

Aus der Praxis

„Nicht meine Eltern nerven, sondern der Diabetes“

Multifamilienarbeit – ein erweitertes Behandlungssetting bei juveniler Diabetes Mellitus Typ 1

Klaus Henner Spierling

Zusammenfassung

Mehrfamilienarbeit ist eine aus der Systemischen Therapie heraus entwickelte Methode, die in den Kontexten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe und in der Schule in den letzten Jahren wachsende Anerkennung erfährt und deren Wirksamkeit belegt ist. Im Bereich der Pädiatrie und insbesondere bei chronischer Erkrankung gibt es dagegen noch vergleichsweise wenig Anwendungsfelder. Der vorliegende Artikel beschreibt Projekterfahrungen mit Multifamilienarbeit bei Jugendlichen, die an Diabetes Mellitus Typ 1 erkrankt sind, und ihren Familien an der Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg (Wümme) gGmbH und fasst erste Ergebnisse zusammen. Multifamilienarbeit zeigt sich als vielversprechender ergänzender Ansatz, der insbesondere familiäre Resilienzfaktoren und Kommunikation in den Familien stärken kann.

“Not my parents are bugging me – it is diabetes!”

Multifamily work as an extended setting in the treatment of juvenile diabetes mellitus type 1

Multifamily work is a treatment method which has its roots in systemic therapy. During the past few years there has been a growing interest in this approach in a number of work contexts: child and adolescent psychiatry, social welfare and schools. Its general effectiveness has been demonstrated in many studies. However, in the field of paediatrics and particularly in cases of chronic illness there have only been very few applications of the approach. This article describes experiences with using multifamily work with adolescents suffering from diabetes mellitus type 1 and their families at the Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg gGmbH. First results are presented. Multifamily work can be viewed as a promising approach to strengthen resilience and communication within families.

Arbeitskontext

Die Behandlung von Jugendlichen mit Diabetes Mellitus Typ 1 gehört zu den Behandlungsschwerpunkten der Kinderklinik der Agaplesion Diakonieklinikum gGmbH in Rotenburg/Wümme. Ca. 100 jugendliche PatientInnen werden innerhalb dieser Einrichtung betreut, wobei die Behandlung typischerweise ambulant im Einzelkontakt erfolgt. Eine stationäre Behandlung erfolgt bei erstmaliger Manifestation sowie bei

krisenhaften Verläufen. Diese umfasst gemäß den Leitlinien Schulungsmaßnahmen unter Einbeziehung des familiären und sozialen Umfeldes. Alle Jugendlichen stellen sich zu regelmäßigen ärztlichen Kontrollterminen in unserer Diabetes-Ambulanz vor. Zusätzlich bietet die Einrichtung Gruppen für Jugendliche in Form einer ein- oder zweiwöchigen stationären Schulung im Sommer bzw. Herbst an. Bestandteil der Sommerschulung ist jeweils eine Arbeit mit den Eltern. In den letzten Jahren war Multifamilienarbeit Bestandteil dieser Schulungen (Spierling & Mohr 2014). Die positiven Rückmeldungen seitens der Familien veranlassten uns, ein Pilotprojekt zu Multifamilienarbeit (MFA) zu beginnen, das aus vier mehrstündigen Terminen mit MFA-Arbeit besteht.

