia

In der Arbeitsgruppe von Anne Kazak wurden Multi-Familien-Gruppen im Format von Ein-Tages-Workshops durchgeführt (Kazak et al. 1999, Kazak et al. 2001). Diese Ein-Tages-Workshops kombinierten kognitiv-behaviorale und familientherapeutische Ansätze. Kazak et al. (1999) konnten in einer Pilotstudie mit 19 Familien zeigen, dass durch diese Form von Multi-Familien-Gruppen bei sämtlichen Familienmitgliedern posttraumatische Stress- und Angstsymptome deutlich abnahmen.

In Deutschland wurde bisher noch kein Forschungsprojekt zu Multi-Familien-Gruppen bei Krebs im Kindes- und Jugendalter publiziert.

Was bringen Multi-Familien-Gruppen im Vergleich zu anderen familienorientierten psychosozialen Angeboten bei Kinderkrebs?

In Deutschland konnten schon eine ganze Reihe von familienorientierten psychosozialen Angeboten bei Krebs im Kindes- und Jugendalter etabliert werden (z. B. Häberle 1993, Häberle et al. 1998, Goldbeck 1998, vgl. auch Koch und Weis 1998). An dominanter Stelle sind die hervorragenden Nachbetreuungskonzepte zu nennen, wie z. B. das Waldpiraten-camp in Heidelberg, die familienorientierte Rehabilitation auf der Katharinenhöhe Schönwald oder das Münchner Projekt „KONA Koordinationsstelle psychosoziale Nachsorge für Familien mit an Krebs erkrankten Kindern“ – um nur einige Angebote zu nennen. Innerhalb der Nachbetreuung wird ebenfalls mit Gruppen, bestehend aus mehreren Familien, gearbeitet. Bevorzugt wird dabei aber auch mit unterschiedlichen Familiensubsystemen (z. B. Geschwister-Gruppen oder Eltern-Gruppen) gearbeitet (Häberle und Schwarz 1990, Häberle und Ruoff 1990, Häberle 1993b). Diese Diversifizierung entspricht auch einer grundsätzlichen Entwicklung der Familientherapie (Cierpka 2003).

Auch in der Phase der stationären Akutversorgung werden schon seit Jahren familienorientierte psychosoziale Hilfen vor allem in Form von Einzelgesprächen, Gesprächen mit einzelnen Subsystemen der Familie und Gespräche mit einzelnen Familien angeboten (vgl. z. B. Häberle et al. 1998, Altmeyer 2003). Multi-Familien-Gruppen könnten ebenfalls in der Phase der stationären Akutversorgung auf der kideronkologischen Station angeboten werden. Sie würden dann einen integralen Bestandteil der psychosozialen Betreuung während der Akutphase darstellen und so eine komplementäre Interventionsform zu anderen psychosozialen Angeboten in der Akutphase bilden.

