



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.

19. Jahrgang | Heft 2/2009

*Offizielles Mitteilungsorgan
der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.*

forum

**für Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie**

Inhalt

Editorial: <i>Cognitio praecox</i> – eine iatrogene Krankheit? <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Katathym Imaginative Psychotherapie <i>Renate Sannwald</i>	9
Grenzen überwinden – Kinder schützen – Familien verbinden Der Internationale Sozialdienst <i>Gabriele Scholz</i>	27
Gesundheitsbewusstsein, berufliche Belastung und Bewältigungsverhalten von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten – unter Berücksichtigung von Kinderpsychiatern und Kinderpsychotherapeuten Teil 2: Ergebnisse der Studie <i>Ute Müller</i>	33
Stellungnahme der Kommission Entwicklungspsychopharmakologie zum Off-label use <i>J. M. Fegert, M. Kölch, H.-D. Lippert, K.-U. Oehler und die Mitglieder der Kommission Entwicklungspsychopharmakologie</i>	99
<i>Diskussionsbeitrag:</i> Amoklauf: Mangelnde reale Sterbe- und Todeserfahrung, Selbst- und Mitmenschenerfahrung <i>Gerhard Bosch</i>	110
Qualitätsmanagement Toolbox (5) - AQUIK: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Julia Bellabarba</i>	112
<i>Buchrezensionen</i> Adoleszenzpsychiatrie	116
Dann komm ich halt, sag aber nichts: Motivierung Jugendlicher in Therapie und Behandlung	117
<i>Hinweise für Autoren</i>	119

Editorial:

Cognitio praecox – eine iatrogene Krankheit? Schlaf, Mathematik und Piraten

Einfachheit übt oftmals große Faszination aus, vermittelt sie doch das Gefühl der Überschaubarkeit, Verstehbarkeit und Kontrollierbarkeit (Spitzcok von Brisinski 2006). Die Reduktion der unendlichen Komplexität unserer Welt durch Suche nach Regeln, Erkennen von Redundanz und Kategorisierung bzw. Klassifikation ist zwar ein alltäglicher und natürlicher Vorgang (Spitzcok von Brisinski 1999). Bei den aktuellen Schlagzeilen ‚Zuwenig Schlaf macht ADHS‘ und ‚Mädchen sind schlechter in Mathematik als Jungs aufgrund gesellschaftlicher Rollen-Klischees‘ werden jedoch wieder einmal Korrelation und Kausalität fälschlicherweise gleichgesetzt und bar jeder Berücksichtigung methodologischer Grundsätze ‚vorzeitige‘ Erkenntnisse verbreitet.

Die Ärzte Zeitung meldet am 25.05.2009 unter der Schlagzeile *„Gut ausgeschlafen - weniger hyperaktiv“*: „Schlechter Schlaf und Schlafmangel begünstigen Verhaltensstörungen bei Kindern. Das fanden Forscher aus Helsinki in einer achtjährigen Studie mit 280 Kindern heraus“ und bezieht sich dabei auf die in *Pediatrics* (Impact Factor 4,473 laut *Thompson Journal Citation Reports* 2007, damit zweithöchster Impact Factor unter allen pädiatrischen Journals; Artikel dieser Zeitschrift wurden 2007 insgesamt 38.973 mal in anderen Fachzeitschriften zitiert, d. h. *Pediatrics* ist unter den top 2% der am häufigsten zitierten wissenschaftlichen und medizinischen Journals!) neu erschienene Studie von Paavonen et al. (2009). Und tatsächlich: Paavonen et al. (2009, S. e857) behaupten am Ende ihres Abstracts *“Children’s short sleep duration and sleeping difficulties increase the risk for behavioral symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder”*, obwohl in der Diskussion desselben Artikels auf Seite e862 eingestanden wird *„...as the study setting was cross-sectional, no conclusions can be drawn regarding the cause-effect relationship“*. Denn es wurde gar kein Schlafentzug durchgeführt, sondern lediglich von den Eltern beobachtete ADHS-Symptomatik mit aktometrisch erfasster Schlaflänge bzw. von den Eltern berichteten Schlafstörungen korreliert. Daher kann es ebenso umgekehrt sein, dass Kinder aufgrund ihrer ADHS-Sym-

ptome kürzer schlafen und häufiger unter Schlafstörungen leiden. Für Kinder mit diagnostizierter ADHS ist dies empirisch belegt: So führten Gruber et al. (2009) bei 15 unmedizierten Kindern mit gesicherter ADHS ohne komorbide psychiatrische Störungen und einer Kontrollgruppe aus gesunden 7- bis 11jährigen Polysomnographien durch und fanden bei den Kindern mit ADHS eine signifikant kürzere Schlafdauer sowie gehäuft Schlafstörungen.

Das Studiendesign von Paavonen et al. hat jedoch noch weitere bedeutsame Schwächen: So betonen die Autoren, dass es sich bei ihrer Stichprobe um gesunde Kinder handle. Dazu wurden aus der ursprünglich repräsentativen Population einige Probanden ausgeschlossen: "We excluded children with neurologic conditions that may be related to impaired sleep and behavioral problems. Four subjects were excluded because their parents reported that the child attended a modified curriculum and had been diagnosed with delayed language development ($n = 2$), delayed motor development ($n = 1$), or Asperger syndrome ($n = 1$)" (Paavonen et al. 2009, S. e858). Es wurde demnach keine klinische Diagnostik zum Ausschluss von ADHS oder anderen psychischen Störungen durchgeführt, obwohl die Kinder in der von den Eltern ausgefüllten ADHS Rating Scale IV Totalscores bis zu 43 aufwiesen und allein schon aus epidemiologischen Gründen mindestens 4% der repräsentativen Population unter ADHS leiden müsste. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Fakultät war an der Studie nicht beteiligt. Kinder, die nicht kinderpsychiatrisch untersucht wurden, mit gesunden Kindern gleichzusetzen, hat auch schon in der Vergangenheit zu ‚cognitio praecox‘ geführt: Neurologisch bzw. neuropädiatrisch ausgebildeten EEGisten nennen auffällige EEG-Befunde, denen sich klinisch-neurologisch keine dazu passenden Auffälligkeiten zuordnen lassen, gern ‚Normvariante‘ (Spitzok von Brisinski 2001). So fanden Eeg-Olofsson et al. (1971) in ihrer Untersuchung zur Entwicklung des Elektroenzephalogramms ‚normaler‘ Kinder im Alter von 1–15 Jahren ($n = 743$) im Ruhe-EEG in 0,8% generalisierte Paroxysmen und in 1,9% fokale spikes oder sharp waves. Es handelte sich jedoch nicht um eine Zufallsstichprobe, sondern um eine unter pädiatrischen und neurologischen Gesichtspunkten selektierte Stichprobe ‚unauffälliger‘ Kinder mit zahlreichen Ausschlusskriterien, jedoch ohne spezifisch-kinderpsychiatrische Untersuchungen. Die kinderpsychiatrische Nachuntersuchung dieser Stichprobe (Bosaeus und Sellden 1979) erbrachte bei Kindern mit auffälligem EEG-Befund deutlich häufiger kinderpsychiatrische Störungen als bei Kindern mit unauffälligem EEG-Befund.

Und richtig neu ist die Korrelation von ADHS-Symptomen und Schlafquantität bzw. -qualität auch nicht: So fanden beispielsweise Lehmkuhl et al. (2008) im Rahmen einer Einschuluntersuchung von circa 1.400 Kindern im Jahr 2005 Zusammenhänge zwischen Schlafstörungen und vermehrten psychischen Auffälligkeiten für die Bereiche Hyperaktivität und emotionale Belastungen.

„Mädchen fürchten Mathe, Jungs schwächeln beim Lesen“ – unter dieser Überschrift meldet Spiegel-online am 26.05.2009 zur neuen PISA-Auswertung der OECD: „Während der Schulzeit wächst die Leistungslücke zwischen Jungen und Mädchen - das zeigt eine neue Sonderauswertung der Pisa-Studie. Schuld sind Rollenbilder und Mann-Frau-Klischees: Mädchen trauen sich beim Rechnen wenig zu, Jungs sind keine Lesefans.“ In der Originalpublikation „Equally prepared for life? How 15-year-old boys and girls perform in school Programme for International Student Assessment“ wird jedoch zurückhaltender formuliert (OECD 2009, S. 48): „Female students have much higher levels of interest in reading than males, with the converse being true in relation to mathematics. The results of PISA2003 mathematics showed that females generally had higher levels of anxiety about mathematics and that the level of anxiety is associated with performance. At the same time, there were no major gender differences in problem solving – leading to the conclusion that females’ capacity in mathematics could be expanded if the levels of anxiety were lower. In relation to science, however, interest and engagement do not differ significantly between male and female students.

In summary, the results show that schools and societies do not always succeed in fostering comparable levels of motivation, interest or self-confidence in different areas among male and female students. Male students need to be helped towards a more positive approach to reading, which requires them to see it as a useful, profitable and enjoyable activity. Teachers need to consider the expectations that they have of students of both sexes and adopt strategies to raise the levels of self-confidence and motivation of students in those areas where each are weak. This cannot be achieved simply through classroom practice, since reading is a cultural practice influenced by the social context. Promoting male reading interest therefore needs to involve the family and society more widely. In similar respects, females need wide support in developing their interest and self-regard in mathematics. In particular, female students who do not have confidence in their mathematical abilities are likely to be constrained in their future choice of career, making it important to aim to build this aspect of their confidence.“ Der OECD-Report 2009 beschränkt

sich auch nicht auf eine eindimensionale pädagogische bzw. gesellschaftliche Perspektive, sondern berücksichtigt auch, zumindest kurz, unter der Überschrift „The structure of the brain“ neuropsychologische Aspekte aus einem OECD-Report von 2007: „In recent years there has been much interest in investigating potential links between the structure of the brain and differing educational outcomes for males and females. The OECD-Report, *Understanding the Brain: The Birth of a Learning Science* (OECD 2007), synthesised progress on the brain informed approach to learning (that is a detailed consideration of the relationship between the structure of the brain and a child’s capacity and approach to learning) and addressed a number of key educational issues. There are, indeed, functional and morphological differences between the male and female brain. The male brain is larger, for instance, but when it comes to language, the relevant areas of the brain are more strongly activated in females. Determining the importance of these differences in structure is extremely difficult. No study to date has shown gender-specific processes involved in building up the networks in the brain during learning” (OECD 2009, S. 9).

Methodologisch ist hier zu berücksichtigen, dass bei einem Stichprobenumfang von n=400.000 Schülern aus 57 Ländern statistisch signifikante Unterschiede nicht unbedingt im Alltag bedeutsam sein müssen.

Was trägt der OECD-Report „*Understanding the Brain: The Birth of a Learning Science*“ von 2007 bei zum hier reflektierten Thema? “There are optimal or ‘sensitive periods’ during which particular types of learning are most effective, despite this lifetime plasticity. For sensory stimuli such as speech sounds, and for certain emotional and cognitive experiences such as language exposure, there are relatively tight and early sensitive periods. Other skills, such as vocabulary acquisition, do not pass through tight sensitive periods and can be learned equally well at any time over the lifespan.

Neuroimaging of adolescents now shows us that the adolescent brain is far from mature, and undergoes extensive structural changes well past puberty. Adolescence is an extremely important period in terms of emotional development partly due to a surge of hormones in the brain; the still under-developed pre-frontal cortex among teenagers may be one explanation for their unstable behaviour. We have captured this combination of emotional immaturity and high cognitive potential in the phrase *high horsepower, poor steering*” (OECD 2007, S. 14). “Numeracy, like literacy, is created in the brain through the synergy of biology and experience. Just as certain brain structures are designed

through evolution for language, there are analogous structures for the quantitative sense. And, also as with language, genetically-defined brain structures alone cannot support mathematics as they need to be co-ordinated with those supplementary neural circuits not specifically destined for this task but shaped by experience to do so. Hence, the important role of education – whether in schools, at home, or in play; and hence, the valuable role for neuroscience in helping address this educational challenge” (OECD 2007, S. 15). “Though the neural underpinnings of dyscalculia – the numerical equivalent of dyslexia – are still under-researched, the discovery of biological characteristics associated with specific mathematics impairments suggests that mathematics is far from a purely cultural construction: it requires the full functioning and integrity of specific brain structures. It is likely that the deficient neural circuitry underlying dyscalculia can be addressed through targeted intervention because of the ‘plasticity’ – the flexibility – of the neural circuitries involved in mathematics” (OECD 2007, S. 16).

Anders als bei der OECD-Studie weisen die Ergebnisse der aktuellen Metaanalyse von Hyde & Mertz (2009) darauf hin, dass in den USA Mädchen in Mathematik mittlerweile in allen Altersstufen genauso gut abschneiden wie die Jungen und dass sich dieses Muster auch in einigen anderen Ländern findet. Bei den mathematisch besonders Begabten (>95. oder 99. Perzentile) fanden sie zwar noch immer mehr männliche als weibliche, der Abstand zwischen den Geschlechtern hat sich in den USA jedoch signifikant verringert und ist nicht mehr bei allen ethnischen Gruppen zu finden und auch in einigen anderen Ländern nicht mehr. Bei den Amerikanern asiatischer Abstammung schnitten die Frauen besser ab und in Ländern wie Thailand und Großbritannien befinden sich in der Mathe-Spitzengruppe mindestens genauso viele Mädchen wie Jungen.

Zurück zum übergeordneten Thema:

Korrelation beschreibt nicht grundsätzlich eine Ursache-Wirkungs-Beziehung. Tut sie es dennoch, hängt es vom Studiendesign ab, ob eine Aussage zur Richtung gemacht werden kann: Ist ADHS Ursache für kurzen Schlaf oder kurzer Schlaf Ursache für ADHS? Zweifellos findet man eine relativ hohe Korrelation zwischen Bränden und der Präsenz von Feuerwehr. Kann man daraus schließen, dass Feuerwehren die Ursache für Brände sind?

Direkte Kausalität kann auch ganz fehlen. *cum hoc ergo propter hoc* (lat. „mit

diesem, also deswegen“) bezeichnet einen logischen Fehler, bei dem zwei gemeinsam auftretende Ereignisse als Ursache und Wirkung erklärt werden (http://de.wikipedia.org/wiki/Cum_hoc_ergo_propter_hoc). Der Schließende begeht dabei den Fehler, ohne Prüfung einen Zusammenhang zwischen beiden Ereignissen zu unterstellen und er bestimmt das eine Ereignis willkürlich zur Ursache, das andere als Wirkung. Bekanntestes Beispiel ist die Korrelation zwischen Zahl der Störche und Zahl der Geburten bei Menschen: Obwohl beide in Europa seit Jahrzehnten abnehmen, ist dies kein Beleg dafür, dass der Storch die Babys bringt. Ein anderes Beispiel aus Lehrbüchern ist die scheinbare Kopplung der weltweiten Bevölkerungsentwicklung an das Alter der englischen Königin: beide Größen steigen jedes Jahr. Ein aktuelles Beispiel ist die ironische Aussage des Physikers Bobby Henderson, dass die seit Beginn des 19. Jahrhunderts sinkende Zahl von Piraten Ursache für die globale Erwärmung, Orkane und alle anderen Naturkatastrophen ist. Dazu passe auch die wachsende Piraten-Aktivität am Golf von Aden, denn Somalia habe weltweit die höchste Piraten-Dichte und gleichzeitig die niedrigste CO₂-Emission (www.venganza.org/2008/04/14/somalia).

Das Gleichsetzen von Korrelation und Kausalität ist auch bei kinder- und jugendpsychiatrischen Themen nicht neu, sondern hat eine lange Tradition. So wird auch heute noch Eltern häufig (ggf. indirekt) vorgeworfen, dass die Symptomatik ihrer Kinder vorwiegend oder auch ausschließlich erziehungsbedingt sei.

Selbst ausgewiesene Experten haben in der Vergangenheit fälschlicherweise z. B. autistische Symptomatik als durch falsche Erziehung verursacht angesehen: Leo Kanner (1896-1981) sah während einer längeren Phase das Verhalten der Eltern als verursachend für den Autismus an. Bruno Bettelheim (1903-1990) vertrat die Theorie der lieblosen ‚Kühlschränkeltern‘, die es nicht verstanden, auf die Bedürfnisse ihres sensiblen Kindes einzugehen, das sich in Folge dessen innerlich zurückziehe und autistisch werde, um sich vor seinen Eltern zu schützen. Vor allem den Müttern wurde ein Mangel an Zuwendung zugesprochen. Nikolaas Tinbergen, Nobelpreisträger von 1973, vertrat die unüberprüfte Deprivationstheorie, dass Autismus bei Kindern durch herbe Vernachlässigung in der Familie verursacht wird. Diese Theorien und die daraus abgeleiteten Handlungsstrategien haben deutlich mehr Schaden als Nutzen verursacht. Heute ist klar, dass autistische Störungen überwiegend genetisch und nicht erziehungsbedingt sind. Ein wichtiger Teil der Beratung

und Therapie besteht daher oftmals darin, Eltern und ggf. selbst Betroffene von Schuldvorwürfen zu entlasten (Spitzcok von Brisinski, im Druck).

Einfache Hypothesen bzw. ‚Wahrheiten‘ sind oft verführerisch attraktiv – meistens jedoch leider falsch!

Ihr

Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

- Bosaeus, E., Sellden, U.* (1979) Psychiatric assessment of healthy children with various EEG patterns. *Acta Psychiatr Scand* 59, 180–210
- EEG-Olofsson, O., Petersen, I., Sellden, U.* (1971) The development of the electroencephalogram in normal children from the age of 1 through 15 years. *Neuropädiatrie* 2, 375–404
- Gruber, R., Xi, T., Frenette, S., Robert, M., Vannasinh, P., Carrier, J. (2009) Sleep disturbances in prepubertal children with attention deficit hyperactivity disorder: a home polysomnography study. *Sleep* 32(3), 343-350
- Hyde, J. S., Mertz, J. E.* (2009) Gender, culture, and mathematics performance. PNAS Published online before print June 1 www.pnas.org/content/early/2009/06/01/0901265106.abstract
- Lehmkuhl, G., Wiater, A., Mitschke, A., Fricke-Oerkermann, L.* (2008) Schlafstörungen im Einschulalter – Ursachen und Auswirkungen. *Dtsch Arztebl* 105(47), 809-814
- OECD (2009):* Equally prepared for life? How 15-year-old boys and girls perform in school. www.oecd.org/dataoecd/59/50/42843625.pdf
- OECD (2007):* Understanding the Brain: The Birth of a Learning Science. Executive Summary. www.oecd.org/dataoecd/42/33/38811529.pdf
- Paavonen, E. J., Räikkönen, K., Lahti, J., Komsu, N., Heinonen, K., Pesonen, A.-K., Järvenpää, A.-L., Strandberg, T., Kajantie, E., Porkka-Heiskanen, T.* (2009) Short Sleep Duration and Behavioral Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Healthy 7- to 8-Year-Old Children. *Pediatrics* 123, e857-e864
- Spitzcok von Brisinski, I.* (im Druck) Folge- und Begleitstörungen bei Autismus. In: Bühlow, I (Hg.) *Mit Autismus muss gerechnet werden*. Berlin: BoD
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2006) Die stille Revolution der Komplexität. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 16(2), 2-6
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2001) EEG und psychischer Befund. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 11(2), 49-79
- Spitzcok von Brisinski, I.* (1999) Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie - DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. *Zeitschrift für systemische Therapie* 17, 43-51

Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Katathym Imaginative Psychotherapie

Renate Sannwald

1. Zum kinder- und jugendpsychiatrischen Verständnis von ADS

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ADS bzw. das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom ADHS werden heute in kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkreisen überwiegend als neurobiologisch bedingte und in einem hohen Prozentsatz genetisch weitergegebene Störungen der Vigilanzsteuerung angesehen, verbunden mit motorischer Hyperaktivität und erhöhter Impulsivität (Taylor et al. 1998; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie et al. 2000; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2002; Resch und Rothenberger 2002). Zahlreiche Untersuchungen weisen morphologische Auffälligkeiten und Auffälligkeiten im Neurotransmitterstoffwechsel vor allem des Botenstoffs Dopamin nach (Banaschewski und Rothenberger 2001); betroffen sind vor allem die langen Bahnensysteme der striatalen Strukturen. Die von ADS betroffenen Kinder sind in aller Regel schon als Säuglinge und Kleinkinder, manchmal sogar schon vorgeburtlich auffällig, wobei eine klare Diagnose aufgrund der beschriebenen Leitsymptome erst im Vorschulalter zu stellen ist (Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie et al. 2000). Man geht davon aus, dass das zugrunde liegende neurobiologische Problem unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann von leichten abortiven Formen bis hin zu schwerster Unkonzentriertheit und Impulsivität. Die leichter betroffenen Patienten werden klinisch kaum auffällig, insbesondere wenn sie in Familien aufwachsen, die ein gutes adaptives Potential haben. Die schwerer betroffenen Patienten haben große Probleme im Bereich des Sozialverhaltens und der schulischen Leistungsfähigkeit. Erschwerend kommt hinzu, dass etwa zwei Drittel der Patienten auch unter komorbiden Störungen leiden, die introversiv und/oder extroversiv sein können oder die exekutiven Funktionen betreffen können. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie herrscht mittlerweile ein internationaler Konsens über die Behandlung des Krankheitsbildes, der durch sorgfältige klinische Studien untermauert wird

(The MTA Cooperative Group 1999; Conners et al. 2001; AACAP Official Action, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2002; Sevecke et al. 2004). In aller Regel wird eine Kombination aus einer medikamentösen und einer verhaltenstherapeutischen Behandlung vorgeschlagen, flankiert von beratenden Maßnahmen im Umfeld des betroffenen Kindes (Frölich et al. 2002).

2. Zum psychodynamischen Verständnis von ADS

Auch die analytischen Psychotherapeuten haben sich in den letzten Jahren mit der Problematik aufmerksamkeitsgestörter Patienten befasst. Aufgrund der beschriebenen Symptomatik wird eher selten eine tiefenpsychologische oder psychoanalytische Behandlung angestrebt, meist bei zusätzlichen gravierenden Beziehungsproblemen oder Traumatisierungen. Entsprechend beschrieben psychodynamisch orientierte Untersucher, dass betroffene Kinder häufig Trennungserfahrungen gemacht haben und das Verlusterleben durch motorische Unruhe und vermehrte Reizsuche abwehren (Heinemann und Hopf 2001). Auffallend hoch sei der Anteil allein erziehender Mütter oder der Anteil von Kindern mit psychisch wenig präsenten Vätern zu sein. Die infolge mangelnder Triangulierung verstärkte Nähe gerade der Jungen zu ihren Müttern könne unbewusst als inzestuöse Überwältigung erlebt und mit verstärkter motorischer Unruhe beantwortet werden. Vor allem Brisch (2004) beschreibt, dass bei den aufmerksamkeitsgestörten Kindern häufig solche mit einem desorganisierten Bindungsmuster zu finden seien. Er vermutet, dass bei genetisch bedingter Vulnerabilität des Dopamin-Systems Säuglinge für die traumatisch verursachten interaktionellen Verhaltensveränderungen ihrer Mütter aufgrund von Trennungen oder eigener psychischer Erkrankung sensibler seien, so dass sich bei „beidseits eingeschränkter adaptativer Potenz“ die Wahrscheinlichkeit für die Ausbildung einer desorganisierten Bindung erhöhe. Bovensiepen (2004) ergänzt aus der Jungianischen Perspektive, dass störungsbedingte Zustände der Desintegration im Säuglingsalter auch die Selbstentwicklung gravierend beeinträchtigen können. „Frühe“ Abwehrmechanismen wie Spaltung, projektive Identifizierung und Verleugnung dienen der Notwendigkeit, ein inneres Gefühl von Ganzheit und Kohäsion aufrechtzuerhalten. Somit kann das hyperaktive Verhalten des Kindes auch als ein Hinweis auf eine Störung der regulativen Funktion des Selbst gesehen und als eine Verteidigung derselben verstanden werden. Die Reizsuche des aufmerksamkeitsgestörten Kindes, die misslingende Verinnerlichung von guten Beziehungserfahrungen und die erhöhte Impulsivität führen zu einem perma-

nennten Zustand von Desintegration, der die Bildung eines kohärenten Selbstgefühls verhindert.

Sich auf diesen „verzweifelten“ Zustand des Patienten einzulassen und ihm zu einer besser balancierten inneren Verfassung zu verhelfen, das ist ein großes Abenteuer, wie die Behandlungsberichte verschiedener kinderanalytischer Behandler zeigen (Borowski 2004, Jany 2004, Seitz 2004, Dammasch 2004). Manchmal gelingt dieses Abenteuer auch nur durch den kombinierten Einsatz von Medikamenten und psychodynamischer Psychotherapie.

Ein Aspekt, der in meinen Augen bislang wenig Beachtung findet, ist, dass es ungemein schwieriger ist, einen – möglicherweise aufgrund angeborener Faktoren - regulationsgestörten Säugling zu beruhigen und zu halten als einen Säugling ohne solche Schwierigkeiten. Dass bei den Müttern dieser Kinder Probleme im „Containment“ entstehen, ist nahe liegend, es sei denn die Mutter selber ist sehr erziehungserfahren oder hat eine besonders gute Spannungstoleranz. Sobald ihre psychische Flexibilität in irgendeiner Weise eingeschränkt ist, muss es zu maladaptativen Interaktionen kommen.

Mir scheint, es geht bei allen bekannten Behandlungsformen von AD(H)S vorrangig darum, Strukturen zu schaffen – auch bei den analytischen Behandlungen. Die Kinderanalytiker betonen die Wichtigkeit einer „klar strukturierten Erziehungshaltung“ (Häußler und Hopf 2004). Doch es wäre tatsächlich zu kurz gegriffen, wenn sich der behandelnde Arzt darauf beschränken würde, innere Strukturen durch äußere zu ersetzen. Denn nur gut integrierte innere Objekte können den Patienten durch sein Leben begleiten und tragende Strukturen sein, gerade wenn der Patient lernen muss, mit einer Art von „Handicap“ zu leben.

Ziel dieser Arbeit ist es, zu untersuchen, was die **Katathym Imaginative Psychotherapie** zur Behandlung von Patienten mit ADS und ADHS beitragen könnte. Diesen Beitrag möchte ich anhand einer ausführlichen Kasuistik darstellen.

3. Kasuistik: „Annett – Ich muss mich selber ordnen“

Die zu Behandlungsbeginn 12jährige Annett wurde im Januar 2001 nach einem dreiwöchigen Aufenthalt in der zuständigen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in meiner Praxis vorgestellt, nachdem sie in den letzten Wochen zweimal nachts aus der elterlichen Wohnung entwichen war. **Vor-**

stellungsgrund war, dass Annett nachts zu einem S-Bahnhof gefahren war, sich dort an den Rand des Bahnsteiges gesetzt und überlegt hatte, unter einen einfahrenden Zug zu springen. Bei der ersten derartigen Episode sei sie von ihren Eltern in einer Kriseninterventionsstelle für suizidgefährdete Jugendliche vorgestellt worden, wo einige Gespräche stattfanden. Beim zweiten Entweichen hatten die Eltern sie nach Rücksprache mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst in die zuständige Regelversorgungsklinik einweisen lassen.

Annett selber konnte über ihre derzeitige Verfassung nur sagen, sie fühle sich hässlich und zu dick. Sie besuche die sechste Klasse eines anspruchsvollen Gymnasiums, wo sie sich nicht sehr wohl fühle: „So richtig Freunde haben – weiß ich nicht.“ Sie verstehe sich mit allen gut. Etwas lebhafter wurde sie, als sie über ihre bisherigen besten Freundinnen sprach; eine davon sei vor einem Jahr nach München umgezogen, eine weitere nach Reinickendorf, was für Annett fast genauso weit weg sei. Da sie eine gute Schülerin sei, sei der frühzeitige Wechsel auf ein Gymnasium nahe liegend gewesen. Doch auf der neuen Schule habe sie sich bislang nicht eingewöhnen können, schwänze manchmal die Schule und laufe dann zur Grundschule zurück. Seit einiger Zeit sitze sie mehrfach wöchentlich in ihrem Zimmer und starre nur stundenlang die Wand an. Wenn sie in den Spiegel schaue, überlege sie: „Wer glotzt mich denn da an?“ Annett schlafe in letzter Zeit sehr wenig, werde nachts um zwei Uhr wach, und dann entstehe in ihr der Impuls, wegzulaufen.

Bei der **psychiatrischen Untersuchung** fiel auf, dass Annett für ihr Alter ungewöhnlich groß und körperlich gut entwickelt war; sie wirkte mit ihren 12 Jahren eher wie eine 14jährige, zumal es ihr von aufgrund ihrer guten intellektuellen Begabung leicht fiel, sich auch dementsprechend zu artikulieren. Sie wirkte deutlich depressiv verstimmt, dabei latent oppositionell, so als ob sie mit Erwachsenen schlechte Erfahrungen gemacht und Grund habe, ihnen zu misstrauen. Gelegentlich antwortete sie in umständlicher und zwanghafter Weise auf Fragen, beispielsweise indem sie die Einrichtung ihres Zimmers aufzählte, die sie anstarre, wenn sie dort saß.

Die **Vorgeschichte der Familie** stellte sich als erheblich belastet heraus. Die **Mutter der Patientin** (+25) entstammte einer jugendlichen Beziehung der Gmm mit einem verheirateten, wesentlich älteren Mann; sie sei bei der Geburt ihrer Tochter erst 17 Jahre alt gewesen. Zunächst sei Annetts Mutter von den Ugem aufgezogen worden. Im Alter von 21 Jahren habe die Gmm einen etwa gleichaltrigen Handwerker geheiratet, der ihre Tochter zwar in die Fa-

milie aufgenommen, aber nie wirklich als eigenes Kind anerkannt habe. In die Ehe seien drei jüngere Halbgeschwister geboren worden; Annetts Mutter hingegen habe schon früh eher die Rolle eines unbezahlten Kindermädchens als einer Tochter der Familie gehabt. Ihre Erziehung sei autoritär gewesen und auch belastet durch sexuelle Übergriffe des Stiefvaters im Alter zwischen 10 und 12 Jahren. Das Geld für das Abitur habe Annetts Mutter sich selbst verdienen müssen. Mit 17 Jahren sei sie aus der Familie weg und wieder zu den Ugem gelaufen, wo sie dann das Abitur gemacht habe. Das gewünschte Medizinstudium habe sich nicht realisieren lassen; stattdessen habe Annetts Mutter in Niedersachsen eine Ausbildung als Verwaltungsangestellte an einer Fachhochschule gemacht. Nach dem Ende der Ausbildung habe sie im Alter von 22 Jahren Annetts Vater kennen gelernt und sich seinetwegen nach Berlin versetzen lassen. Nach zwei Jahren in der Verwaltung habe sie gekündigt und ein Jurastudium begonnen, das sie zwar nominell für 13 Semester durchgeführt, aber nie beendet habe. Stattdessen habe sie später eine Heilpraktiker-ausbildung gemacht.

Der Kinderwunsch des jungen Paares habe sich spontan nicht verwirklichen lassen. Die Schwangerschaft mit Annett sei nach zweijähriger Fertilitätsbehandlung zustande gekommen und dann problemlos verlaufen. Drei Jahre später sei Annetts jüngere Schwester Cornelia auf die gleiche Weise entstanden, während für die Entstehung der Schwangerschaft mit Annetts jüngstem Bruder Johann keine medikamentöse Unterstützung erforderlich war.

Annetts **Vater** (+33) stamme aus der zweiten Ehe des Gvv, die für insgesamt zehn Jahre bestanden habe, doch seine Eltern hätten nie zusammen gelebt. Er habe zwei ältere Halbgeschwister aus der ersten und zwei jüngere Halbgeschwister aus der dritten Ehe des Gvv. Er beschreibt, dass sein Vater Schriftsteller und Journalist und „ein Lebemann“ gewesen sei und während seines sechsten bis elften Lebensjahres in München gelebt habe, während seine kleine Familie in Berlin ansässig war. Die Gmv habe ihren Sohn als Vertreterin und später als Verwaltungsangestellte durchgebracht und immer wenig Zeit für ihn gehabt; die eigentlich stabilen Bezugspersonen seien die Ugev gewesen. Insbesondere während seiner Jugendjahre habe Annetts Vater mit seiner Mutter fast ausschließlich über Zettel und Briefe kommuniziert und sei als „Schlüsselkind“ auf sich allein gestellt gewesen. Nach dem Abitur habe er eine Ausbildung im Polizeidienst gemacht und sich dann sukzessive weiter qualifiziert bis zu einer gehobenen Position in der Ausbildung von Polizeibeamten. Eine erste Ehe im Alter von 24 Jahren sei nach einem Jahr infolge der Untreue der Ehefrau gescheitert; Annetts Mutter sei für ihren Vater die „große Liebe“ gewesen.

Annett selber war ein durchaus schwieriger Säugling, der wenig geschlafen und viel geschrien habe. Sie sei deswegen ab dem zweiten Monat zugefüttert und in dritten Monat abgestillt worden. Während ihrer ersten Lebensjahre habe ihre Mutter als Tagesmutter gearbeitet, so dass sie immer Spielgefährten hatte. Annett machte eine frühe statomotorische, Sprach- und Sauberkeitsentwicklung. Als Kleinkind sei sie aufgefallen durch heftige Trotzanfälle, bei denen sie mit dem Kopf an die Heizung geschlagen habe. Auch sei sie häufig verstopft gewesen und habe sogar in der Folge der Obstipation mit zweieinhalb Jahren einen Analprolaps entwickelt. Die weitere frühkindliche Entwicklung sei unauffällig verlaufen; Annett sei gerne in den Miniclub und in die Schule gegangen. Als sie sieben Jahre alt war, wurde der jüngste Bruder Johann geboren, der von Anfang an ein „Sorgenkind“ war mit einem angeborenen Herzfehler; Asthma und einer Neurodermitis. Es ist davon auszugehen, dass Annetts Mutter nur noch wenig Zeit für die beiden älteren Geschwister hatte und Annett wie sie selbst in ihrer Kindheit früh in eine eher parentifizierte Position in der Familie kam. Ihr Vater hingegen war absorbiert durch seine Karriere, die ihn mehrfach in andere Städte verschlug, so dass die Mutter mit den drei kleinen Kindern alleine war. Diese reagierte auf die chronische Überforderungssituation ihrerseits mit der Entwicklung einer Adipositas, eines langjährigen Asthma bronchiale und von Hämorrhoidalbeschwerden. Nach zwei erforderlichen Operationen bat sie den Vater der Kinder, im gleichen Haus in ein kleines Appartement auszuziehen, vornehmlich um den Familienrhythmus nicht zu stören; später sollte sich zeigen, dass dies der Beginn der Trennung des Elternpaares war.

So zeigte sich, dass Annett **zu Beginn ihrer Symptomatik** nicht nur zwei Freundinnen und ihren gewohnten schulischen Kontext verloren hatte, sondern auch die intakte Familie, was augenscheinlich genug Anlass war, die bei ihr bestehende depressive Verstimmung verständlich werden zu lassen. Hinzu kam, dass für beide Eltern ihre Adoleszenz eine durchaus sehr schwierige Lebensphase gewesen war, was sie offenbar außerstande setzte, ihrer in eine frühzeitige körperliche Pubertät eintretende Tochter genügend Verständnis und Aufmerksamkeit zu geben.

Ich begann mit Annett nach der jugendpsychiatrischen Diagnostik im März 2001 eine **tiefenpsychologische Psychotherapie mit katathym imaginativen Elementen** in einer Frequenz von einer Wochenstunde. Bereits bei der **projektiven Diagnostik** fiel mir auf, dass Annett offenbar Konzentrationsprobleme hatte; sie zögerte oft lange mit Antworten und schien sich gele-

gentlich im „luftleeren Raum zu verlieren“. Außerdem klagte sie anhaltend über Schwierigkeiten, ihre Hausaufgaben in einem angemessenen Zeitraum zu vollenden, was mir angesichts ihrer sehr guten intellektuellen Begabung merkwürdig erschien. Zunächst schrieb ich diese Phänomene ihrer ausgeprägten Depression zu. Doch als diese sich zunehmend aufhellte und die Konzentrationsstörung weiter bestehen blieb, sah ich mich veranlasst, nach einjährigem Therapieverlauf die in der Klinik durchgeführte Leistungsdiagnostik zu wiederholen. Dabei zeigte sich – wie in der stationären Behandlung – eine überdurchschnittliche Intelligenz mit einem IQ von 124 (HAWIK III) und – als zusätzlicher Befund – eine **mittelgradig ausgeprägte Konzentrationsstörung im Sinne einer reinen Aufmerksamkeitsstörung**, die mich veranlasste, eine medikamentöse Behandlung in Erwägung zu ziehen. Nach scheinbarer Kooperation in den ersten Wochen und Monaten der medikamentösen Behandlung nahm Annett ihre Medikamente nicht mehr regelmäßig. Offenbar befürchtete sie, dass ich ihr mit der Diagnose Aufmerksamkeitsstörung ein „Etikett“ aufklebte und mich nicht mehr in gewohnter Weise um ihre emotionale Befindlichkeit kümmern würde! Außerdem entwickelte das Mädchen eine in unregelmäßigen Abständen auftretende Migräne, so dass ich mit ihr vereinbarte, die Psychotherapie ohne Medikation fortzuführen und gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt darauf zurückzukommen.

In meinen folgenden Ausführungen werde ich anhand von Annetts Imaginationen einen kurzen Abriss über den Therapieverlauf geben. Außerdem möchte ich untersuchen, wie sich die bestehende **Aufmerksamkeitsstörung** auf die **Ausgestaltung der** von Annett imaginierten Szenerien ihrer **Tagträume auswirkte**, und wie ich diesen **Auswirkungen therapietechnisch zu begegnen versuchte**.