Multifamilienarbeit

Multifamilienarbeit¹ (MFA) ist eine Methode, mittels systemisch-familientherapeutisch orientierter Gruppenarbeit die Beziehungs- und Handlungskompetenzen von Familien im Hinblick auf die eigenen Familienmitglieder und sozialen Systeme zu erweitern. Das Konzept wurde von Eia Asen in London und Michael Scholz in Dresden ursprünglich für den klinischen-therapeutischen Bereich entwickelt und basiert auf der Überzeugung und Erfahrung, dass Familien fähig sind, selbst Lösungen für ihre Probleme zu entwickeln und umzusetzen. Methoden der MFA motivieren Eltern und Kinder, spezifische Interaktionsmuster zu erkennen, zu analysieren und mit gegenseitiger Hilfe zu verändern. Das Gefühl von Solidarität und Selbstwirksamkeit wird für die Familien dadurch in besonderem Maße erlebbar, schambesetzter Isolation wird entgegengewirkt. Die Inhalte der Multifamilienarbeit orientieren sich an den Bedürfnissen und Kompetenzen aller Familienmitglieder und sind stets ressourcen- und lösungsorientiert. Während es zu MFA in den letzten Jahren in Deutschland und anderen Ländern in den Bereichen der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in schulischen Kontexten bereits vielfache Anwendungsfelder und Studien gibt (vgl. Asen & Scholz 2015, Goll-Kopka 2012), so gibt es im pädiatrisch-somatischen Bereich weiterhin noch wenige Anwendungen.

Multifamilienarbeit wird seit 2013 im Rahmen der Diabetesbehandlung an der Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg gGmbH in unterschiedlichen Settings angeboten. Den Auftakt bildete eine jeweils eintägige Veranstaltung innerhalb der jährlichen stationären Sommerschulung. Hieran nehmen jeweils ca. zehn Jugendliche im Alter von

1) Die Begriffe der Multifamilienarbeit (MFA) und Multifamilientherapie (MFT) bezeichnen beide einen Arbeitsansatz, bei dem in einer Gruppe von mehreren (meist 6–10) Familien simultan mit mehreren Generationen gearbeitet wird. In klinisch-psychiatrischen Kontexten ist dabei der Begriff der Multifamilientherapie gebräuchlicher, während in Bereichen der Jugendhilfe und Schule eher von Multifamilienarbeit gesprochen wird. Beide Begriffe sind ansonsten synonym verwendbar. Für die vorliegende Arbeit erscheint es zweckmäßiger, den Begriff der Multifamilienarbeit zu verwenden, um die Abgrenzung der Schwerpunkte von Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verdeutlichen.

11 bis 18 Jahren teil. Während des insgesamt zweiwöchigen erlebnispädagogisch ausgerichteten Programms ist eine dreistündige Mehrfamilienarbeit mittlerweile fester Bestandteil. Hieran nehmen neben den betroffenen Jugendlichen deren Eltern sowie häufig deren Geschwister teil. Hieran knüpft sich das Angebot der Weiterbetreuung durch Einzelgespräche mit den Jugendlichen oder/und durch Familiengespräche an.

Aus diesem Angebot heraus entwickelten wir das Programm einer Multifamiliengruppe. In einem vierwöchigen Abstand treffen sich seit 2016 insgesamt viermalig² für die Dauer eines Nachmittags jeweils ca. sechs Familien. Auch hier besteht die Möglichkeit der Weiterbehandlung in unterschiedlichen Kontexten in Form von Einzel- und Familiengesprächen.

Typische Problemkonstellationen bei Diabeteserkrankungen im Jugendalter

Chronische Erkrankungen stellen Familiensysteme vor besondere Herausforderungen. Für den Bereich von Behinderung betroffener Kinder und Jugendlicher hebt Retzlaff hervor, dass „Familien (...) ihre Rollenverteilung auf die veränderten Erfordernisse abstimmen und Verantwortungsbereiche zwischen den Familienmitgliedern neu verteilen (müssen). Jede Behinderung hat erhebliche psychosoziale Folgen für die Angehörigen; die maßgebliche Betrachtungseinheit ist deshalb nicht allein das von einer Behinderung betroffene Kind, sondern sein soziales und insbesondere sein familiäres Umfeld“ (Retzlaff 2012, S. 34).

Goll-Kopka (2012) weist in ihrer Dissertation auf die Ähnlichkeit der psychosozialen Herausforderungen bei schweren somatischen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen hin.