Die Stärken von Multi-Familien-Gruppen bestehen – ganz abgesehen von dem ökonomischen Aspekt der Bündelung professioneller Hilfen – zusammengefasst darin, dass familiäre Probleme bei der Krankheitsbewältigung erheblich reduziert werden können (Kazak et al. 2001, Gonzales und Steinglass 2002). An erster Stelle ist hierbei das Risiko der sozialen Isolation zu nennen. Im Unterschied zur *Beratung einzelner Familien* bieten Multi-Familien-Gruppen den betroffenen Familien die Möglichkeit der gegenseitigen Unterstützung: ganz im Sinne von Selbsthilfegruppen. Diese gegenseitige Unterstützung wird allerdings in Abgrenzung zu *Selbsthilfegruppen* (wie den vielen Elterninitiativen, die es glücklicherweise bei Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter gibt) in Multi-Familien-Gruppen professionell moderiert und begleitet. Die Therapeuten haben in Multi-Familien-Gruppen die Funktion, Prozesse anzuregen. Sie unterstützen Reaktionen und Interaktionen innerhalb der Gruppe. Manchmal entstehen wenig hilfreiche Dynamiken zwischen Eltern (z. B. Animositäten zwischen Eltern, „Kaffee-Klatsch-Atmosphäre“). In professionell geleiteten Multi-Familien-Gruppen kann beim Auftreten solcher Dynamiken seitens der Therapeuten interveniert und auf die inhaltlich wesentliche Gruppenarbeit refokussiert werden (Asen 2002). Außerdem können Therapeuten Missinformationen innerhalb der Gruppe korrigieren. Beispiele hierfür wären etwa der Umgang und die Bewertung von Wahrscheinlichkeitsprognosen bei verschiedenen Erkrankungstypen oder von medizinisch-diagnostischen Parametern wie Leukozyten-Werten u. ä. (vgl. hierzu auch Verres et al. 1991, Verres 1991). Im ungünstigen Fall werden in unmoderierten Selbsthilfe-Elterngruppen Falschinformationen weiterverbreitet (z. B. über zu erwartende Komplikationen in der Akuttherapie) und damit Mythen und unnötige Ängste geschürt (Verres 1986, 1988)³. Aufgabe des Therapeuten ist es, ungünstige Dynamiken zwischen den Gruppenmitgliedern zu modifizieren und förderliche Dynamiken aufzugreifen und zu verstärken.

3) Bei einem Patienten auf unserer kideronkologischen Station kam es zu einer im Zusammenhang mit der zytostatischen Behandlung sehr seltenen schweren medizinischen Krise. Die Eltern der Kinder auf der Station tauschten sich „zwischen Tür und Angel“ jenseits fachärztlicher Korrekturmöglichkeiten über das, was sie von diesem Vorfall mitbekamen, aus – und der allgemeine elterliche Verunsicherungspegel stieg auf Station deutlich an.

Weitere familiäre Risikofaktoren, wie mangelnde familiäre Problemlösekompetenzen, „Verhärtungen“ sowie Fehl- und Falschinformationen über die medizinischen und psychosozialen Aspekte der Erkrankung, können deutlich verringert werden. Die Familien werden zu neuen Bewältigungsmöglichkeiten sowohl von den medizinischen und psychosozialen Fachkräften als auch von anderen Familien angeregt. Die intra- und interfamiliäre Kommunikation kann sich insbesondere dann durch Multi-Familien-Gruppen verbessern, wenn Professionelle die Moderation übernehmen. Dies hat sich als sehr hilfreich beim Verständnis der Schwierigkeiten und Sorgen der Patienten herausgestellt. Die Familien lernen sowohl direkt als auch indirekt voneinander (Lemmens et al. 2003). Außerdem können die individuellen Bedürfnislagen mehrerer Familienmitglieder innerhalb der Multi-Familien-Gruppen im direkten Austausch erkannt und bearbeitet werden.

Wie auch bei anderen familienorientierten psychosozialen Interventionen während der Behandlungsphase steigt die Motivation / das Engagement des Patienten und seiner Familie, das medizinische Behandlungsprotokoll einzuhalten, d. h. die Compliance verbessert sich (z. B. Wellisch et al. 1978, Steinglass 1998).

In Multi-Familien-Gruppen können kosten- und ressourcensparend mehrere Familien gleichzeitig beraten werden. Dies ist auch im Hinblick auf die Mittelverknappung im Gesundheitswesen relevant.