Im **Blumentest** zu Beginn der tiefenpsychologischen Therapie sah Annett eine blaue Phantasieblume vor sich, deren Blüte in einem grünen Kelch ähnlich einer Distel direkt der Erde aufsaß. Ihre Blütenblätter waren wie Tannennadeln in sich eingerollt; darauf saß ein Marienkäfer mit drei Punkten auf den Flügeln. Die Blume war „ganz nett“, „stank aber wie eine Parfümerie nach 1000 verschiedenen Parfums“. Sie stand mitten auf einer großen Wiese, ringsum im Abstand von etwa einem Meter ganz ähnliche rote Blüten, so dass die ganze Wiese gemustert erschien wie eine Karotischdecke. Der Marienkäfer war plötzlich weg. Die Wiese war endlos bis zum Horizont. In etwa 10 m Entfernung entdeckte Annett plötzlich den Holzturm ihres Spielplatzes am Mehrfamilienhaus der Eltern. Er hatte vier Balken und eine Bretterplatt-

form mit einem Loch drin, wirkte bereits morsch. Daneben befand sich der Buddelkasten des Spielplatzes. Ganz im Hintergrund sah sie einen dunklen Tannenwald.

Im **Nachgespräch** assoziierte Annett zu der etwas zwanghaft erscheinenden Wiese die Karotischdecken der Gmv. Die Oma sei auch depressiv und nehme Medikamente dagegen. Außerdem rede sie ständig zuviel, sogar im Theater! Vielleicht brauchten Oma und Annett die dargestellte Zwanghaftigkeit, um ihre depressive Stimmungslage abzuwehren. Immerhin hatte Annett den Vorschlag gemacht, bei Weglaufimpulsen diesen nicht nachzugehen, sondern stattdessen ihre Schulordner aufzuräumen. Wie sehr die Patientin sich nach dem Ambiente ihrer frühen Kindheit sehnte, wird im Auftauchen des häuslichen Spielplatzes deutlich; doch das Klettergerüst ist morsch wie die Ehe der Eltern und taugt nicht mehr zum Spielen.

In der Rückschau erscheint es mir, als ob in dieser frühen Therapiephase für die Patientin nichts wichtiger war als meine ungeteilte Aufmerksamkeit; immer wieder beklagte sie, dass die Mutter wenig zu Hause sei, weil sie ihrer beruflichen Neuorientierung nachgehe, und dass der Vater sich auch nicht sehr um sie und die Geschwister kümmere. Auch in einer weiteren, hier nicht dargestellten Imagination (Wiese) kehrte sie ins häusliche Szenario zurück, das sie als unangenehm erlebte. Sie haftete zunächst sehr an realen Situationen, wie sich auch in der nächsten Imagination zeigt.

In der Imagination zum Thema **Ich-Ideal** stellte sich Annett eine Zeichentrickfigur namens **Nanette Manois** aus einer Fernsehserie vor, die sei blond, klein und dumm und rede ständig französisch, „eine echte Streberschleimerin“. Nanette gehe mit Angela Anaconda in eine Klasse, welche ihre Intimfeindin sei. Die Klasse war gerade mit einem Kunstprojekt befasst, wobei alle aus etwas Essbare einen Vulkan basteln sollten. Nanette bastelte einen Vulkan aus Spaghetti, den sie mit roter Soße beträufelte. Annett betrachtete diese Szenerie von außen. Sie kann Nanette nicht leiden und würde am liebsten den Vulkan groß werden lassen, um Nanette da hineinwerfen zu können. Tatsächlich fiel Nanette in den Vulkan hinein und schrie; sie saß bis zum Hals in der blubbernden roten Spaghettisoße. Annett schaute schadenfreudig von oben in den Vulkan hinein und sagte Nanette, dass sie sie blöd finde. Diese versuchte, Annett mit Soße zu bespritzen. Plötzlich trat Nanettes Vater, der Bürgermeister, durch eine Seitentür in den Vulkan hinein und rettete Nanette. Der Vulkan war jetzt leer, Annett blieb enttäuscht zurück: „Ich wollte die Nanette im Tagtraum doch gar nicht haben!“ Ich forderte Annett auf, den Vulkan näher zu betrachten; dessen Wände waren ganz dünn und fühlten sich an

wie Rauhfaser tapete. Ringsum war Wald; sie schaute jetzt von oben auf die Szene und sah, dass der Vulkan blubberte wie eine Suppenschüssel. Nun ließ sie den Vulkan ausbrechen und rutschte auf dem Hintern den Hang hinunter. Die Spaghettisoße schmeckte wie „Ragoletto Knoblauch“, und es roch nach Pizza. Ringsum sah Annett gerade Baumreihen und Wege, alles hatte sich geordnet wie ein Park.

In gewisser Weise stellte Annett in dieser Imagination ihre **Peergruppenprobleme** dar; Rivalitäten mit gleichaltrigen Mädchen hielten sie davon ab, sich hier die Stabilität zu sichern, die im häuslichen Umfeld fehlte. Ihren Geburtstag hatte sie in den letzten Jahren gar nicht gefeiert, weil sie befürchtete, dass andere Mädchen ihre Party für eigene Bedürfnisse „umfunktionieren würden“, so wie die Mutter sie als Babysitter für die Kleinen funktionalisierte.

Abgesehen vom psychodynamischen Gehalt der Imaginationen fällt bei den beiden beschriebenen Tagträumen auf, dass Annett ziemlich häufig **in impulsiver Weise die Szenerie oder die Perspektive wechselt**, ähnlich wie es für die Spielabläufe aufmerksamkeitsgestörter Kinder beschrieben ist. Die Inhalte der Tagträume reihen sich in assoziativ gelockerter Weise aneinander. Ich versuchte, diesem Phänomen zu begegnen, indem ich „**den Faden der Handlung am Affekt aufnehme**“, also ihre Aufmerksamkeit auf ihre eigene emotionale Verfassung lenkte. An manchen Stellen griff ich auch auf die **Grundstufentechnik** zurück, mir die Umgebung näher beschreiben zu lassen, und andere Sinnesqualitäten erfassen zu lassen. Beides ermöglichte Annett, eine in sich dann eher konsistente Imagination zu entwickeln.

In das zweite Therapiejahr fiel die Diagnosestellung der **Aufmerksamkeitsstörung** und die darauf folgende **medikamentöse Behandlung**. Zunächst beschrieb Annett, dass sie sich im Unterricht deutlich besser konzentrieren könne, was sich positiv auf ihre mündliche Mitarbeit auswirke.

Auch der folgenden Imagination sind die Effekte der Medikation anzumerken; die assoziative Lockerung ist verschwunden.

In der Imagination zum Thema **Waldrand** tauchten drei Gestalten aus dem Wald auf, ein dunkles, schwarz verhülltes Wesen, eine schwebende blonde Frau und ein kleines Kind. Das dunkle Wesen kam auf Annett zu und flößte ihr ziemlichen Respekt ein. Es trug ein Nonnengewand mit Kopfbedeckung und ging gebeugt wie ein alter Mensch, vielleicht eine alte Frau. Bei näherer Betrachtung konnte Annett ihr Gesicht erkennen, ein altes Gesicht mit blauen Augen und weißen Haaren, das sie freundlich anlächelte. Die Alte erinnerte Annett an ihre Urgroßtante Sophie aus Bremen, „Der soll ich sehr ähnlich

sein!“ Sie hatte einen Stock in der Hand und ging an ihr vorbei auf einen gepflasterten Weg, der am Waldrand entlang führte. Annett war nicht mehr so ängstlich, aber immer noch vorsichtig. Nun schaute sie sich die helle Frau an, die eine Handbreit über dem Boden schwebte, halb durchsichtig war und ein weißes Gewand trug. Beim Versuch, sie anzufassen, befand sie sich plötzlich hinter Annett: „Mehr als auf einen halben Meter kommt man nicht an sie heran!“ Ihre Augen erinnerten Annett an die ihrer Mutter; sie mache sich wohl lustig über Annett, indem sie so um sie herumschwirre! Das kleine Mädchen war gerade hingefallen; sie trug eine Jeans, rote Schuhe und einen roten Pulli und hatte braune, zu zwei Zöpfen geflochtene Haare. Sie könne gerade laufen, aber noch nicht so richtig sprechen und rupfe am Gras herum. Die schwarze und die weiße Frau verschwanden, während die Kleine bei Annett blieb und auf der Wiese einschlieft. Es war Sommer, aber nicht wirklich heiß.

In dieser Imagination setzte Annett sich mit dem Thema **Weiblichkeit** auseinander. „Früher hatte ich was dagegen, dass Frauen immer brav und nett sein sollten! Die hier haben halt ihren Kopf. Die Alte lächelt so wissend, zielstrebig und sicher. Die Weiße ist übermütig, hübsch, feenhaft und unnahbar, wie Aphrodite! Und das Kind ist sorglos, unbekümmert, neugierig, verspielt und impulsiv.“ Die Orientierung an der weiblichen Linie der Familie (Urgroßtante Sophie!) schien Annett dabei zu helfen, innerlich „ihren Kurs zu halten“, während die Familie nun auf eine endgültige Trennung zusteuerte. Der Vater bezog eine eigene Wohnung, und nicht lange danach lernte die Mutter der Patientin einen neuen Mann kennen. Die Kinder gewöhnten sich daran, zwischen den Eltern hin und her zu gehen und ihre Urlaube mit beiden Elternteilen abwechselnd zu verbringen.

Während die Aufmerksamkeitsproblematik sich unter der Medikation besserte, entwickelte Annett eine periodisch auftretende **Migräne**. Wir vereinbarten, die Medikation zunächst auszusetzen und bei Bedarf darauf zurückzukommen (s.o.).

Etwa zeitgleich entdeckte Annett auch ihre religiöse Ausrichtung: „Gott, der ist da, das weiß ich, da bin ich ziemlich sicher! Obwohl bei uns zu Hause nie über Gott gesprochen wurde. Da war es wie in einem Nebel – so als ob es kein wirkliches Familiengefühl gab!“ In ihrer Konfirmandengruppe fand sie in gewisser Weise endlich die stabilisierende Peergroup, derer sie so dringend bedurfte.

In ihrer nächsten Imagination zum Thema **Fliegender Teppich** zeigten sich erneut die beschriebenen Auffälligkeiten der **assoziativen Inkohärenz**, dennoch es gelang Annett, inhaltlich an die vorige Imagination anzuknüpfen.

Sie fand sich auf dem Bauch liegend auf einem flauschigen quietschbunten fliegenden Teppich, der über einen sommerlichen Wald mit einem kleinen Dorf flog. Unter ihr breitete sich eine hügelige grüne Spielzeuglandschaft mit Kühen und Schafen aus. Der Teppich beklagte sich darüber, im Sommer fliegen zu müssen, weil es so warm sei! Beide diskutierten über die gewünschte Jahreszeit, und der Teppich fügte sich letztendlich schimpfend. Dann schlug er vor, wenn es unbedingt warm sein müsse, solle Annett doch gleich in die Wüste fliegen! Es zischte, und beide flogen mit Raketentempo in die Wüste. Da blieb der Teppich plötzlich in der Luft stehen; unter ihnen breitete sich eine Bilderbuchwüste mit Sanddünen und einzelnen Löwen aus, die unter Bäumen lagen. Annett war es nun sehr warm, aber der Teppich meinte – entweder so oder so! Da entdeckte Annett eine Oase in der Wüste mit Palmen, einem tiefblauen See und kleinen weißen Häusern. Gleich schwamm Annett durch den See. Der Teppich wollte mitkommen, aber dabei nicht nass werden. Annett schlug vor, er könne doch über dem See schweben, da habe sie gleich Schatten beim Baden! Das Wasser war zwar blau, klar und kühl, schmeckte aber salzig. Aus einem der weißen Häuser schauten nun eine alte Frau und ein kleines Kind von drei oder vier Jahren heraus. Das Kind wollte gerne Ball spielen, und der Teppich spielte begeistert mit, indem er den Ball mit seinen oberen Ecken fing, bis der Ball im Wasser landete. Annett holte den Ball aus dem Wasser und warf ihn ins Haus zurück. Das Kind kitzelte den Teppich, dieser nahm das Kind hoch in die Luft und schwebte mit ihm über dem Boden. Das Kind kitzelte ihn wieder, und er plumpste auf den Boden. Dann wollten Annett und der Teppich zurückfliegen. Das Kind jammerte, bis die alte Frau mit einem kleinen Hund aus dem Haus kam und es ablenkte. Nun flogen Annett und der Teppich los; es machte „Plopp!“, und sie befanden sich über einer Großstadt, wo es kalt, nass und eklig war. Nach der Landung auf einer Wiese rollte Annett den Teppich zusammen und ging mit ihm nach Hause.

Im **Nachgespräch** zu dieser Imagination enthüllte Annett mir, dass sie seit einigen Wochen einen fünf Jahre älteren Freund habe, mit dem sie sehr viel Spaß habe. In der ihr eigenen Impulsivität sei sie in ihren körperlichen Beziehungen zu ihm schon sehr weit gegangen, und gerade konnte ich durch eine Überweisung zur Frauenärztin noch verhindern, dass beide ungeschützte sexuelle Kontakte miteinander hatten. Auch ich kam mir in diesem dritten Therapiejahr vor wie die „Reiterin eines bockenden fliegenden Teppichs“, immer auf die nächste Kapriole meiner Patientin eingestellt!

In den nächsten Monaten beschäftigte das Mädchen innerlich die **Beziehung zu ihrem Vater**, der in seiner schizoid-zwanghaften Art wenig in der Lage

schien, sich auf die wechselnden Bedürfnisse einer adoleszenten Tochter einzustellen. Ihr Bedürfnis nach mehr Autonomie hinsichtlich der Wochenendregelung erlebte er als Desinteresse und Zurückweisung, und zwischen den Wochenenden hatte er selber wenig Zeit und inneren Raum für seine Tochter.

Ich schlug Annett eine Imagination zum Thema **Raubtier** vor, in der ich versuchte, mit ihr diesen interaktionellen Aspekt zu focussieren. (Auch diese Imagination zeigt die Charakteristika der assoziativen Lockerung.) Sie stellte sich einen Tiger im Dschungel vor. Dessen Umgebung mutete zunächst an wie ein Stilleben, ein gemaltes Bild. Auf meine Aufforderung an Annett, in das Bild „einzusteigen“, lief der Tiger blitzartig weg. Sie befand sich nun auf einem Pfad, der rechts und links von hohen Bäumen und phantastischen Blumen flankiert war, ringsum Dschungelgeräusche, quietschende Affen und ein Rascheln. Es war ziemlich dämmerig; die Luft war erdig und feucht. Das Gras bewegte sich in Schlangenlinien, und plötzlich sah Annett die Schwanzspitze des Tigers in einiger Entfernung. Auf meine Aufforderung, sich in den Tiger hineinzusetzen, stellte sie überrascht fest, dass dieser offenbar ein eingeschränktes Blickfeld hatte, und dass sie als Tiger nicht viel um sich herum erkennen konnte. Der Boden unter ihren Tatzen war kühl; der Tiger lief ziellos durchs Gras, satt und sicher: „Hier kann mir keiner was!“ Annette fühlte sich als Tiger etwas einsam, traurig und allein. Andere Tiger gab es hier nicht, er könnte sich nur hinlegen und dösen. Zurückgekehrt in ihre eigene Haut, pirschte Annett sich vorsichtig an den Tiger heran, was nicht einfach war, weil sie über Baumstämme und andere Hindernisse klettern musste. Sie könnte ihn mit Steinen bewerfen, um sich bemerkbar zu machen, doch der Tiger ließ sich in seinem Lauf nicht stören. Sie sah rote Beeren im Gebüsch, mit denen sie nach ihm warf. Darauf blieb er stehen; er mochte die roten Beeren! Sie versuchte, ihn näher anzulocken, und tatsächlich sprang er wie eine Katze nach den Beeren. Annette stand mittlerweile auf einem Baumstamm und beobachtete den Tiger. Er war groß und hatte ein orange-braunes Fell mit schwarzen Streifen, große Augen und „lustige Ohren“. Er schaute ausdruckslos, aber das Spiel schien ihm Spaß zu machen. Sein Fell fühlte sich an wie ein Mittelding zwischen Katze und Kurzhaarhund; es störte ihn nicht wirklich, am Hinterkopf gekrault zu werden, schien ihm sogar zu gefallen, denn er schaute Annett jetzt an. Sie legte ihm einen Arm um den Hals. Beide genossen die Situation eine Weile. Als Annette schließlich wegging, folgte ihr der Tiger, und sie suchte zum Ausklang des Tagtraums einen Platz, an dem sie beide bleiben konnten.

Diesmal versuchte ich, mit Hilfe der **Technik des inneren Perspektivwechsels** (Horn et al. 2006) eine bessere innere und äußere Kohärenz der Szene zu erreichen, was zu einer Annäherung der Symbolgestalten führte und konsequentiv zu einer Aktivierung des guten väterlichen inneren Objektes. Tatsächlich kamen Vater und Tochter in der nächsten Zeit besser miteinander aus; insbesondere als die Beziehung zum ersten Freund für Annett unvermutet zu Ende ging, trugen die Bemühungen des Vaters um sie sehr zu ihrer emotionalen Stabilisierung bei. Während das Mädchen sich äußerlich zunehmend in ein „**Punk-Girl**“ verwandelte (Annetts Kommentar: „Punk ist gemütlich!“ – Meine Entgegnung: „Punk kommt dir wegen des Chaos entgegen!“ – Ihre Antwort: „Ich muss mich selber ordnen – vom Aufstand habe ich nichts.“), verortete sie sich innerlich zunehmend in der **kirchlichen Jugendszene**. Dort fand sie auch ihre nächsten Freunde, die überwiegend aus Problemfamilien stammten. Doch mit den Beziehungen zu jungen Männern kam Annett nicht gut zurecht; eine Episode von Liebeskummer führte sogar zu selbst verletzendem Verhalten mit mehreren Schnitten in den rechten Unterarm.

Um die in ihren Kontakten zu Jungen entstehende Beziehungsdynamik zu verdeutlichen, schlug ich ihr eine weitere Imagination zum Thema **Skulptur** vor. Und tatsächlich gelang es der kreativen Annett, ein Narrativ mit einer Metapher für ihre Partnerproblematik zu finden. Sie sah sich selbst in einer riesig hohen Halle mit vielen Skulpturen, auf deren Säulen ein Glasgewölbe ruhte. Die Mauern und der Boden der Halle waren terrakottafarben gelb-orange. Eine Darstellung von „**Apoll und Daphne**“ fiel ihr besonders ins Auge. Daphne erstarrte gerade und verwandelte sich in einen Baum, während Apoll vor ihr auf den Knien lag. Annett erzählte mir dazu den „Mythos von Apoll und Daphne“: diese hatte Keuschheit geschworen und war wegen der von ihrer Schönheit angelockten Verehrer in den Wald gezogen. Amor traf beide mit seinen Pfeilen. Darauf entflammte Apoll in Liebe zu Daphne und verfolgte sie durch den Wald, doch sie verfiel in Abneigung gegenüber Apoll. Sie bat verzweifelt ihren Vater, den Flussgott Peneios, ihr zu helfen. Als sie über eine Baumwurzel stolperte, hatte Apoll sie fast erreicht; doch in dem Moment verwandelte sie sich in einen Baum, und Apoll „ging leer aus“. - Die Skulptur vor Annettes Augen war aus strahlend weißem Marmor und sehr naturalistisch dargestellt. Daphne, eine hübsche, mädchenhafte junge Frau von 17 oder 18 Jahren mit weichen Gesichtszügen, verwandelte sich gerade in einen Lorbeerbaum, den heiligen Baum des Apoll. Sie sah etwas verschreckt aus ob der plötzlichen Verwandlung. Der ältere, vielleicht dreißigjährige Apoll schaute völlig verzweifelt drein, sie zwar noch berühren, aber nicht für sich gewinnen

zu können! Auf die Aufforderung, sich in die Haut von Daphne hineinzusetzen, fühlte Annett sich einerseits geschützt und stark, aber andererseits hilflos, die neue Haut war Schutz und Gefängnis gleichzeitig! Annette konnte ihre Position nicht mehr verändern. Durch die Baumrinde spürte sie nicht mehr viel; Berührung fühlte sich wie Druck an. Sie fühlte sich eingeschlossen und konnte ihre Gefühle nicht mehr differenzieren. Am Ende der Imagination war die große Halle leer; die anderen Skulpturen waren verschwunden. Der Raum erschloss sich nun in die Tiefe wie ein von Säulen flankiertes Tonnengewölbe.

Im **Nachgespräch** zu dieser Imagination spürte Annett ihren Näheängsten nach: „Bei C. geht es mir auch so; wenn er mir zu nahe kommt, schalte ich ab!“ Interessanterweise wurden Annetts Imaginationen zunehmend konsistenter, ohne dass sie eine weitere Methylphenidat-Therapie in Anspruch nahm. Doch sie versuchte auch, ihrem gelegentlich auftretenden inneren Chaos als Punkgirl in ihrem Selbstbild einen Raum zu geben: „Das Chaos soll seinen Platz haben!“

Gegen Ende des vierten Therapiejahres gelang ihr, eine etwas stabilere Partnerbeziehung zu einem jungen Medizinstudenten einzugehen, der ebenso wie sie aus einer Scheidungsfamilie stammte und schwierige Angehörige hatte. Auch entstand in ihr die Idee, frühzeitig aus dem mütterlichen Haushalt auszuziehen und mit einer Freundin aus der jungen Gemeinde zusammen eine kleine Wohngemeinschaft zu gründen. Annett hatte sich mittlerweile entschieden, Theologie zu studieren und Pastorin zu werden. Diesen Plan verfolgte mit ziemlichem Ehrgeiz, bedeutete er doch, dass sie nicht nur das Latinum, sondern auch das Graecum auf der Schule bestehen musste, was ihr nicht leicht fiel.

Dieser Plan fand auch Eingang in die bislang letzte Imagination der Therapie zum Thema „**Annett in zehn Jahren**“. Sie sah sich vor einem kleinen Einfamilienhaus zwischen großen Mehrfamilienhäusern, „Das passt überhaupt nicht rein!“ Auf dem etwas ungepflegten Grünstreifen vor der Tür des Hauses spielte ein etwa fünfjähriges Mädchen mit einem Mischlingshund Ball. Beim Betreten des Hauses fand Annett links ein chaotisches Arbeitszimmer mit Regalen bis an die Decke und einem chaotischen Schreibtisch. Daneben ging eine Treppe ins obere Stockwerk, weiter hinten fand sich eine Küche mit einer großen Glastür zum Garten hin. Die Küche war orangefarben gestrichen und hatte weiße Möbel, links neben der Glastür standen zwei Hundenäpfe. Neben der Küche befand sich ein gemütlich eingerichtetes Wohnzimmer,

im Obergeschoss ein weiteres, sehr ordentliches kleines Arbeitszimmer mit einem Trimmrad, ein Kinderzimmer mit Gitterbett, Schaukelpferd und Kuschtieren und ein großes einladendes Schlafzimmer mit Doppelbett, Spiegelschrank, Pflanzen und anderen „Stehrumchen“. Der Kleiderschrank im Schlafzimmer hatte zwei Seiten, eine davon sehr ordentlich und eine chaotisch; offenbar wohnte hier ein junges Paar, das sehr verschieden ist, „ein modernes Paar!“ Annett verließ dann die Küche durch die Glastür hin zur am Ende des kleinen Gartens befindlichen Backsteinkirche. Diese hatte ein Quer- und ein Längsschiff, bunte Glasfenster und ein schwarz gedecktes Dach. Der Kirchenraum war schlicht gehalten, einladend hell, mit Holzbestuhlung und zwei großen Blumenvasen vor dem Altar. Auch dieser war schlicht, mit weißer Tischdecke, Blumen und Kerzen gedeckt. Hinter einer niedrigen Holztür entdeckte Annett noch die Sakristei mit einem Holzschrank, einem großen Tisch für die Kirchenvorstandstreffen und einer bunten Kiste für die Kinderarbeit der Gemeinde. Sie beendete den Tagtraum auf der Wiese zwischen Kirche und Haus: „Eigentlich ist es hier ganz schön!“

Am Ende des fünften Therapiejahres ging dann Annetts Traum von der **eigenen Wohnung** zusammen mit der Freundin in Erfüllung. Neben Fragen der Selbstorganisation stand die Selbstfürsorge im Mittelpunkt unserer Arbeit. Annett zog für sich folgendes Resümé: „Ich weiß, dass bei mir die äußere und die innere Ordnung sehr eng aneinander geknüpft sind. Erst bricht die äußere Ordnung zusammen, dann die innere, und dann kommt die Migräne!“ Ich bin zuversichtlich, dass es ihr weiter gelingt, gut auf ihre innere Verfassung Acht zu geben.

Was ersehen wir nun aus diesem Therapieverlauf für unser Thema?

Ich halte es für wichtig, bei der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen die Frage einer **komorbiden Aufmerksamkeitsstörung** im Auge zu behalten, auch wenn die Gesamtsituation zunächst nicht danach aussieht.

Die Imaginationen von betroffenen Patienten zeigen eine **charakteristische Inkohärenz**, wie wir sie auch aus den Abläufen des spontanen Spiels kennen. **Assoziative Zusammenhänge** sind **gelockert** bis hin zu szenischen Brüchen, die es schwer machen, ein Gefühl für den Zusammenhang zu behalten.

Nach meiner Erfahrung empfiehlt es sich, diesem Phänomen mit **verschiedenen Techniken** zu begegnen:

1. Konsequenter Einsatz der **Grundstufentechnik** ermöglicht eine wiederkehrende „Vererdung“ des Patienten: was fühlst du unter deinen Füßen? Was siehst, hörst, riechst du in der Situation? Gegebenfalls ist es erforderlich, den Patienten **aktiv** in eine bestimmte, von ihm imaginierte Szene **zurückzuführen**. Ein solchermaßen strukturierendes Vorgehen ist für Patienten mit einer ADS-Problematik hilfreich, weil sie in der Regel Schwierigkeiten mit der Strukturierung von Handlungsabläufen haben.
2. Auch ermöglicht die Grundstufentechnik es, die **Selbstregulation** des Patienten **probehandelnd zu üben**: „Iß oder trink soviel, bis du satt bist; fühle immer wieder in dich hinein, ob du jetzt satt bist.“
3. Eine Orientierung am **vorherrschenden Affekt** der Szene erlaubt es, den emotionalen Faden zu behalten, und dem Patienten auf diese Weise zu einem konsistenteren Gefühl für sich selbst zu verhelfen.
4. Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der interaktiven Kompetenz ist es, die **Technik des Perspektivwechsels** konsequent einzusetzen, bis eine Interaktion der Symbolgestalten zustanden kommt. Dies führt zu einer Aktivierung der guten inneren Objekte und auf lange Sicht zu einer besseren Integration der häufig verzerrten Objektrepräsentanzen der Patienten, die, wie ich oben ausführte, eine Folge der Schwierigkeiten mit der Vigilanzsteuerung sind.

Bei meiner Patientin Annett haben diese Techniken dazu geführt, dass sie mit der Zeit trotz des sie umgebenden Familienchaos eine konsolidierte Ich-Selbst-Identität entwickeln konnte. Diese Selbstkohärenz kann sich allerdings erst im Laufe einer längeren therapeutischen Arbeit mit wiederholten Imaginationen entwickeln, wie es auch von den kinderanalytischen Kollegen beschrieben wird.

Adresse der Autorin

Dr. med. Renate Sannwald

Fachärztin für Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse (DGPT), Dozentin der AGKB und des BIPP

Pertisauer Weg 41

12209 Berlin

Literaturverzeichnis

AACAP Official Action: Practice Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Treatment of Children, Adolescents, and Adults. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry* 41/2 Supplement, February 2002.

Banaschewski, T. und Rothenberger, A. (2001): Neurobiologie der Aufmerksamkeits-Hyperaktivität-Störung (ADHS). *Berner Schriftenreihe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie* 1, 47 – 67.

Borowski, D. (2004): Ein misslungener Dialog. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H.; Molitor, G. (2004): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Brandes und Apsel Frankfurt am Main.

Bovensiepen, G.; Hopf, H.; Molitor, G. (2004): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Brandes und Apsel Frankfurt am Main.

Conners, C.K.; Epstein, J.N.; March, J.S.; Angold, A.; Wells, K.C.; Klaric, J.; Swanson, J.M.; Arnold, L.E.; Abikoff, H.B.; Elliott, G.R.; Greenhill, L.L.; Hechtman, L.; Hinshaw, S.P.; Hoza, B.; Jensen, P.S.; Kraemer, H.C.; Newcorn, J.H.; Pelham, W.E.; Severe, J.B.; Vitiello, B.; Wigal, T. (2001): Multimodal Treatment of ADHD in the MTA: An Alternative Outcome Analysis. *J. A. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40/2, 159 – 167.

Dammasch, F. (2004): „Er weiß nicht, wo er anfängt und wo er aufhört!“ In: Bovensiepen, G.; Hopf, H.; Molitor, G. (2004): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Brandes und Apsel Frankfurt am Main.

Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G. (2002): Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternteraining bei hyperkinetischen Kindern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 51, 476 – 493.

Häußler, G. und Hopf, H. (2001): Frühe Faktoren in der Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Unaufmerksamkeit. In: *Analyt. Kinder- und Jugendpsychotherapie* 112, 4/32, 487 – 508.

Heinemann, E. und Hopf, H. (2001): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie*. Kohlhammer Stuttgart, Berlin, Köln.

Horn, G; Sannwald, R.; Wienand, F. (2006): *Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Ernst Reinhard Verlag München.

Jany, K.C. (2004): „Der Automatiker“. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H.; Molitor, G. (2004): *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Brandes und Apsel Frankfurt am Main.

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2001). Deutscher Ärzteverlag Köln.

Resch, F. und Rothenberger, A. (2002): Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Stimulantien. Nur evidenzbasierte Sachlichkeit ist hilfreich. *Z. Kinder-Jugendpsychiatr.* 30/3, 159 – 161.

Seitz, R. (2004): „Der Sohn des Verbrechers.“ In: Bovensiepen, G.; Hopf, H.; Molitor, G. (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Brandes und Apsel Frankfurt am Main.

Sevecke, K.; Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2004): Die Wirksamkeit von Stimulanzien-Retardpräparaten bei Kindern und Jugendlichen mit ADHD – eine systematische Übersicht. *Z. Kinder-Jugendpsychiatr.* 32/4, 265 – 278.

Taylor, E.; Sergeant, J.; Doepfner M.; Gunning, B.; Overmeyer, S.; Möbius, H.J.; Eisert, H.G. (1998): Clinical Guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry* 7, 184 – 200.

The MTA Cooperative Group (1999): A 14-Month Randomized Clinical Trail of Treatment Strategies for Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 56, 1073 – 1086.

Grenzen überwinden – Kinder schützen – Familien verbinden

Der Internationale Sozialdienst im Deutschen Verein und seine Kooperationsmöglichkeiten mit Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten

Gabriele Scholz

Einführung

Flucht und Vertreibung, Arbeitsmigration und „der Reiz des Neuen“ – wir erleben eine immer stärkere, weltweite Wanderungsbewegung der Menschen. Viele verlassen ihre Heimatstaaten für immer, finden im Ausland Ehepartner und gründen Familien oder sind gezwungen, ihre Familien zurückzulassen. Mit den Problemen, die sich daraus für den einzelnen ergeben können, ist der Internationale Sozialdienst befasst.

Fall 1:

Eine Deutsche und ein Brite heiraten. Aus der Ehe entspringt ein Mädchen. Die Eltern lassen sich scheiden, als das Kind 5 Jahre alt ist. Der Vater geht zurück nach Großbritannien. Die Beziehung der Eltern ist weiter hoch konfliktuell. Weil die Mutter den Kontakt zwischen Vater und Kind nahezu unmöglich macht, beantragt der Vater die gerichtliche Festlegung seines Umgangsrechtes. Die Mutter wendet dagegen eine Gefährdung des Kindeswohls durch den Umgang mit dem Vater ein, erwähnt die Möglichkeit sexuellen Missbrauchs und beantragt die Übertragung der alleinigen elterlichen Sorge auf sich.

Fall 2:

Eine türkische Familie ist von der Ausweisung bedroht. Im Gerichtsverfahren trägt sie vor, dass ein Kind psychisch erkrankt sei und in der Türkei nicht in ausreichendem Maße behandelt werden könne.

In beiden Fällen wird ein Kinderpsychiater als Gutachter beauftragt.

Zahlen

Im Jahr 2007 haben in Deutschland 57.715 (im Jahr 2006 waren es 46.719) Frauen und Männer nicht-deutscher Staatsangehörigkeit geheiratet.¹ Diese Menschen kamen aus der ganzen Welt - kein Land, das nicht vertreten gewesen wäre.² Geheiratet haben sie nicht nur Deutsche, sondern gleichfalls Menschen aus der ganzen Welt, so dass bi-national über das klassische Verständnis einer deutsch-ausländischen Ehe hinausgeht.

Und so verwundert es nicht, dass auch immer mehr Kinder eine (ausländische) oder mehrere Staatsangehörigkeiten haben: 81.606 Kinder, die in 2007 geboren wurden, haben einen Elternteil mit ausländischer Staatsangehörigkeit.³

Internationale Familien

Solange eine Ehe/Partnerschaft funktioniert, empfinden die Partner ihre unterschiedliche Herkunft als Bereicherung. Und auch für Kinder können Bilingualität und das Erleben unterschiedlicher Kulturen durchaus von Vorteil sein. Anders sieht es aus, wenn die Familie auseinanderbricht. Nun kann die unterschiedliche Herkunft zur Belastung neben dem zu verarbeitenden Trennungsschmerz werden.

So kehren Partner nach einer Trennung häufig in ihr Heimatland zurück mit der Folge, dass die größere räumliche Distanz den Umgang mit gemeinsamen Kindern und die Ausübung eines gemeinsamen Sorgerechtes erschwert. Auch die Kommunikation versagt im wahrsten Sinne des Wortes - Sprachschwierigkeiten und kulturelle Unterschiede beim Umgang mit Konflikten sowie unterschiedliche Rechts- und Sozialsysteme können die Lösung von Problemen erheblich erschweren. Dies gilt im Übrigen nicht nur für die Partner, sondern auch für Jugendämter, Gerichte und Sachverständige, die plötzlich mit den Konflikten einer Spanierin und eines Pakistanis, eines Italieners und einer Rumänin oder von zwei Türken befasst sind. Und auch wenn alle Beteiligten unter großem Druck stehen, sind die Leidtragenden in der Regel die Kinder,

¹ 32.093 Frauen und 25.622 Männer

² Bei den Frauen am häufigsten vertreten war die polnische (4.832), asiatische (4.832), die türkische (3.173) und die italienische Staatsangehörigkeit (1.955); die Rangliste der Männer führen an die Türkei (5.345), Italien (2.101), Afrika (2.101) und Asien (2.333).

³ Genaue Zahlen, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund Familien gegründet haben, sind nur schwer zu erlangen, wird in Standesämtern doch nur die Staatsangehörigkeit, nicht aber die Herkunft eines Paares erfasst und treten binationale Paare gar nicht in Erscheinung.

die hin und her gerissen werden nicht nur zwischen zwei Eltern, sondern auch zwischen zwei Ländern.

Auswirkungen auf das Familienrecht

Umgangsrecht und elterliche Sorge stehen unter dem Schutz des Artikels 6 des Grundgesetzes. Daraus folgt, dass der Elternteil, bei dem sich das Kind gewöhnlich aufhält, grundsätzlich den persönlichen Umgang des Kindes mit dem anderen Elternteil ermöglichen muss und an die Einschränkung oder den Ausschluss von Umgangs- und Sorgerecht strenge Anforderungen gestellt werden.⁴ Dies hat zur Folge, dass in familiengerichtlichen Verfahren häufig Sachverständige eingeschaltet werden, die das Kind und die Eltern begutachten und so zu einer fundierten Begründung einer Entscheidung beitragen sollen.

Was aber, wenn ein Elternteil im Ausland lebt und nicht vor Ort zur Verfügung steht? Wenn lange persönliche Gespräche mit ihm/ihr nicht möglich sind? Wenn der Sachverständige die Situation im Aufenthaltsland des anderen Elternteils nicht kennt? Unkenntnis über die Lebensverhältnisse oder Vorurteile können auch die Validität eines Sachverständigengutachtens beeinträchtigen.

Grundsätzlich gilt: Dem Umgang eines Kindes mit beiden Elternteilen darf, unter modifizierten Bedingungen natürlich, auch große Entfernung nicht entgegenstehen, d.h. Kinder müssen auch die Möglichkeit haben, den Kontakt zu ihrem im Ausland lebenden Elternteil zu behalten. Was die Frage des Sorge- und Umgangsrechtsentzuges betrifft, ist das Bundesverfassungsgericht deutlich. Es fordert die sorgfältige Aufklärung eines Sachverhaltes, die auch die Einholung eines Berichts über die konkreten Lebensumstände eines Elternteiles im Ausland erforderlich macht.⁵ Hilfreich kann es deshalb sein bei Gericht anzuregen, den Internationalen Sozialdienst zu beauftragen.

Der Internationale Sozialdienst

Der Internationale Sozialdienst im Deutschen Verein e.V. (ISD) ist bundesweit tätig. Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist er Ansprechpartner für Behörden, Gerichte, Betroffene usw., mithin für alle, die in internationale Fallkonstellationen eingeschaltet sind. Eingebettet ist der ISD in ein internationales Netzwerk aus Nichtregierungs-

⁴ BverfG, 1 BvR 1253/06 vom 9.5.2007, Absatz-Nr. 13.

⁵ BVErfG, 1 BvR 476/04 vom 23.08.2006, Absatz Nr. 34

organisationen und staatlichen Stellen, die – als zentraler Anlaufpunkt fungierend – in ihren Staaten Kontakt zu Behörden herstellen und Informationen über ihre Rechts- und Sozialsysteme bereithalten.

Seit seiner Gründung vor 80 Jahren haben sich folgende Tätigkeitsschwerpunkte herauskristallisiert: Familienkonflikte, Kinder- und Jugendhilfe, Erwachsenenschutz und Migration sowie Aspekte der Auslandsadoption – vorausgesetzt es ist ein Auslandsbezug vorhanden.

