



Psychotherapie im Dialog

3 • 2013

Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien



Depression

Versorgungsleitlinie

Welche Bedeutung hat sie für die Psychotherapie?

Verhaltensaktivierung

Wie in kurzer Zeit gute Erfolge erzielt werden

Bildgebung

Neuronale Korrelate der Depression

Liebe heilt fast jede Depression, nur werden Depressive selten geliebt.

Gerhard Uhlenbruck*

Liebe Leserinnen, liebe Leser,



*Dr. phil. Michael Broda,
Dipl.-Psych.
Schriftleitung PiD*

Die Urlaubszeit ist für viele wieder vorbei, Kollegen erzählen von exotischen Reiseerlebnissen. Früher schmückten dann noch diverse Ansichtskarten die Pinnwände der Sekretariate und hielten Sehnsüchte nach Ungezwungenheit und Ungebundenheit wach. Viele Urlaubsbilder sind ja gepaart mit Gefühlen der Leichtigkeit, der Entspannung und des Wohlbefindens. In Therapien setze ich sie häufig in Kurzentspannungen ein, um positive Emotionen entstehen zu lassen.

Viele Ansätze neuerer Depressionstherapie basieren auch auf Emotionsregulation – darunter fällt ja letztendlich auch die Liebe. Die Beiträge in diesem Heft geben einen Einblick in diese neuen Entwicklungen. Rechtzeitig vor Beginn der Jahreszeit, die bei vielen Menschen Depressionen fördert, finden Sie in der aktuellen Ausgabe eine Vielzahl von Anregungen, die Sie – wenn Sie wollen – an Ihre Patientinnen und Patienten weitergeben können.

Wir wünschen Ihnen eine gewinnbringende Lektüre der neuen PiD.

Michael Broda

* Quelle: Uhlenbruck G. Wortmeldungen. Wieder Sprüche voller Widersprüche: Aphoristische Notizen oder Rezepte zum Zitieren“, Bochum: Universitätsverlag Dr. N. Brockmeyer; 2009

Psychotherapie im Dialog

Herausbergremium



Prof. Dr. phil. Maria Borcsa, Dipl.-Psych. (*1967)

ist Professorin für Klinische Psychologie an der Fachhochschule Nordhausen in Thüringen. Nach Ausbildung und Praxistätigkeit an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Freiburg und in einer Psychosomatischen Fachklinik war sie in eigener Praxis als approbierte Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und Familientherapeutin (SG) tätig. Sie lehrt Systemische Konzepte und Methoden an Hochschulen und Weiterbildungsanstalten im In- und Ausland und ist Supervisorin in Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie.



Dr. phil. Michael Broda, Dipl.-Psych. (*1952)
Schriftleitung

ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie. Nach universitärer Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Rehabilitationspsychologie war er leitend in einer psychosomatischen Fachklinik tätig. Seit 1997 arbeitet er niedergelassen in eigener Praxis in Dahn. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit W. Senf) und „Technik der Psychotherapie“ (mit W. Senf und B. Wilms) sowie Fachgutachter Verhaltenstherapie (KBV).



Prof. Dr. med. Volker Köllner (*1960)

ist nach Ausbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie und Tätigkeit als Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden seit 2004 Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin an den Bliental-Kliniken, Bliental. Er ist Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR).



Prof. Dr. med. Henning Schauenburg (*1954)

ist Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er arbeitet als Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Heidelberg sowie als stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg.



Prof. Dr. med. Wolfgang Senf (*1947)

ist Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er war von 1990–2013 Universitätsprofessor für dieses Fachgebiet an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen und damit verbunden der Ärztliche Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am LVR-Klinikum Essen. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit M. Broda) und „Technik der Psychotherapie“ (mit M. Broda und B. Wilms).



Dr. phil. Barbara Stein, Dipl.-Psych. (*1960)

ist nach dem Studium der Psychologie und Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin seit 2005 als Leitende Psychologin an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg tätig. Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit im Bereich der Psychosomatik und Psychologie für im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen.



Dr. med. Bettina Wilms (*1964)

ist Fachärztin für Psychiatrie, und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie). Seit 2004 arbeitet sie als Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Südharz-Klinikum gemeinnützige GmbH, Nordhausen. Ihre Schwerpunkte sind Angsterkrankungen und berufliche Belastungssyndrome.



Dr. phil. Andrea Dinger-Broda, Dipl.-Psych. (*1957)
Leitung des Redaktionsbüros

ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Weiterbildungsanstalten. Nach wissenschaftlicher Mitarbeit an den Universitäten Freiburg (Rehabilitationspsychologie) und Bochum (Medizinische Psychologie) war sie als Leitende Psychologin an onkologischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken tätig. Seit 1997 arbeitet sie niedergelassen in eigener Praxis in Dahn.