Hinsichtlich der besonderen Herausforderungen bei an Diabetes erkrankten Jugendlichen beschreiben Satin et al. (1989) darüber hinaus spezifische Faktoren: „Die Adoleszenz ist eine Entwicklungsphase mit bedeutsamen Veränderungen in physischer, kognitiver und sozial-emotionaler Hinsicht. Diese normalen Veränderungsprozesse erschweren erfolgreiches Management der Diabeteserkrankung. Der Aufbau eines Autonomieerlebens und von mehr Unabhängigkeit von der Herkunftsfamilie ist ein Beispiel für eine Entwicklungsaufgabe, die die Adoleszenzphase prägt und die besondere Herausforderungen für Jugendliche mit Diabetes beinhaltet. Es ist häufig schwierig für Familien, eine passende Balance zwischen gezeigtem Interesse und Freiheitsgraden zu halten, die die Jugendlichen für den Übergang in das Erwachse-

2) Bei der erstmaligen Durchführung entschieden wir uns für lediglich drei Termine, die in Ganztagsform von 9.00 bis 16.00 Uhr an einem Samstag durchgeführt wurden. Die Erfahrungen zeigten jedoch, dass der Freitagnachmittag für die Familien leichter realisierbar ist. Für die Umsetzung bedeutete dies, dass wir die Anzahl der Sitzungen erhöht, die Dauer jeder MFA-Sitzung dafür leicht verkürzt haben.

nenalter und zum Erreichen von Eigenständigkeit benötigen. (...) So haben Eltern oftmals Schwierigkeiten dabei, Kontrolle schrittweise abzugeben, wenn ihre Kinder ein nicht angemessenes Maß an Selbstfürsorge und Versorgung zeigen. Häufig bedeutet die Kombination von Diabetes und Adoleszenz ein hohes Ausmaß an Spannung und Konflikten für die jugendlichen Patienten, die Eltern und versorgende Teams/Akteure im Gesundheitswesen“ (Satin et al. 1989, eigene Übersetzung).

Die Möglichkeiten der Multifamilienarbeit

Asen und Scholz (2011) fassen die besonderen Möglichkeiten und erzielbaren Effekte für die Familien folgendermaßen zusammen:

- ▶ Förderung von Solidarität: „Wir sind im gleichen Boot“
- ▶ (Schambedingte) Isolation und Stigmatisierung überwinden („einladen“)
- ▶ Anregung zu neuen Sichtweisen/Perspektiven
- ▶ Voneinander „Modell-lernen“
- ▶ Sich in anderen „gespiegelt“ sehen
- ▶ Positive Nutzung des Gruppendrucks: Gegenseitige Unterstützung/Rückmeldung („ermutigen“)
- ▶ Von „hilflos“ zu „hilfreich“ werden: Kompetenzen entdecken und erweitern
- ▶ Mit „Pflegefamilien“/Surrogaten experimentieren
- ▶ Treibhauseffekt schaffen, um neue Erfahrungen zu machen („unter die Haut gehen“ – emotional und kognitiv aneinandergespeist)
- ▶ Begeisterung schaffen („inspirieren“) und Hoffnung wecken
- ▶ Üben von neuen Verhaltens-/Erziehungsmustern im „Schonraum“
- ▶ Stärkung von Selbstreflexion und Offenheit durch „öffentlichen Austausch“

Die innerfamiliäre Kommunikation wird angeregt, in der Mehrfamiliengruppe entsteht häufig eine Stimmung, die Kohärenzerleben fördert. Gegenüber rein psychoedukativen Gruppen besteht ein Hauptvorteil darin, dass Veränderungen innerhalb der Familien (und damit im primären sozialen Umfeld) angeregt und Eltern in ihrer Funktion und Rolle bestätigt werden können (vgl. Retzlaff 2012, S. 242). Darüber hinaus können diese Rollenmuster anhand praktischer Übungen reflektiert werden, anhand von In-vivo-Übungen können alternative Sichtweisen und Verhaltensmöglichkeiten ausprobiert werden.