Die Arbeit des ISD umfasst

1. Information und Beratung
2. Deeskalation
3. Einholen von Berichten
4. Koordination

Vor allem Information und Beratung spielen in der Arbeit eine große Rolle. Gemeinsam mit anderen Beratungsstellen informieren die Mitarbeitenden Fachkräfte und Privatpersonen über die rechtlichen und kulturellen Besonderheiten anderer Staaten und über die Auswirkungen, die eine Eheschließung oder die Trennung haben können. Dies betrifft z. B. Fragen des Sorgerechts, die in islamischen Staaten anders gehandhabt werden als in Deutschland. Deeskalation und Mediation nach einer Trennung können helfen, die weitere Eskalation eines Konfliktes zu vermeiden. Und auch die Koordination von Hilfsmaßnahmen, z.B. im Bereich der Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen sind unverzichtbar, will man die bestmögliche Lösung für eben jene Kinder und Jugendlichen erreichen.

Mit dem Einholen von Berichten aus anderen Ländern unterstützt der ISD bei der Sachverhaltsaufklärung und der Gewährung des rechtlichen Gehörs. Vor Fachkräften des jeweils anderen Staates ist es Betroffenen möglich, ihre Sicht der Dinge darzustellen und ihre Erziehungs- oder Umgangseignung vor Ort zu belegen.

Im Zentrum der Arbeit des ISD steht das Kindeswohl, das eine zentrale Rolle im Familienrecht einnimmt. Häufig hilft frühzeitige Intervention eine tragfähige Lösung für alle Beteiligten zu finden. Der ISD vermittelt deshalb nicht nur den Inhalt wichtiger internationaler Konventionen und europäischen Rechtes, sondern versteht sich auch als Mittler zwischen Kulturen, Rechts- und Sozialsystemen sowie den beteiligten Eltern. Eine der Hauptaufgaben

sieht er in der Unterstützung bei der Wiederanbahnung abgebrochener Eltern-Kind-Kontakte. Er vermittelt daher sowohl in Sorgerechts- und Umgangsstreitigkeiten sowie in den besonders sensiblen Fällen von internationaler Kindesentführung. Behilflich sind dabei die Kooperationspartner, die der ISD in vielen Ländern der Erde hat. Sie sind es, die aufgrund gleicher Sprache und Kultur einen Zugang zu dem anderen Ehepartner schaffen können.

Gelingen kann dies nur durch Sensibilität und interkulturelle Kompetenz. Diese werden bei den Mitarbeiter/innen des ISD vorausgesetzt: Alle sprechen mindestens eine Fremdsprache (derzeit Englisch, Französisch, Spanisch und Russisch) und haben Arbeits- und Lebenserfahrungen im Ausland gesammelt. Da allein juristische oder allein sozialarbeiterische Ansätze einen Fall häufig nicht zufriedenstellend lösen, ist die Belegschaft interdisziplinär zusammengesetzt. Drei Juristinnen und vier Sozialarbeiter/innen sorgen dafür, dass beide Komponenten in einem Fall beachtet werden, um so eine sachgerechte Lösung des Konfliktes zu erreichen.

Um im Beispiel 1 auch dem Vater Gelegenheit zum Gehör zu geben, beauftragt das Gericht den ISD, einen Bericht über den Vater einzuholen. Dies tut er über seine britische Zweigstelle. Je konkreter die Fragestellungen des Gerichtes, desto besser. In Absprache mit Gericht und Jugendamt würde der ISD zudem versuchen, eine tragfähige Umgangsregelung zwischen Vater und Kind zu erzielen.

Migration

Wichtig und häufig für das Schicksal ganzer Familien entscheidend sind Begutachtungen bei Fragen des Aufenthaltsrechtes. Manchmal hängt das Recht zum Aufenthalt an einer Person, die durch ihre Traumatisierung oder wegen psychischer Störungen ein Aufenthaltsrecht aus humanitären Gründen erlangt und dadurch auch Familienangehörigen den Aufenthalt in der Bundesrepublik ermöglicht. Auf diesen Menschen lastet eine große Bürde. Sie wollen und sollen gesund werden, wissen aber, dass ihre Genesung ihre Familienangehörigen ihres Aufenthaltsstatus beraubt. Wie soll ein schwer depressiver Mensch unbeschadet seine Ausweisung überstehen, wenn er weiß, dass dann auch seine Kinder oder Eltern in ungewisse Zukunftsaussichten zurückkehren müssen?

Wohlfahrtsverbände und Jugendämter, aber auch Ausländerbehörden und möglichst auch konsultierte Kinderpsychiater oder Familientherapeuten soll-

ten den ISD in diesen Fällen einschalten, um für den konkreten Einzelfall die Möglichkeit einer Rückkehr und einer Versorgung vor Ort zu überprüfen. Abgestimmt auf ein bestimmtes Krankheitsbild und die persönlichen (z.B. finanziellen und familiären Verhältnisse) werden z.B. folgende Fragen gestellt: Wie sind die Betreuungsmöglichkeiten vor Ort? Gibt es stationäre Einrichtungen? Wie groß ist die Chance, dass der/die betreffende Patient/in in der Einrichtung aufgenommen wird? Wie sieht es mit sozialer Sicherung und ambulanten Hilfsmöglichkeiten aus? Sind Medikamente auch am voraussichtlichen Aufenthaltsort oder nur in einer weit entfernten Stadt erhältlich?

Die Sachverhaltsaufklärung führt teilweise zu sog. Negativabklärungen, so dass im Ergebnis eine positive Entscheidung über den Aufenthalt begründbar wird, andernfalls wird für die Betroffenen so zumindest sichergestellt, dass sie im Herkunftsland tatsächlich weiter behandelt werden können.

Fazit

Die Arbeit des ISD ist so vielschichtig wie die Facetten weltweiter Migration und deren Auswirkungen auf das Schicksal des einzelnen. Der ISD wird deshalb auch künftig gerne Ansprechpartner z.B. für die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sein und sich, gemeinsam mit diesen, zum Wohle der Menschen engagieren, getreu seinem Motto „Grenzen überwinden – Kinder schützen – Familien verbinden“.

Adresse der Autorin

Gabriele Scholz

Leiterin des Internationalen Sozialdienstes im Deutschen Verein

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

Tel.: 030/62980403, 030/62980415

Email: isd@deutscher-verein.de

Internet: www.issger.de

Gesundheitsbewusstsein, berufliche Belastung und Bewältigungsverhalten von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten unter Berücksichtigung von Kinderpsychiatern und Kinderpsychotherapeuten

Teil 2: Ergebnisse der Studie

Ute Müller

Teil 1 sowie das gesamte Literaturverzeichnis für beide Teile finden sich in Heft 1/2009, S. 20-87.

Fragestellungen und Hypothesen

In Teil 1 wurden neben den Gemeinsamkeiten, die sich aus der psychotherapeutischen Tätigkeit als solche ergeben, auch die Unterschiede in der Sozialisation und beruflichen Praxis zwischen Ärzten und Psychologen bzw. zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten dargelegt. Auch die nachfolgenden Fragestellungen beziehen sich auf Unterscheidendes und implizieren ebenfalls die jeweiligen Unterschiede zwischen Ärzten und Psychologen respektive Kinder- und Erwachsenentherapeuten.

In dieser Arbeit wird untersucht, wie Psychotherapeuten ihre berufliche Belastung und deren Wirkung auf ihre Gesundheit einschätzen und welche Möglichkeiten der privaten und beruflichen Selbstfürsorge sie praktizieren.

In diesem Zusammenhang interessieren folgende Fragestellungen:

- Wie schätzen die psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychologen ihre berufliche Belastung in Hinblick auf Zeitdruck ein?
- Welche Bewältigungsmöglichkeiten nutzen sie, um sich von der beruflichen Belastung zu distanzieren, sie zu bewältigen oder auszugleichen?
- War es am Anfang ihrer Berufstätigkeit anders als jetzt?
- Gibt es einen Unterschied zwischen den beiden Berufsgruppen und zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten?
- Führt die unterschiedliche Sozialisation von Ärzten und Psychologen während der Ausbildung zu unterschiedlichen Bewältigungsstrategien?

Hypothese 1

Die Arbeitszeiten der niedergelassenen vollzeittätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und Kindertherapeuten unterscheidet sich nicht signifikant (Bowe 1999).

Hypothese 2

Es ist demzufolge anzunehmen, dass sich ärztliche und psychologische Psychotherapeuten gleichermaßen unter Zeitdruck fühlen.

Die von Bowe (1999) berichtete nahezu identische Arbeitszeit beider Berufsgruppen lässt den Schluss zu, dass auch das Empfinden von Zeitdruck vergleichbar ist.

Außerdem wird untersucht, was Psychotherapeuten unter Gesundheit und Gesundheitsverhalten verstehen, welches Gesundheitsverhalten sie tatsächlich selber praktizieren und was sie diesbezüglich ihren Patienten empfehlen. Hierbei liegt der Fokus auf aktiver körperlicher Bewegung als Mittel der Gesundheitsfürsorge.

Es lassen sich folgende Fragestellungen ableiten:

- Unterscheiden sich die psychotherapeutisch tätigen Ärzte von den psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kindertherapeuten von den Erwachsenentherapeuten in der momentanen subjektiven Einschätzung ihrer gesundheitlichen Befindlichkeit, ihrer allgemeinen Gesundheit gemäß der WHO-Definition und in der Auswirkung des Lebensstils auf ihre Gesundheit?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Gesundheitsverhalten und den diesbezüglichen Ratschlägen an Patienten zu mehr körperlicher Bewegung?

- Regen ärztliche Psychotherapeuten, die die entsprechenden medizinischen Kenntnisse haben, mehr zu körperlicher Aktivität an als Psychologen?
- Regen diejenigen mehr zur körperlichen Aktivität an, die selber aktiv und gesund sind?

Hypothese 3

Es wird vermutet, dass die befragten Psychotherapeuten über einen ähnlichen Kenntnisstand über Gesundheit im Allgemeinen, gesundheitsfördernde Maßnahmen und Nutzen von körperlicher Aktivität verfügen.

Besonders bei Medizинern, aber auch bei Psychologen gehören diese Inhalte in unterschiedlicher Gewichtung zur Ausbildung und beide Berufsgruppen haben alleine durch das *Deutsche Ärzteblatt* Zugang zu entsprechenden Übersichtsarbeiten und Literatur.

Hypothese 4

Es ist demzufolge dann davon auszugehen, dass alle Psychotherapeuten auch entsprechend ihrem Kenntnisstand ihre Patienten über den Sinn und Nutzen von körperlicher Aktivität informieren.

Hypothese 5

Des Weiteren wird vermutet, dass sich sowohl ärztliche als auch psychologische Psychotherapeuten nicht wesentlich in der Einschätzung ihrer Gesundheit gemäß den WHO-Kriterien unterscheiden.

Beide Gruppen der Psychotherapeuten haben ähnliche Arbeitszeiten (Bowe 1999), so dass sie ähnlich viel verbleibende Zeit für die private Lebensführung und Gesundheitsfürsorge haben. Außerdem verfügen sie über das Wissen bezüglich der Notwendigkeit gesundheitsförderlicher, insbesondere psychohygienischer Maßnahmen (Hessel 2006).

Hypothese 6

Es wird daraus folgend angenommen, dass sich die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten nicht signifikant darin unterscheiden, wie sie die Auswirkung ihres Lebensstiles auf ihre Gesundheit bewerten.

In der Fachliteratur wird betont, wie wichtig ein Ausgleich zu anstrengender professioneller Tätigkeit durch körperliche Aktivitäten, entsprechende Lebensführung und Freizeitgestaltung ist (Abele, Brehm & Pahmeier 1997, Fengler 1997, Rottenfuß 1999, Radeke & Mahoney 2000, Dlugos & Friedlander 2001, Rüegg 2006). Beide Berufsgruppen verfügen aufgrund ihres Fachwis-

sen über hinreichende Kenntnisse über die Wichtigkeit von Psychohygiene- und Präventionsmaßnahmen und sollten sich entsprechend darum bemühen.

Hypothese 7

Es wird angenommen, dass das Gefühl der hohen zeitlichen Inanspruchnahme durch die Arbeit dazu führt, dass sich ärztliche und psychologische Psychotherapeuten weniger aktiv körperlich betätigen (Geyer 2002) und somit also trotz besseren Wissens selber nicht das tun, was sie ihren eigenen Patienten empfehlen.

Ein weiterer Untersuchungsschwerpunkt liegt in der Erfassung der Bewertung, ob das entsprechende Studium (Medizin / Psychologie) bzw. die jeweilige durchlaufene Ausbildung zum Psychotherapeuten hilfreich in Bezug auf die Bewältigung von beruflicher Belastung empfunden werden. Zudem wird ein Aspekt der Arbeitszufriedenheit erfasst und erfragt, wie Psychotherapeuten die Belastung durch die Arbeit mit Kindern im Vergleich zur Arbeit mit Erwachsenen bewerten. Anschließend wird untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen Art und Häufigkeit der praktizierten Supervision und beruflicher Belastung gibt. Hieraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Sind die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten mit ihrem Beruf so zufrieden, dass sie ihn wieder wählen würden?
- Unterscheiden sich die Berufsgruppen mit ihren unterschiedlichen Therapieverfahren dabei voneinander und wie stellt sich die Gruppe der Kindertherapeuten dabei dar?
- Empfinden die psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychologen ihre Psychotherapieausbildung als hilfreich in Bezug auf Bewältigung von beruflicher Belastung und gibt es Unterschiede zwischen den Berufsgruppen bzw. den Therapierichtungen?
- Lässt sich aus der unterschiedlichen Art und Weise, wie Psychotherapeuten mit Kindern bzw. mit Erwachsenen arbeiten, auch ein Unterschied im Gefühl von Belastung ableiten?
- Nutzen die Psychotherapeuten Supervision? Welche Art der Supervision wählen sie und sind sie derzeit in Supervision?

Hypothese 8

Derzeit tätige ärztliche und psychologische Psychotherapeuten fühlen sich durch ihre Therapieausbildung nicht genügend auf die berufliche Belastung und die Möglichkeiten, davon Abstand zu gewinnen, vorbereitet.

Erst seit Mitte bis Ende der 90er Jahre wird sich in der Fachliteratur vermehrt mit dem Themenkomplex Psychohygiene von Psychotherapeuten und Lebensqualität auseinandergesetzt (z.B. Rad 1997, Reimer 1994, 1997 und 2000, Schröder 1997), erst langsam halten Aspekte von Selbstfürsorge Eingang in die Literatur (Reddemann 2006) oder gar in Ausbildungsrichtlinien (Lutz 2007). In die Musterweiterbildungsordnungen für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Fassung der Beschlüsse des 8. Deutschen Psychotherapeutentages am 13.5.2006 sind diese berufsethischen Aspekte noch nicht verankert (Behnsen et al. 2006). Es ist davon auszugehen, dass zu dem Zeitpunkt, als die befragten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung waren, diese Themen nicht zum Ausbildungsstandart gehörten.

Hypothese 9

Im Vergleich zu rein somatisch tätigen Ärzten empfinden sich die Psychotherapeuten dennoch weniger stark belastet, weil sie durch ihre Psychotherapieausbildung mehr Techniken zur Bewältigung erlernt haben.

Die Wahrnehmung und Reflektion der eigenen Gefühle und Gedanken, der bewussten und unbewussten intrapsychischen und interpersonellen Prozesse ist Teil der psychotherapeutischen Ausbildung (Roth 1988, Reimer 1991, Buchheim 2000). Den somatisch tätigen Ärzten stehen diese Inhalte nur dann zur Verfügung, wenn sie sich sie z.B. in Form einer Balintgruppe bewusst suchen.

Hypothese 10

Trotz hoher beruflicher und persönlicher Belastung ist die Zufriedenheit bei den Psychotherapeuten hoch, so dass sie ihren Beruf mehrheitlich wieder wählen würden (Radeke & Mahoney 2000, Dlugos & Friedlander 2001, Vetter 2004).

Hypothese 11

Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten nutzen Selbsterfahrung und / oder Balintarbeit und Supervision in gleichem Maße als Mittel der Kompensation beruflicher Belastung und zur Selbstfürsorge.

Bei beiden Berufsgruppen gehören Selbsterfahrung und Supervision zur Ausbildung zum Psychotherapeuten unabdingbar dazu (Becker 2005a und 2005b, Bundesärztekammer 2006) und ihr Wert ist auch allgemein, nicht nur für die Zeit der Ausbildung, in der Fachliteratur ausführlich beschrieben (Aronson 1983, Cierpka et al. 1993, Auckenthaler 1995, Stern 1996, Reimer 2000, Wil-

lutzki et al. 2006). Insofern lässt sich vermuten, dass sowohl ärztliche als auch psychologische Psychotherapeuten diese Methoden im Sinne der Psychohygiene und der Qualitätssicherung für sich nutzen.

Hypothese 12

Demzufolge lässt sich vermuten, dass Kindertherapeuten, die außer mit dem Kind alleine teilweise auch mit sehr komplexen dazugehörigen Systemen arbeiten (Schmidtchen 1991, Esser 2003, Lehmkuhl & Lehmkuhl 2003, Müller-Brühn 2003) und sich auch auf eine sehr persönliche Art und Weise einbringen müssen (Reinelt 1997, Lehmhaus-Wachtler 2001), mehr Supervision oder Intervention zur Bewältigung der an sie gerichteten Beanspruchung nutzen.

Am Schluss der Untersuchung wird mittels des *SF-3* überprüft, inwieweit sich die Selbsteinschätzungen, die im *Interviewleitfaden* erfragt werden, in den Bewertungen des momentanen Gesundheitszustandes wieder finden. Daraus lässt sich die Frage ableiten, ob die Psychotherapeuten im Vergleich zur entsprechenden Altersnorm der Allgemeinbevölkerung besser oder schlechter abschneiden.

Hypothese 13

Es ist zu vermuten, dass beide Psychotherapeutengruppen ebenso wie die Kinder- bzw. Erwachsenentherapeuten in ihrer körperlichen Verfassung nicht besser abschneiden als die Allgemeinbevölkerung.

Die Studie von Hessel et al. (2006) zeigte, dass die Psychotherapeuten trotz des besseren Wissens und sorgsamem Umgangs mit ihrer Gesundheit insgesamt weniger auf ihre körperliche Gesundheit achteten als die Allgemeinbevölkerung und ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzten.

Hypothese 14

Daraus lässt sich ebenfalls vermuten, dass auch die psychische Gesundheit der Psychotherapeuten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als schlechter eingeschätzt wird.

Besonders die psychische Verfassung ist bei Psychotherapeuten häufig in Mitleidenschaft gezogen (u.a. Ackerley et al. 1988, Willutzki et al. 1997, Reimer 2006) und äußert sich nicht nur in schlechtem Wohlbefinden, sondern lässt sich auch in einer sozialen Rückgezogenheit festmachen (Reimer 1994).

Methodik

Untersuchungsgruppe

Für die nachfolgend beschriebenen Interviews wurden die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten persönlich telefonisch kontaktiert. Sie waren, bis auf zwei, im Zeitraum 2003 bis 2005 aktuell im Großraum Köln entweder als psychotherapeutisch tätige Ärzte mit unterschiedlichen Gebietsbezeichnungen und/ oder psychotherapeutischer Zusatzbezeichnung, als psychologische Psychotherapeuten für Erwachsene oder als Kindertherapeuten niedergelassen und wurden spontan aus der Liste der Kassenärztlichen Vereinigung ausgewählt. Vier der psychologischen Kindertherapeuten waren vom Grundberuf her keine Diplom- Psychologen, was aber den Ausbildungs- und Zulassungsrichtlinien entspricht; sie werden offiziell der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten zugezählt. Zwei psychologische Psychotherapeuten waren nicht niedergelassen, sondern eine war als Kindertherapeutin in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die andere als psychologische Psychotherapeutin in einer städtischen Familienberatungsstelle angestellt. Beide wurden im Rahmen der Voruntersuchung interviewt und bei der Auswertung der Gesamtstichprobe mitgerechnet.

Persönliche Daten der Befragten

Insgesamt wurden 52 Personen in die Studie einbezogen. Die Probanden waren je zur Hälfte Frauen und Männer.

Sie waren im Mittel $50,3 \pm 8,2$ Jahre alt (Mittelwert \pm Standardabweichung). Die Spannweite der Altersangaben reichte von 36 bis 73 Jahre. Die Tabelle 1 zeigt, dass zum Zeitpunkt des Interviews je knapp 40 % der Befragten zwischen 41 und 50 bzw. 51 und 60 Jahre alt waren und jeweils etwa 10 % der Altersangaben der übrigen Therapeuten über bzw. unter diesen Intervallen lagen.

Der Body-Mass-Index (BMI) der Befragten betrug im Mittel bei $24,0 \pm 3,2$ kg/m².

Die Angaben der einzelnen Personen reichten von 18,7 bis 30,4 kg/m². 34 der 52 Befragten (65,4 %) waren nach der WHO-Definition „normalgewichtig“ mit BMI mit Werten zwischen 18,7 und 24,9 kg/m². Bei weiteren 15 Personen (28,8 %) lag der BMI zwischen 25 und 29,9 kg/m². Sie waren damit als „übergewichtig“ einzustufen. Für 3 Befragte (5,8 %) waren BMI-Werte über 30 kg/m² zu verzeichnen. Sie galten damit als „adipös“.

Alters-Kategorie	Anzahl	Anteil (%)
bis 40 Jahre	7	13,5
41-50 Jahre	20	38,5
51-60 Jahre	19	36,5
ab 61 Jahre	6	11,5
Summe	52	100

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Altersangaben in der Stichprobe

51 der 52 Therapeuten machten Angaben zu ihrer Familiensituation. Mit einem Partner zusammen lebten 36 von ihnen (70,6 %), die übrigen 15 (29,4 %) lebten dagegen allein. 33 der 36 mit einem Partner zusammen Lebenden waren mit diesem Partner verheiratet (91,7 %), 32 (88,9 %) hatten eigene Kinder. Von den 15 allein Lebenden hatten 5 (33,3 %) eigene Kinder. Die Anzahl der Kinder reichte von 1 bis 4, sie lag im Mittel bei $1,9 \pm 0,9$. In 15 der 37 Familien mit Kindern (40,5 %) lebte genau ein Kind, in 11 Familien waren zwei Kinder vorhanden (29,8 %) und mehr als 2 Kinder erzogen ebenfalls 11 Familien.

Die befragten Therapeuten hatten jeweils zur Hälfte eine medizinische bzw. eine psychologische Ausbildung. 20 von ihnen (38,5 %) waren als Therapeuten überwiegend oder vollständig für Kinder und Jugendliche tätig, 32 arbeiteten dagegen im Wesentlichen mit erwachsenen Patienten.

Im Vergleich der wichtigsten persönlichen Daten der Mediziner und Psychologen fiel auf, dass die Mediziner geringfügig älter (52 vs. 49 Jahre) waren als die Psychologen und im Durchschnitt geringfügig weniger Kinder (durchschnittlich 1,3 vs. 1,5) hatten. In allen anderen Aspekten (Geschlecht, BMI, mit Partner zusammen lebend, Anzahl der Kinder) waren keine oder nur sehr geringfügige Unterschiede zwischen den Gruppen vorhanden. Für keinen der aufgeführten Parameter war ein statistisch signifikanter Unterschied zu verzeichnen. Auch beim entsprechenden Vergleich zwischen Therapeuten für Kinder und Jugendliche einerseits und Therapeuten für Erwachsene andererseits waren keine nennenswerten Differenzen zwischen den Gruppen gegeben, ein statistisch signifikanter Unterschied war für keinen der untersuchten Parameter nachzuweisen.

Untersuchungsverfahren

Interviewleitfaden zum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten von Ärzten/ Ärztinnen bzw. Psychologen/ Psychologinnen

Die Untersuchung wurde an Hand des *Interviewleitfadens* durchgeführt, der von Dr. Jurkat im Rahmen seiner Untersuchungen an berufstätigen Ärzten, Psychologen und fortgeschrittenen Studenten beider Fachrichtungen entwickelt worden war und in der Fassung vom Oktober 1997 vorlag. „Der Interviewleitfaden zielt besonders darauf ab, welches gesundheitsbezogenes Wissen auf die eigene Lebensführung übertragen wird“ (Jurkat 2007).

Nach allgemeinen einführenden Fragen nach Arbeitszeit, Entspannungsmöglichkeit und -fähigkeit, Schlafdauer und -zufriedenheit und Bedeutung von Gesundheit und was man für sie tun muss, folgen Fragen zu Assoziationen und Selbsteinschätzung, wie beispielsweise die Frage 2.1. „Wie würden Sie Ihren eigenen Gesundheitszustand gemäß der WHO-Definition einschätzen?“ (Jurkat 2007). Es folgen allgemeine Fragen zum eigenen Gesundheitsverhalten „im Sinne der multiplen Risikofaktorentheorie“ (Jurkat 2007) nach z.B. Rauch-, Trink- und Ernährungsgewohnheiten, die dann ab den Fragen 4.1. vertiefend besonders zum Bereich der körperlichen Betätigung erfasst werden. Hierbei wird nicht nur nach selber praktizierter körperlicher Aktivität gefragt, sondern auch, ob sie im Rahmen der Berufstätigkeit den eigenen Patienten empfohlen wird. Die weiteren Fragen erfassen die Selbst- und Fremdeinschätzung zur körperlichen Aktivität und münden in die Frage nach dem eigenen Lebensstil ein: „Glauben Sie, dass er Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ (Jurkat 2007).

Ergänzungen zum Interviewleitfaden

Zusätzlich zu den im Hauptteil des *Interviewleitfadens* erfragten Einstellungen, Erfahrungen und Verhaltensweisen waren darüber hinaus die die jeweiligen unterschiedlichen Bewältigungsmethoden der spezifischen Belastungen, die aus dem psychotherapeutischen Berufsalltages erwachsen und auch die empfundene Arbeitszufriedenheit von Interesse, um eventuell Schlüsse ziehen zu können, ob es Wechselwirkungen gibt zwischen dem angegebenen Gesundheitsverhalten, der subjektiv empfundener Gesundheit, den praktizierten Bewältigungsstrategien und der Arbeitszufriedenheit. Die Zusatzfragen wurden von der Autorin entwickelt und mit dem Leiter des Forschungsprojektes II erörtert, abgestimmt und von ihm genehmigt.

Auch andere Mitglieder der Forschungsgruppe entwickelten Zusatzfragen (Jurkat 2007) zum *Interviewleitfaden*, die aber von der Autorin nicht benutzt und ausgewertet wurden, weil sie nicht genau dem Thema und Fokus dieser Arbeit entsprechen.

Entwicklung und Erprobung der Ergänzungen zum Interviewleitfaden

Geleitet von der eigenen beruflichen Erfahrung wurden die Ergänzungsfragen recht nah an der Praxis der Ausbildung und der täglichen Arbeit entwickelt. Es sind offene Fragen, die frei beantwortet werden können und so den Befragten „Spielraum“ geben, „wie intensiv und in welcher Richtung er auf die Frage eingehen will“ (Potthoff 1991). Sie sollten die Gelegenheit bekommen, ihre eigenen Empfindungen und praktische Berufsalltagserfahrungen mitzuteilen.

Zunächst wird allgemein nach der Nutzung von Entspannungstechniken gefragt, womit sowohl suggestive als auch übende oder andere Verfahren gemeint sind, die teilweise, zumindest bei den Medizinerinnen, als so genannte „Zweitverfahren“ während der Psychotherapieausbildung obligatorisch gelernt werden und deren Wert somit den Psychotherapeuten bekannt sein dürfte. Einige Entspannungsverfahren sind im EBM (KBV 2005) als „Übenden Verfahren“ verzeichnet und werden somit von den Krankenkassen bezahlt. Sie sind als wirkungsvolle Methode zur Stressreduktion anerkannt.

Es ist also nahe liegend zu erfahren, ob die Therapeuten sie nicht nur ihren Patienten beibringen, sondern selber auch anwenden. Es wird also nach dem Gebrauch dieser Techniken gefragt und auch, ob sie eine Alternative zu körperlicher Bewegung darstellen.

Diese Frage steht im Zusammenhang mit der Frage nach der Art des Bewältigungsverhaltens beruflicher Belastung allgemein.

So wie Entspannungstechniken und körperliche Bewegung helfen können, die Belastung der psychotherapeutischen Arbeit zu kompensieren, gibt es noch viele, sehr individuelle Methoden, Abstand zu gewinnen und für sich selber gut zu sorgen. Nicht alle diese Methoden, z.B. Alkoholkonsum oder sozialer Rückzug sind im Sinne der Gesundheitsfürsorge als förderlich einzustufen. Die Frage 6.3. knüpft an die Fragen im ersten Teil des *Interviewleitfadens* nach dem Ausmaß des Zeitdrucks, der ausreichenden Zeit für Entspannung und der körperlichen Aktivität an.

Die nächsten ergänzenden Fragen beziehen sich auf die Ausbildungssituation der Therapeuten und den empfundenen qualitativen Unterschied des Belastungsgefühls im Laufe der Jahre der Berufstätigkeit. Da die persönli-

che Anforderung an die Psychotherapeuten in ihrer Arbeit recht hoch ist, wäre es wünschenswert, sich gut ausgebildet fühlen zu können, um Belastungs- und Stressreaktionen zu verringern und einem Burnout entgegen wirken zu können.

Der ambulant tätige Erwachsenentherapeut arbeitet in der Regel alleine mit seinem Klienten, selten wird der Kreis um die Angehörigen erweitert, im stationären Setting in der Klinik mag das noch am ehesten zur therapeutischen Arbeit dazu gehören. Die Kindertherapeuten sind, je jünger die Kinder sind um so mehr, auf die Mitarbeit der Bezugspersonen, in der Regel sind dies zunächst die Eltern, angewiesen. Dieser Kreis der Personen, die mit dem Kind zu tun haben, erweitert sich, je nach Krankheitsbild, noch um weitere, die direkt oder indirekt mitbehandelt werden oder die Therapie positiv oder negativ beeinflussen. Ein Kindertherapeut sieht sich also eher einem System gegenüber, in dem es vielfältige Verflechtungen gibt. Es gibt wenig Literatur darüber, ob und worin sich Kindertherapeuten von Erwachsenentherapeuten unterscheiden und wie die jeweiligen Belastungen empfunden werden, die sich aus den unterschiedlichen Settings ergibt. Diesen Unterschied greifen die Fragen 6.7. und auch 6.8. auf. Letztere will herausfinden, inwieweit die Berufswahl zum Kinder- oder Erwachsenentherapeut bewusst getroffen wurde. Es ist davon auszugehen, dass eine bewusste Entscheidung für einen Beruf die Einstellungen und Erwartungen ihm gegenüber beeinflussen.

Am Ende des Interviews stehen die Fragen nach der Teilnahme an Selbsterfahrung und Supervision / Intervention. Beides fördert die Befähigung des Psychotherapeuten, mit den beruflichen Belastungen besser umzugehen und für das eigene Wohlbefinden zu sorgen. Sie wirken sich damit auch wieder auf den Behandlungsprozess und damit den Heilungsverlauf des Patienten aus. Erlebt sich ein Therapeut in der Therapie als gut wirksam, wird das das Zufriedenheitsgefühl mit der Arbeit fördern und damit einen Ausgleich für den Stress schaffen können.

In dem Zusammenhang ist auch die letzte Frage bedeutsam: die Aussage darüber, ob man seinen Beruf wieder wählen würde, gibt Auskunft über die Arbeitszufriedenheit und die Bewertung des Berufslebens, nicht nur punktuell, sondern im Langzeitverlauf. Die Zufriedenheit im Beruf hat enge Auswirkung auf ein Gefühl der generellen Lebenszufriedenheit, was in Wechselwirkung steht mit dem Gefühl von Wohlbefinden und Gesundheit, unabhängig von der Tatsache, ob über körperliche Gebrechen oder Missempfindungen zu klagen wäre.

Der durch die Hinzufügung der Zusatzfragen ab Frage 6.0 entstandene vorläufige *Interviewleitfaden* wurde in einer Voruntersuchung an acht Therapeuten erprobt.

SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Der „Gesundheitsstatus-Fragebogen“ (Schwartz et al. 2003) *SF-36* ist als Standardinstrument zur krankheitsübergreifenden Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität international am weitesten verbreitet und umfassend getestet.

Der Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ beschreibt die „subjektive Wahrnehmung von körperlichen, psychischen und funktionalen Aspekten von Befinden und Verhalten“ (Bullinger et al. 2003). 35 Items des *SF-36* erfassen acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit; ein weiteres Einzelitem betrifft die Veränderung der Gesundheit. Im Vergleich zu anderen Verfahren zur Messung der Gesundheit bzw. Krankheit wird hiermit besonders umfassend die aktuelle Gesundheit erfasst (Becker 2006).

In dieser Arbeit wird der Fragebogen zur Selbstbeschreibung benutzt, der sich auf die vergangenen vier Wochen bezieht. Die Bearbeitungsdauer wird mit 10 Minuten angegeben (Bullinger, Kirchberger & Ware 1995) und erweist sich damit als ausgesprochen ökonomisch.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt primär in Profilform auf der Ebene dieser acht Skalen. Außerdem ist die Auswertung auch noch auf der Ebene zweier Summenwert-Indizes für die Psychische Gesundheit und für die Körperliche Gesundheit möglich. Die besten Indikatoren für die Körperliche Gesundheit sind die Skalen *Körperliche Funktionsfähigkeit (KF)*, *Körperliche Rollenfunktion (KR)*, *Körperliche Schmerzen (KS)*; die Psychische Gesundheit wird am besten mit den Skalen *Psychisches Wohlbefinden (PW)* und *Emotionale Rollenfunktion (ER)* erfasst. Die drei weiteren Skalen *Soziale Funktionsfähigkeit (SF)*, *Vitalität (VT)* und *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AG)* erfassen sowohl die Körperliche als auch die Psychische Gesundheit (Becker 2000, Bullinger et al. 2003).

Der Befragte füllt den *SF-36* selber entsprechend seiner subjektiven Selbsteinschätzung aus, wobei die Antwortkategorien variieren. Es gibt Fragen, die mit *ja - nein* dichotom zu beantworten sind, andere umfassen bis zu sechs mehrstufige Antwortkategorien (Kirchberger 2000). Die Normierung der deutschen Fassung des *SF-36* erfolgte an einer großen Normstichprobe, wobei neben geschlechtsspezifischen Normwerten auch die für verschiedene Altersgruppen erfasst sind (Bullinger & Kirchberger 1998). Die durch diese Arbeit jetzt erho-

benen Daten können somit durch Vergleich der Mittelwerte dazu in Beziehung gesetzt werden, aber auch zu den Daten, die im Rahmen weiterer Untersuchungen des Forschungsprojektes II gewonnen wurden oder werden.

Untersuchungsgang

Die Voruntersuchung erfolgte im Zeitraum von August bis Dezember 2002, die Hauptuntersuchungen fanden vom März 2003 bis Dezember 2005 statt. Es wurden insgesamt 59 Ärzte und Psychologen persönlich telefonisch angesprochen, wovon 7 ein Interview aus persönlichen oder Zeitgründen ablehnten, was einer Zusagequote von 88,14 % entspricht. Nach Erreichen der geplanten Stichprobengröße wurden keine weiteren Gesprächspartner mehr gesucht. Die technischen und inhaltlichen Bedingungen der Interviewsituation in der Vor- und Hauptuntersuchung waren, bis auf die Hinzufügungen im Interviewleitfaden während der Voruntersuchung, identisch, so dass alle Interviews dem gleichen Standard entsprechen und in die Untersuchung mit einfließen und ausgewertet werden können.

Rekrutierung der Stichprobe

Anhand der Liste der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein über die niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten wurden die jeweiligen Kollegen telefonisch kontaktiert. Dabei wurde bei dem festgelegten Ziel von vorerst 48 Interviews auf die Parität der Berufsgruppen und Geschlechter geachtet und dabei jeweils eine Untergruppe von 16 Kindertherapeuten gebildet. Die Anzahl der Kindertherapeuten wurde dann, um eine größere mögliche statistische Aussage treffen zu können und aus persönlichem Interesse der Autorin, auf insgesamt 20 erhöht. Letztlich besteht die Stichprobe also aus 26 Ärzten und 26 Psychologen, darunter jeweils 10 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und 10 Kindertherapeuten. In dem Telefonat stellte sich die Autorin als Kollegin in eigener Praxis vor und beschrieb den Kontext, in dem die Untersuchung stattfand, d.h. die Mitarbeit in der Forschungsgruppe, das Thema der Arbeit und kurz den inhaltlichen und technischen Ablauf und zeitlichen Umfang bei der Durchführung des Interviewleitfadens mit anschließender Ausgabe des *SF-36*. Dabei wurde die Zusage der Anonymität besonders betont. Den Probanden wurde angeboten, das Interview an einem Ort ihrer Wahl zu machen, woraufhin sich alle Gesprächspartner für ihre eigenen Praxisräume entschieden.

Durchführung der Interviews

Zu Beginn wurde noch einmal auf die Anonymität hingewiesen, unter der die Auswertung stattfinden würde und der technische Ablauf. Das Interview wurde stringent an Hand des Interviewleitfadens durchgeführt und auf Tonband aufgenommen. Vor Erfragen der demographischen Daten, die schriftlich notiert wurden, wurde das Tonbandgerät ausgeschaltet. Nach dem Interview füllten die Probanden den *SF-36* aus, nachdem kurz erläutert worden war, dass es sich um einen Fragebogen zum aktuellen Gesundheitszustand handelt.

Auswertungsverfahren

Die aufgenommenen Interviews wurden von der Autorin und einer bezahlten Schreibkraft vom Tonband transkribiert und in eine einheitliche Schriftform gebracht.