Spannende Fragen bei der Erprobung von Multi-Familien-Gruppen auf einer kideronkologischen Station

Offene Fragen bei der Übertragung der Ergebnisse aus den Forschungsprojekten von Peter Steinglass und Anne Kazak (und aus den Studien zu anderen medizinischen chronischen Erkrankungen) zu Multi-Familien-Gruppen im Kontext von Kinderkrebs in den deutschsprachigen Raum sind m. E. folgende mögliche Problemfelder, die genau beschrieben und differenziert werden sollten:

1. Bedarfsklärung und Durchführbarkeit

Manche Familien werden durch die vielen Termine, die mit der medizinischen Behandlung der Erkrankung zu tun haben, schon sehr in Anspruch genommen. Ein weiterer Termin für etwa einen Multi-Familien-Gruppen-Abend kann deshalb möglicherweise als zusätzliche Belastung erlebt werden. Wenn Familien erst einmal an einer Multi-Familien-Gruppen-Sitzung teilgenommen haben, machen sie allerdings laut Befunden von Steinglass (1998) mit großem Engagement weiter. Wichtig wäre herauszufinden, was Familien konkret auf den kideronkologischen Stationen an Unterstützung brauchen, um an Multi-Familien-Gruppen teilnehmen zu können und von der Teilnahme zu profitieren. (Für interessierte Familien könnte etwa ein Informationsprospekt erstellt werden, der über den erwarteten Nutzen von Multi-Familien-Gruppen aufklärt.)

2. Motivation möglichst beider Eltern (speziell auch der Väter) zur Teilnahme

Väter wurden bisher in der psychosozialen Forschung zur pädiatrischen Onkologie eher „stiefmütterlich“ behandelt (vgl. Häberle et al. 1998, Chesler und Parry 2001). Die wenigen vorliegenden Erfahrungen weisen jedoch auf die Notwendigkeit der Integration der Väter in die adjuvante Unterstützung hin. Hill et al. (2003) konnten zeigen, dass diejenigen krebskranken Kinder und Jugendlichen, bei denen die Väter wenig Unterstützung und Präsenz zeigten, im Alltag ihre Erkrankung schlechter bewältigen konnten. Zudem leiden auch Väter – oft in anderer Form als die Mütter – unter beeinträchtigenden posttraumatischen Stresssymptomen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung ihres Kindes (Kazak et al. 1998). Deshalb wäre wichtig herauszufinden, was es an Unterstützung, Vorarbeit und Gestaltung der Gruppen braucht, damit speziell Väter daran teilnehmen und davon profitieren. Es könnte sich zeigen, dass Väter eher wenige Termine (z. B. drei vierstündige Sitzungen an Samstagen im monatlichen Abstand) als erleichternd erleben, um an den Multi-Familien-Gruppen teilzunehmen. Auch könnte Vätern die Teilnahme an Multi-Familien-Gruppen erleichtert werden, wenn diese auch von einem Mann mitgeleitet werden. Wir vermuten, dass eine gemischtgeschlechtliche ko-therapeutische Leitung der Gruppe ein Argument für Väter darstellen könnte, an Multi-Familien-Gruppen teilzunehmen.

3. Präzisierung der differenziellen Indikation: für welche Familien sind Multi-Familien-Gruppen geeignet und für welche nicht?

Steinglass (1998) betont, dass Multi-Familien-Gruppen bei Krebs im Kindes- und Jugendalter sich grundsätzlich als hilfreich herausgestellt haben. Andererseits wird in letzter Zeit auch diskutiert, dass manche Familien eine diskrete, eher private Kommunikation über Krebs als hilfreicher erleben (Surbone und Zwitter 1997, Verres 1997). Einige Familien bewerten ein offenes Reden über die Erkrankung im Beisein anderer Familien zumindest am Anfang eher als belastend denn als unterstützend. Es wäre interessant und notwendig, erste Hypothesen zu Kriterien für eine solche differentielle Indikation zu entwickeln. Basis für diese Hypothesen könnten die Statements von Familien sein, die sich gegen die Teilnahme an den Multi-Familien-Gruppen entscheiden. Goldbeck (persönl. Mitteilung), der über viel Erfahrung in der familienorientierten Arbeit in der Kinderonkologie (Goldbeck 1998, Goldbeck 2001) und über Erfahrung mit Multi-Familien-Gruppen (Goldbeck und Babka 2001) verfügt, weist darauf hin, dass der Effekt der gegenseitigen sozialen Unterstützung die Belastung durch die Krankengeschichten der anderen mehr als aufwiegt.