Praktische Übungen und deren Umsetzung

Im Rahmen der einen Nachmittag umfassenden Multifamilienarbeit während der Sommerschulung steht das Ziel im Mittelpunkt, die Möglichkeiten der MFA für die einzelnen Familien erlebbar zu machen und Verbindungen zwischen den einzelnen Familien herzustellen. Insbesondere werden Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Problemlagen und alltäglichen Reibungspunkte deutlich. Hierzu wählen wir typi-

scherweise zu Beginn soziometrische Übungen. Neben klassischen Aufgaben wie dem Aufstellen nach Größe, Herkunftsorten und Geschwisterzahl berücksichtigen wir dabei auch störungsspezifische Fragestellungen. Dabei werden die Teilnehmenden gebeten, sich auf einem Kontinuum zwischen den Polen völliger Zustimmung bzw. Ablehnung aufzustellen. Beispielhafte Thesen, die von der Gruppenleitung eingebracht worden sind:

- ▶ Bei Diabeteserkrankungen ist immer die ganze Familie betroffen.
- ▶ Diabetes belastet die Beziehungen in unserer Familie.
- ▶ Die Verantwortung für Diabetes und Blutzuckermessungen sollte nur bei den Jugendlichen liegen.

Diese Übung schafft einen leichten Einstieg in das Thema, führt aber auch zu im Alltag oft als besonders kritisch erlebten Fragen, die soziometrisch zugänglich werden. Die Gruppenleitung interviewt die Teilnehmenden in knapper Form und sammelt so Argumente für oder gegen die einzelnen Positionen, die Teilnehmenden stellen häufig von sich aus Fragen aneinander. Oft machen wir die Erfahrung, dass sich hieraus entwickelnde Dialoge zwischen den Familien in den anschließenden Pausen fortsetzen und die informellen Zeiten zum weitergehenden Austausch genutzt werden.

Eine weitere Methode, die in zeitlich schneller Form Verbindungen zwischen den Teilnehmenden schafft ist das *Speed-Dating*, das wir aus diesem Grund häufig zu Beginn des Nachmittages einsetzen.

Den Mittelpunkt des Nachmittages bildet die Einladung an die Gruppe der Eltern und der Jugendlichen, in jeweils paralleler Gruppenarbeit eine kurze *Szene in Form eines Sketches* zu entwickeln, der das Thema des Diabetes berührt und der im Anschluss vorgeführt wird. Die Jugendlichengruppe wählt dabei häufig Themen, in denen die Kontrolle der Eltern als belastend und „auf die Nerven gehend“ dargestellt wird, zudem kam in der Vergangenheit eine Sonderrolle in der Peergruppe zum Ausdruck. Die Eltern setzen sich in ihren gewählten Szenen oftmals mit der elterlichen Sorge auseinander, gleichzeitig wird oft die Ambivalenz zwischen Vertrauen in die Kinder und als unzureichend erlebter Eigenkontrolle in der Versorgung deutlich.

Hieran schließt sich die Auswertung mithilfe der Methode „Innenkreis/Außenkreis“ mit mehreren Reflexionsschleifen an. Ein häufiges Ergebnis ist die überraschende Erkenntnis, dass Jugendliche und Eltern die Auseinandersetzung um den Diabetes in ähnlicher Weise als belastend erleben und die eingesetzten Übungen den jeweiligen Perspektivwechsel erleichtern. So formulierte eine Jugendliche während des Innenkreises treffend: „Eigentlich nerven nicht die Eltern, sondern der Diabetes“. Gemeinsamkeiten werden so nicht nur zwischen den einzelnen Familien, sondern auch zwischen den Generationen deutlich. Im Rahmen des sich über mehrere Tage erstreckenden MFA-Programms werden diese Erkenntnismöglichkeiten für die Familien vertieft.