Angelehnt an ein schon bestehendes Kategoriensystem, das in der Forschungsgruppe benutzt worden war (Jurkat 2000), wurde ein eigener Kodierleitfaden entwickelt. Dazu wurden zunächst bei jeder einzelnen Frage alle Interviews gesichtet, um einen inhaltlichen Überblick über das Material zu bekommen. Dann wurden Kategorien gebildet, indem zu jeder Frage unterschiedliche Ausprägungsgrade festgelegt wurden, die mit Beispielen aus den Texten belegt wurden. Dieser Vorgang wurde mehrfach wiederholt, bis durch logische Verdichtungen der vorläufige Kodierfaden entstanden war. Anhand dieses Kodierleitfadens wurde dann das gesamte Interviewmaterial einmal kodiert und eine zweite Raterin kodierte alles unabhängig davon mittels des gleichen Kategorienplans noch einmal. Beide Ergebnisse wurden miteinander verglichen und es wurde die Interkoderreliabilität berechnet, die mit über 90 % im befriedigenden Bereich lag.

Die gesamten Daten aller offenen und geschlossenen Fragen wurden in die SPSS-Version 11.0 eingeben und in der Version 12.0 aktualisiert. Mit Methoden der deskriptiven Statistik erfolgte anschließend die statistische Auswertung.

Metrische Parameter, denen eine Intervallskala zugrunde liegt, wurden durch die Berechnung der statistischen Kenngrößen Mittelwert und Standardabweichung charakterisiert. Für diskrete Parameter, wie zum Beispiel Geschlechterverteilung, wurden Häufigkeitsverteilungen berechnet (Sachs 2002).

Vergleiche zwischen zwei unabhängigen Gruppen (zum Beispiel Mediziner vs. Psychologen) hinsichtlich mindestens rangskalierten Parameter wurden mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests auf statistische Signifikanz getestet. Der

Vergleich in Bezug auf nominalskalierte Parameter erfolgte durch den χ^2 -Test, beim Vorliegen von 2x2-Felder-Tafeln mit Hilfe des in diesem Fall zuverlässigeren „exakten Test nach Fisher“ (Rasch et al. 1998, Sachs 2002).

Als Verfahren zur Reduzierung von Einzelitems (hier: Angaben über die Gewinnung von Abstand zu Schicksalen und Traumata der Patienten) auf relevante Persönlichkeitsdimensionen wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt (Stevens 1986). Dabei wird die Anzahl der Faktoren nach drei Kriterien gewählt:

1. Der Anteil der durch die Faktoren erklärten Varianz der Einzelitems sollte möglichst groß sein. Dieser Anteil steigt mit zunehmender Zahl der Faktoren automatisch an, so dass hieraus eine möglichst hohe Zahl an Faktoren resultiert.
2. Die Anzahl der auszuwertenden Parameter sollte durch die Faktorenanalyse deutlich reduziert werden. Je weniger Faktoren gebildet werden, desto übersichtlicher sind die Ergebnisse der Auswertung.
3. Die Faktoren sollten sinnvoll interpretierbar sein.

Um diesen zum Teil einander widersprechenden Forderungen gerecht zu werden, wurde durch systematisches Probieren diejenige Lösung ermittelt, die einen möglichst guten Kompromiss zwischen diesen Forderungen darstellt. Technisch gesprochen handelt es sich in der vorliegenden Studie um eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation.

Als statistisch signifikant wurden Irrtumswahrscheinlichkeiten $p < 0,05$ gewertet. Die Studie zeigt allerdings einen ausgeprägt explorativen Charakter, so dass die Zahlenwerte der einzelnen Irrtumswahrscheinlichkeiten nicht im Vordergrund der Interpretation stehen. Aus diesem Grund wurde auch auf eine Korrektur der Irrtumswahrscheinlichkeiten wegen multipler Testanwendungen (zum Beispiel mittel Bonferroni-Korrektur) verzichtet.

Die so gewonnenen Ergebnisse wurden in Bezug gesetzt zu Kollektiven aus der aktuellen Literatur.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt und diskutiert, die für den Schwerpunkt dieser Arbeit besonders im Mittelpunkt des Interesses standen. Dabei handelt es sich hauptsächlich um die Fragen nach Einschätzung der Ge-

sundheit, der körperlichen Aktivität und anderen Bewältigungstechniken, der Auswirkung des Lebensstils auf die Gesundheit und berufsbezogene Fragen. Diejenigen Fragen, die im *Interviewleitfaden* zwar enthalten waren, aber thematisch nicht im Fokus standen, werden hier nicht ausführlich dargestellt und auch nicht in der Diskussion berücksichtigt.

Berufliche Situation und Bewältigungsverhalten der Psychotherapeuten

Aktuelle Praxistätigkeit und Psychotherapieverfahren

Der überwiegende Teil der 52 befragten Psychotherapeuten war in einer Einzelpraxis niedergelassen (44 von 52, entspricht 84,61 %), 37 von ihnen (71,15 %) führten eine Bestellpraxis mit Hilfe des Anrufbeantworters. Von 23 Medizinerinnen in Einzelpraxis (entspricht 44,23 % der Gesamtstichprobe, 88,46 % der Mediziner) hatten 7 administrative Mitarbeiter. Bei den Psychologen hatte keiner der 21 Therapeuten, die eine Einzelpraxis führten (40,38 % der Gesamtstichprobe, 80,77 % der Psychologen), administrative Mitarbeiter.

Von den 26 Medizinerinnen waren 3 (11,54 %) in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen, 2 davon waren Kinder- und Jugendpsychiater. Bei der Gruppe der Psychologen war keiner der Kindertherapeuten in einer Gemeinschaftspraxis tätig, der Anteil bei den Erwachsenentherapeuten lag bei 5 von 26 Psychologen (19,23 %) in gemeinschaftlicher Praxistätigkeit. Insgesamt waren also von den 52 Therapeuten 8 (15,38 %) in einer Gemeinschaftspraxis tätig.

Etwa die Hälfte der Therapeuten (29 von 52, entspricht 55,8 %) waren tiefenpsychologisch tätig, 16 weitere (30,8 %) als Analytiker und 7 (13,5 %) gaben als Fachrichtung Verhaltenstherapie an. Tabelle 2 zeigt die Verteilung dieser Therapiemethoden bei Medizinerinnen bzw. Psychologen ebenso wie bei Kindertherapeuten bzw. Erwachsenentherapeuten.

	Alle		Ausbildung				Patienten hauptsächlich			
	Anzahl	Anteil (%)	Mediziner		Psychologe		Kinder und Jugendliche		Erwachsene	
Fachrichtung	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Analytiker	16	30,8	6	23,1	10	38,5	8	40,0	8	25,0
Tiefenpsychologe	29	55,8	18	69,2	11	42,3	9	45,0	20	62,5
Verhaltenstherapeut	7	13,5	2	7,7	5	19,2	3	15,0	4	12,5
Alle	52	100,0	26	100,0	26	100,0	20	100,0	32	100,0

Tabelle 2: Anzahl der Analytiker, Tiefenpsychologen und Verhaltenstherapeuten in der Stichprobe

Selbsteinschätzung der beruflichen Belastung

Hinweise zur beruflichen Belastung ergaben sich aus den Fragen zur Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit und der Entspannungsfähigkeit von der Arbeit, der Art der Tätigkeit (sitzend / stehend) sowie der Möglichkeit, von beruflichen Problemen Abstand zu gewinnen.

Die Angaben zur durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit reichten von 20 bis 70 Stunden. Im Mittel war eine Arbeitszeit von $43,0 \pm 11,2$ Stunden angegeben worden, deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen waren nicht festzustellen.

28 der 52 Befragten (66,7 %) gaben an, mehr als 40 Stunden pro Woche zu arbeiten, dabei waren 6 Mediziner (23,08 % der Mediziner) und 3 Psychologen (11,53 % der Psychologen) mehr als 51 Wochenstunden tätig. Bei den Medizinerinnen arbeiteten nur 4 (29,59 %) und bei den Psychologen 7 (26,92 %) weniger oder bis zu 30 Stunden in der Woche. 5 der Kindertherapeuten (25 %) und 6 der Erwachsenentherapeuten (18,75 %) arbeiteten weniger oder bis zu 30 Stunden wöchentlich und über 51 Wochenstunden waren 3 Kindertherapeuten (15 %) und 6 Erwachsenentherapeuten (18,75 %) tätig.

Mehr als die Hälfte der Befragten (29 von 52, entspricht 55,8 %) standen dabei „ständig“ unter Zeitdruck (Abbildung 1), dabei waren 10 Erwachsenen- und 9 Kindertherapeuten. Nur 8 Therapeuten (15,4 %) empfand „nie“ Zeitdruck bei der Arbeit. Zwischen Medizinerinnen und Psychologen zeigte sich auf der rein deskriptiven Ebene ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit unter Zeitdruck zu arbeiten. Über die Hälfte der Mediziner empfand dies „ständig“ (14 von 26; 53,9 %), während nur etwa 1/3 der Psychologen (9 von 26; 34,6 %) der Meinung war, „ständig“ unter Zeitdruck zu arbeiten (Fisher-Test, $p = 0,26$). Der Unterschied zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten fiel nicht so deutlich aus.

Auf die Frage, ob sie ausreichend Zeit zur Entspannung hätten, antworteten 33 von 52 (63,5 %) mit „ja“ bzw. einschränkend mit „oft“. Lediglich 3 Befragte (5,8 %) hatten den Eindruck, sich nicht ausreichend entspannen zu können, die überwiegende Mehrheit (49 Probanden) von 94,2 % antwortete auf diese Frage mit „es geht“ oder besser.

Die Art der beruflichen Tätigkeit wurde von 48 Therapeuten (92,3 %) als „überwiegend sitzend“ beschrieben, die übrigen 4 Therapeuten (7,7 %) gaben an, ihre Berufstätigkeit sei „sowohl sitzend als auch stehend“. Zwischen Kindertherapeuten und Erwachsenentherapeuten zeigte sich ein deutlicher Unterschied in Bezug auf die Frage nach der Art der Tätigkeit. Kindertherapeuten gaben zu 80,0 % an, „überwiegend sitzend“ tätig zu sein, Erwachsenentherapeuten dagegen zu 100 % (Fisher-Test, $p = 0,018$).

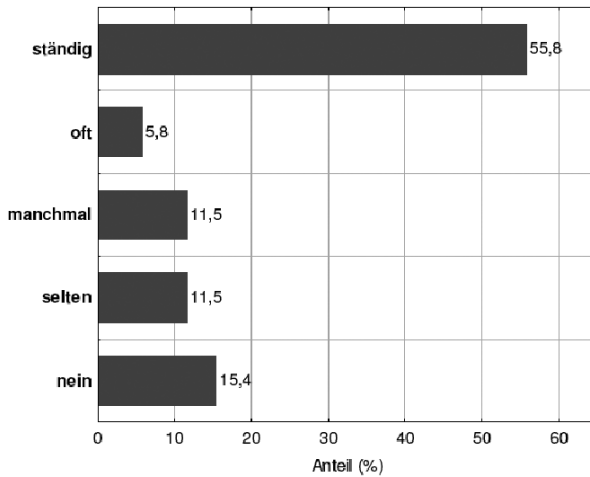


Abbildung 1: „Fühlen Sie sich häufig unter Zeitdruck?“

Einschätzung des Bewältigungsverhaltens

Ausführlich wurden die Therapeuten danach befragt, wie es ihnen gelingt, Abstand von den Schicksalen und Traumata der Patienten zu gewinnen:

Häufigste Angaben waren hier die Gewinnung von „räumlicher und / oder zeitlicher Distanz“ zu beruflichen Problemen, „Supervision“, „berufliche Erfahrung“ und „Familie, Freunde, Gemeinschaft“, die alle von knapp einem Drittel der Therapeuten als geeignete Strategien genannt wurden. Von mehr als 10 % wurden „Meditation“, „Hobbys“ sowie „körperliche Betätigung“ angegeben. Alle übrigen Methoden waren nur vereinzelt dokumentiert. Kein Therapeut gab „Alkoholkonsum“ als Methode zur Gewinnung von Abstand zu beruflichen Belastungen an.

Ärztin für KJP, 60 Jahre: *„Supervision in schweren Fällen und ich muss dann auch mal wirklich ganz raus und was anderes machen, wenn es dicke kommt, dann muss ich auch mal wirklich frei nehmen, also zeitlicher und räumlicher und mentaler Abstand.“*

Arzt, 43 Jahre: *„...außer Sport noch andere Hobbys, also Literatur, Oper, Freunde, essen zusammen, also sozial intensives, ein gesundes soziales Leben.“*

Methoden	Anzahl	Anteil (%)
Räumliche / zeitliche Distanz	17	32,7
Supervision, Intervision, Fortbildung	17	32,7
Ausbildung, berufliche Erfahrung	16	30,8
Familie, Freunde, soziale / emotionale Gemeinschaft	15	28,8
Meditation, Entspannungstechniken	9	17,3
Aktiv Kultur, Musik, Kunst, Literatur, Hobbys	9	17,3
Körperliche Betätigung, Bewegung, Sport	6	11,5
Irgendwie, es geht einfach so	3	5,8
Arbeitszeit regulieren, Pausen machen, Zeit haben	2	3,8
Verdrängung, keine Auseinandersetzung damit	2	3,8
Erschöpfung, Passivität	2	3,8
Alleinsein, Rückzug	1	1,9
Fernsehkonsument	1	1,9
Alkoholkonsum	0	0,0

Tabelle 3: Methoden zur Gewinnung von Abstand zu Patientenschicksalen (in der Reihenfolge der Häufigkeit der Nennungen (Mehrfachnennungen möglich).

Kindertherapeut, 50 Jahre: „*Ich muss eine Dreiviertelstunde fahren, bis ich zu Hause bin, Architekten sagen zwischen zwei Häusern gibt es Distanzgrün, dann ist die Autobahn mein Distanzgrün. Wenn ich zu Hause bin, ist der Kopf frei.*“

Psychologin, 41 Jahre: „*Meditieren, in heftigen Fällen auch mal Gespräche mit einer Pfarrerin, Supervision und das Ausmaß der Menschen mit schweren Geschichten begrenzen, nicht nur solche Patienten haben, dann könnte ich mich gleich einreihen.*“

Die Zusammenfassung der Antworten zu den Strategien der Distanzierung zu sinnvollen Dimensionen wurde mittels Faktorenanalyse vorgenommen. Eine gut interpretierbare Lösung ergab sich durch die Extraktion von 3 Faktoren

aus den 13 Einzelfragen, die insgesamt rund 42% der Gesamtvarianz der Einzelantworten erklären. Tabelle 4 zeigt die Ladungen der drei Faktoren. Ladungen, die wesentlichen zu einem Faktor beitragen (Absolutwert der Ladung > 0,45), sind dort grau hinterlegt.

Faktor 1 wird bestimmt durch die Items „Familie und Freunde“ (Ladung 0,662), „Bewegung“ (Ladung 0,585) sowie „Aktiv Kultur erleben“ (Ladung 0,742). Gegenläufig, also mit negativer Ladung, wirkt hier das Item „Berufliche Erfahrung“ (Ladung -0,722). Hohe Ladungen ergeben sich somit für Personen, die als Strategien zur Bewältigung beruflicher Belastungen die Familie und Freunde, Bewegung sowie aktive Kultur angaben, die in dieser Beziehung jedoch nicht von ihrer beruflichen Erfahrung profitierten. Dieser Faktor wird deshalb als „Berufsferne Aktivität“ bezeichnet.

Für den Faktor 2 ergaben sich hohe positive Ladungen für die Items „Räumliche Distanz“ und „Fernsehkonsum“ (Ladungen 0,828 bzw. 0,459), hohe negative Ladungen für „Bewegung“ und „Entspannungstechniken“ (Ladungen -0,513 bzw. -0,468). Er wird durch den Begriff „Passive Distanzierung“ gekennzeichnet.

Item	Faktor 1 Berufsferne Aktivität	Faktor 2 Passive Distanzierung	Faktor 3 Erschöpfte Verdrängung
Räumliche / zeitliche Distanz	0,077	0,828	-0,011
Arbeitszeit regulieren, Pausen machen, Zeit haben	0,058	-0,342	-0,190
Familie, Freunde, soziale/ emotionale Gemeinschaft	0,662	0,099	-0,161
Ausbildung, berufliche Erfahrung	-0,722	-0,105	-0,318
Supervision, Intervention, Fortbildung	0,274	0,221	-0,277
Körperliche Betätigung, Bewegung, Sport	0,585	-0,513	-0,103
Meditation, Entspannungstechniken	0,164	-0,468	-0,027
Aktiv Kultur, Musik, Kunst, Literatur, Hobbys	0,742	-0,008	-0,154
Alleinsein, Rückzug	-0,280	0,230	-0,161
Verdrängung, keine Auseinandersetzung damit	-0,028	-0,075	0,814
Erschöpfung, Passivität	-0,009	0,085	0,812
Fernsehkonsum	0,266	0,459	-0,089
Es geht einfach so	-0,145	0,070	0,105

Tabelle 4: Rotierte Komponentenmatrix für die Zusammenfassung der 13 Einzeli-
tems zu drei Faktoren (Ladungen, die wesentlichen zu einem Faktor beitragen (Abso-
lutwert der Ladung > 0,45), sind grau hinterlegt.)

Der dritte Faktor wird durch zwei Items annähernd gleich geladen. Sowohl „Verdrängung“ als auch „Erschöpfung“ kommen auf eine Ladung von 0,81. Er erhält die Bezeichnung „Erschöpfte Verdrängung“.

Definitionsgemäß betragen die Mittelwerte der Faktoren 0 und die Standardabweichungen 1, so dass eine deskriptive Darstellung der Faktoren entfallen kann. Die Faktoren sind zudem nicht miteinander korreliert.

Tabelle 5 und Tabelle 6 enthalten Gegenüberstellungen statistischer Kenngrößen der Daten zur beruflichen Belastung der Mediziner und Psychologen bzw. der Kindertherapeuten und Erwachsenentherapeuten. Die Antworten zur Gewinnung von Distanz zu beruflichen Problemen wurden nur dann ausgewertet, wenn mindestens 5 der Befragten diese genannt hatten.

Die Gegenüberstellung der Faktoren zeigte tendenziell statistisch signifikant niedrigere Werte der Psychologen für die Strategie „Berufsferne Aktivität“ ($p = 0,069$), nicht jedoch in Bezug auf die Faktoren „Passive Distanzierung“ und „Erschöpfte Verdrängung“.

Zwischen Kindertherapeuten einerseits und Erwachsenentherapeuten andererseits waren auch Unterschiede bei den Möglichkeiten der Gewinnung von Abstand zu Schicksalen und Traumata der Patienten zu verzeichnen. Deutlich häufiger als ihre Kollegen halfen den Kindertherapeuten „räumliche und zeitliche Distanz“ (45,0 % vs. 25,0 %), „Supervision“ (50,0 % vs. 21,9 %), „Familie, Freunde“ (55,0 % vs. 12,5 %) und „aktiv Kultur erleben“ (30,0 % vs. 9,4 %), seltener nannten sie dagegen „Meditation“ (10,0 % vs. 21,9 %). Die Stichprobengröße reichte für den Nachweis der statistischen Signifikanz dieser Unterschiede allerdings nicht in allen Fällen aus (siehe Tabelle 6).

		Ausbildung		
		Mediziner	Psychologe	p-Wert
		n=26	n=26	
Arbeitszeit (Stunden/Woche)		44,9 ± 11,5	41,1 ± 10,6	0,29
Zeitdruck ständig		53,9 %	34,6 %	0,26
Ausreichend Zeit zur Entspannung „ja“ oder „oft“		34,6 %	38,5 %	1,00
Tätigkeit sitzend		96,2 %	88,5 %	0,61
Distanzierungs- möglichkeiten	Räumliche / zeitliche Distanz	42,3 %	23,1 %	0,24
	Supervision, Intervision, Fortbildung	19,2 %	46,2 %	0,075
	Ausbildung, berufliche Erfahrung	19,2 %	42,3 %	0,13
	Familie, Freunde, soziale/ emotionale Gemeinschaft	42,3 %	15,4 %	0,064
	Meditation, Entspannungstechniken	15,4 %	19,2 %	1,00

Distanzierungs- möglichkeiten		Ausbildung		
		Mediziner	Psychologe	p-Wert
		n=26	n=26	
	Aktiv Kultur, Musik, Kunst, Literatur, Hobbys	23,1 %	11,5 %	0,47
	Körperliche Betätigung, Bewegung, Sport	19,2 %	3,9 %	0,19
Faktoren	Berufsferne Aktivität	0,28 ± 1,02	-0,28 ± 0,91	0,069
	Passive Distanzierung	-0,001 ± 0,99	0,001 ± 1,03	0,85
	Erschöpfte Verdrängung	0,18 ± 1,21	-0,18 ± 0,71	0,11

Tabelle 5: Vergleich zwischen Medizinerinnen und Psychologen zur beruflichen Belastung und zu deren Bewältigung (Angegeben sind Mittelwert ± Standardabweichung für metrische Parameter sowie Anteile bei diskreten Variablen. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test (metrische Parameter) bzw. dem exakten Test nach Fisher (diskrete Parameter) auf statistische Signifikanz geprüft).

		Patienten hauptsächlich...		p-Wert
		Kinder	Erwachsene	
		n=20	n=32	
Distanzierungs- möglichkeiten	Arbeitszeit (Stunden/Woche)	42,8 ± 9,7	43,1 ± 12,0	0,98
	Zeitdruck ständig	50,0 %	59,4 %	0,57
	Ausreichend Zeit zur Entspannung „ja“ oder „oft“	75,0 %	56,3 %	0,24
	Tätigkeit sitzend	80,0 %	100,0 %	0,018
	Räumliche / zeitliche Distanz	45,0 %	25,0 %	0,22
	Supervision, Intervision, Fortbildung	50,0 %	21,9 %	0,067
	Ausbildung, berufliche Erfahrung	20,0 %	37,5 %	0,23
	Familie, Freunde, soziale/ emotionale Gemeinschaft	55,0 %	12,5 %	0,0016
	Meditation, Entspannungstechniken	10,0 %	21,9 %	0,45
	Aktiv Kultur, Musik, Kunst, Literatur, Hobbys	30,0 %	9,4 %	0,071
	Körperliche Betätigung, Bewegung, Sport	10,0 %	12,5 %	1,00
Fak- toren	Berufsferne Aktivität	0,47 ± 1,03	-0,29 ± 0,88	0,012
	Passive Distanzierung	0,33 ± 1,15	-0,21 ± 0,85	0,089
	Erschöpfte Verdrängung	-0,14 ± 0,74	0,09 ± 1,13	0,43

Tabelle 6: Vergleich der Kinder- und Erwachsenentherapeuten zur beruflichen Belastung und deren Bewältigung (Angegeben sind Mittelwert ± Standardabweichung für metrische Parameter sowie Anteile bei diskreten Variablen. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test (metrische Parameter) bzw. dem exakten Test nach Fisher (diskrete Parameter) auf statistische Signifikanz geprüft.)

Die Ergebnisse der extrahierten Faktoren sind in den letzten drei Zeilen der

Tabelle zusammengefasst. Die Erwachsenentherapeuten wiesen für die Faktoren „Berufsferne Aktivität“ und „Passive Distanzierung“ im Mittel niedrigere und hinsichtlich des erstgenannten Faktors auch statistisch signifikant nachweisbar niedrigere Werte auf als die Kindertherapeuten. Für sie waren diese Strategien deutlich weniger ausgeprägt dokumentiert als für die Kindertherapeuten. Kein deutlicher Unterschied zwischen beiden Therapeutengruppen war dagegen hinsichtlich der Strategie „Erschöpfte Verdrängung“ gegeben.

Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und Patientenempfehlungen

Fragen zur Gesundheit wurden in verschiedenen Abschnitten des *Interviewleitfadens* gestellt. Sie gliederten sich in die drei Kategorien „Grundlegendes Gesundheitsverständnis“, „Gesundheitsverhalten“ sowie „Bewertung des eigenen Verhaltens“.

Grundlegendes Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Einleitend wurde die Frage gestellt „Was bedeutet für Sie Gesundheit?“. Die Antworten sind in der Tabelle⁷ enthalten. Häufigste Antwort war „Im Einklang sein, sich wohl fühlen“, die von 23 Therapeuten und damit von fast der Hälfte aller Befragten (44,2 %) als erste Antwort auf diese Frage genannt wurde. Weitere häufige Antworten waren „Nicht krank sein“ (19,2 %) sowie „Körperlich gesund sein“ (17,3 %). Alle anderen Antworten waren von deutlich weniger als 10 % der Therapeuten genannt worden.

Antwort	Anzahl	Anteil (%)
Allgemein seelisch und körperlich im Einklang, sich wohl fühlen	23	44,2
Nicht krank sein, schmerzfrei	10	19,2
Körperlich gesund sein, leistungsfähig	9	17,3
Psychisch ausgeglichen, gute Sozial-Kontakte, Familie, Privatleben	3	5,8
Bewegung, Sport treiben	2	3,8
Gute Arbeitsbedingungen, Spaß an der Arbeit	1	1,9
Mentale Gesundheit mit persönlicher Entwicklung, geistiger Bewegung	1	1,9
WHO-Definition	1	1,9
Persönlich wenig	1	1,9
Sonstiges	1	1,9
Summe	52	100,0

Tabelle 7: „Was bedeutet für Sie Gesundheit?“ nach der Häufigkeit der Nennungen (Angegeben ist für die jeweils erste Antwort der befragten Therapeuten die Anzahl und der Anteil der verschiedenen Antworten.)

Arzt, 45 Jahre: „...*ich hab so das Gefühl, seelisch und körperlich in irgend'nem Gleichklang zu sein*“

Ärztin für KJP, 54 Jahre: „...*sich ausreichend bewegen, sich nicht dauernd stressen, sorgen, dass es Pausen gibt, um nicht in einen chronischen Erschöpfungszustand rein zu kommen*“

Ärztin für KJP, 41 Jahre: „...*wenn es nirgendwo weh tut, wenn ich morgens hellwach bin und gut schlafen kann*“

Kindertherapeut, 41 Jahre: „*Entspannung, Bewegung, Glücklichkeit, Sexualität, Lust, gutes Essen, guter Wein, vernünftige Blutwerte*“

Die zweite Frage in diesem Zusammenhang betraf die Meinung der Therapeuten nach ggf. erforderlichem Tun, um die Gesundheit zu erhalten. Sie lautete: „Was muss man tun, um gesund zu bleiben?“ In Tabelle 8 sind die erhobenen Antworten nach der Häufigkeit aufgeführt.

Antwort	Anzahl	Anteil (%)
Allgemein gutes Gleichgewicht zwischen Anspannung und Entspannung, gut für sich sorgen	13	25,0
Psychisch/sozialer Ausgleich, sich abgrenzen, Bedürfnisse beachten, Kontakte pflegen	10	19,2
Gute Arbeitsorganisation, sinnvolle Tätigkeit, Supervision	8	15,4
Gesunde Ernährung, genug trinken	7	13,5
aktiv Sport treiben	5	9,6
Körperliche Vitalität pflegen	3	5,8
Gesunde Lebensführung, Suchtmittel meiden, wenig Alkohol, gesunde Umwelt	3	5,8
Glück haben, Gesundheit ist nicht kontrollierbar	2	3,8
Mentale Anregung, Kreativität, moralische Werte	1	1,9
Summe	52	100,0

Tabelle 8: „Was muss man tun, um gesund zu bleiben?“ nach der Häufigkeit der Nennungen (Angegeben ist für die jeweils erste Antwort der befragten Therapeuten die Anzahl und der Anteil der verschiedenen Antworten.)

Arzt für KJP, 61 Jahre: „...*ausreichend Bewegung, vernünftig ernähren und nicht zu viel Wein trinken*“

Arzt, 43 Jahre: „*Kämpfen. Tja, sich gegen die Tendenz sich selbst auszubeuten oder ausgebeutet zu werden, abzugrenzen*“

Psychologe, 60 Jahre: „... eine sinnvolle Einteilung zwischen Arbeit und Freizeit“

Kindertherapeutin, 38 Jahre: „...eine Aufgabe zu haben, die einen ausfüllt; Abwechslung ist wichtig, Sport, ein sicheres Netz, Partnerschaft“

In diesem Zusammenhang war eine weitere Frage nach der Meinung der Therapeuten nach den Auswirkungen von Sport („Welche Auswirkungen von Sport kommen Ihnen in den Sinn?“). Die häufigsten Antworten zeigt Tabelle 9.

Antwort	Anzahl	Anteil (%)
Körperliches Wohlbefinden	31	59,6
Stimmungsaufhellung, Freude, Wohlergehen	27	51,9
Gesundheitsförderung	25	48,1
Ausgeglichenheit, Beruhigung, Gelassenheit	17	32,7
Stressabbau, Abreaktion, Auspowern	14	26,9
Mentaler Abstand, Kopf frei von Gedanken	13	25,0
Ermüdung, Beruhigung, Erschöpfung	9	17,3
Negative Auswirkungen, Verletzungen, Krankheit, Ausgepowertsein	4	7,7
Geselligkeit, sozialer Aspekt	3	5,8
Verbundenheit mit der Natur	2	3,8

Tabelle 9: „Welche Auswirkungen von Sport kommen Ihnen in den Sinn?“ nach der Häufigkeit der Nennungen

Praktiziertes Gesundheitsverhalten

Das eigene Verhalten im engeren Sinne wurde durch Fragen nach der Schlafdauer, nach dem Konsum von Nikotin, Alkohol, Koffein, nach der Ernährung, nach sportlichen Aktivitäten sowie Bewegung allgemein abgefragt.

Die durchschnittliche Schlafdauer der Therapeuten lag zwischen 5,5 und 9,5 Stunden, sie betrug im Mittel $7,1 \pm 0,8$ Stunden. Die meisten von ihnen (57,7 %) gaben an, dass ihnen die Schlafdauer genug ist, für 21,2 % war die Schlafmenge immerhin „meistens“ genug.

40 von 49 Personen (81,6 %), die auf diese Frage antworteten, gaben an, Nichtraucher zu sein, 6 Therapeuten (12,2 %) rauchten maximal 4 Zigaretten pro Tag und für 3 (6,1 %) war ein höherer Konsum dokumentiert.

Alkohol wurde von etwa mehr als einem Viertel (14 von 52, entspricht 26,9 %) täglich konsumiert. Weitere 17 Befragte (32,7 %) gaben an, jeden 2. Tag und am Wochenende Alkohol zu trinken, 20 Personen (38,5 %) tranken seltener Alkohol, aber lediglich ein Therapeut (1,9 %) gab an, keinen Alkohol zu konsumieren.

Hoher Konsum von Kaffee oder Tee (über 5 Tassen pro Tag) gaben jeweils 9 Therapeuten an (17,3 %).

Mehr als die Hälfte der Befragten nahmen für sich in Anspruch (27 von 52, entspricht 51,9 %), auf eine ausgewogene Ernährung zu achten.

36 der 52 Personen (69,2 %) antworteten auf die Frage „Treiben Sie Sport?“ mit „ja“. Häufigste Sportarten waren dabei „Radfahren, Wandern, Spazieren gehen“ (16 Nennungen, entspricht 30,8 %), „Laufen, Walken, Rennrad fahren“ (11 Nennungen, entspricht 21,2 %), „Fitness, Gymnastik, Aerobic“ (10 Nennungen, entspricht 19,2 %). Alle anderen Sportarten waren nur vereinzelt genannt worden. Die gesamte Menge an körperlicher Aktivität pro Woche, also nicht nur reinem Sport, lag bei allen Therapeuten zusammen im Durchschnitt bei $6,24 \pm 5,08$ Stunden, wobei die Mediziner $6,37 \pm 6,07$ Stunden und die Psychologen $6,11 \pm 3,91$ Stunden, die Kindertherapeuten mehr körperliche Aktivität ($6,55 \pm 5,12$ Stunden) als Erwachsenentherapeuten ($6,05 \pm 5,12$ Stunden) angaben.

43 von 52 Therapeuten (82,7 %) hatten in den vergangenen Jahren an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen.

Zur Skalierung des Verhaltens wurde aus diesen Angaben ein „Gesundheits-score“ gebildet. Dieser ist im Hinblick auf die einbezogenen Parameter an den Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhalten (*FEG*) von Dlugosch & Krieger (1995) angelehnt. Da der *FEG* wesentlich differenzierter die verschiedenen Aspekte des Gesundheitsverhaltens erfasst und teilweise auch zusätzliche, hier nicht erhobene Aspekte (zum Beispiel Medikamentenkonsum) einbezieht, ist eine direkte Vergleichbarkeit allerdings nicht gegeben.

Der hier benutzte Score ist ein Summenscore mit den in Tabelle 10 aufgeführten 6 Einzelaspekten Ernährung, Körpergewicht, körperliche Aktivität, Alkoholkonsum, Tabakkonsum und Schlafmenge. Für jeden dieser Aspekte wurden 0, 1 oder 2 Punkten je nach angegebenem Verhalten vergeben und die individuelle Punktzahl aller Aspekte addiert. Bei fehlenden Angaben zu einem Aspekt wurde der Punktwert 1 vergeben. Damit konnte die individuelle Punktsumme jedes Befragten theoretisch zwischen 0 (wenig gesundes Verhalten) und 12 (gesundes Verhalten) liegen.

Gesundheitsaspekt	Punktzahl		
	2	1	0
Ernährung	ausgewogene Ernährung	teilweise ausgewogene Ernährung	keine ausgewogene Ernährung
Körpergewicht	< 25 kg/m ²	25 bis < 30 kg/m ²	≥ 30 kg/m ²
Körperliche Aktivität	regelmäßige sportliche Betätigung	wenig oder unregelmäßige sportliche Betätigung	keine sportliche Betätigung
Alkoholkonsum	nicht mehr als 2 Mal monatlich	seltener als jeden 2. Tag	mindestens jeden 2. Tag
Tabakkonsum	Nichtraucher	bis 4 Zigaretten täglich	mehr als 4 Zigaretten täglich
Schlafmenge	Schlafmenge als „ausreichend“ bezeichnet und mindestens 7 h	Schlafmenge als „nicht ausreichend“ bezeichnet oder < 7 h	Schlafmenge als „nicht ausreichend“ bezeichnet und < 6 h

Tabelle 10: Gesundheitliche Aspekte, die in den hier verwendeten Summenscore einbezogen wurden (Angegeben sind für jeden Aspekt die erzielbaren Punktzahlen in Abhängigkeit vom angegebenen Verhalten. Die Summe der Punktzahlen ergibt den individuellen Scorewert.)

Die Befragten wiesen Punktwerte zwischen 4 und 11 auf, der Mittelwert lag bei $8,1 \pm 1,7$ Punkten. In Abbildung 2 ist die Häufigkeitsverteilung der Punktsommen in der untersuchten Stichprobe dargestellt. Die häufigste Punktsomme war 9, sie wurde von 13 befragten Therapeuten erreicht (25,0 %). Weniger als 7 Punkte erzielten 9 Therapeuten (17,3 %), mehr als 9 Punkte wurden für 10 der befragten Therapeuten ermittelt (19,2 %).

Zwischen Medizinern und Psychologen bestanden keine deutlichen Differenzen in Bezug auf diesen Score. Erstere erreichten im Mittel $7,9 \pm 1,8$ Punkte, während sich bei den Psychologen ein mittlerer Punktwert von $8,3 \pm 1,6$ Punkten ergab ($p = 0,56$).

Auch ein Vergleich der wichtigsten Einzelaspekte des Gesundheitsverhaltens (Schlafdauer, Nikotin- und Alkoholkonsum; siehe Tabelle 11) ergab keine bedeutsamen oder statistisch nachweisbaren Unterschiede zwischen beiden Berufsgruppen.

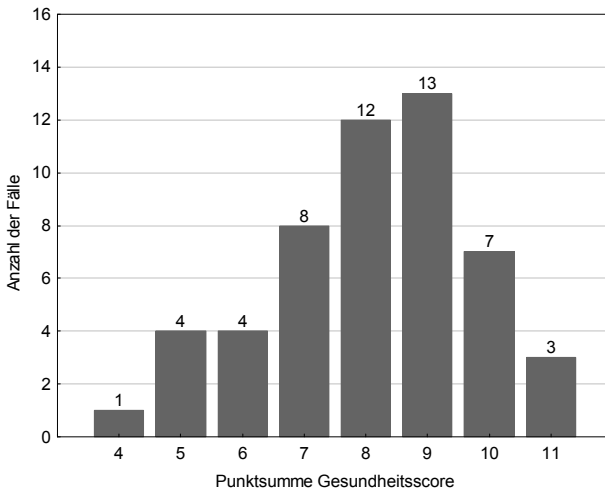


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der Punktsommen des Gesundheitsscores

Mittelwert \pm Standardabweichung bzw. Anzahl (Anteil)	Mediziner (n=26)	Psychologe (n=26)	p-Wert
Schlafdauer (Stunden / Tag)	7,0 \pm 0,8	7,3 \pm 0,8	0,41
Nikotinkonsum (Nichtraucher)	21 (84,0 %)	19 (79,2 %)	0,73
Alkoholkonsum (seltener als jeden 2. Tag)	11 (42,3 %)	10 (38,5 %)	1,00

Tabelle 11: Antworten zum Gesundheitsverhalten nach Berufsgruppen

Der Vergleich von Kindertherapeuten mit den Erwachsenentherapeuten in Bezug auf den Gesundheitsscore zeigte ebenfalls ein ähnliches Resultat in beiden Gruppen. Während Kindertherapeuten einen mittleren Score von $8,2 \pm 1,7$ Punkten aufwiesen, betrug der Mittelwert in der Gruppe der Erwachsenentherapeuten $8,0 \pm 1,7$ Punkte. Der Unterschied war nicht statistisch signifikant ($p = 0,98$).

Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens

Neben den Fragen zum tatsächlich praktizierten Gesundheitsverhalten wurden auch Angaben erbeten zur Einschätzung des Verhaltens, zur Zufriedenheit mit diesem Verhalten sowie dazu, warum das evtl. als falsch erkannte Verhalten nicht geändert wird. Weiterhin wurde eine Einschätzung erbeten, ob der Lebensstil der Befragten die Gesundheit eher fördere oder beeinträchtige.