4. Inwieweit sollten Patienten und Geschwister mit schwierigen Gefühlen der Eltern konfrontiert werden?

Das Mitteilen von schwierigen Gefühlen bezüglich der Erkrankung (wie massive Ängste, Wut, Schuldgefühle) seitens der Eltern kann möglicherweise von den Patienten und deren Geschwistern als belastend erlebt und ungünstig verarbeitet werden. Deshalb ist es inner-

halb der Multi-Familien-Gruppen notwendig, einen schützenden Kontext herzustellen, so dass die beteiligten Familienmitglieder nicht überfordert, sondern ihre Grenzen und Bedürfnisse respektiert werden. Möglicherweise ist es erforderlich, die Multi-Familien-Gruppen für einzelne thematische Arbeitssequenzen in Eltern- und Kindergruppen aufzuteilen. Es wäre hierbei hilfreich, Kommunikationsformen für die teilnehmenden Familienmitglieder erfahrbar zu machen, die für jeden einzelnen Beteiligten eine angemessene Balance zwischen Offenheit und Selbstschutz ermöglichen (vgl. hierzu auch Verres 1996).

5. Workshopformat versus sechs wöchentliche Abendtermine

Der Vorteil eines Workshops ist, dass keine zusätzlichen Abendtermine auf die Familien zukommen. Denn oft haben die Familien wenige Zeiten, die sie als gesamte und nicht als „geteilte“ Familie verbringen können (weil etwa ein Elternteil oft und lange beim Patienten im Krankenhaus ist). Der Vorteil von Abendterminen ist, dass ein kontinuierlicheres Arbeiten mit den Familien möglich ist. Außerdem können Probleme, die in der Zwischenzeit auftauchen, ebenso wie erlebte Fortschritte, in die Gruppen eingebracht und dort miteinander ausgetauscht werden. Es wäre wichtig, vergleichende Erfahrungen zu sammeln, was sich in den konkreten Behandlungskontexten besser eignet – besonders mit Hinblick auf die Integration der Väter. Goldbeck (persönl. Mitteilung) berichtet, dass er für Multi-Familien-Gruppen bei Mukoviszidose etwa 50% seiner Zielgruppe einschließlich der Väter mobilisieren konnte, indem er Samstags-Termine angeboten hat. Möglicherweise bietet sich auch eine Kombination aus Workshop- und Abendterminen an.

6. Offene versus geschlossene Gruppe

Offene Gruppen bieten den Vorteil, dass auf der Station neu aufgenommene Patienten schnell in die Multi-Familien-Gruppen-Behandlung integriert werden können. Geschlossene Gruppen bieten den Vorteil, dass das Vertrauen und die Intimität, die durch die gleichbleibende Zusammensetzung in der Multi-Familien-Gruppe entstehen kann, nicht immer wieder durch neue Familien verunsichert werden. Auch mit diesen beiden Varianten sollten vergleichende Erfahrungen gesammelt werden.

7. Veranstaltungsort der Gruppen

Manche Eltern assoziieren das Krankenhaus emotional eher negativ, für andere bedeutet es einen Ort der Hilfe. Skeptische Eltern könnten dadurch zur Teilnahme an Multi-Familien-Gruppen gewonnen werden, dass die Gruppen außerhalb des Krankenhauses stattfinden. Es würde sich anbieten, Ein-Tages-Workshops z. B. „im Grünen“ zu veranstalten (in einem ansprechenden Tagungshaus). So gibt es in Heidelberg etwa das „Waldpiraten-Camp“. Es geht hierbei darum, die Voraussetzungen für einen möglichst „passgenauen“ Einsatz von Multi-Familien-Gruppen auf kinder-onkologischen Stationen zu schaffen.