Zu besonders angeregten Diskussionen führte die Übung „Gehirnscan“³, bei der die Jugendlichen interessierte Nachfragen an ihre Eltern stellten. Diskutiert wurde z. B., dass sich die Eltern vermehrt mit auf die Zukunft gerichteten Fragen und mit – nicht zuletzt materiellen – Sorgen beschäftigen, während die Jugendlichen gedanklich eher im „Hier und Jetzt“ verortet waren. Kontrovers diskutiert wird oft die These, dass sich die Eltern im Alltag mehr mit der Diabeteserkrankung beschäftigen als die Jugendlichen selbst. Erstaunen formulierte zuletzt ein nicht selbst von Diabetes betroffenes Geschwisterkind bezüglich der Erkenntnis, dass sich die Eltern überhaupt mit so vielen Sorgen beschäftigen („Ich dachte, wenn die Schule beendet ist, dann ist der Rest gechillt!“)

In dem Format „Talkshow“ simulieren die TeilnehmerInnen eine Fernsehsendung, in der ein Moderator die Kinder als Experten für Diabetes interviewt. In dem gewählten Zukunftsszenario präsentieren sich die jugendlichen PatientInnen nach einem fiktiven Zeitsprung von 20 Jahren erfolgreich in ihren aktuellen Wunschberufen und sprechen darüber, wie sie mit (und evtl. trotz) ihres Diabetes zu zufriedenen und erfolgreichen Erwachsenen geworden sind. Die Eltern übernehmen zusammen die Rolle der FernsehzuschauerInnen. Im Anschluss an die Talkshow entsteht ein Rollenwechsel dadurch, dass die Gruppenleitung – weiterhin in der Rolle der FernsehzuschauerInnen – das Gesehene in Anwesenheit der TeilnehmerInnen reflektiert. Kommentare wie: „Man konnte schon vor 20 Jahren sehen, dass XY einen starken Willen hat und das einmal schafft“ oder „Da werden die Eltern aber stolz auf YZ sein“ unterstreichen die fokussierten Stärken der Jugendlichen und ihrer Familien und führen oft zu eindrücklich emotional bewegten Äußerungen insbesondere seitens der Eltern. Auch die Jugendlichen selbst formulieren die – derzeit als oft „nervend“ und überkontrollierend erlebten – Eltern in der Rückschau aus der Zukunft als unterstützende Ressource, was positive emotionale Verbindungen schafft und unterstützt.

Ein ähnlicher Effekt kann in der verwandten Übung „*Expertenvortrag*“ entstehen, in dem die Jugendlichen – in weiße Arztkittel mit Stethoskopen gekleidet – ihr zumeist umfangreiches störungsspezifisches Wissen vortragen. In einer anschließenden Reflexionsrunde können weitergehende fachliche und Versorgungsfragen mit den Eltern und dem Team (zu dem immer ein Facharzt/eine Fachärztin oder DiabetesberaterIn gehört) besprochen und häufig geklärt werden.

Auch konkrete Probleme einzelner Familien werden in der MFA in spielerischer Form bearbeitet, wobei oftmals neue Lösungsanregungen entstehen. Bewährt hat sich eine Übung, in der jede Familie eine typische familiäre Problemsituation darstellt.

3) Die Mehrzahl der Übungen ist in angepasster Form dem Buch von Asen & Scholz (2015) entnommen, diese können dort detailliert nachgelesen werden. Wenngleich die dort vorgestellten Übungen praxisnah und anschaulich vorgestellt werden, so ersetzt die Lektüre nicht die zur Etablierung eigener entsprechender Projekte dringend empfohlene Ausbildung in Multifamilientherapie/Multifamilienarbeit.