Beurteilung des Lebensstils

Gefragt nach der eigenen Gesundheit im Vergleich zur WHO-Gesundheitsdefinition gaben 14 Therapeuten (26,9 %) an, 100 %-ig gesund zu sein und weitere 17 (32,7 %), zu mehr als 75 % der Gesundheitsdefinition der WHO

zu genügen. Insgesamt waren damit rund 60 % der Befragten der Meinung mehr oder weniger gesund zu sein. Weitere 7 Personen (13,4 %) definierten den eigenen Zustand zwischen 50 und 75 %, 8 bei etwa 50 % (15,4 %) und 3 (5,8 %) bei weniger als 50 %. 3 weitere Befragte waren mit der WHO-Definition nicht einverstanden und wollten keine Einschätzung abgeben.

Ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Gesundheit und der Häufigkeit des Alkoholkonsums war nicht nachzuweisen (Spearman-Korrelation $r = .18$; $p = 0,23$). Ebenso bestand kein statistisch nachweisbarer Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum und der Angabe zur Häufigkeit, unter Zeitdruck zu arbeiten ($r = .10$; $p = 0,50$). Dass Alkoholkonsum respektive Suchtverhalten zu den gesundheitlichen Risikofaktoren gehört, die sie auch selber für sich beachten, gaben 13 der 52 Befragten (entspricht 25 %) an.

Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht äußerten 32 Therapeuten (61,5 %) und Zufriedenheit mit den Ernährungsgewohnheiten 26 (50,0 %). Einer erweiterten Fragestellung zur Zufriedenheit mit den Ernährungsgewohnheiten („Im Großen und Ganzen“) stimmten 37 Personen zu (71,2 %). Als sinnvolle Maßnahmen zur Verbesserung der eigenen Ernährungsgewohnheiten wurde 15 Mal „regelmäßigere Mahlzeiten“, 10 Mal „weniger essen“ und 8 Mal „gesünder essen“ genannt.

Körperliche Aktivität für sich selbst betrachteten 50 der 52 Befragten als wichtig (96,2 %), aber nur 22 (42,3 %) gaben an, sich nach eigener Einschätzung genug zu bewegen. 28 Personen würden gern mehr körperlich aktiv sein (53,8 %), vor allem „aus gesundheitlichen Gründen“ (14 Nennungen) und aus „Spaß an körperlicher Bewegung“ (5 Nennungen). Als Hinderungsgründe wurde überwiegend „Zeitmangel“ genannt (20 Nennungen) aber auch „Bequemlichkeit“ (14 Nennungen).

Alle 28 Therapeuten, die gern stärker körperlich aktiv wären, hatten sich vorgenommen, in Zukunft der körperlichen Aktivität mehr Bedeutung zu geben. So wurde von 13 Befragten geäußert, sie hätten vor, sich „regelmäßiger“ zu bewegen, 10 weitere wollten den „Umfang der körperlichen Bewegung“ steigern und 5 wollten eine „andere Sportart“ betreiben.

Entspannungstechniken praktizierten 24 der 52 Therapeuten regelmäßig (46,2 %) und weitere 11 Therapeuten gelegentlich (21,2 %). Die folgende Tabelle 12 gibt an, welche Entspannungstechniken überwiegend genannt wurden. Für 6 Befragte (11,6 %) waren Entspannungstechniken eine Alternative

zu körperlicher Aktivität, 28 (53,9 %) verneinten dies und 18 Therapeuten äußerten sich zu dieser Frage nicht.

Entspannungstechnik	Anzahl (Anteil in %)	
	regelmäßig	regelmäßig oder gelegentlich
Autogenes Training	13 (25,0 %)	20 (38,5 %)
Meditation	7 (13,5 %)	9 (17,3 %)
Progressive Muskelrelaxation	3 (5,8 %)	6 (11,5 %)
Selbsthypnose	1 (1,9 %)	4 (7,7 %)

Tabelle 12: Praktizierte Entspannungstechniken (Angabe ist die Anzahl sowie der Anteil (%) bei 52 Befragten.)

Bewertung des eigenen Lebensstils in Auswirkung auf die Gesundheit

In der Tabelle 13 sind die Antworten auf die Frage „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ zusammengefasst. Die häufigste Antwort war hier „Fördert“, die von 19 der 52 Befragten (36,5 %) gegeben wurde. Insgesamt waren 27 Therapeuten (51,9 %) der Meinung, dass ihr Lebensstil mindestens „Etwas gesundheitsfördernd“ sei, 16 Therapeuten (30,8 %) betrachteten ihn als „Etwas beeinträchtigend“ oder schlechter und 9 (17,3 %) sahen keinen kausalen Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit.

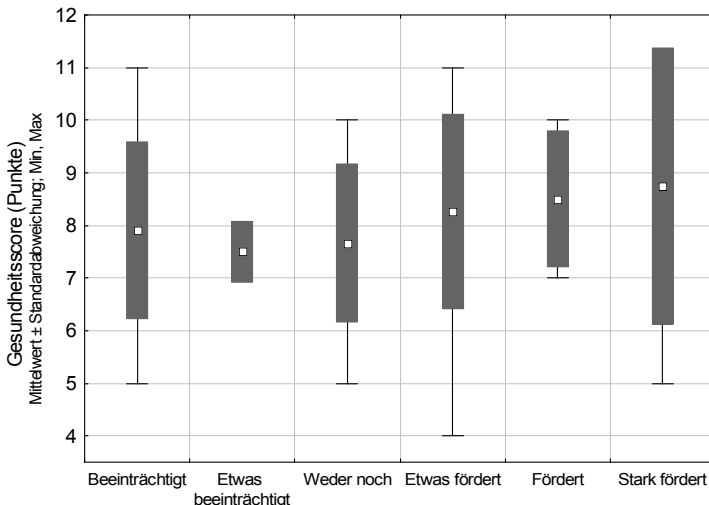


Abbildung 3: Zusammenhang zwischen den Antworten zur Frage „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ und dem Gesundheitsscore

Antwort	Anzahl	Anteil (%)
Beeinträchtigt	12	23,1
Etwas beeinträchtigt	4	7,7
Weder noch	9	17,3
Etwas fördert	4	7,7
Fördert	19	36,5
Stark fördert	4	7,7

Tabelle 13: „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“

Abbildung 3 zeigt den Zusammenhang zwischen dieser Frage und dem Gesundheitsscore. Danach stieg mit zunehmender Auffassung, der Lebensstil fördere die eigene Gesundheit, auch der Gesundheitsscore an. Er betrug unter den Befragten, die die eigene Gesundheit eher beeinträchtigt oder zumindest nicht gefördert sahen, im Mittel 7,5 bis 7,9 Punkte. Mit zunehmender Überzeugung, der eigene Lebensstil fördere die Gesundheit, stieg der mittlere Gesundheitsscore dann auf bis zu $8,8 \pm 2,6$ Punkte an (Gesundheit stark gefördert). Allerdings war ein statistischer Nachweis dieses Anstieges knapp nicht möglich (Spearman-Korrelation $r = .22$; $p = 0,10$).

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Medizinerinnen und Psychologinnen in Bezug auf die Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens waren nicht gegeben. Auch in Bezug auf den Verlauf des Gesundheitsscores in Abhängigkeit von der Einschätzung, in wie weit der eigene Lebensstil die Gesundheit fördere (waren zwischen den beiden Berufsgruppen keine deutlichen Unterschiede zu erkennen).

Anzahl (Anteil)	Kinderther. (n=20)	Erwachsenenther. (n=32)	p-Wert
Gesundheit mindestens 75 % nach WHO-Definition	9 (50,0 %)	22 (71,0 %)	0,22
Zufrieden mit dem eigenen Körpergewicht	12 (60,0 %)	20 (62,5 %)	1,00
Zufrieden mit Ernährungsgewohnheiten	9 (45,0 %)	18 (56,3 %)	0,57
Körperliche Aktivität wichtig	19 (95,0 %)	31 (96,9 %)	1,00
Entspannungstechniken werden praktiziert	8 (40,0 %)	16 (50,0 %)	0,57
Eigener Lebensstil ist gesundheitsfördernd	9 (45,0 %)	18 (56,3 %)	0,57

Tabelle 14: Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens nach Klientengruppen

Tabelle 14 enthält die entsprechenden Vergleiche zwischen Kindertherapeuten einerseits und Erwachsenentherapeuten andererseits. Hier ergaben sich für alle 6 Kriterien höhere Zustimmungen bei der Gruppe der Erwachsenentherapeuten. Diese bewerteten ihr eigenes Gesundheitsverhalten tendenziell also besser als die Kindertherapeuten, wobei allerdings für keines der 6 Kriterien die Grenze zur statistischen Signifikanz erreicht wurde.

Für die Erwachsenentherapeuten ergab sich zudem ein deutlicherer Zusammenhang zwischen der Einschätzung, in wie weit der Lebensstil die eigene Gesundheit fördere als für die Kindertherapeuten (Abbildung 4). Nur für diese Untergruppe war der Zusammenhang zwischen dieser Einschätzung und dem Gesundheitsscore statistisch signifikant (Spearman-Korrelation $r = .48$; $p = 0,0058$).

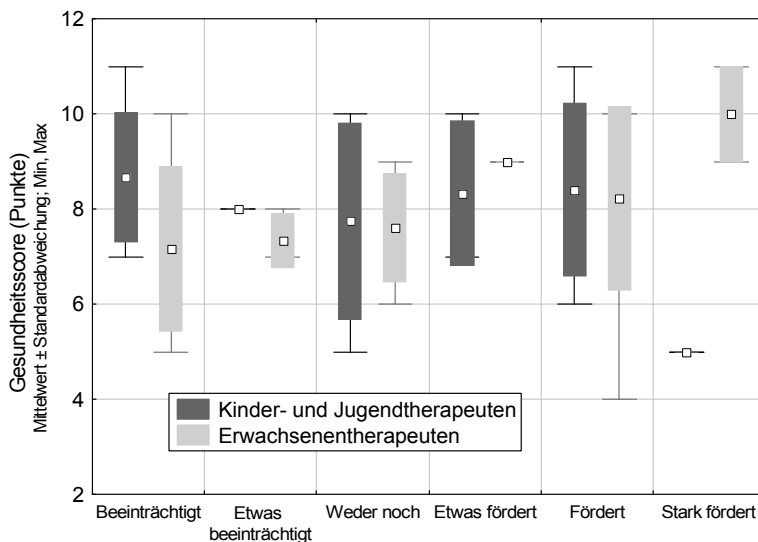


Abbildung 4: Zusammenhang zwischen den Antworten zur Frage „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ und dem Gesundheitsscore getrennt für Kindertherapeuten sowie Erwachsenentherapeuten

Empfehlungen an Patienten

Von den 52 befragten Therapeuten gaben 40 (76,9 %) an, ihre Patienten „immer zu ermutigen, sich körperlich zu betätigen“. Weitere 5 Therapeuten schränkten ein „wenn es therapeutisch passt“ (9,6 %), und 3 gaben an, diese „selten“ zu tun (5,8 %). 4 Therapeuten verneinten eine entsprechende Handlungsweise (7,7 %). Als Gründe dafür wurden genannt „weil sie es von mir

nicht annehmen“ (1 Nennung), „weil es nicht zu meinen Aufgaben gehört“ (2 Nennungen) sowie „weil ich selbst nichts tue“ (1 Nennung).

Informationen zum Nutzen körperlicher Aktivität gaben 44 Therapeuten den Patienten (84,6 %), wobei 14 (26,9 %) auch hier Einschränkungen wie „wenn es passt“ oder „wenn das Gespräch darauf kommt“ machten. 8 Mal (15,4 %) wurde die Frage nach Informationen dagegen mit „selten“ oder „nein“ beantwortet.

Für 49 der 52 Therapeuten (94,2 %) gehörte es zur Aufgabe von Ärzten und Psychologen, Informationen zur Wichtigkeit körperlicher Aktivität für die Gesundheit an die Patienten weiterzugeben.

19 der 26 Mediziner ermutigten ihre Patienten zu körperlicher Aktivität „immer“ (73,1 %), von den 26 Psychologen gaben dies 21 an (80,8 %). Ein statistisch signifikanter Unterschied war hier nicht gegeben ($p = 0,74$). Von den Kindertherapeuten ermutigten 16 der 20 Probanden (80,0 %) ihre Patienten in dieser Hinsicht „immer“, von den Erwachsenentherapeuten 24 der 32 Befragten (75,0 %). Auch hier war der Unterschied nicht statistisch signifikant ($p = 0,75$).

Gesundheitsscore (Punkte)	Empfehlung zu körperlicher Aktivität an Patienten		p-Wert
	nicht immer	immer	
Alle Therapeuten (n=52)	7,8 ± 1,5	8,2 ± 1,7	0,50
Mediziner (n=26)	8,5 ± 1,3	8,1 ± 1,8	0,68
Psychologen (n=26)	7,5 ± 1,6	8,2 ± 1,7	0,27
Kindertherapeuten (n=20)	7,6 ± 1,7	7,9 ± 1,8	0,53
Erwachsenentherapeuten (n=32)	8,2 ± 1,3	8,3 ± 1,7	0,85

Tabelle 15: Mittelwert ± Standardabweichung für den Gesundheitsscore in Abhängigkeit von der Empfehlung an die Patienten für verschiedene Gruppen von Therapeuten

Zusammenhang Selbsteinschätzung - Empfehlungen

Zur Untersuchung des Zusammenhanges zwischen der Selbsteinschätzung des Gesundheitsverhaltens und den Empfehlungen an die Patienten wurden die mittleren Gesundheitsscores für diejenigen Therapeuten berechnet, die angaben, ihren Patienten körperliche Aktivität „immer“ bzw. seltener als „immer“ zu empfehlen (Tabelle 15). Für alle Therapeuten insgesamt sowie für die Kindertherapeuten und für Psychologen war der Mittelwert in der Gruppe, die ihren Patienten „immer“ körperliche Aktivität empfahlen größer als in der Gruppe, die dies nicht immer tat. Bei Erwachsenentherapeuten war kein markanter Unterschied zu erkennen. Bei Medizinern war der Mittelwert jedoch

bei denen höher, die ihren Patienten nicht „immer“ entsprechende Empfehlungen gaben. Die Stichprobengröße reichte für den Nachweis der statistischen Signifikanz dieses Unterschiedes allerdings in keinem Fall aus (alle $p > 0,05$).

Zusammenhang zwischen Berufsbild und Gesundheitsverhalten

Vorbereitung durch die Ausbildung auf die Berufsbelastungen

Von den 52 befragten Therapeuten waren 24 (46,2 %) der Meinung, die Psychotherapieausbildung sei geeignet gewesen, sie auf die Belastungen des Berufs und Möglichkeiten der Distanzierung von den Patientenschicksalen vorzubereiten. 13 weitere (25,0 %) schränkten dies ein, indem sie „teils - teils“ antworteten und 15 Personen (28,8 %) verneinten dies.

Die Vergleiche zwischen Medizinern und Psychologen zeigten wenig Unterschiede zwischen den beiden Gruppen im Hinblick auf diese Fragen. 11 der 26 Mediziner (42,3 %) und 13 der 26 Psychologen (50,0 %) empfanden die Psychotherapieausbildung als geeignet, sie auf die Belastungen des Berufes vorzubereiten ($p = 0,66$).

Arzt für KJP, 39 Jahre: *„Teilweise; ich denke, wenn ich nicht eine grundsätzliche Fähigkeit hätte, mich davon zu distanzieren, hätte ich es über die Psychotherapieausbildung nicht gelernt, sondern dass die das nur verstärkt hat, was schon da war“*

Ärztin, 62 Jahre: *„Das ist eigentlich nicht so explizit Thema gewesen, wie man sich schützt. Das ist dann eher so aus der Diskussion mit den Kollegen entstanden, so das gemeinsame Leiden“*

Psychologe, 60 Jahre: *„Letztlich hat die Berufserfahrung geholfen, nicht die Ausbildung“*

Psychologe, 41 Jahre: *„Also, die Ausbildung zum Verhaltenstherapeut, die war null Komma null dazu geeignet...Das sind alles Sachen gewesen, die ich außerhalb gemacht habe...“*

Psychologe, 45 Jahre: *„...einige nicht... aber die Psychoanalyse war sehr dazu geeignet“*

Kindertherapeut, 50 Jahre: *„Die Ausbildung empfand ich persönlich zeitlich vor allen Dingen dermaßen belastend, dass ich immer so flapsig sage, wer die*

10 Jahre so hinter sich gebracht hat, der merkt nachher gar nicht mehr, dass er 60 Stunden die Woche arbeitet, er kriegt es nur durch Bemerkungen seiner Kollegen mit“

Der mittlere Gesundheitsscore derjenigen, die die Psychotherapieausbildung als gute Vorbereitung auf den Beruf bezeichneten war mit $8,2 \pm 1,4$ Punkten geringfügig und nicht statistisch signifikant höher als der Score derjenigen, die dies nicht uneingeschränkt bejahten ($8,0 \pm 1,9$ Punkte, $p = 0,89$).

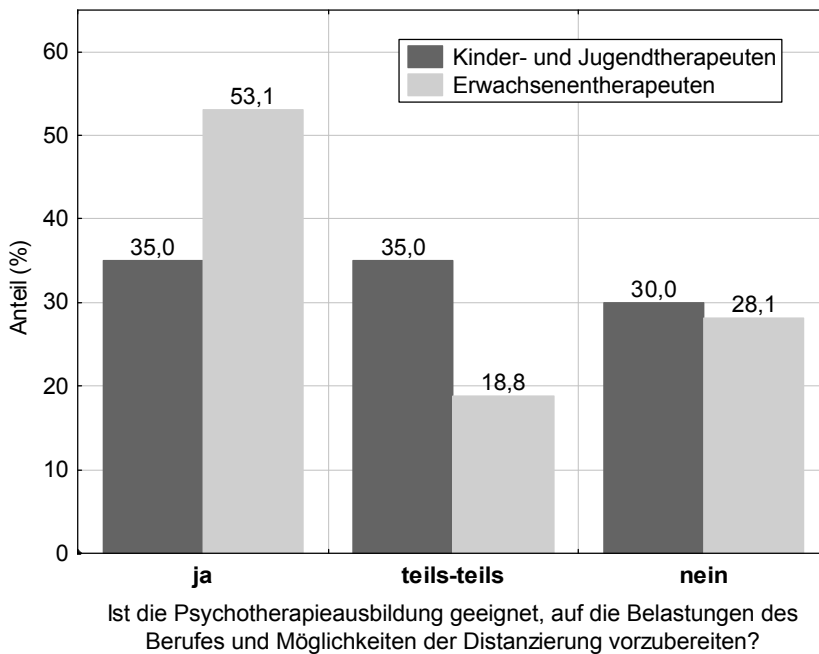


Abbildung 5: Fragen nach der Einschätzung der Psychotherapieausbildung bei Kinder- und Erwachsenentherapeuten

Ein jedoch deutlicher Unterschied bestand zwischen den Kindertherapeuten und den Erwachsenentherapeuten in der Einschätzung, ob die Psychotherapieausbildung eine geeignete Vorbereitung auf den Beruf gewesen sei. Hier wurde von mehr als der Hälfte der Erwachsenentherapeuten mit ja geantwortet (17 von 32; entspricht 53,1 %), während nur 7 Kindertherapeuten (35,0 %) dies ohne Einschränkung bejahten. Entsprechend war der Anteil der relativierenden Antwort „teils - teils“ bei den Kindertherapeuten höher als bei den Erwachsenentherapeuten, wobei es darin keinen wesentlichen Unterschied zwischen Medizinern oder Psychologen gab (Abbildung 5). Die Stichpro-

bengröße reichte für den Nachweis der statistischen Signifikanz dieses Unterschiedes allerdings nicht aus ($p = 0,33$).

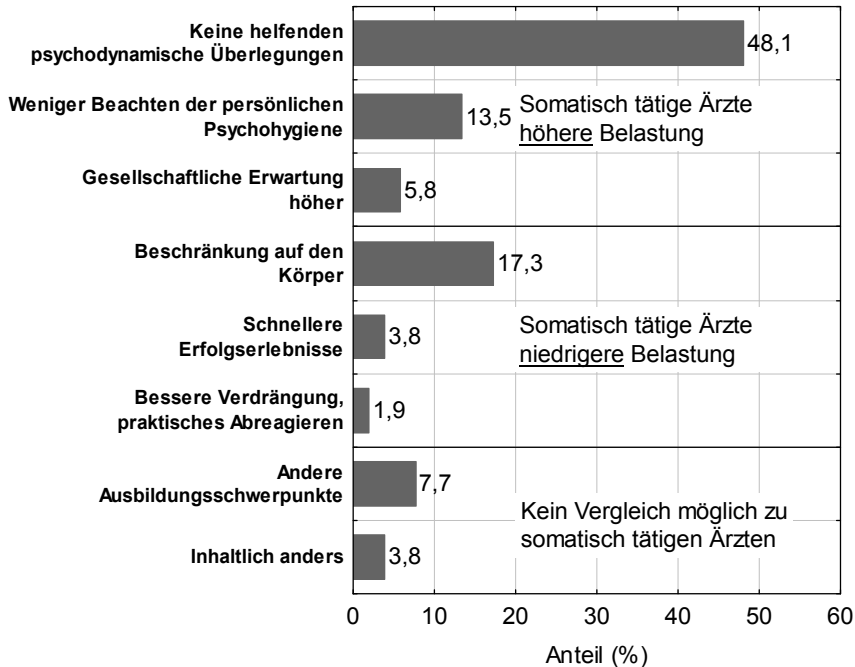


Abbildung 6: Frage zum Unterschied in der Belastung und Distanzierung zu ausschließlich somatisch tätigen Ärzten liegt (Mehrfachnennungen möglich)

Befragt nach dem Unterschied zu somatisch tätigen Ärzten in dieser Beziehung (Abbildung 6) war die häufigste Antwort, dass diese wegen des Fehlens „helfender psychodynamischer Überlegungen“ stärker belastet seien (25 Nennungen, entspricht 48,1 %). Weitere Argumente für eine stärkere Belastung dieser Gruppe waren die geringere „Beachtung der persönlichen Psychohygiene“ ($n=7$, 13,5 %) und die „höheren gesellschaftlichen Erwartungen“ ($n=3$, 5,8 %). Im Gegensatz dazu wurde wegen der „Beschränkung auf den Körper“ ($n=9$, 17,3 %), der „schnelleren Erfolgserlebnisse“ bei der Therapie ($n=2$, 3,8 %) sowie einer postulierten „besseren Verdrängung“ ($n=1$, 3,9 %) eine niedrigere Belastung der somatisch tätigen Ärzte gesehen. Teilweise wurde eine generelle Nichtvergleichbarkeit wegen der „Unterschiede in den Ausbildungsschwerpunkten“ ($n=4$, 7,7 %) sowie wegen der „inhaltlich anderen“ Tätigkeit angegeben. Da zu dieser Frage Mehrfachantworten möglich waren, war eine grundsätzliche Beurteilung im Sinne niedrigere / höhere Belastung nicht möglich.

Mediziner und Psychologen wurden zusätzlich danach befragt, wie sie die Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium bei der jeweils anderen Gruppe einschätzten. Ähnlich groß mit jeweils gut einem Drittel war in beiden Gruppen der Anteil derjenigen, die keinen Unterschied zum eigenen Studium sahen. Dagegen war ebenfalls ein Drittel der Mediziner, aber nur etwa 10 % der Psychologen der Auffassung, die Ausbildung der anderen Berufsgruppe sei in der genannten Hinsicht *besser* als die der eigenen. Analog dazu gaben über 40 % der Psychologen und nur 15 % der Mediziner an, die Ausbildung der anderen Berufsgruppe sei *schlechter* als die der eigenen. Allerdings war auch zu diesem Unterschied knapp kein statistischer Nachweis möglich ($p = 0,072$).

Einschätzung dazu, ob der Beruf wieder gewählt werden würde

Auf die Frage, ob sie sich für ihren Beruf noch einmal entscheiden würden, antworteten 39 der 52 Befragten (75,0 %) mit ja, 4 (7,7 %) mit nein und 9 (17,3 %) waren unsicher bzw. machten Einschränkungen.

Von den Medizinerinnen würden ihren Beruf 22 wieder wählen (84,6 %), bei den Psychologen waren dagegen nur 17 dieser Ansicht (65,4 %). Der Unterschied war nicht statistisch bedeutsam ($p = 0,20$). Bei den Kindertherapeuten lag die Zustimmungsquote zu dieser Frage bei 16 von 20 (80,0 %), von den 32 Erwachsenentherapeuten stimmten in 23 zu (71,9 %). Der Unterschied war ebenfalls nicht statistisch signifikant ($p = 0,74$).

Arzt, 56 Jahre: *„Als Psychotherapeut, ja“*

Arzt, 54 Jahre: *„Wenn sich die Rahmenbedingungen nicht ändern, ja“*

Arzt für KJP, 53 Jahre: *„Ich denke, nein. Also der Job selber ist spannend... man muss viele Sachen überlegen. Aber...es ist eine Unmenge an Bürokratisierung entstanden und er Schreibkram...und mit einer ungeheuren Verschulung...und dauernden Veränderungen formaler Art. Also das hat mich eher vom Patienten weggebracht und das find ich im Moment am stressigsten, am belastendsten“*

Ärztin, 50 Jahre: *„Nein. Die Berufswahl ist bei mir entstanden eigentlich aus familiären Gründen...wenn ich heute noch mal wählen würde, würde ich meinen Wünschen entsprechen“*

Kindertherapeutin, 58 Jahre: *„Unter Umständen, ja, aber eventuell würde ich auch mit Erwachsenen arbeiten wollen...dieses mit Kindern über den Boden rumkrabbeln...ist für mich körperlich schwer und ich bin auch psychisch weit weg davon...also als Therapeut würde ich immer wieder arbeiten, gerne“*

Psychologin, 36 Jahre: *„Inhaltlich ja. Wenn Sie so Dinge wie Bedarfsplanung und Zulassungsmöglichkeiten, also so berufspolitische Dinge außen vor lassen“*

Psychologin, 44 Jahre: *„...also vor zwei oder drei Jahren, da hab ich gedacht irgendwie so vielleicht hättest du doch irgendwas machen sollen, was nicht mit so viel Belastung und permanenter Kontaktanfrage zu tun hat. Heute würde ich mich wieder dafür entscheiden“*

Psychologin, 40 Jahre: *„...vom Inhalt schon...vom Finanziellen weniger und von den Bedingungen, seit dem wir in der KV sind,...die Rahmenbedingungen find ich schlecht“*

Kindertherapeut, 50 Jahre: *„Für den Beruf ja, für die Ausbildung nein. Also nicht mehr diesen Weg...Ich höre meine Kinder noch an die Tür klopfen und meine Frau sagt, komm, stör den Papa nicht, der muss lernen. Das war sehr unangenehm“*

Psychologin, 41 Jahre: *„50 zu 50 würd' ich sagen. Bei mir ist das so gekippt, dass ich es mit Familie schwierig finde, die Balance zu finden“*

Psychologin, 52 Jahre: *„Das ist eine sehr schwierige und heikle Frage. Manchmal denk' ich nein. Es hat mich sehr viel gekostet im Hinblick auf Lebenszeit...also wenn ich das abwägen müsste zwischen Familie und meiner Lebensplanung und Analyse würde ich mich heute anders entscheiden. Der Preis war zu hoch.“*

Therapeuten, die ihre Berufswahl bestätigten, wiesen einen mittleren Gesundheitsscore von $8,1 \pm 1,7$ Punkten auf, diejenigen, die dies nicht taten lagen mit durchschnittlich $7,9 \pm 1,2$ Punkten geringfügig und nicht statistisch signifikant niedriger ($p = 0,53$).

Ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Antwort auf die Frage nach der Wiederwahl des Berufes und der Fachrichtung der Therapeuten war nicht

vorhanden. Zwar war der Anteil derjenigen, die den Beruf uneingeschränkt wieder wählen würden, bei den Analytikern und den Tiefenpsychologen mit rund 75 % höher als bei den Verhaltenstherapeuten (57,1 %). Wegen der vergleichsweise geringen Zahl von Verhaltenstherapeuten ($n=7$) war der Nachweis der statistischen Signifikanz dieses Unterschiedes aber nicht möglich ($p = 0,38$).

Einschätzung zur Arbeit mit Kindern oder Erwachsenen

Als Grund für die fachspezifische Berufswahl (Kindertherapeut oder Erwachsenentherapeut) wurde von 26 Therapeuten (50,0 %) angegeben, es handle sich um eine bewusste Entscheidung. 7 Therapeuten (13,5 %) hatten von vornherein nie an eine andere Möglichkeit gedacht. Weitere 14 Befragte (26,9 %) gaben an, dass sie zufällig diese Fachrichtung gewählt hätten.

Die Arbeit mit Kindern schätzten 26 (50,0 %) als schwerer ein und 10 (19,2 %) als leichter. Keinen Unterschied in der beruflichen Belastung durch die Arbeit mit Kindern bzw. mit Erwachsenen sahen 14 der 52 Therapeuten (26,9 %). 2 Therapeuten gaben hierzu keine Einschätzung ab.

Hinsichtlich dieser Frage waren zwischen Psychologen und Medizinern keine bedeutsamen Unterschiede gegeben. Jeweils 7 (26,9 %) waren in beiden Gruppen der Ansicht, dass kein Unterschied in der Belastung zwischen Arbeit mit Kindern bzw. mit Erwachsenen bestünde. Bei den Medizinern gaben 15 (57,7 %) an, sie schätzten die Arbeit mit Kindern als schwerer ein und entsprechend nur 2 (7,7 %), sie schätzten diese als leichter ein im Vergleich zur Arbeit mit Erwachsenen. Für die Psychologen wurden hier Anteile von 42,3 % (schwerer) und 30,8 % (leichter) errechnet. Zwei Mediziner äußerten sich zu diesem Sachverhalt nicht. Ein statistisch signifikanter Unterschied war nicht gegeben ($p = 0,10$).

Auch zwischen Kindertherapeuten und Erwachsenentherapeuten waren keine bedeutsamen Unterschiede zu verzeichnen. In beiden Gruppen waren, wie in der Gesamtgruppe, genau 50,0 % der Meinung, dass die Arbeit mit Kindern schwerer sei als die mit Erwachsenen. Keinen Unterschied sahen 4 (20,0 %) der Kindertherapeuten und 10 (31,3 %) der Erwachsenentherapeuten. Ein leichteres Arbeiten mit Kindern wurde bei 5 (25,0 %) der Kindertherapeuten und 5 (15,6 %) der Erwachsenentherapeuten vermutet. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich dieser Verteilung war nicht gegeben ($p = 0,74$).

Arzt, 45 Jahre: „...die Verführung, es zu glauben, dass die Kinder- und Jugendpsychiater von der Vitalität ihrer Kundschaft profitieren, die Verführung ist riesengroß und ich hab die noch nicht völlig abgestreift. Also ich glaub immer noch, dass die Kinder- und Jugendpsychiater es ein bisschen besser haben“

Ärztin 47 Jahre: „also ich gehe davon aus, dass es mit Kindern und Jugendlichen oft schwieriger ist, weil...geht's manchmal mehr unter die Haut...und man kann die Therapie nicht ohne die Eltern machen...“

Arzt für KJP, 39 Jahre: „Ich glaub es ist ein anderes Arbeiten...das sind andere Problemkonstellationen jeweils, die aber letztlich in ihrem Belastungsgrad ähnlich sich auswirken“

Arzt, 56 Jahre: „Also so eine ganze Familie da zu haben, wo es drüber und drunter geht, kann schon ziemlich belastend sein. Aber so wenn ich einen einzelnen Patienten hab und sehe, wie so das ganze System dahinter aussieht, ist das auch so. Also der Unterschied ist nicht sehr groß“

Kindertherapeutin, 36 Jahre: „Das hängt meines Erachtens überhaupt nicht davon ab, ob ich mit Kindern oder mit Erwachsenen arbeite, sondern in welchem Setting ich arbeite...wie viel haltgebende Strukturen für den Therapeuten vorhanden sind...klar, Kinder sind hilfsbedürftiger, aber wenn man weiß, wo die Grenzen liegen und wer wann wo eingreifen muss, muss das nicht schwieriger sein“

Kindertherapeut, 58 Jahre: „Ich meine, bei Kindern ist immer dieser Punkt der Entwicklung mit drin, den ich auch sehr förderlich finde, die Lebendigkeit und die Entwicklung bei Kindern. Bei Erwachsenen stelle ich mir das schwieriger vor“

Psychologin, 36 Jahre: „Ich persönlich kann mir die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nicht vorstellen, weil ich das Bild hab, dass man sehr vielen Grenzen begegnet...und ich glaube, ich könnte damit nicht so gut klar kommen...bei Erwachsenen, da verlange ich, dass er die Verantwortung für sich übernimmt“

Diejenigen Befragten, die die Arbeit mit Kindern als schwerer einstufen, wiesen einen mittleren Gesundheitsscore von $8,2 \pm 1,7$ Punkten auf, diejenigen,

die diese Arbeit nicht als schwerer einstufen, zeigten nur wenig niedrigere Werte ($7,9 \pm 1,7$ Punkte; $p = 0,48$).

Teilnahme an Supervision und Selbsterfahrung	Anzahl (Anteil %)				
	Alle Therapeuten (n=52)	Mediziner (n=26)	Psychologen (n=26)	Kinderther. (n=20)	Erwachsenen-ther. (n=32)
Einzelselbsterfahrung	41 (78,9 %)	17 (65,4 %)	24 (92,3 %)	16 (80,0 %)	25 (78,1 %)
Gruppenselbsterfahrung	47 (90,4 %)	24 (92,3 %)	23 (88,5 %)	17 (85,0 %)	30 (83,8 %)
Balintgruppe	17 (32,7 %)	16 (61,5 %)	1 (3,9 %)	10 (50,0 %)	7 (41,2 %)
Eigentherapie	9 (17,3 %)	2 (7,7 %)	7 (26,9 %)	3 (15,0 %)	6 (18,8 %)
Sowohl Einzel- als auch Gruppenselbsterfahrung	40 (76,9 %)	17 (65,4 %)	23 (88,5 %)	13 (65,0 %)	27 (84,4 %)
Supervision einzeln regelmäßig	5 (9,6 %)	4 (15,4 %)	1 (3,9 %)	3 (15,0 %)	2 (6,3 %)
Supervision Gruppe regelmäßig	21 (40,4 %)	9 (34,6 %)	12 (46,2 %)	7 (35,0 %)	14 (43,8 %)
Intervision regelmäßig	27 (51,9 %)	11 (42,3 %)	16 (61,5 %)	12 (60,0 %)	15 (46,9 %)
Supervision grundsätzlich	38 (73,1 %)	15 (57,7 %)	23 (88,5 %)	15 (75,0 %)	23 (71,9 %)

Tabelle 16: Selbsterfahrung und Supervision bei allen Befragten sowie den Berufsgruppen (Mehrfachnennungen waren möglich)

Supervision

Die Angaben an der Selbsterfahrung, die gemacht wurde und zur Teilnahme an Supervision sind in Tabelle 16 dargestellt. Als statistisch signifikant konnten hier Unterschiede zwischen Mediznern und Psychologen klassifiziert werden. Mediziner nahmen statistisch nachweisbar seltener an Einzelselbsterfahrung ($p = 0,038$) und häufiger an Balintgruppen teil ($p < 0,0001$). Alle 52 Therapeuten nahmen an mindestens einer der aufgeführten Formen der Selbsterfahrung teil.

Eine Supervision nahmen zum Zeitpunkt des Interviews 73,1 % aller Therapeuten in Anspruch. Hier waren Mediziner mit 57,7 % Beteiligung gegenüber Psychologen mit 88,5 % Beteiligung statistisch nachweisbar unterrepräsentiert ($p = 0,027$).

Bei den Befragten ohne regelmäßige Supervision wurde der Gesundheitsscore im Durchschnitt zu $8,0 \pm 1,6$ Punkten berechnet, diejenigen mit regelmäßiger Supervision wiesen dagegen einen Gesundheitsscore von durchschnittlich $8,1 \pm 1,7$ Punkten auf ($p = 0,99$).

SF-36 Fragebogen zur Gesundheit

Die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität der Befragten wurde mit Hilfe des *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand* (Bullinger & Kirchberger 1998) ermittelt. Nachfolgend werden die Ergebnisse für die Stichproben der ärztlichen und der psychologischen Psychotherapeuten dargestellt und mit den Altersnormwerten nach Bullinger & Kirchberger (1998) verglichen. Ebenso werden die Kindertherapeuten mit den Erwachsenentherapeuten verglichen. Da die untersuchte Gruppe insgesamt und in ihren Untergruppen recht klein ist, beschränkt sich die Ergebnisdarstellung auf eine deskriptive Darstellung.

In der Tabelle 17 werden die *SF-36*- Skalenmittelwerte der Stichprobe der Mediziner (n=26), die im Durchschnitt 51,6 Jahre alt waren, im Vergleich zur Altersnorm der 51-60 Jährigern dargestellt.