Zusammengefasst ergeben sich folgende Fragen⁴:

- Was erleichtert es Familien, an Multi-Familien-Gruppen teilzunehmen?
- Wie können speziell Väter dafür gewonnen werden, an Multi-Familien-Gruppen teilzunehmen?
- Was unterscheidet Familien, die an Multi-Familien-Gruppen teilnehmen, von solchen, die nicht daran teilnehmen?
- Welche Frequenz, welches Format eignet sich am besten zur Durchführung von Multi-Familien-Gruppen?
- Welche Themen können gemeinsam mit der gesamten Familie behandelt werden und bei welchen Themen ist es besser, für Kinder und Eltern getrennte Arbeitssequenzen anzubieten?
- Was in den Multi-Familien-Gruppen erleben die Teilnehmer als hilfreich, wovon profitieren sie am meisten und was hat sich durch die Teilnahme für wen verändert?

Die hier angeschnittenen Fragen lassen sich auch modifiziert auf die Erprobung von Multi-Familien-Gruppen bei anderen Störungsbildern anwenden. Spannend wäre etwa die Anwendung bei anderen kinderpsychiatrisch und pädiatrisch relevanten Störungsbildern, wie ADHS oder Kinderkopfschmerz.

Kleiner Ausblick

Multi-Familien-Gruppen, die oft auf einem familien- und verhaltensmedizinischen Kurzzeit-Beratungsansatz basieren, konnten als eine mögliche familienorientierte Interventionsform in verschiedenen Studien als empirisch effektiv und kostengünstig bei psychiatrischen, psychischen und einigen chronischen medizinischen Erkrankungen bestätigt werden.

Jedoch nicht nur bei Kinderkrebs, auch bei anderen Störungsbildern versprechen Multi-Familien-Gruppen hilfreiche Behandlungsimpulse. So wäre etwa denkbar, als Alternativkonzepte zu bekannten verhaltenstherapeutischen Gruppenmanualen Behandlungssystematisierungen auf der Basis von Multi-Familien-Gruppen-Therapie zu entwickeln (z. B. ein Alternativkonzept zum dem behavioralen Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP von Döpfner et al. 2002. Hier sei z. B. verwiesen auf Hennecke 2000 zu Multi-Familien-Gruppen bei ADHS).

4) Forschungstechnisch könnten zur Auswertung dieser Erfahrungen etwa halbstrukturierte Interviews (Mayring 1999) mit den Patienten, deren Familien, den Therapeuten und Stationsmitarbeitern durchgeführt werden. Die Interviews könnten mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring 1997) per Computer (Atlas/ti von Muhr 1997, Software zur Auswertung qualitativer Daten) ausgewertet werden.