Nach Vorstellen der Problemsituation werden die Eltern reihum einer neuen Familie zugeordnet, während die Kinder bei dem ursprünglichen Problemthema verbleiben. Im „Stiefelternsystem“ wird im Anschluss eine Lösungsszene in den neu zusammengesetzten Familien erarbeitet und szenisch präsentiert. Auf diese Weise erhalten die Familien neue Anregungen für altbekannte (und oft „erstarrte“) Problemlagen, während die Eltern als kompetente Problemlöser bei stets vergleichbaren Schwierigkeiten einer Nachbarfamilie Bestätigung erfahren und in dieser positiven Rolle auch für die Kinder erlebbar werden.

Eine abschließende Übung am letzten Tag bilden selbst angefertigte *Tonskulpturen* der Familien, die die eigene Familie darstellen und dem Thema „Diabetes“ einen eigenen Platz zuweisen (s. Fotobeispiele).



Abb. 1: Tonskulptur, die eine Familie bei einer gemeinsamen Mahlzeit zeigt. Rechts im Bild der Jugendliche vor einem leeren Teller mit Grammwaage und Blutzuckermessgerät, links eine vielarmige Figur, die für die Vielzahl von Aufgaben und Verantwortlichkeiten steht.



Abb. 2: Tonskulptur, die mehrere Familienmitglieder im Kreis um den an Diabetes erkrankten Jugendlichen zeigt. Ein Kommentar der Familie lautete: „Wir machen uns oft Sorgen und schauen ständig auf ihn – das ist vielleicht oft zu viel.“

Ergebnisse und Erfahrungen

Eine systematische Auswertung des Projektes erfolgte bislang lediglich einmalig im Jahr 2016 mit insgesamt vier Familien. Mithilfe von standardisierten Fragebogenverfahren⁴ untersuchten wir zu erwartende Effekte auf mehreren Ebenen (vgl. Carpenter et al. 2014, Satin et al. 1989):

- ▶ **Auf der individuellen somatischen Ebene:**
Verbesserung der Stoffwechseleinstellung (HbA1c niedriger) mit möglichst andauernden Effekten
- ▶ **Auf der individuellen psychischen Ebene:**
 - positivere Selbstwahrnehmung der Jugendlichen
 - verbessertes Coping
 - geringere subjektive Belastung (SCL-90)
- ▶ **Auf der familiären Ebene:**
 - verbesserte intrafamiliäre Funktionen (SFB zeigt positive Veränderung hinsichtlich Autonomie und emotionaler Verbundenheit)
 - Rückgang beschriebener Konflikte und mit dem Verhalten der Jugendlichen assoziierten Auffälligkeiten (CBCL)

Aufgrund der geringen Anzahl von teilnehmenden Familien beschränkt sich die Aussagekraft der Ergebnisse auf die jeweiligen exemplarischen Einzelfälle. Diese zeigen sich jedoch sehr ermutigend und bestätigen sich in ähnlicher Form in den mündlich geäußerten Rückmeldungen aus Folgeveranstaltungen.

- ▶ Auf der individuellen Ebene zeigt sich ein häufig positiveres Selbstbild bei den befragten Jugendlichen. Veränderungen zeigen sich einerseits im Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R), andererseits auch in Rückmeldungen, die gestiegenes Selbstbewusstsein durch das Erleben von Gemeinsamkeiten mit anderen Jugendlichen betonen.
- ▶ Erhebliche Veränderungen zeigen sich auf der familiären Ebene in Ergebnissen des Elternfragebogens über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R) und im Subjektiven Familienbild (SFB). In Einzelfällen zeigt sich ein Rückgang bei den internalisierenden und externalisierenden Verhaltensproblemen um bis zu 12 T-Wertpunkten, hinsichtlich der Einzelskalen um bis zu 17 T-Wertpunkten bei den

4) Zum Einsatz kamen folgende Verfahren:

- CBCL/ 6-18 R (Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen)
- SFB (angepasste Forschungsversion des Subjektiven Familienbildes nach Mattejat & Scholz 1994)
- SCL-90 (Franke 2013)

Beschreibungen durch die Eltern. Im SFB wird mehrfach eine erhöhte elterliche Potenz (im Sinne von Autonomie) bei gleichzeitig erhöhter elterlicher Zugewandtheit (Valenz) beschrieben.