		Mediziner	Altersnorm (51-60 J.)	Differenz
Körperliche Funktionsfähigkeit	KF	92,12	83,71	8,41
Körperliche Rollenfunktion	KR	94,23	80,59	13,64
Körperliche Schmerzen	KS	82,96	72,73	10,23
Allg. Gesundheitswahrnehmung	AG	65,96	61,03	4,93
Vitalität	VT	56,92	61,21	-4,29
Soziale Funktionsfähigkeit	SF	82,21	86,81	-4,60
Emotionale Rollenfunktion	ER	84,62	88,89	-4,27
Psychisches Wohlbefinden	PW	71,08	72,44	-1,36

Tabelle 17: *SF-36* Skalenmittelwerte Mediziner im Vergleich zur Altersnorm

Wie in Abbildung 7 dargestellt, haben die ärztlichen Psychotherapeuten in den drei Skalen, die als beste Indikatoren für die Körperliche Gesundheit gelten (Becker 2000, Bullinger et al. 2003), nämlich *Körperliche Funktionsfähigkeit (KF)*, *Körperliche Rollenfunktion (KR)* und *Körperliche Schmerzen (KS)* deutlich bessere Werte erreicht als die Altersnormstichprobe. Besonders in den Skalen *Körperliche Rollenfunktion (KR)* (M=94,23 vs. Norm M=80,59) und *Körperliche Schmerzen (KS)* (M=82,96 vs. Norm M=72,73) fallen die Unterschiede sehr deutlich aus. Demgegenüber sind die Werte in den beiden Skalen, die am besten die Psychische Gesundheit anzeigen (Becker 2000, Bullinger et al. 2003) im Vergleich zur Altersnorm schlechter. Besonders bei der *Emotionalen Rollenfunktion (ER)* (M=84,62 vs. Norm M=88,89) weicht der Mittelwert deutlich vom Altersnormwert ab, wohingegen der Unterschied

beim *Psychischen Wohlbefinden (PW)* geringer ausfällt ($M=71,08$ vs. Norm $M=72,44$). Zwei der drei weiteren Skalen *Soziale Funktionsfähigkeit (SF)*, *Vitalität (VT)* und *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AG)*, die sowohl die Körperliche als auch die Psychische Gesundheit erfassen (Becker 2000, Bullinger et al. 2003), zeigen ebenfalls schlechtere Mittelwerte für die Stichprobe der Mediziner, nämlich die *Vitalität (VT)* ($M=56,92$ vs. Norm $M=61,21$) und die *Soziale Funktionsfähigkeit (SF)* ($M=82,21$ vs. Norm $M=86,81$).

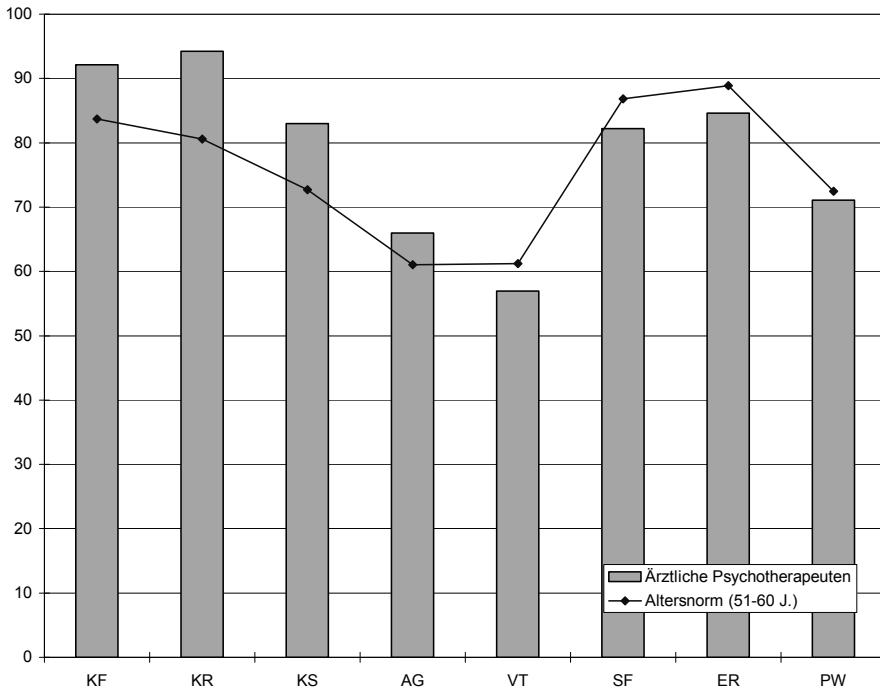


Abbildung 7: *SF-36* Skalenmittelwerte der Mediziner im Vergleich zur Altersnorm

Die *SF-36* Skalenmittelwerte der 26 Psychologen sind in Tabelle 18 dargestellt. Da sie im Durchschnitt 49,1 Jahre alt waren, werden ihre Skalenwerte mit denen der Altersnormgruppe der 41-50 Jährigen verglichen.

		Psychologen	Altersnorm (41-50 J.)	Differenz
Körperliche Funktionsfähigkeit	KF	93,65	88,95	4,70
Körperliche Rollenfunktion	KR	84,62	87,49	-2,87
Körperliche Schmerzen	KS	79,96	78,90	1,06
Allg. Gesundheitswahrnehmung	AG	67,92	68,00	-0,08
Vitalität	VT	56,54	64,13	-7,59
Soziale Funktionsfähigkeit	SF	82,21	89,36	-7,15
Emotionale Rollenfunktion	ER	84,62	91,51	-6,89
Psychisches Wohlbefinden	PW	73,62	73,66	-0,04

Tabelle 18: SF-36 Skalenmittelwerte der Psychologen im Vergleich zur Altersnorm

Es zeigt sich, dass die *SF-36* Skalenwerte der Psychologen im Vergleich zur entsprechenden Altersnormstichprobe in den drei Skalen, die die körperliche Gesundheit am besten repräsentieren, mildere Differenzen aufweisen als die Mediziner, aber ebenso auch bessere Skalenwerte als die verglichene Altersnorm. Besonders im Bereich der *Körperlichen Funktionsfähigkeit (KF)* ($M=93,65$ vs. Norm $M=88,95$) und bei *Körperliche Schmerzen (KS)* ($M=79,96$ vs. Norm $M=78,90$) zeigt sich ein besserer Wert im Vergleich zur Altersnorm, jedoch bei der *Körperlichen Rollenfunktion* hingegen ein schlechterer Wert. Die *SF-36* Skalenwerte, die besonders als Indikatoren für die Psychische Gesundheit gelten, weisen ebenfalls geringere Werte als die Altersnormstichprobe auf. Bei der *Emotionalen Rollenfunktion (ER)* schneiden die psychologischen Psychotherapeuten schlechter ab ($M=84,62$ vs. Norm $M=91,51$), aber in der Skala *Psychisches Wohlbefinden (PW)* findet sich ein nur leicht geringerer Wert im Vergleich zur Altersnorm ($M=73,62$ vs. Norm $M=73,66$). Den deutlichsten negativen Unterschied zur Altersnormgruppe zeigt sich in der Skala *Vitalität (VT)*, die gemäß Becker (2000) und Bullinger et al. (2003) sowohl ein Indikator für Psychische als auch Körperliche Gesundheit darstellt. Hier weisen die Psychologen einen Skalenwert von 56,54 auf, die Altersnormstichprobe einen von 64,13. Der direkte Vergleich zum Mittelwert der Mediziner zeigt fast identische Werte. Die Abbildung 8 zeigt den Vergleich der *SF-36* Skalenmittelwerte der Psychologen und der Altersnormstichprobe der 41-50 Jährigen.

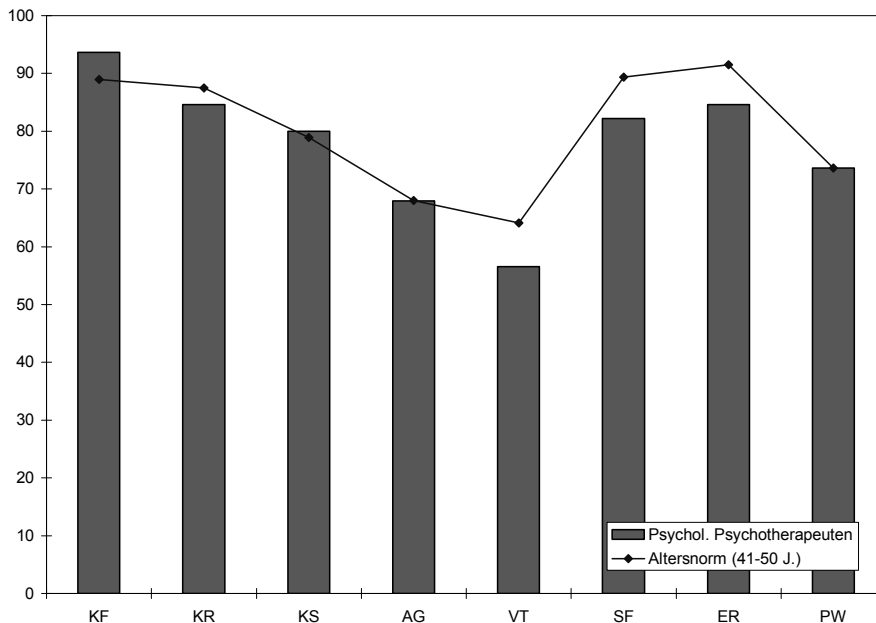


Abbildung 8: *SF-36* Skalenmittelwerte der Psychologen im Vergleich zur Altersnorm

Beiden Psychotherapeutengruppen ist gemeinsam, dass sie im Bereich der Körperlichen Gesundheit teilweise bessere Mittelwerte erreichen als ihre Altersnormgruppe, wobei die Psychologen sich selber schlechter einschätzen. Besonders aber in einer der Skalen, die als Indikator für die Psychische Gesundheit gilt, die *Emotionale Rollenfunktion (ER)*, weisen beide Psychotherapeutenstichproben geringere Mittelwerte auf als die Altersnormstichproben. Begreift man darüber hinaus die Skalen *Vitalität (VT)* und *Soziale Funktionsfähigkeit (SF)* als wichtige Indikatoren für ein umfassendes Gesundheitsgefühl in beiden Bereichen, so zeigt sich, dass hierbei beide Psychotherapeutengruppen deutlich negativ von den jeweiligen Altersnormstichproben abweichen. Anhand der *SF-36* Skalenwerte kann also von momentanen gesundheitlichen Einschränkungen besonders im Bereich der psychischen Gesundheit für beide Psychotherapeutenstichproben ausgegangen werden.

Vergleicht man beide Psychotherapeutengruppen direkt miteinander, ohne sich auf die entsprechenden Altersnormen zu beziehen, so wird insgesamt deutlich, dass die Mediziner besonders in der Skala *Körperliche Rollenfunktion (KR)* und in der Skala *Körperliche Schmerzen (KS)* bessere Werte aufweisen als die Psychologen. In den übrigen *SF-36* Skalen erzielen die Psycholo-

gen gleich gute oder bessere Werte als die ärztlichen Kollegen, besonders in der Skala *Psychisches Wohlbefinden (PW)*.

Die *SF-36* Skalenwerte der 20 Kindertherapeuten sind in Tabelle 1919 dargestellt. Sie werden mit der zu ihnen passenden Altersnormgruppe der 41-50 Jährigen verglichen, da sie durchschnittlich 48,9 Jahre alt sind.

		Kindertherapeuten	Altersnorm (41-50 J.)	Differenz
Körperliche Funktionsfähigkeit	KF	91,50	88,95	2,55
Körperliche Rollenfunktion	KR	83,75	87,49	-3,74
Körperliche Schmerzen	KS	75,70	78,90	-3,20
All. Gesundheitswahrnehmung	AG	64,10	68,00	-3,90
Vitalität	VT	55,75	64,13	-8,38
Soziale Funktionsfähigkeit	SF	78,13	89,36	-11,23
Emotionale Rollenfunktion	ER	75,00	91,51	-16,51
Psychisches Wohlbefinden	PW	69,80	73,66	-3,86

Tabelle 19: *SF-36* Skalenwerte der Kindertherapeuten im Vergleich zur Altersnorm

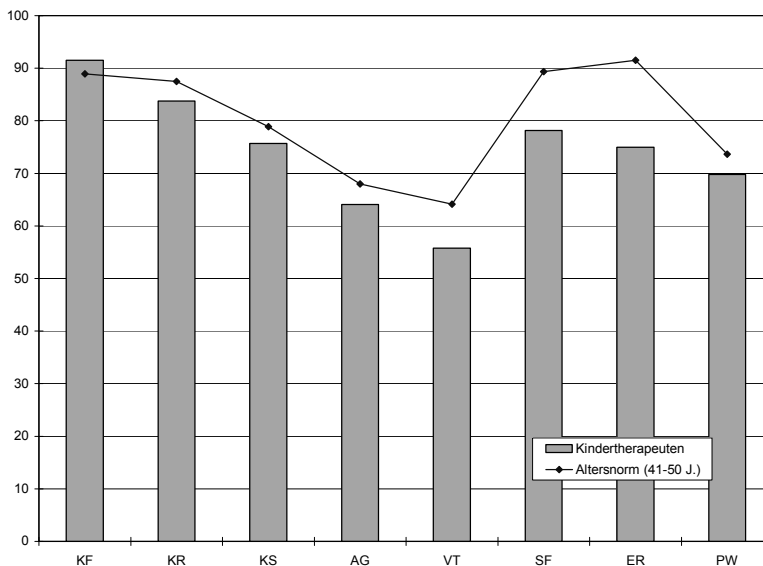


Abbildung 9: *SF-36* Skalenwerte der Kindertherapeuten im Vergleich zur Altersnorm. Verglichen mit ihrer Altersnormgruppe erreichen die Kindertherapeuten außer in der Skala *Körperliche Funktionsfähigkeit (KF)* geringere oder deutlich geringere Werte. Besonders in den Skalen, die die psychische und soziale Gesundheit repräsentieren (*Soziale Funktionsfähigkeit SF* und *Emotionale Rollenfunktion ER*) fallen die Werte sehr schlecht aus.

Die entsprechenden *SF-36* Skalenwerte der 32 Erwachsenentherapeuten zeigt Tabelle 20. Da sie im Durchschnitt 51,3 Jahre alt sind, werden sie mit der Altersnormgruppe der 51-60 Jährigen verglichen.

		Erwachsenen- therapeuten	Altersnorm (51-60 J.)	Differenz
Körperliche Funktionsfähigkeit	KF	93,75	83,71	10,04
Körperliche Rollenfunktion	KR	92,97	80,59	12,38
Körperliche Schmerzen	KS	85,06	72,73	12,33
Allg. Gesundheitswahrnehmung	AG	68,72	61,03	7,69
Vitalität	VT	57,34	61,21	-3,87
Soziale Funktionsfähigkeit	SF	84,77	86,81	-2,04
Emotionale Rollenfunktion	ER	90,63	88,89	1,74
Psychisches Wohlbefinden	PW	73,94	72,44	1,50

Tabelle 20: *SF-36* Skalenwerte der Erwachsenentherapeuten im Vergleich zur Altersnorm

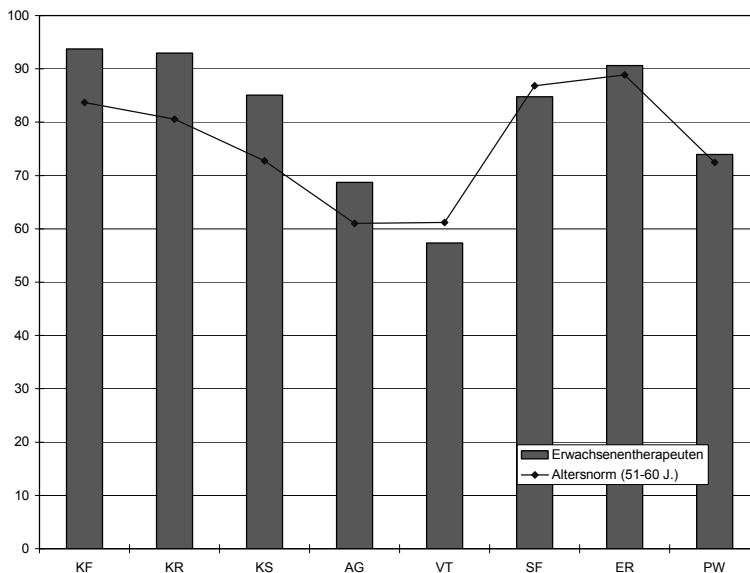


Abbildung 10: *SF-36* Skalenwerte der Erwachsenentherapeuten im Vergleich zur Altersnorm

Der direkte Vergleich mit der Altersnorm (Abbildung 10) lässt die Erwachsenentherapeuten besonders im Bereich der körperlichen Gesundheit sehr positiv abschneiden. Ihre Werte liegen hierbei deutlich höher als die der Altersnorm. Anders hingegen bei den Skalenwerten, die die Psychische Gesundheit erfassen. Die Skalen *Vitalität* (VT) und *Soziale Funktionsfähigkeit* (SF) als

wichtige Indikatoren für ein umfassendes Gesundheitsgefühl in den Bereichen Körperlich und Psychische Gesundheit fallen schlechter aus als bei der Altersnormgruppe, wohingegen die beiden übrigen Skalen, die besonders gut die Psychische Gesundheit messen, besser ausfallen.

Werden die Werte der Kindertherapeuten mit denen der Erwachsenentherapeuten direkt verglichen, unabhängig vom Bezug zur jeweiligen Altersnormgruppe, zeigen sich in allen Skalen bei den Erwachsenentherapeuten bessere Werte als bei den Kindertherapeuten. Besonders krass mit einer Differenz von 15,63 ist dies bei der Skala *Emotionale Rollenfunktion (ER)*. Bei den Skalen *Körperliche Rollenfunktion (KR)* und *Körperliche Schmerzen (KS)* fallen die Unterschiede ebenfalls recht deutlich aus.

Diskussion

Überlegungen zur Auswahl der Stichproben und Methode

Die Auswahl der Stichproben fand gezielt nach folgenden Kriterien statt: es sollten paritätisch gleich viele Ärzte wie Psychologen und Frauen wie Männer jeweils in der untersuchten Erwachsenen- und Kindertherapeutengruppe vertreten sein. Dem entsprechend wurde das Verzeichnis der KV Nordrhein für den Raum Köln durchgesehen und die einzelnen Interviewpartner gesucht.

Insofern ist die Stichprobe nicht repräsentativ in Bezug auf die Geschlechterverteilung und die Relation Erwachsenentherapeuten zu Kindertherapeuten des KV-Bereiches Nordrhein. So sind hier zum 31. Dezember 2005 von den 1773 zugelassenen psychologischen Psychotherapeuten 1173 weiblich (entspricht 66,15 %), bei den 205 zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 169 (entspricht 82,44 %), die Relation Erwachsenen zu Kindertherapeuten beträgt somit 8,65 zu 1. Bei den ärztlichen Psychotherapeuten in Nordrhein liegt der Anteil bei 71,57 % weiblichen Vertragsärzten (KBV 2006). Der Anteil der als Vertragsärzte niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie liegt im Vergleich zur gesamten Zahl von Ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und anderen psychotherapeutisch tätigen Ärzten in Nordrhein bei ca. 18,1 %, von ihnen sind 55,5 % weiblich (KBV 2007). Der Anteil der Frauen an der Allgemeinbevölkerung beträgt 51,06 % (Statistisches Bundesamt 2006).

Die Interviewanfrage erfolgte durchweg telefonisch. Diese Art der persönlichen Kontaktaufnahme mag entschieden dazu beigetragen haben, dass die Bereitschaft, an dem Interview teilzunehmen, so groß war. Alle angesprochenen Kollegen äußerten großes Interesse an der Fragestellung, fühlten sich teilweise besonders thematisch oder sogar persönlich angesprochen und bemühten sich sehr um zeitnahe Termingestaltung. Die hohe Zusagequote von 88,14 % zum Interview ist, neben dem Interesse am Thema, sicher darüber hinaus auch dem Umstand zuzuschreiben, dass die Ärzte und Psychologen sich als Kollegen persönlich angesprochen fühlten und hilfreich sein wollten und die Autorin, die sie vom Namen her auch teilweise kannten, unterstützen wollten. Bei dieser Art des Vorgehens muss das Problem der Selektionsfehler bei der Stichprobenrekrutierung angesprochen werden. Die teilnehmenden Interviewpartner, die vorher über Art und auch Dauer der Befragung ausführlich informiert wurden, sind möglicherweise im Vergleich zur Gesamtbevölkerung besonders pflichtbewusst, haben eine hohe Erwartung an sich selber, grenzen sich weniger ab und könnten deshalb über eine schlechtere gesundheitliche Verfassung, weniger effektive Bewältigungsstrategien oder geringere Selbstfürsorge verfügen.

Die Gesamtstichprobe der Kindertherapeuten, denen ja gemeinsam ist, mit Kindern und den anhängenden Systemen zu arbeiten, vom fachlichen Standpunkt her inhomogen, da in ihr sowohl Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch mehrheitlich analytische (nur ein verhaltenstherapeutischer) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten subsumiert sind, die unterschiedlich ausgebildet sind und die in ihren Praxen inhaltlich und organisatorisch recht unterschiedlich arbeiten. Insofern hat die vorgelegte Untersuchung einen ausgesprochenen explorativen Charakter und kann keine verallgemeinerbaren Ergebnisse liefern, sondern vielleicht Tendenzen aufzeigen und damit eher eine Anregung für weitere gezielte Untersuchungen zu einzelnen Fragestellungen sein.

Mit dem hier benutzten *Interviewleitfaden* wurden die Probanden in einem persönlichen Interview befragt und das Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet. Dieses Vorgehen birgt Vorteile, aber auch Nachteile. So kann sich der Proband durch die Art der persönlichen Kontaktgestaltung und die offenen Fragen eher ermuntert fühlen, viel von sich zu erzählen. Andererseits aber auch mag er sich verführt fühlen, gerade bei heiklen Fragen eher im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu antworten. Besonders die Fragen nach den Rauch- und Trinkgewohnheiten oder dem praktizierten Bewältigungsverhalten

ten, was ja auch passiven Konsum oder sozialen Rückzug und Erschöpfung beinhalten würde, aber selbst auch nach der Arbeitszeit oder der Menge an körperlicher Betätigung können davon betroffen sein. Das würde dann dazu führen, dass die Probanden ein besseres oder optimistischeres Bild von sich zeichnen, als es tatsächlich ist, dass es ihnen also in Wirklichkeit schlechter geht, als sie sagen. Besonders, da das Interview dann auch noch von einer Fachkollegin durchgeführt wird, mag es zu solchen Effekten kommen (Wilke 2006). Beide, Interviewer und Interviewte, verfügen über das entsprechende Fachwissen, insbesondere auch über die Notwendigkeit und die verschiedenen Möglichkeiten von psychohygienischen Maßnahmen, kennen aber auch aus persönlicher Erfahrung oder zumindest durch die Arbeit mit ihren Patienten die Hürden bei der Umsetzung vom Wissen zum Tun.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass der benutzte Interviewleitfaden ein exploratives Instrument ist und dass besonders die neu entwickelten hinzugefügten Fragen noch nicht über allgemeingültige testtheoretische Gütekriterien verfügen. Er bietet dennoch durch die offene Frageform für diese Art der Studie mit ihrem qualitativen Aspekt einen guten umfassenden Einblick in die persönlichen Belange und Einstellungen der Befragten, die sich individuell und ausführlich äußern konnten.

Diskussion zu beruflicher Situation und Bewältigungsverhalten

Selbsteinschätzung der beruflichen Belastung

Von den befragten Psychotherapeuten arbeitete der überwiegende Teil in einer Einzelpraxis mit Hilfe ihres Anrufbeantworters, wobei der Anteil bei den Psychologen etwas höher lag als bei den Medizinerinnen. Es wird bei der entsprechenden Frage nicht danach differenziert, wie sich die genannte Gesamtarbeitszeit aufteilen lässt, die Art der Praxisführung als Einzelbestellpraxis lässt jedoch vermuten, dass neben der originären psychotherapeutischen Arbeit mit den Patienten im Stundenrhythmus auch Arbeitszeit erbracht wird für Anmeldung, Telefonate, Schreibarbeiten, Buchhaltung etc. (Bowe 1999). Mehr Mediziner nutzten die Unterstützung durch Sprechstundenhilfen, bei ihnen lag auch die wöchentliche Arbeitszeit teilweise deutlich höher und sie arbeiteten teilweise nicht nur rein psychotherapeutisch. In einer Gemeinschaftspraxis war nur ein kleiner Anteil der Therapeuten tätig, womit der entlastende Effekt, den Rottenfußler (1999) in dieser Praxisform sieht, wenig genutzt wird.

Die wöchentliche Arbeitszeit wurde im Durchschnitt von beiden Berufsgruppen ähnlich hoch angegeben. Hypothese 1 ist somit bestätigt worden.

Obwohl beide Berufsgruppen nahezu ähnliche Wochenarbeitsstunden angeben, ist ein Unterschied im Gefühl, bei der Arbeit unter Zeitdruck zu stehen, festzustellen. Die Mediziner äußerten dieses Gefühl häufiger als die Psychologen und der Anteil bei den Erwachsenentherapeuten war etwas höher als bei den Kindertherapeuten. Hypothese 2 konnte so allgemein also nicht bestätigt werden.

Demgegenüber steht der höhere Anteil bei den Medizinerinnen mit administrativen Mitarbeitern, die Entlastung bringen für Organisations- und Büroarbeiten. Anders als in der Untersuchung von Bowe (1999) ist hier anzumerken, dass in der vorliegenden Arbeit ein Teil der befragten Mediziner nicht nur reine Richtlinienpsychotherapie betreibt, bei der sich die maximale Patientenzahl pro Tag natürlicherweise limitiert, sondern im Rahmen ihrer Tätigkeit beispielsweise als Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eine größere Zahl an Patienten gemäß ihres medizinischen Versorgungsauftrages jenseits des 50-Minuten-Rasters einer Psychotherapiesitzung sieht, was die Patientenfrequenz und die Arbeitszeit erhöht und damit das Gefühl von empfundenem Zeitdruck steigern mag. Dabei fallen dann zwar weniger Psychotherapieanträge an als bei den reinen Richtlinientherapeuten, aber man muss sich in kürzeren Abständen immer wieder auf andere Patienten und deren Anliegen einstellen und der organisatorische und administrative Aufwand ist höher, besonders wenn dafür keine Sprechstundenhilfe zur Verfügung steht. Darüber hinaus lässt sich spekulieren, ob die Mediziner nicht wegen der idealtypischen Rollenerwartung, die man an den Arzt immer noch heranträgt und ihrer berufsspezifischen an sich selbst gestellten Erwartung aufgrund von Erfahrungen im Studium und in den Kliniken eher für den Druck empfänglich sind, der durch die Patienten und die Schwere der Symptomatik ausgeht (Fengler 1997) und deshalb leichter unter Zeitdruck geraten und sich weniger gut abgrenzen.

Der Unterschied in der Art der Tätigkeit in sitzend oder nicht überwiegend sitzend ist augenfällig zu Gunsten der Kindertherapeuten ausgefallen und es bestätigt sich die besondere „Beweglichkeit“, die Kindertherapeuten haben sollten (Lehmhaus-Wachtler 2001). In der Zeitmenge, die die Kindertherapeuten für körperliche Aktivität insgesamt aufwenden, schlägt sich dieses Mehr ebenfalls geringfügig nieder.

Einschätzung der Bewältigungsstrategien

Wenngleich es einen Unterschied im empfundenen Gefühl von Zeitdruck gibt, so äußerten beide Berufsgruppen, genug Zeit allgemein für Entspannung zu haben und auch eine ähnlich hohe Fähigkeit, sich entspannen zu können. Die Kindertherapeuten gaben sogar in recht hoher Prozentzahl an, ausreichend Zeit für Entspannung zu haben. Zeitdruck als solcher muss also nicht zwangsläufig zur Reduktion des Gefühls von Entspannungsfähigkeit führen. Möglicherweise führt schon das Gefühl, sich gut entspannen zu können, zu einem subjektivem Gefühl, dafür auch ausreichend genug Zeit gehabt zu haben im Sinne von Banduras Kompetenzerwartung (Schwarzer 1996) und analog zu der Feststellung von Raquepaw & Miller (1989), dass die Zufriedenheit der Therapeuten mit ihrer Fallzahl entscheidender für das Burnoutlevel war als die Fallzahl als solche.

Insgesamt nutzten alle befragten Psychotherapeuten die bewährten und empfohlenen Methoden, um sich zu entspannen oder Abstand von ihrer Tätigkeit zu bekommen und somit ein Burnout-Syndrom zu verhindern, wobei Praktizieren von Entspannungstechniken und körperliche Aktivität wenig oft und passiver Rückzug, Fernsehkonsum oder gar Alkohol kaum bzw. gar nicht genannt wurden. Inwieweit dies dem oben bereits erwähnten Effekt der Reaktion im Sinne der sozialen Erwünschtheit zuzuschreiben ist, bleibt zu vermuten. Interessant sind die Unterschiede in den gewählten Möglichkeiten zur Distanzierung bei den jeweiligen Psychotherapeutengruppen.

Während die Mediziner signifikant häufiger ‚Berufsferne Aktivitäten‘ wie Familie, Freunde, Sport und Kultur nutzten, suchten die Psychologen mehr Entlastung in berufsbezogener Hilfe wie beispielsweise Supervision oder gaben an, von ihrer beruflichen Erfahrung zu profitieren. Die Antworten auf die Frage, was bei dem Gewinnen von Abstand von der belastenden Arbeit hilft, korrespondieren auch mit der Beantwortung der Frage nach der derzeitigen Teilnahme an Supervision. Auch hier waren die Mediziner statistisch signifikant unterrepräsentiert gegenüber den Psychologen, die deutlich mehr an welcher Art von Supervision auch immer teilnahmen. Hypothese 11 zeigt sich in diesem Punkt also nicht bestätigt.

Möglicherweise zeigt sich hier ein Effekt, der durch die unterschiedliche Sozialisation in den Grundberufen erklärbar ist. Das Mehr an psychologischem Wissen (Holm-Hadulla 1997) bei den Psychologen mag dazu genutzt werden, sich mehr denkend und fühlend mit Problemen auseinander zu setzen, wohingegen die Mediziner eher gewohnt sind, Probleme effizient und aktiv han-

delnd zu lösen oder sie auszuhalten oder über sie hinwegzusehen, wenn sie nicht lösbar sind (Willi 1986). Außerdem erliegen die Mediziner, auch durch das systematische Trainieren von Selbstbeherrschung (Mäulen 2007) möglicherweise mehr einem hohen Ideal und Selbstverständnis, das besagt, Belastungen nicht zu kommunizieren, sich keine Blöße zu geben (Wilke 2006) und neigen zum Rationalisieren (Willi 1986). Folglich mögen sie deshalb einen entsprechenden Austausch mit Kollegen im Rahmen von Supervision und den emotionalen Zugang zu sich und den Patienten meiden. Vom berufsethischen Aspekt und im Sinne der Qualitätssicherung ist diese Abstinenz der Mediziner durchaus kritisch zu betrachten (Fengler 1992, Burisch 1994, Rottenfußler 1999, Willutzki et al. 2006).

Der Unterschied zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten bei der Nutzung von Distanzierungs- und Bewältigungsstrategien ist in einigen Punkten signifikant oder wenigstens deutlich nachweisbar ausgeprägt. So nutzten die Kindertherapeuten deutlich mehr die soziale Unterstützung durch Familie und Freunde und häufiger Supervision und kulturelle Aktivitäten als es die Erwachsenentherapeuten tun. Bezogen auf die Supervision wäre somit die Hypothese 12 qualitativ bestätigt.

Offensichtlich nutzen die Kindertherapeuten selber sehr gut die sozialen Unterstützersysteme (Elsaesser 1981, Burisch 1994, Fengler 1997, Wendel 2003), die auch in den Therapien mit ihren Patienten wichtig sind wie beispielsweise Familie oder Freunde, aber auch andere Hilfen. Obgleich sowohl Kinder- als auch Erwachsenentherapeuten fast gleich häufig mit Partnern leben und selber Kinder haben, gaben die Erwachsenentherapeuten diese Quelle zur Bewältigung der beruflichen Belastung weniger an. Warum das so ist, lässt sich nur spekulieren. Vielleicht liegt es an der besonderen Begabung oder Neigung (Lehmhaus-Wachtler 2001), die die Kindertherapeuten haben und die zu einer lebendigen Emotionalität auch im persönlichen Bereich führt und zur besseren Fähigkeit, dem Wunsch nach Regression Ausdruck zu verleihen. Oder die aktualisierten Gefühle und Betroffenheiten (siehe bei Wintsch 1998) und die um ein Kind herum bestehenden problematischen Systeme (Schmidtchen 1991, Esser 2003, Zimprich 2004) machen mehr bedürftig nach Normalität und man sucht dann einen Ausgleich in der eigenen, einigermaßen gesunden Familie oder im Freundeskreis oder nutzt häufiger räumlichen oder zeitlichen Abstand. Möglicherweise haben die Kindertherapeuten sich auch etwas mehr

die Fähigkeit erhalten, die ihren Patienten eigen ist, nämlich nach Hilfe zu fragen (Olness & Kohen 2001), was dann auch eine Erklärung für die höhere Supervisionsrate sein könnte.

Der überwiegende Teil der befragten Therapeuten gaben an, dass sie am Anfang ihrer Berufstätigkeit mehr Schwierigkeiten hatten, Probleme aus der Arbeit zu bewältigen und sich zu distanzieren. Sie schätzen damit ihre Entwicklung in Übereinstimmung mit Willutzki et al. (1997, 2006) als positiv ein und es kann sicher ein Zuwachs an Kompetenzen abgeleitet werden sowohl was die therapeutischen Fertigkeiten als auch die Umsetzung von Distanzierungsmaßnahmen angeht, womit rein subjektiv eine Zunahme an Bewältigungshandlungen zur Verfügung steht, was die Beurteilung der Fähigkeit, die Anforderung bewältigen zu können, steigen lässt (Bandura, bei Schwarzer 1996). Es zeigt sich hiermit dann der Effekt wie von Ecker et al. (2000) und Lichtenberger (2006) beschrieben, dass sich mit zunehmender Berufserfahrung angesichts der realen Belastung auch eine bessere Selbstfürsorge entwickelt.

Diskussion zum Zusammenhang von Gesundheitsverhalten und Patientenempfehlung

Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten

Alle befragten Psychotherapeuten hatten recht klare Vorstellungen davon, was für sie Gesundheit bedeutet und was man dafür tun muss und lagen mit ihren eigenen persönlichen Gesundheitskonzepten im Trend der in der Literatur beschriebenen Expertenmodelle und subjektiven Konzepte (Belz-Merk 1995, Schwartz et al. 2003, Siegrist 2003, Becker 2006). Auch bei den Auswirkungen von allgemeiner körperlicher Aktivität oder Sport auf die Befindlichkeit gaben die Psychotherapeuten die in der Fachliteratur genannten gesundheitsförderlichen Aspekte an, wobei sowohl die physischen als auch psychischen Effekte genannt werden. Es ist demnach zu vermuten, dass alle Befragten zu diesen Themen mit ihrem Wissen auf dem aktuellen Stand der Kenntnisse sind. Hypothese 3 kann als bestätigt angesehen werden.

Während alle Psychotherapeuten also über das entsprechende Wissen verfügen, setzten sie dennoch nicht alles davon in die Tat um. Dabei ließ sich zwischen den Medizinerinnen und Psychologen oder zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten kein Unterschied feststellen.

So kann man durchaus das Körpergewicht der meisten Befragten als normal im Durchschnitt liegend (Pudel 2004) betrachten und die Ernährungsgewohnheiten wurden häufig als ausgewogen angegeben, wobei allerdings auch drei Psychotherapeuten (ein Mediziner und zwei Psychologen) einen BMI über 30 erreichten. Ebenso waren die meisten der Befragten Nichtraucher, womit sie deutlich besser abschnitten als die von Vetter (2004) untersuchten Psychotherapeuten. Auch mit der Art und Dauer des Schlafes waren die meisten zufrieden und entsprechen damit den Ergebnissen der Studie von Hessel et al. (2006) bzw. sie waren zufriedener als die von Vetter (2004) Befragten. Die Gesundheitsressourcen (Siegrist 2003), auch sichtbar an der Rate derjenigen, die an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, sind also recht gut.

Jedoch ist die Rate beim Alkoholkonsum recht hoch und überschreitet deutlich die Zahlen von Hessel et al. (2006) von denjenigen, die ganz auf Alkohol verzichten beziehungsweise von Reimer (2001) und Vetter (2004) über den häufigen und großen Alkoholkonsum. Dabei korreliert die Menge des Alkoholkonsums nicht mit der Einschätzung der eigenen Gesundheit, die insgesamt als recht zufrieden stellend erlebt wurde und mit dem Wissen über Alkohol als Suchtmittel. Auch gibt keiner der Befragten bei der entsprechenden Frage nach Bewältigungsstrategien Alkoholkonsum als Bewältigungs- oder Distanzierungsmittel an. Möglicherweise liegt die Alkoholmenge bei der untersuchten Stichprobe sogar tatsächlich noch höher, wenn man bei der Beantwortung die Reaktion im Sinne der sozialen Erwünschtheit berücksichtigt, die durch das persönliche Interview gefördert wird. Die Zahl derjenigen, die für sich selber darin einen gesundheitlichen Risikofaktor sahen, ist entsprechend relativ gering. Es scheint sich hier der Mangel an Bewusstsein und Verleugnen der Folgen von Alkoholkonsum zu zeigen, den Thoreson, Miller & Krauskopf (1989) für die kontrolliert Trinkenden postulieren und wie Bauer-Delto (2006) es beschreibt.

Die Menge der körperlichen Betätigung pro Woche wirkt zunächst relativ gering. Die Befragten liegen deutlich über dem Durchschnitt für sitzende berufliche Tätigkeit, die Bös & Woll 1994 herausfanden (Abele, Brehm & Pahmeier 1997). Jedoch im Vergleich zu den von Schindler-Marlow (2007) genannten Zahlen trieben sie mehr Sport als der Durchschnitt der Bürger Nordrhein-Westfalens, besonders diejenigen Sportarten wurden genannt, die zur Verringerung von Herz-Kreislaufisrisiken und Verbesserung der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit als förderlich angesehen werden (Bös & Brehm 2003) bzw. sie waren wöchentlich mehr Zeit körperlich aktiv, was auch zu

ihrer Angabe passt, dass körperliche Aktivität von ihnen als wichtig erachtet wurde, ähnlich wie von Vetter (2004) und Hessel et al. (2006) festgestellt. Hypothese 7 kann so also nicht bestätigt werden.