Literatur

- Altmeyer, S., Tietze, U. (2003). Strukturierte Gruppentherapie bei PatientInnen mit Multipler Sklerose – Nachuntersuchung. *Forum Psychosomatik* 1.
- Altmeyer, S. (2003). Psychosoziale Betreuung krebskranker Kinder und ihrer Familien. In: Altmeyer, S., Kröger, F.: *Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 183-201.
- Asen, E. (2002). Multiple family therapy: An overview. *Journal of Family Therapy* 24(1), pp. 3-16.
- Asen, E., Dawson, N., McHugh, B. (2001). *Multiple Family Therapy: The Marlborough Model and its Wider Applications*. London: Karnac.
- Chesler, M. A., Parry, C. (2001). Gender roles and/or styles in crisis: An integrative analysis of the experiences of fathers of children with cancer. *Qualitative Health Research* 11(3), pp. 363-384.
- Cierpka, M. (2003). *Handbuch der Familiendiagnostik* (3. völlig überarbeitete und ergänzte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Colahan, M., Robinson, P. H. (2002). Multi-family groups in the treatment of young adults with eating disorders. *Journal of Family Therapy* 24(1), pp. 17-30.
- Cwiakala, C. E., Mordock, J. B. (1997). The use of multi-family play groups for families with a parent in addiction recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly* 15(1), pp. 15-28.
- Dare, C., Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review* 8(1), pp. 4-18.
- Döpfner, M., Schürmann, S., Fröhlich, J. (1998). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Goldbeck, L. (1998). Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47(8), pp. 552-573.
- Goldbeck, L. (2001). Parental coping with the diagnosis of childhood cancer: Gender effects, dissimilarity within couples, and quality of life. *Psycho-Oncology* 10(4), pp. 325-335.
- Goldbeck, L., Babka, C. (2001). Development and evaluation of a multi-family psychoeducational program for cystic fibrosis. *Patient Education & Counseling* 44(2), pp. 187-192.
- Gonzalez, S., Steinglass, P., Reiss, D. (1989). Putting the illness in its place: Discussion groups for families with chronic medical illnesses. *Family Process* 28(1), pp. 69-87.
- Gonzalez, S., Steinglass, P. (2002). Application of Multifamily Groups in Chronic Medical Disorders. In: McFarlane, W. R.: *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford Press.
- Häberle, H., Schwarz, R. (1990). Psychosoziale Arbeit mit krebskranken Kindern und Jugendlichen „Ein unmöglicher Beruf?“ *Psychosozial* 42, S. 113-120.
- Häberle, H. (1993). Stationäre familienorientierte Nachsorge. In: Schwarz, R., Zettl, S. [Hg.]: *Praxis der psychosozialen Onkologie. Versorgungsangebote für Klinik, Praxis und häusliche Pflege*. Heidelberg: Verlag für Medizin Fischer, S. 381-390.
- Häberle, H., Schwarz, R., Mathes, L. (1997). Familienorientierte Betreuung bei krebskranken Kindern und Jugendlichen, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 46(6), S. 405-419.
- Hennecke, C. (2000). ADS-Unternehmen lernende Familien. Erste Erfahrungen mit einem Familiengruppen-Projekt. *Systema* 14(1), S. 67-77.

- Hill, J., Kondryn, H., Mackie, E., McNally, R., Eden, T. (2003). Adult psychosocial functioning following childhood cancer: The different roles of sons' and daughters' relationships with their fathers and mothers. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 44(5), pp. 752-762.
- Kazak, A. E., Stuber, M. L., Barakat, L. P., Meeske, K., Guthrie, D., Meadows, A. T. (1998). Predicting posttraumatic stress symptoms in mothers and fathers of survivors of childhood cancers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37(8), pp. 823-831.
- Kazak, A. E., Simms, S., Barakat, L., Hobbie, W., Foley, B., Golomb, V. (1999). Surviving Cancer Competently Intervention Program (SCCIP): A cognitive-behavioral and family therapy intervention for adolescent survivors of childhood cancer and their families. *Family Process* 38(2), pp. 175-191.
- Kazak, A. E., Prusak, A., McSherry, M., Simms, S., Beele, D., Rourke, M., Alderfer, M. (2001). The Psychosocial Assessment Tool (PAT)(c): Pilot data on a brief screening instrument for identifying high risk families in pediatric oncology. *Families, Systems & Health* 19(3), pp. 303-317.
- Kymissis, P., Bevacqua, A., Morales, N. (1995). Multi-family group therapy with dually diagnosed adolescents. *Journal of Child & Adolescent Group Therapy* 5(2), pp. 107-113.
- Lemmens, G. M., Wauters, S. U., Heireman, M. U., Eisler, I., Lietaer, G., Sabbe, B. (2003). Beneficial factors in family discussion groups of a psychiatric day clinic: Perceptions by the therapeutic team and the families of the therapeutic process. *Journal of Family Therapy* 25(1), pp. 41-63.
- Marley, J. A. (2004). *Family involvement in treating schizophrenia: models, essential skills and process*. New York: Haworth Press, Inc.
- Mayring, P. (1997). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: DSV.
- Mayring, P. (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz/ PVU.
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford Press.
- Pomeroy, E. C., Rubin, A., Walker, R. J. (1996). A psychoeducational group intervention for family members of persons with HIV/AIDS. *Family Process* 35(3), pp. 299-312.
- 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(2), pp. 259-275.
- Schol, M., Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. *European Eating Disorders Review* 9(1), pp. 33-42.
- Schweitzer, J., Schlippe, A. von (2006). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems & Health* 16(1-2), pp. 55-70.
- Steinglass, P., Gonzalez, S., Dosovitz, I., Reiss, D. (1982). Discussion groups for chronic hemodialysis patients and their families. *General Hospital Psychiatry* 4, pp. 7-14.
- Steinglass, P., Ostroff, J., Steinglass, A. S. (2002). *The Ackerman / Memorial Sloan Kettering Multiple Family Discussion Group for Cancer Patients and Their Families. Unpublished Treatment Manual*. Ackerman Institute for the Family, New York.