- ▶ Uneinheitlich zeigen sich die Eindrücke zum somatischen Verlauf. Im Anschluss an die Teilnahme zeigen sich teilweise häufigere Messungen der Jugendlichen und stabilisierte HbA1c Werte⁵, allerdings auch weiterhin einzelne krisenhafte Verläufe.
- ▶ Deutlich zeigt sich die Wirkung der MFA zudem in Einzelrückmeldungen. So äußerten die Eltern zum Abschluss der drei Monate u. a.
 - „Es tut gut zu sehen, dass andere Familien ähnliche Probleme haben“;
 - „Ich habe mich nach dem ersten Mal endlich normal mit meiner Tochter unterhalten können und gemerkt, dass ich auch selbst ruhiger bleiben muss“;
 - „Ich habe ganz neue Stärken an meiner Tochter entdeckt, die hat sich in den letzten Monaten toll entwickelt, hoffentlich bleibt das so.“

Auch die Jugendlichen äußerten sich abschließend sehr positiv und hoben insbesondere den Austausch untereinander hervor – verbunden mit dem Wunsch nach einer höheren Gruppengröße. Mehrheitlich wurde das Interesse an einer erneuten Teilnahme benannt. Zu den positiven Veränderungen gehörten auch konkrete Schritte im Alltag („Ich führe das Tagebuch jetzt selbständig, so wie wir das hier im Spiel ausprobiert haben. Wir haben weniger Streit und ich finde, das klappt richtig gut!“). Durchgängig positiv bewertet wurde der Austausch der Familien untereinander und die Möglichkeit, wechselseitig die Perspektiven von betroffenen Jugendlichen, nicht direkt betroffenen Geschwisterkindern und Elternteilen zu erfahren und zu teilen.

Literatur

- Asen E, Scholz M (2011) Praxis der Multifamilientherapie (3. Aufl.). Carl-Auer, Heidelberg
- Carpenter J, Price JEW, Cohen MJ, Shoe KM, Pendley JS (2014) Multifamily group problem-solving intervention for adherence challenges in pediatric insulin-dependent diabetes. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 2(2):101-115
- Döpfner M, Plück J, Kinnen C, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2014) CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R). Hogrefe, Göttingen
- Franke GH (2013) SCL-90®-S. Symptom-Checklist-90®-Standard. Hogrefe, Göttingen

4) „Der HbA1c-Wert gibt Aufschluss, wie hoch der durchschnittliche Blutzuckerwert der vergangenen Wochen war. Er gilt als Blutzuckergedächtnis und ist in der Diabetesbehandlung ein wichtiger Messwert zur Kontrolle.“ (<http://www.diabetes-ratgeber.net/Blutzucker/HbA1c-27844.html>)

- Goll-Kopka A (2012) Multifamiliengruppen als therapeutisches Angebot bei somatischer Erkrankung und Behinderung. Kumulative Dissertation an der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg
- Mattejat F, Scholz M (1994) Das subjektive Familienbild (SFB). Leipzig-Marburger Familientest. Hogrefe, Göttingen
- Retzlaff R (2012) Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Satin W, La Greca AM, Zigo MA, Skyler JS (1989) Diabetes in adolescence: Effects of multifamily group intervention and parent simulation of diabetes. *J of Pediatric Psychology* 14(2): 259–275
- Spierling H, Mohr E (2014) Multifamilientherapie in der stationären Diabetesbehandlung. *Diabetologie und Stoffwechsel* 9(06):391-395

Dipl.-Psych. Klaus Henner Spierling
 Klinik für Kinder und Jugendliche/Sozialpädiatrisches Zentrum
 Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg gGmbH
 Elise-Averdieck-Str. 17
 D-27356 Rotenburg (Wümme)
 e-mail: h.spierling@diako-online.de