Bewertung des eigenen Verhaltens

Die befragten Psychotherapeuten zeigen also durchaus ein besonderes Bewusstsein für ihre Gesundheit und scheinen eine gewisse Achtsamkeit für sich zu haben (Hessel 2006), entsprechend ihres Wissens, welches Gesundheitsverhalten förderlich ist und schneiden in diesem Punkt besser ab, als die Untersuchten in den Studien, die Lehmann (2000) analysiert hat. Ihre Selbsteinschätzung im *SF-36* bezogen auf die körperliche Gesundheit zeigte auch, verglichen mit der Altersnorm, gute Werte. Dennoch zeigten sich gut die Hälfte der Befragten nicht zufrieden mit der Menge an körperlicher Betätigung und die meisten führten das auf Zeitmangel oder Bequemlichkeit zurück. Zu überlegen ist, ob hier das Wissen um das, was förderlich ist und getan werden könnte, den Anspruch an sich selbst nicht relativ zu hoch setzt, so dass also die Erwartung an sich selbst die Beurteilung des eigenen Tuns verschlechtert (Hessel et al. 2006). Entsprechend ihres theoretischen Wissens wurden dann von den mit sich selbst Unzufriedenen als Vorsätze zur Verbesserung Veränderungen bei der Frequenz und beim zeitlichen oder qualitativen Umfang angegeben.

Insgesamt ergibt sich für die untersuchte Stichprobe ein durchschnittlicher Wert für ihr Gesundheitsverhalten, zusammengefasst im Gesundheitsscore, der oberhalb des Mittelwertes von sechs Punkten liegt, ohne dass sich die Mediziner und Psychologen signifikant unterscheiden. Die meisten der Befragten haben eine über dem Durchschnitt liegenden Gesundheitsscore. Die Einschätzung der eigenen Gesundheit und ob ihr Lebensstil ihre Gesundheit fördere, zeigt ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Demzufolge ist es nicht verwunderlich, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen dem errechneten Gesundheitsscore und der Auffassung, dass der Lebensstil gesundheitlich förderlich ist, auch wenn sich keine Signifikanzen nachweisen lassen, ganz im Sinne von Bandura (siehe bei Schwarzer 1996) und es ist davon auszugehen, dass die Befragten durchaus ein Gesundheitsbewusstsein (Faltermaier 1994) und entsprechende Ressourcen (Siegrist 2003) haben, was sie dazu bringt, sich entsprechend zu verhalten, d.h. sie nutzen durchaus ihr Fachwissen für sich selber. Hypothesen 5 und 6 werden damit für die Gruppe der Mediziner und Psychologen bestätigt.

Interessant ist der Unterschied zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten in diesem Punkt, denn zwischen ihnen gibt es eine signifikante Abweichung zwischen der Einschätzung des Lebensstils und dem Gesundheitsscore. Die Erwachsenentherapeuten beurteilen einerseits tendenziell ihr Gesundheitsverhalten besser als die Kindertherapeuten und außerdem zeigt sich eine signifikant bessere Relation zwischen der Einschätzung des eigenen Lebensstils in Auswirkung auf die Gesundheit und dem tatsächlichen Gesundheitsverhalten, zusammengefasst im Gesundheitsscore. Obwohl sich die Kindertherapeuten also etwas mehr bewegten und ihre Tätigkeit signifikant weniger oft sitzend ausübten, gleich viel schliefen und etwas weniger Alkohol konsumierten und damit einen leicht besseren Gesundheitsscore erreichten, sich etwas seltener unter Zeitdruck fühlten und mehr Zeit für sich zu entspannen angaben, beurteilten sie ihre Gesundheit gemäß den WHO-Kriterien schlechter, ebenso ihr Ernährungsverhalten und kamen seltener zu dem Schluss, dass ihr Lebensstil ihre Gesundheit fördert. Der entsprechende Vergleich der Skalenwerte des *SF-36* spiegelt diese schlechtere Einschätzung der Kindertherapeuten im Vergleich zur Altersnorm wieder.

Es zeigt sich hier also bei den Kindertherapeuten ein ähnlicher Effekt, wie von Hessel et al. (2006) bezüglich der schlechteren Selbsteinschätzung bei Psychotherapeuten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung beschrieben. Möglicherweise hat diese schlechtere Einschätzung ihres Lebensstil etwas mit der postulierten emotional schwereren Arbeit mit den Kindern und deren Systemen zu tun, was aber so als solche nicht wahrgenommen wird, weil die Tätigkeit an sich eine hohe Befriedigung und Erfüllung bringt und der Zusammenhang zwischen Stress und Gesundheitsverhalten damit dann verleugnet wird (Heim 1992). Gleichzeitig sind die Kindertherapeuten vielleicht eine besondere Spezies von Psychotherapeuten, mit denen sich die spezifischen gesundheitsrelevanten Besonderheiten verknüpfen lassen, auf die Hessel et al. (2006) abheben, wenn sie von einer erhöhten Sensibilität und Bedürftigkeit sprechen. Die Kindertherapeuten wären damit dann auch wieder in der Falle der hohen Ansprüchlichkeit an sich selber (Wilke 2006), die nur schwer zu erfüllen ist. Die Folge davon kann eine depressive Reaktion sein, die man auch im Sinne eines beginnenden Burnout bewerten könnte, als emotionale Erschöpfung, die verhindert, zufrieden mit sich selbst zu sein (Fengler 1997, Willutzki et al. 1997).

Selbsteinschätzung der Gesundheit und Empfehlung an Patienten

Der überwiegende Teil der Befragten ermutigte ihre Patienten, sich körperlich zu betätigen und informierten sie über den Nutzen, den solches Verhalten hat. Ebenso selbstverständlich sahen sie dies als ihre Aufgabe an. Dabei macht der Grundberuf, also ob Arzt oder Psychologe, keinen wesentlichen signifikanten Unterschied, eher waren die Mediziner da etwas passiver als die Psychologen. Hypothese 4 wird damit bestätigt.

Die Frage, ob diejenigen, die besonders gesund sind auch mehr zu körperlicher Aktivität ermuntern, kann nur teilweise bejaht werden. So ist der Gesundheitsscore bei den Kindertherapeuten und der Gruppe der Psychologen höher bei denjenigen, die körperliche Aktivität empfehlen, sie geben also ihre positiven Erfahrungen authentisch weiter. Bei den Erwachsenentherapeuten gab es keinen Unterschied. Man kann davon ausgehen, dass die meisten das empfehlen, was sie selber kennen und praktizieren. Ausgerechnet aber die Mediziner mit einem guten Gesundheitsscore, die über die somatischen Zusammenhänge und die Auswirkungen auf die Psyche also besonders gut, auch aus persönlicher Erfahrung, Bescheid wissen, sind bei der Patientenempfehlung besonders zurückhaltend.

Es scheint so zu sein, als ob diejenigen von den Medizinerinnen, die dann in das ‚Psycholager‘ gewechselt sind, sich besonders abstinenter oder zurückhaltender mit körperlich betonten Empfehlungen an ihre Patienten verhalten. Vielleicht wissen sie aber auch durch ihre klinische Tätigkeit einfach mehr von den Schwierigkeiten, gesundheitsbezogene Ratschläge zu befolgen und gesetzte Vorsätze durchzuhalten (Schwarzer 1996) und empfehlen deshalb jetzt weniger solche Aktivitäten, zumal in einem psychotherapeutischen Setting.

Diskussion zum Zusammenhang zwischen Berufsbild und Gesundheitsverhalten

Beurteilung der Psychotherapieausbildung

Mehr als die Hälfte der Psychotherapeuten empfanden ihre Therapieausbildung als nur teilweise oder gar nicht hilfreich, sich auf die Belastungen des Berufes vorzubereiten. Dabei gab es zwischen Medizinerinnen und Psychologinnen keinen signifikanten Unterschied und diese Einschätzung stand auch in keinem Zusammenhang zu ihrem derzeitigen Gesundheitsscore. Der Vergleich zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten fällt dagegen recht deutlich aus. Die Kindertherapeuten merkten besonders kritisch an, dass sie ihre Psy-

chotherapieausbildung nicht hilfreich fanden, während bei den Erwachsenentherapeuten gut die Hälfte mit ihrer Ausbildung in diesem Punkt zufrieden war. Hypothese 8 kann als bestätigt angesehen werden.

Dass ein solch hoher Prozentsatz ihre Psychotherapieausbildung nicht als gute Vorbereitung auf die beruflichen Belastungen und auf Psychohygienemaßnahmen erachtete, muss sicher kritisch wahrgenommen werden. Die Kindertherapeuten zeigten sich dabei am meisten unzufrieden mit ihrer Psychotherapieausbildung, wobei es diese Kritik sowohl bei den ärztlichen als auch den psychologischen Kindertherapeuten gleichermaßen gab, diese also nicht abhängig vom Grundberuf war. Es lässt sich wiederum nur spekulieren, ob diese Einschätzung etwas mit der besonderen Art der Therapeutenpersönlichkeit im Sinne von Bedürftigkeit oder Sensibilität (Hessel e.al.2006) und auch der inhaltlich schwerer empfundenen Arbeit (Zullinger 1966, Bogyi 1997, Reinelt 1997) der Kindertherapeuten zu tun hat, dass da solch ein Gefühl von mangelnder Vorbereitung entstehen kann. Möglicherweise gelingt es den Erwachsenentherapeuten besser, sich sowohl gegenüber dem Ausbildungsinstitut als auch den Patienten abzugrenzen und mehr in eigenverantwortlichen Dimensionen zu denken. Ungeachtet aber dieses Unterschiedes zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten lässt sich sicher schließen, dass es an der Zeit ist, angesichts der zunehmenden Morbidität der Bevölkerung bei den psychischen Erkrankungen die Psychotherapeuten besser auf ihre Aufgabe vorzubereiten, auch im Sinne der Selbstfürsorge und Psychohygiene und das in die Lehrpläne mit aufzunehmen.

Zur Psychotherapieausbildung gehören auch Selbsterfahrung, Balintarbeit und Supervision. Bei der Bewertung, ob die Psychotherapieausbildung geholfen habe, differenzierten einige der Befragten, wie man den Zitate entnehmen kann, deutlich zwischen Selbsterfahrung und Supervision und kollegialem Austausch, die in unterschiedlichem Maß diesbezüglich als hilfreich angesehen wurden. Da diese Weiterbildungsanteile sehr von der subjektiven Einschätzung und Verfassung des Teilnehmers einerseits und der persönlichen Art und Qualifikation des Ausbildungsleiters andererseits abhängig sind, mehrere Faktoren also bei solch einer Bewertung zusammenkommen, kann das hier an der Stelle nur als qualitatives Ergebnis dargestellt werden. Im Sinne der Qualitätssicherung wäre es sicher sinnvoll, diese Ausbildungsbereiche zu überprüfen und Standards festzuschreiben.

Die im Ergebnisteil in Bezug auf die Balintgruppe nachgewiesene statistische Signifikanz bei den Medizинern muss als Artefakt der Ausbildungsrichtlinien angesehen werden. In den Weiterbildungsrichtlinien der Ärzte ist die Teilnahme an einer Balintgruppe explizit in einer bestimmten Stundenzahl gefordert, so dass es eher auffällig gewesen wäre, wenn die Mediziner diese nicht angegeben hätten. Diejenigen, die sie nicht erwähnt haben, mögen die Balintgruppe bei der entsprechenden Frage nicht im Sinne von Selbsterfahrung gewertet haben. Die Ausbildungsrichtlinien bei den Psychologen sehen etwas anders aus, je nach Institut, dem sie sich angeschlossen haben. Die Einzelselbsterfahrung ist hier jedoch mehr gefordert als bei den Medizинern. Diese können, müssen aber keine Einzelselbsterfahrung machen; Pflicht ist eine Gruppenselbsterfahrung (Bundesärztekammer 2006). Festzustellen ist, dass alle Befragten eine Form der Selbsterfahrung gemacht haben, deren Bewertung hier jedoch nicht Thema ist.

In diesem Zusammenhang wurden die Psychotherapeuten nach ihrer Einschätzung der Belastung der rein somatisch tätigen Ärzte gefragt und die Auswertung der Antworten legt nahe, dass sie sich diesen Ärzten gegenüber diesbezüglich im Vorteil sahen. Jedoch ist diese Frage nicht entsprechend der statistischen Gütekriterien validiert, so dass sich hier ein tendenzielles Meinungsbild zeigt, aber keine allgemeingültige Aussage getroffen werden kann. Für diese Art der Interpretation lässt sich die Hypothese 9 als bestätigt ansehen.

Auch wenn es sich hierbei nur um ein Meinungsbild handelt, so ist dennoch nicht von der Hand zu weisen, dass die Ärzte einer hohen Belastung ausgesetzt sind, die sie nicht selten in ein Burnout und inadäquate Kompensationsmechanismen führt (u.a. Willi 1986, Heim 1992, Reimer et al. 2001). Nützliche Psychohygienemaßnahmen wie Balintarbeit (Roth 1988, Elzer 2004), die durchaus diesbezüglich ja präventiven Charakter hat (Stern 1996), werden in den Kliniken noch zu wenig als selbstverständlich erachtet. Die so deutlich ausgefallene Einschätzung der Psychotherapeuten über ihre somatisch tätigen Kollegen zeigt andererseits aber auch das Konfliktfeld auf, worin sich die Unterschiedlichkeiten und Bewertungen zwischen den Berufsgruppen festmachen lassen und wo sich auch berufspolitische Meinungsverschiedenheiten zeigen: die Psychotherapeuten betonen hiermit in Abgrenzung zu den Ärzten denjenigen Bereich, den sie selber am besten können und werten sich damit selber auf. Sie machen ihre besondere Fähigkeit zum Maßstab für die Beurteilung von Belastungskriterien eines anderen Berufstandes. Möglicherweise

ist es aber z.B. für einen Chirurgen gar nicht hilfreich, psychodynamische Überlegungen anstellen zu können, weil er sonst seine technisch hoch anspruchsvolle Tätigkeit, die ihn vielleicht auch noch als solche sehr befriedigt, gar nicht mehr so gut ausüben könnte.

Berufsentscheidung und Wiederwahl des Berufes

Wenn man die Frage danach, ob man seinen Beruf wieder wählen würde als Indikator dafür nimmt, dass man eine recht hohe Arbeitszufriedenheit hat, so kann man davon ausgehen, dass die hier untersuchte Stichprobe doch recht zufrieden ist. Drei Viertel der Befragten insgesamt würden ihren Beruf wieder wählen, wobei die Mediziner ebenso wie die Kindertherapeuten dies häufiger täten als ihre Vergleichsgruppen der Psychologen oder Erwachsenentherapeuten. Eine Wechselwirkung mit der eigenen gesundheitlichen Verfassung besteht dabei nicht, ebenso stellt sich kein Zusammenhang mit der praktizierten Therapiemethode dar, wobei die Stichprobe zu klein ist, um signifikante Ergebnisse zu erhalten. Hypothese 10 kann also als bestätigt angesehen werden.

Das Ergebnis der Gesamtstichprobe liegt damit in einer ähnlichen Dimension wie das der Studie von Ackerley et al. (1988) und übertrifft etwas das Resultat von Vetter (2004). Man kann davon ausgehen, dass sich die Therapeuten ähnlich wie bei Willutzki et al. (1997, 2006) und Radeke & Mahoney (2000) mit ihrer Arbeit identifizierten, sie befriedigend fanden und positive Auswirkungen für sich spürten, auch wenn diese positive Einstellung zum Beruf sich in manchen Fällen erst entwickelte oder Krisen ausgesetzt war und dass die meisten von einer hohen intrinsischen Motivation geleitet sind (Vetter 2004). Dies kann in Übereinstimmung mit der Aussage gebracht werden, dass sich die Hälfte der Therapeuten bewusst für diesen Beruf und ob sie Kinder oder Erwachsene behandeln wollen, entschieden haben bzw. zu einem gewissen Anteil auch nie an eine andere Möglichkeit als die, die sie wählten, gedacht haben. Die überwiegende Zahl derjenigen, die sich bewusst für die Arbeit mit Kindern oder Erwachsenen entschieden hat, würde diesen Beruf auch wieder wählen. Es ist leicht vorstellbar, dass die Einstellung zu dem, was man tut, positiver ist, wenn man sich bewusst dafür entschieden hat.

Liest man die Zitate von denjenigen, die sich nicht wieder für diesen Beruf entscheiden würden, so sieht man häufiger eine Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen und nicht mit inhaltlichen Aspekten ihrer therapeutischen Arbeit. Die meisten fanden entweder die Ausbildung als solche in ihrer Lebensbilanz zu aufwändig oder die Einkommenssituation bzw. die Einge-

bundenheit in die KV als zu begrenzend oder belastend an, ähnlich wie von Dlugos & Friedlander (2001) und Willutzki et al. (1997) beschrieben. Zwar liegt der Gesundheitsscore bei den Therapeuten, die ihre Berufswahl so nicht mehr treffen würden, nicht signifikant niedriger als bei den anderen Therapeuten, aber unter präventiven Gesichtspunkten ist hier zu überlegen, ob diese Gruppe langfristig nicht etwas mehr von einem Burnout bedroht wäre, weil deren Bilanz gemäß dem SAR-Modell (Becker 2006) mit der Zeit negativer werden und sich zunehmend ein Gefühl einstellen könnte, dass sich das Bemühen dann nicht mehr auszahlt (Farber & Heifetz, bei Burisch 1994).

Einschätzung zur Arbeit mit Kindern oder Erwachsenen

Die Hälfte der Gesamtstichprobe der Befragten schätzte die Arbeit mit Kindern und deren Familien oder anderen Begleitsystemen als anstrengender ein als die Arbeit nur mit Erwachsenen, ebenso waren die Hälfte der Kinder- und der Erwachsenentherapeuten dieser Auffassung. Gemäß Antonovsky ist entscheidend für den Umgang mit Belastung die Grundhaltung dazu. Insofern ist hier aus der Sicht der Kindertherapeuten auf die Einschätzung ihrer Arbeit zu schauen. Auch wenn sie von der Hälfte von ihnen als schwerer eingeschätzt wird, so würde sich dennoch ein hoher Prozentsatz wieder für diesen Beruf entscheiden, d.h. die Einstellung zu ihrer Arbeit muss positiv sein trotz subjektiver Einschätzung der Schwierigkeit. Letztlich ist die Frage danach, ob sich aus der Art und dem unterschiedlichen Setting, in dem die einzelnen Therapeutengruppen arbeiten, ableiten lässt, ob die Arbeit mit Kindern leichte oder schwerer ist, nicht eindeutig in die eine oder andere Richtung zu beantworten. Auch findet sich kein Zusammenhang mit der gesundheitlichen Befindlichkeit.

Diskussion der Ergebnisse des SF-36 Fragebogens

Der *SF-36 Fragebogen zur Gesundheit* (Bullinger & Kirchberger 1998) wurde als psychometrisches Erhebungsinstrument zur subjektiven Einschätzung des psychischen, körperlichen und allgemeinen Wohlbefindens mittels eines normierten Messinstrumentes mitlaufen gelassen, steht aber hier nicht so im Mittelpunkt des Interesses wie die qualitativen Ergebnisse der Befragung. Die Daten aus dem *SF-36* der Gruppe der Mediziner und Psychologen bzw. der Kinder- und Erwachsenentherapeuten können mit der jeweiligen Altersnorm verglichen werden, die bereits 1998 normiert wurde und sind auch für einen Vergleich mit den übrigen Ergebnisse innerhalb der Forschungsgruppe gut verwendbar. Sie werden in dieser Arbeit nicht in direkten Zusammenhang gebracht mit den durch den *Interviewleitfaden* erhobenen Daten, indem die

Ergebnisse statistisch miteinander verrechnet würden. Im Interview werden eher Einstellungen und Verhaltensweisen abgefragt und nicht eine direkte Befindlichkeit, außer bei der Frage nach der Einschätzung des eigenen Wohlbefindens gemäß der WHO-Definition.

Beide Psychotherapeutenstichproben weisen in den Kernbereichen der Körperlichen Gesundheit bessere Mittelwerte auf als die jeweiligen Altersnormstichproben, wobei die Differenz bei den Medizinerinnen noch deutlicher ausfällt als bei den Psychologinnen. Hypothese 13 konnte so also nicht bestätigt werden.

Diese Abweichungen zwischen den Medizinerinnen und Psychologinnen mögen in dem Umstand begründet sein, dass die Medizinerinnen, die im Durchschnitt 51,6 Jahre alt waren, mit den Altersnormwerten der 51-60jährigen verglichen werden und die Psychologinnen, die durchschnittlich 49,1 Jahre alt waren, mit der Altersnormgruppe der 41-50jährigen. Medizinerinnen und Psychologinnen liegen im Durchschnittsalter also nicht weit weg voneinander, werden aber zwei unterschiedlichen Altersnormwertgruppen gegenübergestellt. Besonders eklatant wird dieser Effekt beim Vergleich der Kinder- und der Erwachsenentherapeuten mit ihren jeweiligen Altersnormgruppen. Die Medizinerinnen gehören, wie auch darunter die Gruppe der Erwachsenentherapeuten bezogen auf ihre Altersnorm eher zu den Jungen in ihrer Vergleichsgruppe, die Psychologinnen bzw. die Kindertherapeuten gehören in ihrer Altersnormgruppe zu den Ältesten. Insofern werden bei dieser Gegenüberstellung die Medizinerinnen bzw. die Erwachsenentherapeuten eher begünstigt und die Psychologinnen oder Kindertherapeuten benachteiligt, wenn man berücksichtigt, dass mit zunehmendem Alter die gesundheitliche Befindlichkeit, insbesondere die körperliche Verfassung, eher nachlässt oder sich gar verschlechtert und mit zunehmendem Alter der Gesundheitszustand als schlechter eingeschätzt wird (Hessel et al.2006).

Wie ähnlich die körperliche Verfassung beider Stichproben ist, lässt sich aus dem Gesundheitsscore schließen, der für die Medizinerinnen bei $7,9 \pm 1,8$ Punkte und die Psychologinnen bei $8,3 \pm 1,6$ Punkte errechnet wurde. Der direkte Vergleich der *SF-36*-Mittelwerte von beiden Gruppen miteinander zeigt dann auch, dass die Medizinerinnen nur bei der Skala *Körperliche Rollenfunktion* deutlich besser abschneiden.

Bei der Psychischen Gesundheit fällt für beide Psychotherapeutengruppen der Vergleich zur jeweiligen Altersnorm schlechter aus. Dabei erreichen die Mediziner schlechtere Werte als die Psychologen und die Kindertherapeuten deutlich schlechtere Werte als die Erwachsenentherapeuten. Hypothese 14 wird damit bestätigt.

Die Skalen *Vitalität* und *Soziale Funktionsfähigkeit*, die Indikatoren sowohl für die Körperliche als auch die Psychische Gesundheit darstellen, weisen deutlich schlechtere Werte für beide Psychotherapeutenstichproben im jeweiligen Vergleich zu ihren Altersnormstichproben auf, wobei es den Psychologen und den Erwachsenentherapeuten tendenziell etwas besser geht. Setzt man diese Werte in Bezug zu den Ergebnissen auf die Frage aus dem *Interviewleitfaden* nach der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes gemäß der WHO-Definition, die ja sowohl psychisches als auch körperliches und soziales Wohlbefinden impliziert, bei der die Mediziner und Psychologen keine signifikanten Unterschiede zeigten, aber insgesamt nur rund 60 % der Befragten der Meinung waren, mehr oder weniger gesund zu sein und lässt man den oben angesprochenen Vergleich mit den jeweiligen begünstigenden oder schwächenden Altersnormgruppen außer Acht, so muss man sich fragen, warum die Psychotherapeuten bei der Psychischen Gesundheit wohl so unterhalb ihrer entsprechenden Altersnorm abschneiden.

Den Studien ist zu entnehmen, dass die psychische Verfassung der Psychotherapeuten neben den körperlichen Beeinträchtigungen oft besonders leidet, wobei speziell die allgemeine emotionale Erschöpfung mit ihren Begleitscheinungen angeführt wird (Ackerley et al. 1988, Pope & Tabachnick 1994, Willutzki et al. 1997). Dies mag im Zusammenhang mit den „spezifischen durchaus gesundheitsrelevanten Besonderheiten“ (Hessel et al. 2006) der Persönlichkeit der Psychotherapeuten stehen, die mit einer besonderen Sensibilität, Verletzlichkeit und Bedürftigkeit einhergeht (Reimer 1994, Rad 1997, Schmidtbauer 2006) und die vielleicht bei den Kindertherapeuten besonders ausgeprägt sein mag und sie emotional noch mehr belastet und von sich selbst wegbringt (Seiffge-Krenke 2004). Es ist außerdem vorstellbar, dass das von Hessel et al. (2006) angeführte „höhere Anspruchsniveau“, das im Zusammenhang mit dem Wissensvorsprung um psychohygienische Maßnahmen steht, bei den Psychotherapeuten dazu führt, strenger mit sich zu sein, sowohl was die Belastungstoleranz als auch die Äußerung von Belastungen angeht, zumal es dafür „wenig Verständnis in der Gemeinde der Profis“ (Reddemann 2006) gibt. Die geringen Werte in der Skala *Soziale Funktionsfähigkeit* können durchaus auch in Zusammenhang gesehen werden mit der hohen zeitli-

chen Inanspruchnahme durch die Arbeit, was zur Verringerung der Freizeit führt (Bowe 1999, Rottenfuß 1999) und die Gefahr der sozialen Isolierung verstärkt (Schmidtbauer 1992, Reimer 1994, Trojan & Legewie 2001, Hessel et al. 2006).

Zusammenfassend zeigte sich in dieser Untersuchung, die aufgrund der kleinen Stichprobe einen ausgeprägt explorativen Charakter hat und mehr hypothesengenerierend ist, dass alle Psychotherapeuten gut über gesundheitsförderndes Verhalten informiert und mehr körperlich aktiv waren als der Durchschnitt der Bevölkerung von Nordrhein-Westfalen. Trotz eines ähnlich hohen beruflichen Zeitdrucks fühlten sie sich genügend gut fähig zu entspannen. Die körperliche Gesundheit wurde im Vergleich zu entsprechenden Altersnormen des *SF-36* als besser eingeschätzt, wobei Kindertherapeuten ihre eigene Gesundheit insgesamt schlechter einschätzten als die Erwachsenentherapeuten. Die häufigsten Bewältigungsmethoden waren räumliche und zeitliche Distanz, Supervision oder berufliche Erfahrung und Familie und soziale Gemeinschaft. Die Hälfte der Befragten bewertete die Psychotherapieausbildung als nicht genügend hilfreich, sich auf die beruflichen Belastungen vorzubereiten, wobei dies besonders die Kindertherapeuten bemängelten. Drei Viertel aller Psychotherapeuten würden ihren Beruf dennoch wieder wählen. Obwohl die befragten Psychotherapeuten ihre körperliche Gesundheit im Vergleich zu den Altersnormen besser einschätzten, empfanden sie ihre psychische und soziale Gesundheit als schlechter. Auffallend ist, dass 26,9 % aller Psychotherapeuten täglichen Alkoholkonsum angaben, ohne dass dies als Bewältigungsverhalten genannt wird und ohne dass daraus eine gesundheitliche Beeinträchtigung oder ein Risiko für die eigene Gesundheit empfunden wird.

In dieser Untersuchung lassen sich tendenziell die Belastungen und negativen gesundheitlichen Auswirkungen bei Psychotherapeuten nachweisen, die sich bereits in anderen Untersuchungen zeigten, wobei sich die Gruppe der Kindertherapeuten subjektiv besonders belastet einschätzt. Hier wären weiterführende Untersuchungen anzuregen, um besser zwischen äußeren Ursachen und inneren persönlichkeitsrelevanten Bedingtheiten differenzieren zu können. Hier wäre auch eine allgemeine berufspolitische Diskussion wichtig, zumal die strukturellen und systemimmanenten Bedingungen des Gesundheitswesens nicht unbedingt zur Entlastung des einzelnen Psychotherapeuten beitragen.

Danksagung

Mein Dank geht zunächst an alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich auf das Thema einließen und sich die Zeit nahmen, mir für das Interview zur Verfügung zu stehen und die damit zum Gelingen dieser Arbeit entschieden beitrugen. Besonders möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Ch. Reimer sehr herzlich bedanken für die Chance, diese Arbeit überhaupt und zu diesem Thema machen zu dürfen, für sein Zutrauen, die sehr freundliche Unterstützung und für seine Geduld. Herrn Dr. biol. hom. H.B. Jurkat, Dipl.-Psych., danke ich dafür, dass er mir die nötigen Instrumente zur Datenerhebung, die Auswertung der *sf-36*-Daten und die Vorlage für den Kodierleitfaden zur Verfügung stellte, ebenso für seine einleitende Beratung. Frau Dipl.-Psych. Elitsa Uzenova danke ich für die Hilfe bei der Erstellung der Kodiermaske, der Kodierung als zweite Raterin und für die Hilfe bei der Statistik. Die abschließende sehr kompetente und freundliche Unterstützung durch Frau Dipl.-Psych. Sandra Bausch verdient meinen besonderen und ausdrücklichen Dank. Für die immerwährende Freundschaft und persönliche Unterstützung, die guten Ratschläge, das Interesse, die fachlichen Debatten und konstruktiven, aufmunternden und tröstenden Gespräche danke ich meiner Familie und all meinen Freundinnen und Freunden, besonders Dagmar Lehmhaus-Wachtler, Helgard Weise-Sunnus und Theo Sunnus und Dr. med. Hermann Ostmeier. Schließlich möchte ich mich aus tiefstem Herzen bei meinen Eltern bedanken, die mich während meines persönlichen und beruflichen Werdegangs immer unterstützt haben. Ihr Leben bis heute in ihr hohes Alter hat meinen allergrößten Respekt, sie sind und bleiben in Vielem ein Vorbild.

Link zur Originalarbeit in der elektronischen Bibliothek Giessen:
<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2009/6903>

Adresse der Autorin:

Dr. med. Ute Müller
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Von-der-Leyen-Str. 21
51069 Köln
Tel. 0221-8201438
E-Mail: kjp-dr.u.mueller@koeln.de

Stellungnahme der Kommission Entwicklungspsychopharmakologie zum Off-label use

*J. M. Fegert, M. Kölch, H.-D. Lippert, K.-U. Oehler
und die Mitglieder der
Kommission Entwicklungspsychopharmakologie¹*

Einleitung

Die Verordnung von Arzneimitteln außerhalb ihrer Zulassung (Alter, Indikation) wird als off-label use bezeichnet. Der off-label use macht seit geraumer Zeit einen relevanten Anteil der Verordnungen auch bei Minderjährigen aus [7, 20], verschiedene pharmakoepidemiologische Studien belegten das internationale wie nationale Ausmaß dieses Problems in der Pädiatrie [8, 16, 21, 26, 33] [4, 34], [3, 7, 30, 31]. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt der off-label use von Psychopharmaka unverändert ein Problem in der Therapie dar, da zudem auch pharmakoepidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die Anzahl der pharmakologischen Interventionen mit psychotropen Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen zunehmen [1, 2, 6, 28, 29, 34, 35].

Da viele der im Kindesalter verwendeten Arzneimittel keine Zulassung für diesen Altersbereich haben, fehlen oftmals Alternativen für eine rationale Pharmakotherapie. Gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergibt sich das Problem, dass zwar einige Substanzgruppen aus historischen Gründen (gemeinsame Zulassung mit Erwachsenen bei schmaler Datenlage) als Psychopharmaka für den Einsatz bei Minderjährigen zugelassen sind, jedoch durch Studien deren Wirksamkeit nicht belegt ist, während wirksame neuere Substanzen keine Zulassung für Kinder besitzen. In der Praxis führen zum Teil widersprüchliche und irrationale Sozialgerichtsurteile zu einer Verunsicherung von Verordnern (Befürchtung von Regressen) und Patienten.

¹ Dr. Benno Schimmelmann, Prof. Dr. Eberhard Schulz, Prof. Dr. Götz-Erik Trott, Dr. Klaus-Ulrich Oehler, Prof. Dr. Manfred Gerlach, Dr. med. Michael Meusers, Dr. Oliver Bilke, Prof. Dr. Renate Schepker, Prof. Dr. J. M. Fegert

Zulassung, Zulassungsverfahren und Definition des off-label use

Die Zulassung eines Arzneimittels ist in der Regel sowohl auf eine bestimmte Altersgruppe oder einen bestimmten Altersbereich, als auch auf eine bestimmte Indikation bezogen. Verordnet ein Arzt ein Arzneimittel **außerhalb** einer zugelassenen **Altersgruppe** so bedeutet dies, dass er „off-label“ verordnet [11]. Verordnet er ein Arzneimittel **außerhalb** der **Indikation**, handelt es sich ebenfalls um so genannten off-label use. Hat das Arzneimittel überhaupt keine Zulassung in Deutschland, so handelt es sich um einen sogenannten „**unlicensed-use**“. Ein Arzt darf prinzipiell jeden Stoff als Arzneimittel im Rahmen seiner Therapiefreiheit im individuellen Heilversuch verordnen, wenn er den Patienten und seine Eltern darüber informiert, wie der Zulassungsstatus des verordneten Präparates ist und welche Nebenwirkungen zu erwarten sind, und auch darüber welche zugelassenen Alternativen es gibt. Neben der ganz praktischen Auswirkung, dass ein off-label verordnetes Arzneimittel von der Kasse nicht erstattet werden muss, haftet auch der Hersteller prinzipiell nicht für etwaige Folgen oder Nebenwirkungen eines off-label eingesetzten Medikaments. [13, 25]

Das Zulassungsverfahren in Deutschland regelt in erster Linie die Vermarktung, also das in Verkehr bringen eines Arzneimittels, weniger die Verordnung durch den Arzt. Die nationalen Zulassungsbehörden sind das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Erstes ist für Arzneimittel und Medizinprodukte, zweites für Blutprodukte, Gentransfer-Arzneimittel, Impfstoffe etc. zuständig. Supranational fungiert innerhalb der Europäischen Union die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) als Zulassungsbehörde. Die Zulassung kann über verschiedene Wege erreicht werden, nur national, in mehreren EU-Staaten oder für die gesamte EU. Für das Zulassungsverfahren bedeutet das, dass entweder in einem nationalen Verfahren, im Rahmen der gegenseitigen Anerkennung (Mutual Recognition), in einem dezentralisierten Verfahren, in dem in mehreren Mitgliedsstaaten gleichzeitig die Zulassung beantragt wird, oder in einer zentralisierten Beantragung Zulassungen erlangt werden können.

Rechtsgrundlagen sind das Arzneimittelgesetz (AMG) und das Medizinproduktegesetz (MPG) in Deutschland sowie diverse EU-Verordnungen. Für die Zulassung entscheidend ist aktuell, dass der Antragssteller die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit des Arzneimittels belegen kann.

Dieser Wirksamkeitsnachweis ist nicht immer zwingend zur Erlangung der Zulassung notwendig. Phytopharmaka oder homoöpathische Arzneimittel müssen z.B. nur den Nachweis über die Unschädlichkeit, nicht aber den der Wirksamkeit erbringen. So kann man aus dem Zulassungsstatus eines Arzneimittels nicht unmittelbar auf seine Sicherheit und seine Wirksamkeit schließen. Trizyklische Antidepressiva z. B. sind zwar für den Gebrauch bei Minderjährigen zugelassen, haben aber eine hohe Nebenwirkungsquote und besitzen ein hohes Mortalitätsrisiko bei willentlicher (etwa in suizidaler Absicht [17]) oder unwillentlicher Überdosierung. Sie zeigen in klinisch kontrollierten Studien keine Überlegenheit gegenüber Placebo und damit keine nachgewiesene Wirksamkeit auf die Zielsymptome der Depression bei Minderjährigen [18].

Ethisch und bezogen auf die medizinjuristische Rechtsprechung ist es nicht zu vertreten, sich „sicherheitshalber“ auf den Zulassungsstatus bei der Verordnung von Psychopharmaka im Kindesalter zurückzuziehen. Am Zulassungsstatus orientiert wären bei schizophrenen Psychosen von Minderjährigen vornehmlich klassische Neuroleptika einzusetzen, mit den bekannten Risiken hinsichtlich des Auftretens von Nebenwirkungen, etwa der Spätdyskinesien. Dies wäre gerade bei einem frühen Erkrankungsbeginn etwa in der Pubertät und bei langfristiger Behandlungsnotwendigkeit bei Vorliegen nebenwirkungsärmerer Alternativen ethisch nicht vertretbar [10]. Für die Behandlung von Tic-Störungen stünde als zugelassene Medikation aktuell allein Haloperidol (Haldol®) zur Verfügung (obwohl hier mit Blick auf mögliche Spätdyskinesien und andere Nebenwirkungen durchaus Güterabwägungen, auch zugunsten des Einsatzes von Tiaprid, welches zwar nie für diese Indikation zugelassen zwar, aber einen Wirkhinweis in der alten Fachinformation besaß, oder von einem Atypikum ausfallen können), für die Behandlung der Impulskontrollstörung einzig Risperidon (Risperdal®) bei intelligenzgeminderten Kindern. Zu diesem Arzneimittel ist allerdings ein erhöhtes metabolisches Risiko bekannt, welches etwa bei einer bestehenden Prädisposition zu einer weiteren, zum Teil relevanten Gewichtszunahme führt und von daher gerade bei einem längerfristigen Einsatz bei jüngeren Kindern problematisch sein kann. Diese Abwägungen zwischen Zulassungsstatus und der ethischen Fragestellung, ob der Einsatz dieses zugelassenen Präparats bei dem einzelnen Patienten (Kinder und Eltern) auch gerechtfertigt und vertretbar ist, müssen individuell vom behandelnden Arzt getroffen werden und mit den Patienten besprochen werden. Diese prinzipiellen ethischen Güterabwägungen werden gestützt vom sogenannten Aciclovir-Urteil des OLG Köln (30. 5. 1990 – 27

U 169/87), welches den aktuellen internationalen Erkenntnisstand und nicht die deutsche Zulassung zum entscheidenden Kriterium erhob.