- Stuber, M., Gonzalez, S., Benjamin, H., Golant, M. (1995). Fighting for recovery: Group interventions for adolescents with cancer and their parents. *Journal of Psychotherapy Practice & Research* 4 (4), pp. 286-296.
- Surbone, A., Zwitter, M. [Eds.] (1997). Communication with the cancer patient. *Annals of the New York Academy of Sciences* Vol. 809, New York.
- Van Noppen, B. (1999). Multi-family behavioral treatment (MFBT) for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Crisis Intervention & Time-Limited Treatment* 5 (1-2), pp. 3-24.
- Verres, R. (1986). Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Heidelberg: Springer.
- Verres, R. (1988). Subjective Theories on Etiology and Treatment of Cancer. *Recent Results in Cancer Research* 111, pp. 179-184.
- Verres, R., Hasenbring, M. [Hg.] (1989). Psychosoziale Onkologie. *Jahrbuch der medizinischen Psychologie*, Bd. 3. Heidelberg: Springer.
- Verres, R. (1990). Psychologische Hilfen für die Betreuung Krebsbetroffener. In: Aulbert, E., Niederle, N. [Hg.]: *Lebensqualität des chronisch Krebskranken*. Stuttgart/New York, S. 167-182.
- Verres, R. (1991). Die Kunst zu leben – Krebsrisiko und Psyche. München: Piper.
- Verres, R., Roser, M., Weichenthal, M. (1991). Medizinpsychologische Aspekte der Früherkennung und Prävention des malignen Melanoms. In: Meigel, W., Lengen, W., Schwenzler, G. [Hg.]: *Diagnostik und Therapie maligner Melanome*. Berlin, Diesbach, S. 110-122.
- Verres, R. (1996c). Zur Kommunizierbarkeit von Angst in der Arzt-Patient-Beziehung. In: Lang, H., Faller, H. [Hg.]: *Das Phänomen Angst*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 191-201.
- Verres, R. (1997). Cancer in Mind. Straight Talking about Cancer: Duty or Danger? In: Surbone, A., Zwitter, M. [Eds.]: *Communication with the Cancer Patient: Information and Truth*. *Annals of the New York Academy of Science* Vol. 809, pp. 367-381.
- Wamboldt, M. Z., Levin, L. (1995). Utility of multifamily psychoeducational groups for medically ill children and adolescents. *Family Systems Medicine* 13 (2), pp. 151-161.
- Wellisch, D. K., Mosher, M. B., Van Scoy, C. (1978). Management of family emotion stress: Family group therapy in a private oncology practice. *International Journal of Group Psychotherapy* 28 (2), pp. 225-231.

Matthias Ochs
Rückertstraße 10
64285 Darmstadt

Susanne Altmeyer
Lohmühle 7
B-4728 La Calamine