Rechtliche Probleme beim off-label use in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Verordnung im Rahmen eines individuellen Heilversuchs ist nicht im Sinne des §21 I (AMG) ein Verstoß gegen das Verkehrsverbot, sondern eine therapeutische Anwendung und daher nicht eine „Abgabe“ oder ein „Inverkehrbringen“ im Sinne des AMG. Insofern stellt der individuelle Heilversuch rechtlich kein Problem dar, solange der Arzt seine Aufklärungspflicht nicht verletzt.

Problematisch ist die off-label Verordnung neuerdings wieder vermehrt unter **sozialrechtlichen Gesichtspunkten**, insbesondere dem **Wirtschaftlichkeitsgebot**, das dem in der kassenärztlichen Versorgung tätigen Arzt auferlegt ist (vgl. Urteil des 1. Senats des Bundessozialgerichts 19.3.2002). Im SGB V ist verankert, dass Versicherte der Krankenkassen einen Rechtsanspruch auf Versorgung mit Medikamenten haben, die notwendig sind, um ihre Krankheit zu heilen, deren Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§§ 27, 31). Dabei gelten solche Arzneimittel als ausreichend (§ 28), deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, aber die auch den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Die Notwendigkeit der Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels ist nach § 2 SGB V festgeschrieben. Unwirtschaftliche Arzneimittel können von der Versorgung, gemeint ist die Erstattung der Kosten, ausgeschlossen werden (§ 34 SGB V). Die Kassen müssen eine unwirtschaftliche Verordnung nicht erstatten (§ 12 SGB V) bzw. diese kann zu Regressen gegen den Arzt führen (§ 106 SGB V).

Bedingungen für eine wirtschaftliche Verordnung außerhalb zugelassener Indikationsgebiete sind nach der ständigen Rechtsprechung der Sozialgerichte schwerwiegende, lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankungen, wenn keine andere Therapie verfügbar ist und wenn die Datenlage eine begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg erlaubt. Die begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht definitionsgemäß, wenn eine Erweiterung der Zulassung für

ein Arzneimittel bereits beantragt ist, veröffentlichte Ergebnisse einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III vorliegen, wenn ein klinischer Beleg für Wirksamkeit besteht, oder wenn Erkenntnisse, die außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewonnen wurden, veröffentlicht wurden [19]. Unter dem Aspekt, dass es nunmehr Daten aus Zulassungsstudien in den USA unter anderem zu Aripiprazol und Risperidon gibt, kann man etwa im Falle eines Einsatzes von atypischen Neuroleptika hinsichtlich der sozialrechtlichen Frage argumentieren, die Datenlage sei für einen off-label use auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten genügend. Für besondere, in der Versorgung dringend gebrauchte Arzneimittel (allerdings bislang nicht für Psychopharmaka) hat das BMG jüngst die Möglichkeit eröffnet, über eine fachspezifische Expertenkommission beim BfArM und den GBA eine off-label-Verordnung erstattungspflichtig zu machen.

Leider lassen sich immer wieder Kinder- und Jugendpsychiater durch irrationale oder nicht nachvollziehbare Sozialgerichtsurteile, wie z. B. das SSRI-Urteil aus 2006 des Sozialgerichts Dresden, oder das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf aus 2008 (S2 KA209/06) zur Behandlung von Erwachsenen mit Methylphenidat verunsichern. Die Tatsache, dass häufig mangels der Bereitschaft der betroffenen Patienten gegen solche irrationalen Urteile vorzugehen, solche Urteile rechtskräftig werden, darf nicht dazu führen, ärztlicherseits überzureagieren. Angesichts der relativ klaren landes- und bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung, welche eindeutige und nachvollziehbare Kriterien für den off-label-Gebrauch herausgearbeitet hat, ist folgendes Vorgehen zu empfehlen. Liegen ausreichende Erkenntnisse zur Wirksamkeit, sowohl aus Zulassungsstudien wie aus veröffentlichten Studien vor und sind die Eingangskriterien im Sinne der Chronizität und Belastung durch die Erkrankung gegeben, dann sind die Voraussetzungen für eine Entscheidung des Arztes, zusammen mit seinem Patienten – hier auch einem Jugendlichen! (s.u.) –, für einen erstattungsfähigen off-label use grundsätzlich gegeben.

Da der Arzt/die Ärztin, ohnehin in dieser Situation Kinder und Jugendliche und ihre Eltern besonders aufklären muss, wird es ihm in der Regel im Einzelfall auch gelingen, mit den Eltern zu seiner Sicherheit ein Procedere, welches zunächst die Verordnung eines Privatrezeptes vorsieht, zu besprechen, falls er sich tatsächlich massiv durch Regresse bedroht fühlt.

Von einem Regress, d. h. Rückforderungen von Arzneimittelkosten sind Kollegen bedroht, die bezüglich ihrer Verordnung signifikant von den Verschreibungsgewohnheiten ihrer Fachgruppe abweichen. Die Feststellung dieser „Abweichung“ ist regional bezogen, auf der Datenbasis der jeweiligen

Kassenärztlichen Vereinigung. Arbeitet also in einer Region ein Kinder- und Jugendpsychiater vorwiegend biologisch psychiatrisch, während seine Kollegen hauptsächlich Psychotherapie anbieten, kann es hier zu Abweichungen des Verschreibungsverhaltens vom Durchschnitt der Fachgruppe kommen, obwohl absolut leitlinienkonform gehandelt wird. Für frei wirtschaftende Praxisbetreiber sind solche Regressforderungen deshalb existenzbedrohend, weil sie mit einer Latenz von z. T. mehreren Jahren auftreten und also nicht schnell Konsequenzen gezogen werden können, sondern damit zu rechnen ist, dass nach einem solchen Regress auch für die Folgejahre entsprechende Regressforderungen anstehen. Im Einzelfall fühlen sich Kollegen deshalb wirtschaftlich massiv existenzbedroht und können nur darauf hoffen, dass ein fachliches Prüfverfahren eine Befreiung von der Regressdrohung ergibt. Diese Prüfverfahren werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Teilnehmer sind ein Jurist der Kassenärztlichen Vereinigung, ein Prüfungsvorsitzender, meist Allgemeinmediziner, sowie Vertreter der Krankenkassen. Darüber hinaus ist ein **fachgebundener Prüfarzt** hinzu zu ziehen. Dies sollte ein Fachkollege des zu prüfenden Arztes sein, der nicht aus der unmittelbaren Region kommt, um kollegiale Konflikte zu vermeiden. Findet sich kein spezifischer Prüfarzt, wird ein fachfremder Arzt, z. B. Internist, Orthopäde etc. bestimmt. Die Kommission Entwicklungspsychopharmakologie regt deshalb an, dass sämtliche KV Regionen Deutschlands mit Prüfarzten aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Fachbereich besetzt werden sollten, um für die regressbedrohten Kollegen eine fachkompetente Beurteilung zu gewährleisten. Bedingung ist, dass sich im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung genügend Freiwillige aus unserem Fach finden, die diese zusätzliche Aufgabe im Zweifelsfall übernehmen würden. Sollte dieser Vorschlag auf Interesse stoßen, ist die Kommission Entwicklungspsychopharmakologie bereit, z. B. am Rande der großen Fachkongresse oder auch am Rande des Curriculums Entwicklungspsychopharmakologie, entsprechende KV Prüfärztkurse zu organisieren.

Eine andere Möglichkeit jetzt schon das Risiko zu reduzieren, kann eine routinemäßige Anfrage beim Kostenträger, also der Krankenversicherung des Patienten sein mit der Bitte, generell zu erklären, dass im vorliegenden Fall, welcher individuell begründet werden muss, beim Prüfungsausschuss keine Feststellung eines sonstigen Schadens wegen der unzulässigen Verordnung eines Medikamentes im off-label use zu Lasten der Krankenkassen beantragt werden wird. Solche Schreiben sind von den Kassen wiederholt positiv beantwortet worden, während die **verfehlte Bitte um Genehmigung eines off-**

label use von den Krankenkassen aus rechtlichen Gründen regelmäßig negativ beantwortet werden muss. Es bleibt der Güterabwägung des Behandlers überlassen, ob solche Vorgehensweisen tatsächlich angemessen sind und ob das Regressrisiko in der jeweiligen Region wirklich so hoch ist. Erfahrungsgemäß halten sich die Krankenkassen vielerorts bewusst mit der Infragestellung des off-label use bei Kindern und Jugendlichen zurück, weil sie um das epidemiologische Ausmaß des off-label use wissen und auch sehr wohl wissen, dass keine realen Alternativen zur Verfügung stehen. Etwas anders ist hier zugegebener Maßen die Situation der Behandlung von jungen Erwachsenen mit einer ADHS. Generell bleibt hier festzuhalten, dass Gerichte durch Diskussion ihrer Entscheidungen, z. B. in der Fachpresse, vor allem aber durch berichtigende Entscheidungen höherer Instanzen lernen. Insofern ist zu bedauern, dass solche Fälle häufig trotz gelegentlich von den Richtern dilettantisch geführter Beweissicherung, z. B. mit eigener Internetrecherche, ohne wissenschaftliche Gewichtung der aufgefundenen Literaturstellen, nicht angegriffen werden.

Die Rolle der Fachgesellschaften und der Kommission ist es, in dieser Situation durch rechtzeitige Stellungnahmen, durch die Überarbeitung der entsprechenden Leitlinien und durch Auskunftsbereitschaft mit zur Verfügungstellung aktueller Informationen einen zeitnahen Orientierungsmaßstab zu geben. Dabei erweist es sich als ein gewisses Problem, dass die Rahmenbedingungen für Forschung und Lehre in Deutschland uns zunehmend dazu zwingen, zur Sicherung der akademischen Erfolgsparameter in weltweit anerkannten englischsprachigen Zeitschriften zu publizieren, diese Literatur aber von Deutschen Gerichten dann kaum rezipiert wird.

So liegt z. B. zu der immer wieder kontrovers diskutierten Frage des Einsatz von Methylphenidat bei Erwachsenen eine methodenkritische Metaanalyse einer deutschen Arbeitsgruppe[22] vor, aus der allein schon zu entnehmen ist, wie viele placebokontrollierte, wissenschaftliche Studien zu dieser Fragestellung durchgeführt wurden und wie diese Ergebnisse global zu bewerten sind. Die Kommission Entwicklungspsychopharmakologie der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften regt deshalb dringend an, dass Kolleginnen und Kollegen, die in solche Verfahren verwickelt sind, im Rahmen der Beweiserhebung in den einzelnen Fällen auf entsprechende wissenschaftliche Publikationen, Metaanalysen und Übersichten verweisen und dass man es nicht den verständlicherweise darin ungeübten Juristen überlässt, entsprechende medizinische Literatur aufzufinden und zu interpretieren.

Patientensicherheit und Aufklärung

Der Patient und bei Minderjährigen auch die Sorgeberechtigten sind über den Einsatz außerhalb der Zulassung und entsprechende Therapiealternativen aufzuklären. Eine Studie ergab, dass aber gerade bei der Aufklärung große Mängel bestehen [27]. Viele Jugendliche wurden nicht über zugelassene Therapiealternativen aufgeklärt, wenn es diese gibt bzw. mit welchen Risiken diese wiederum behaftet sind. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich bei einem off-label eingesetzten Arzneimittel zwar um den medizinischen Alltag handelt, ein solcher Einsatz aber nicht zu den Angelegenheiten des alltäglichen Lebens zählt. Deshalb sind bei getrenntlebenden Elternteilen beide Sorgeberechtigte [9] über den beabsichtigten Einsatz des Arzneimittels aufzuklären. Im Off-label-Status kommt der Partizipation des betroffenen Jugendlichen eine besonders große Bedeutung zu – stimmt er einer Medikation nicht bzw. nicht mehr zu, muss diese abgesetzt werden.

Hinsichtlich der Arzneimittelsicherheit bereitet der off-label use Schwierigkeiten, denn er führt weder zu einem Gewinn an Daten zur Pharmakosicherheit, noch zu Daten über Pharmakokinetik oder –dynamik. Der Einsatz generiert also über die individuelle Erfahrung des einzelnen Arztes hinaus keinen Wissensgewinn. Zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit allerdings können mittels eines therapeutischen Drug-Monitorings (TDM) Daten zu Nebenwirkungen und therapeutischen Spiegeln systematisch gesammelt werden [15]. Ansätze dafür wurden inzwischen auf Initiative der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften, über die Kommission Entwicklungspsychopharmakologie, geschaffen und erste Ergebnisse etwa zu therapeutischen Spiegeln von Quetiapin bei Minderjährigen liegen vor [12, 14].

Nur durch klinische Prüfungen lässt sich der hohe Anteil von off-label verwendeten Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen verringern [5, 8, 24]. Bisher wurden verschiedene Hemmnisse für das Forschungsdefizit zu Arzneimitteln im Kindes- und Jugendalter benannt, die wirtschaftliche, ethische und rechtliche Hintergründe haben, aber auch den Hintergrund, dass es schwierig ist, angemessene Studiendesigns bei geringen Gruppengrößen aufgrund kleiner Populationen zu entwickeln [32].

Fazit für die Praxis

Aktuell wird kein Kinder- und Jugendpsychiater ohne off-label eingesetzte Psychopharmaka in der Praxis auskommen. Entscheidend für den Einsatz ist die Aufklärung des Patienten und seiner Eltern über den Zulassungsstatus. Ethisch ist es nicht zu vertreten, etwa bei affektiven Störungen oder schizophrenen Psychosen auf zwar zugelassene, aber wirkungslose, oder deutlich nebenwirkungsreichere Substanzen auszuweichen. In der Zukunft kann sich eine Entspannung der Situation durch die obligate Durchführung klinischer Studien an jungen Patienten aufgrund der EU-Verordnung zu Kinderarzneimitteln [23] ergeben.

Kontaktadresse

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie

Steinhövelstr. 5

89075 Ulm

E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Tel.: 0731-500-61600

Fax: 0731-500-61602

Literatur

1. Alacqua M, Trifiro G, Arcoraci V, Germano E, Magazu A, Calarese T, Di Vita G, Gagliano C, Spina E (2008) Use and tolerability of newer antipsychotics and antidepressants: a chart review in a paediatric setting. *Pharm World Sci* 30:44-50. Epub 2007 Jun 2021.
2. Aras S, Varol Tas F, Unlu G (2007) Medication prescribing practices in a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Child Care Health Dev* 33:482-490.
3. Bua J, L'Erario I, Barbi E, Marchetti F (2008) When off-label is a good practice: the example of paracetamol and salbutamol. *Arch Dis Child* 93:546-547
4. Bucheler R, Schwab M, Morike K, Kalchthaler B, Mohr H, Schroder H, Schwoerer P, Gleiter CH (2002) Off label prescribing to children in primary care in Germany: retrospective cohort study. *Bmj* 324:1311-1312
5. Caldwell PH, Murphy SB, Butow PN, Craig JC (2004) Clinical trials in children. *Lancet* 364:803-811.
6. Clavenna A, Rossi E, Derosa M, Bonati M (2007) Use of psychotropic medications in Italian children and adolescents. *Eur J Pediatr* 166:339-347. Epub 2006 Oct 2007.
7. Conroy S, Choonara I, Impicciatore P, Mohn A, Arnell H, Rane A, Knoeppel C, Seyberth H, Pandolfini C, Raffaelli MP, Rocchi F, Bonati M, Jong G, de Hoog M, van den Anker J (2000) Survey of unlicensed and off label drug use in paediatric wards in European countries. European Network for Drug Investigation in Children. *Bmj* 320:79-82

8. Dell ML, Vaughan BS, Kratochvil CJ (2008) Ethics and the prescription pad. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 17:93-111, ix
9. Fegert JM (2000) Das neue Kindschaftsrecht. Erweiterte Aufklärungspflicht. *Deutsches Ärzteblatt* 2000 97:A29-A31
10. Fegert JM, Häbler F, Rothärmel S (1999) *Atypische Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie*. Schattauer Verlag, Stuttgart - New York
11. Fegert JM, Kölch M, Lippert H-D (2003) Sichere und wirksame Arzneimittel auch für Kinder. *Zeitschrift für Rechtspolitik* 36:446 -450
12. Gerlach M, Hunnerkopf R, Rothenhofer S, Libal G, Burger R, Clement HW, Fegert JM, Wewetzer C, Mehler-Wex C (2007) Therapeutic drug monitoring of quetiapine in adolescents with psychotic disorders. *Pharmacopsychiatry* 40:72-76
13. Gerlach M, Klampfl K, Mehler-Wex C, Warnke A (2008) Besonderheiten der Therapie im Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. In: Gerlach M, Mehler-Wex C, Waliza S, Warnke A, Wewetzer C (eds) *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie*. Springer, Wien New York in Press
14. Gerlach M, Rothenhofer S, Mehler-Wex C, Fegert JM, Schulz E, Wewetzer C, Warnke A (2006) [Therapeutic drug monitoring in child and adolescent psychiatry--practical recommendations]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 34:5-13
15. Gerlach M, Schulz E, Fegert JM (2005) ["Therapeutic drug monitoring", a strategy for improving drug safety in child and adolescent psychiatry and psychotherapy]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 33:157-158
16. Groleger U (2007) Off-label use of antipsychotics: rethinking „off-label“. *Psychiatr Danub* 19:350-353.
17. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J (2006) Suicidality in Pediatric Patients Treated With Antidepressant Drugs. *Arch Gen Psychiatry* 63:332-339
18. Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Robertson J, Henry D (1995) Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *Bmj* 310:897-901
19. Hopf G (2002) „Off-Label-Use“: Urteil schafft Klarheit. *Dtsch Arztebl* 99:1069
20. Horen B, Montastruc JL, Lapeyre-Mestre M (2002) Adverse drug reactions and off-label drug use in paediatric outpatients. *Br J Clin Pharmacol* 54:665-670.
21. Kimland E, Bergman U, Lindemalm S, Bottiger Y (2007) Drug related problems and off-label drug treatment in children as seen at a drug information centre. *Eur J Pediatr* 166:527-532
22. Koesters M, Becker T, Kilian R, Fegert JM, Weinmann S (2008 - online first, June 18) Limits of meta-analysis: methylphenidate in the treatment of adult attention-deficit-hyperactivity-disorder. *Journal of Psychopharmacology*
23. Kölch M, Allroggen M, Fegert JM (2008 - in Press) Off-label use von Psychopharmaka in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – ein andauerndes ethisches, medizinisches und rechtliches Problem. *Der Nervenarzt*
24. Kölch M, Schnoor K, Fegert J (2007) The EU-regulation on medicinal products for paediatric use. Impacts on child and adolescent psychiatry and clinical research with minors. *European Child and Adolescent Psychiatry* 16:229 - 235
25. Nissen G, Fritze J, Trott GE (2004) *Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*. Urban und Fischer, München
26. Rivkees SA (2007) Should off-label drug use be off-the-table? *J Pediatr Endocrinol Metab* 20:171-172

27. Rothärmel S, Dippold I, Wiethoff K, Wolfslast G (2006) Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen
28. Trott GE (2004) Off-Label-use. In: Nissen G, Fritze J, Trott GE (eds) Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Urban & Fischer, München, pp 157 - 161
29. Trott GE (2004) Pharmakotherapeutische Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter. In: Nissen G, Fritze J, Trott GE (eds) Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Urban & Fischer, München, pp 192 - 197
30. Turner S, Longworth A, Nunn AJ, Choonara I (1998) Unlicensed and off label drug use in paediatric wards: prospective study. *BMJ* 316:343-345.
31. Turner S, Nunn AJ, Fielding K, Choonara I (1999) Adverse drug reactions to unlicensed and off-label drugs on paediatric wards: a prospective study. *Acta Paediatr* 88:965-968.
32. Vitiello B (2007) Research in child and adolescent psychopharmacology: recent accomplishments and new challenges. *Psychopharmacology (Berl)* 191:5-13. Epub 2006 May 2023.
33. Waller DG (2007) Off-label and unlicensed prescribing for children: have we made any progress? *Br J Clin Pharmacol* 64:1-2.
34. Zito JM, Derivan AT, Kratochvil CJ, Safer DJ, Fegert JM, Greenhill L (2008) Off-label psychopharmacologic prescribing for children: History supports close clinical monitoring. (2008a). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2:24 doi:10.1186/1753-2000-1182-1124
35. Zito JM, Safer DJ, Valluri S, Gardner JF, Korelitz JJ, Mattison DR (2007) Psychotherapeutic medication prevalence in Medicaid-insured preschoolers. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 17:195-203.

Diskussionsbeitrag
Amoklauf:
Mangelnde reale Sterbe- und Todeserfahrung,
Selbst- und Mitmenschenerfahrung

Gerhard Bosch

In vielen Artikeln zum Amoklauf in Winnenden wird differenziert Motivforschung und Persönlichkeitsanalyse betrieben. Dabei vermisste ich einen eher zeit- als generationsspezifischen Aspekt: die zunehmende Entfernung von realer Sterbe- und Todeserfahrung, die jedenfalls die Widerstände gegenüber Tötungsimpulsen verringern könnte. Vor Jahrzehnten schon, bei eigenen Studien zum Problembereich „Kind und Tod“ stieß ich auf Statistiken, die belegten, dass in der Nachkriegsgeneration zwar massenhaft Begegnung mit Tötungen in Medien, Krimis, alten Western, Militärfilmen und Berichten von Naturkatastrophen stattfanden, aber örtlich weit entfernt, historisch vergangen oder eher spielerisch. Im nächsten Film standen die Toten wieder im munteren Leben, so dass keine tiefere Auseinandersetzung nötig war. Reale Begegnungen mit Tod und Sterben fand oft erst im 3. bis 5. Lebensjahrzehnt statt mit tieferer Erschütterung. Diese Entfremdung dürfte sich bis heute, der Zeit der Videospiele und Filme, der Auflösung gewachsener Wohngebiete, der Alterung der Bevölkerung und kleiner werdenden Familien verstärkt, wenn nicht generalisiert haben. Keine Großfamilie mehr am Sterbebett, keine Besuche mit Kindern beim sterbenden Nachbarn, kein Sterben als öffentliches Ereignis bei Hofe. Haben nicht diese Inszenierungen wie in Winnenden mit schwarzem Kampfanzug und der scheinbar gefühllose Ablauf des Abknallens etwas schrecklich Spielerisches, Rollenhaftes, wie das Abspulen eines Phantasiedrehbuchs.

Unsere Ethik basiert auf der Einfühlung in den Mitmenschen, dem Mitfühlen mit seinem Schmerz, in Erfahrungen gewonnen und differenziert. Mängel zu erkennen und aufzuarbeiten ist auch Sache der Schule; dies könnte in der Breite prophylaktisch wirken. Meine Erfahrung betrifft im forensischen Bereich jugendliche Sexualdelinquenten. Ende der siebziger Jahre gründete ich eine Therapiestation für solche Täter, angeregt durch die Erfahrung als Gut-

achter, dass diese Jugendlichen vom Wesen und Leiden ihrer Opfer gar keine oder nur sehr irrige Vorstellungen hatten. Unter Haftbedingungen war eine Aufhellung dieser Lücken nicht zu erwarten. Dieses Institut – heute Gerhard Bosch-Haus Viersen, ist von meinen Nachfolgern erfreulich erfolgreich zu einer Modelleinrichtung ausgebaut worden. Opferkunde, Vertiefung der Selbst- und Mitmenschenerfahrung spielen in der Therapie eine wichtige Rolle.

Noch ein Wort zum Motiv: Wichtig ist bei diesen Tätern die Phantasieentwicklung geleitet durch beherrschende Gefühle und Triebe, Hass, Rache, Erniedrigung, aber auch Sexualität. Da kann es auch zum Überlaufen des Fasses ohne oder bei nur geringem Anlass kommen um das bereit liegende Programm ablaufen zu lassen. Das Zerfallen der inneren und äußeren Widerstände unter der Wirkung dieser zerstörerischen Phantasien konnte ich bei dem Kindermörder Jürgen Bartsch erleben in den wochenlangen Gesprächen mit ihm als Gutachter. Das wird bei meist zu Tode gekommenen Amokläufern über Auskünfte Dritter kaum möglich sein.

Adresse des Verfassers

Prof. Dr. med. Gerhard Bosch
Tannayer Str. 12
55585 Norheim

Qualitätsmanagement Toolbox (5) AQUIK: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie

Julia Bellabarba

Folgende Zusammenfassung enthält die wichtigsten Ergebnisse des bundesweiten AQUIK-Projektes, aus dem (auch) für die Kinder- und Jugendpsychiater ein Set von Qualitätsindikatoren hervorgegangen ist, die in den Praxen vorliegen und die als Merkmale guter fachmedizinischer Versorgung bewertet wurden.

Das Projekt

Das AQUIK Projekt wurde von der KBV (in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke) durchgeführt. Es wurde 2007 begonnen und ist hinsichtlich der Ergebnisse abgeschlossen. Informationen unter www.kbv.de/aquik. Eine umfassende Broschüre über die Projektergebnisse wird die KBV Mitte Juni dieses Jahres vorlegen.

Ziele

Ein definiertes und abgestimmtes Set evaluierter Qualitätsindikatoren sollen die Versorgungsqualität im ambulanten Sektor abbilden. Das Projekt wurde durchgeführt, um diese Indikatoren zu entwickeln und zu bewerten. Die Prüfung der Indikatoren soll auch hinsichtlich ihrer Einsatzmöglichkeiten im Rahmen von Pay-for-Performance Verträgen erfolgen.

Vorgehen

(1) *Entwicklung von Qualitätsindikatoren (QI)*. Fünfzehn QI wurden auf der Basis von Literaturrecherche und im Rahmen strukturierter Erhebungen in den Fachgruppen, Berufsverbänden und Patientenorganisationen formuliert. Bereits im Anfangsstadium wurden Indikatoren ausgewählt, die in der täglichen PC-gestützten Dokumentation der Ärzte ohnehin routinemäßig erfasst werden.

Allgemeine Indikatoren zum Praxismanagement:

- Hausbesuche
- Dokumentation von Medikamentenallergien
- Nachbesprechung kritischer Ereignisse
- Prüfung der Haltbarkeit der Notfallmedikation
- Weiterbildung des Praxispersonals in erster Hilfe

Allgemeine Querschnittsthemen: Raucherstatus und Tabakentwöhnung

Spezifische Indikatoren für die Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater:

- ADHS: Folgekontakte
- ADHS: Erstverschreibung
- ADHS: schulische Unterstützung
- ADHS: Diagnosekriterien
- Depressions-Einschätzung: Fallschwere
- Epilepsie: Information Antiepileptika
- Epilepsie: Dokumentation Anfallshäufigkeit
- Epilepsie: Anfallsfreiheit

(2) *Praxistest*: In einem Praxistest wurden die ausgewählten Indikatoren durch niedergelassene Ärzte beurteilt. 100 Arztpraxen der folgenden Fachgruppen nahmen an dieser Bewertung teil: Hausärzte (Allgemeinmedizin und Innere Medizin, inklusive Schwerpunkt HIV), Kinder- und Jugendmedizin, Innere Medizin mit Schwerpunkt (nicht-invasive Kardiologie, Rheumatologie), Gynäkologie, Orthopädie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, HNO, Urologie. Diese Praxen beurteilten die oben genannten allgemeinen und spezifischen Indikatoren bezogen auf drei Fragestellungen: Datenverfügbarkeit in der Praxis (digital oder in Papierform), Machbarkeit der Datenerhebung (sind die Daten abrufbar mit einem zumutbaren Aufwand?) und Qualität des Indikators (Aussagekraft, Zuverlässigkeit und Akzeptanz).

Ergebnisse des Praxistests bezogen auf die Fachgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie

An der Bewertung der Indikatoren nahmen im Praxistest zehn Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie teil. Diese erreichten eine Übereinstimmung von mindestens 2/3 bei der Bewertung von acht Indikatoren. D.h. von den oben angeführten fünfzehn QI bescheinigten mehr als zwei Drittel der befragten zehn Kinder- und Jugendpsychiatern den folgenden Indikatoren, dass sie verfügbar, abrufbar und relevant hinsichtlich der Qualität der fachmedi-

zinischen Versorgung sind. In der folgenden Übersicht wurde in Klammern aufgeführt, wie viele Kinder- und Jugendpsychiater angegeben haben, dass sie den QI als akzeptabel für die Beurteilung der Versorgungsqualität ihrer Fachgruppe erachten.

Allgemeine Indikatoren zum Praxismanagement:

- Dokumentation von Medikamentenallergien (86%)
- Nachbesprechung kritischer Ereignisse (100%)

Spezifische Indikatoren für die Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater:

- ADHS: Folgekontakte (90%). QI beschreibt die Anzahl der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren mit ADHS und ADHS-Medikation innerhalb der letzten 12 Monate, deren Patientenakte zwei Folgekontakte im Jahr dokumentiert.
- ADHS: Erstverschreibung (89%). QI beschreibt die Anzahl der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 18 Monate, bei denen 30 Tage nach der Erstverschreibung einer ADHS-Medikation eine Wiedervorstellung stattfand.
- ADHS: schulische Unterstützung (80%). QI beschreibt die Anzahl der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren mit ADHS innerhalb der letzten 12 Monate, in deren Patientenakte dokumentiert ist, dass der Arzt den Bedarf an schulischer Unterstützung und Möglichkeiten der Erziehungshilfe besprochen hat.
- ADHS: Diagnosekriterien (78%). QI beschreibt die Anzahl der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren mit neu diagnostiziertem ADHS innerhalb der letzten 12 Monate, deren Patientenakte die Abklärung nach DSM-IV oder ICD-10 dokumentiert.
- Depressions-Einschätzung: Fallschwere (86%). QI beschreibt den Anteil der Patienten mit neu diagnostizierter Depression innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen die Einschätzung der Fallschwere spätestens zu Beginn der Behandlung anhand eines validierten Hilfsmittels erfolgte.

Ausblick

Die Wahrscheinlichkeit, dass Qualitätsindikatoren auch für die ambulant tätigen Kinderpsychiater, sowohl auf der Ebene des EBMs als auch im Rahmen von Selektivverträgen eingebaut werden, und damit eine qualitätsabhängige Vergütung erfolgt, ist durch das beschriebene Projekt deutlich gestiegen. Es fehlen zwar noch überzeugende IT-Lösungen, die eine wirklich unkomplizierte Dokumentation und Abrufbarkeit der Indikatoren ermöglichen, der politische Wille, diese an ökonomische Benefits zu koppeln, ist jedoch auf jeden Fall gegeben.

Adresse der Autorin:

Julia Bellabarba, Diplom-Psychologin
Tempelhofer Damm 138
12099 Berlin
Tel. 030 72 00 6780
E-Mail: info@quipps.de

Buchrezensionen

Fegert, J.M., Streeck-Fischer, A., Freyberger, H.J. (Hrsg): **Adoleszenzpsychiatrie. *Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters.*** 2009, 880 S. m. 42 Abb. u. 129 Tab., kartoniert, 119,00€; Schattauer, Stuttgart, New York. ISBN: 978-3-7945-2454-9

Psychische Auffälligkeiten haben gerade bei Jugendlichen und Heranwachsenden einen ausgeprägten Entwicklungsaspekt. An der Schnittstelle zwischen Jugend- und Erwachsenenalter werden die spezifischen Problemfelder und Störungen der Adoleszenz von renommierten Autoren nun zum ersten Mal im deutschsprachigen Raum in einem □Guss□ dargestellt. Damit wird auch eine Kontinuität zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie in der Diagnostik und Behandlung von Adoleszenten hergestellt, was im klinischen Alltag in einen fächerübergreifenden Behandlungsansatz beispielsweise psychotisch Ersterkrankter einmünden kann, mancherorts auf sog. Adoleszentenstationen. . Die primär aus einem kinder- und jugendpsychiatrischen Blickwinkel geschriebene „Adoleszenzpsychiatrie“ vermittelt ein durchaus integratives Wissen: Das Handbuch gibt einen umfassenden Einblick in die Entwicklungsbedingungen dieser Lebensphase mit seinen spezifischen Entwicklungsaufgaben, erläutert ausführlich die relevanten Störungsbilder sowie die Besonderheiten im therapeutischen Umgang mit adoleszenten Patienten. Auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen werden beleuchtet und beispielsweise anhand einer Kasuistik zur Begutachtung bei drohender Abschiebung integriert behandelt. Seine Vorzüge liegen in einem interdisziplinären Dialog zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Fülle an Detailwissen zu allen relevanten Störungsbildern auf der einen Seite und und der Übersichtlichkeit der Darstellung auf der anderen Seite. Vom klinischen Erscheinungsbild über die Diagnostik, Ätiologie und Pathogenese bis hin zu Therapiemöglichkeiten, Verlauf und Prognose werden alle relevanten Störungsbilder in ihrem Entwicklungskontext dargestellt. Außerdem wird das Wesentliche quasi als Merkfeld im Kurzüberblick am Kapitelanfang zusammengefasst und zugleich infolge praxisorientierte Tipps und Hilfestellungen

in Diagnostik und Therapie gegeben.

Dem renommierten Autorenteam ist damit ein hochkarätiges Referenzwerk für Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sowie Erwachsenen-psychiater, Psychotherapeuten, Nervenärzte und Sozialarbeiter gelungen.

Die „Adoleszenzpsychiatrie“ schließt eine wichtige Lücke in der Darstellung der psychischen Erkrankungen in diesem kritischen Entwicklungsabschnitt und dürfte sich als Standardwerk etablieren. Das Preis-/Leistungsverhältnis überzeugt angesichts des Umfangs dieses (Nachschlage)werks, das im klinischen Alltag die Arbeit erleichtern dürfte.

Jochen Gehrman, Ludwigshafen

Liechti, J.: **Dann komm ich halt, sag aber nichts:** Motivierung Jugendlicher in Therapie und Behandlung. 2009, 252 S., kartoniert, 24,95€; Carl-Auer-Verlag, Heidelberg, ISBN: 978-3-89670-674-4

Wer kennt das aus seiner Behandlungspraxis nicht? Eine Jugendliche bzw. ein Jugendlicher, der nur mit Widerstand Kontakt aufnimmt bzw. sich weigert, sich am Gespräch zu beteiligen. Wer kennt umgekehrt nicht besorgte bis verzweifelte Eltern, die sich außer Stande sehen, ihre jugendliche Tochter bzw. ihren jugendlichen Sohn dazu zu motivieren, zu einem Gespräch in die Praxis mitzukommen?

Gerade in der Pubertät sind Jugendliche nicht selten besonders skeptisch gegenüber den Ratschlägen Erwachsener und stellen damit ihre erwachsenen Therapeuten vor besondere Herausforderungen, eine vertrauensvolle Bindung aufzubauen.

Das vorliegende Buch füllt eine Lücke, in dem es praxisorientiert an vielen Fallbeispielen aus systemischer Sicht das therapeutische Handwerkszeug vermittelt, um flexibel auf die Bedürfnisse, aber auch Befürchtungen von skeptischen und scheinbar wenig therapiemotivierten Jugendlichen einzugehen. Dabei kommt auch der Aspekt der Arbeit mit ihren (aus der subjektiven Wahrnehmung der Jugendlichen) oftmals ebenso „schwierigen“ Eltern nicht zu kurz.

In der Haltung bewährt sich eine wertschätzende, aber klare Positionierung, ohne entweder in eine autoritäre „one-up“ oder eine eher resignative „one-

down“ Position zu geraten. Dabei werden auch verschiedene Systeme, auch Helfersysteme, und Kriseninterventionen beleuchtet, in dem vordergründig ein primäres Motivationsziel für den Jugendlichen gerade in einem Zwangskontext sein kann, den Helfer „wieder los zu werden“ und dem (mehr oder weniger unfreiwillig) verpflichteten Helfer, den Jugendlichen zunächst genau dabei zu unterstützen. Eine geduldige Motivationsarbeit und beharrliche Auftragsklärung sind Grundvoraussetzungen, eine therapeutische Beziehung aufzubauen, auf deren Grundlage sich dann erst weiterführende Perspektiven für den Jugendlichen und seine Eltern entwickeln lassen.

Das Buch ist sehr anschaulich und praxisorientiert geschrieben. Zahlreiche Fallbeispiele zu Auftragsklärung, Gesprächsführung, Fragetechniken, Psychotherapie, Elternarbeit, Motivation und Partizipation illustrieren den theoretischen Teil. Hier findet der Praktiker viele Anregungen, um im therapeutischen Alltag Wege aus Sackgassen zu finden und Blockaden zu vermeiden bzw. abzubauen. Insgesamt ist Jürg Liechti (Bern) damit ein lesenswertes Buch zu einem in der Praxis wichtigen, in der Theorie mitunter aber noch eher wenig behandeltem Thema gelungen, das sich flüssig liest.

Jochen Gehrman, Ludwigshafen

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
 - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.

Impressum

Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.
Forum Verlag – Aachen
ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „weiße Seiten“

Dr. med. Margarete von Rhein, Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik
Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, 41749 Viersen
Tel.: 0 21 62 / 96 31, Fax: 0 21 62 / 96 50 38, E-Mail: ingo.spitzcokvonbrisinski@lvr.de

Verantwortliche Redaktion „gelbe Seiten“

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Ute Müller
Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP
c/o Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 8 97 37 97 40, Fax: 0 30 / 83 22 48 96, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Volksbank Ruhr Mitte, BLZ: 422 600 01, Kto.-Nr.: 164 164 300

Herstellung und Versand

Thomas Didier, Meta Druck, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 89 73 79 74-0, Fax: 0 30 / 83 22 48 96, E-Mail: mail@bkjpp.de

Erscheinungsweise:	4-mal jährlich
Preis des Einzelheftes:	13,- € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement:	44,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezugspreis des Forums ist im Jahresbeitrag der Mitglieder des BKJPP enthalten.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes:	11,- € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement:	33,- € (einschließlich Postversand)

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.