Gründungs herausgeber

Steffen Fliegel, Münster
Arist von Schlippe, Witten
Ulrich Streeck, Göttingen
Jochen Schweitzer, Heidelberg

Beirat

Corina Ahlers, Wien
Brigitte Boothe, Zürich
Ulrike Borst, Zürich
Michael Brünger, Klingenmünster
Manfred Cierpka, Heidelberg
Harald J. Freyberger, Stralsund
Alf Gerlach, Saarbrücken
Michael Geyer, Leipzig

Sabine Herpertz, Heidelberg
Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen
Peter Joraschky, Dresden
Annette Kämmerer, Heidelberg
Jürgen Kriz, Osnabrück
Friedebert Kröger, Heidelberg
Johannes Kruse, Gießen
Marianne Leuzinger-Bohleber, Frankfurt/M.
Hans Lieb, Edenkoben
Dietrich Munz, Stuttgart
Hans Reinecker, Bamberg
Babette Renneberg, Berlin
Dirk Revenstorf, Tübingen
Wilhelm Rotthaus, Viersen
Martin Sack, München

Günter Schiepek, München
Gerhard Schüßler, Innsbruck
Bernhard Strauß, Jena
Annette Streeck-Fischer, Göttingen
Kirsten von Sydow, Hamburg
Bernhard Trenkle, Rottweil
Kerstin Weidner, Dresden
Ulrike Willutzki, Dortmund

Leserbeirat

Siegfried Hamm, Köln
Karl Mayer, Freren
Heinz-Peter Olm, Wuppertal
Uta Preissing, Stuttgart
Jessica Schadlu, Düsseldorf

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14 · 70469 Stuttgart
PF 301120 · 70451 Stuttgart
www.thieme-connect.de/ejournals
www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PID im Internet!
Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich.

Indiziert in: PSYINDEX

Inhalt

3 • 2013



Für Sie gelesen

- 6 Angst- und affektive Störungen – Therapie spart Geld
- 7 Agoraphobie – Virtuelle vs. In-vivo-Exposition
- 8 Arbeit und KHK – Herzinfarkt durch Stress: Wie funktioniert das?
- 9 Mutter-Kind-Beziehung – Wie wirkt sich eine psychische Erkrankung der Mutter aus?

Alles was Recht ist

- 10 Vorsorgevollmacht und Betreuung – Wenn gesetzliche Vertretung notwendig ist



Depression

Menschen mit depressiven Symptomen machen den größten Anteil der Patienten in psychotherapeutischen Praxen aus. Innovative Behandlungskonzepte verbinden teilweise Elemente mehrerer Therapieformen und -schulen.

Editorial

- 12 Neues zu einem gesellschaftlichen Topthema

Essentials

Standpunkte

- 16 Expositionsbasierte kognitive Therapie bei Depressionen
Martin Grosse Holtforth, Tobias Krieger, David Altenstein, Nadja Dörig
- 22 Die Leitlinie „Unipolare Depression“
Henning Schauenburg

Aus der Praxis

- 26 Psychoanalyse – Ein Anwendungsfeld bei chronischer Depression?
Marianne Leuzinger-Bohleber
- 30 Was bedeutet Depression aus systemischer Sicht?
Eia Asen
- 34 Schulenübergreifende Psychotherapie der chronischen Depression mit CBASP
Eva-Lotta Brakemeier, Stephan Köhler, Philipp Sterzer
- 39 Emotionsfokussierte Therapie der Depression
Jeannette Bischkopf

- 43 Das Ein-Personen-Rollenspiel
Rainer Sachse
- 48 Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie bei Depression
Ute Gräff-Rudolph, Christian Algermissen, Iris Liwowsky, Serge Sulz
- 52 Antidepressiva parallel zur Psychotherapie?
Tom Bschor
- 57 Verhaltensaktivierung bei Depression
Esther Lochmann, Jürgen Hoyer
- 61 Sport und Bewegung bei Depression
Elena Holz, Tanja Michael
- 64 Stationäre Rehabilitation bei depressiven Störungen
Volker Köllner, Claudia Eckert-Tag Elsir, Amanda Freiberg, Gabriele Lipka-Stöhr
- 69 Depressionen im Alter
Hans-Ulrich Wilms
- 72 Körperliche Ursachen depressiven Erlebens
Arne Zastrow

Über den Tellerrand

- 76 Neuronale Korrelate der Depression
Henrik Kessler
- 79 Stress, Depression und kardiovaskuläres Risiko
Christiane Waller
- 82 Gen-Umwelt-Interaktionen – Prädiktoren depressiver Störungen?
Hans Jürgen Grabe
- 85 Depression als gesellschaftliche Erkrankung
Frank Rosenbach, Matthias Richter

89 **CME**



Interview

- 91 Oskar Negt: Vom Umgang mit der Ausweglosigkeit

Dialog Links

- 94 Depression – Informationen und Hilfe aus dem Internet
Sonja Heintz

Dialog Books

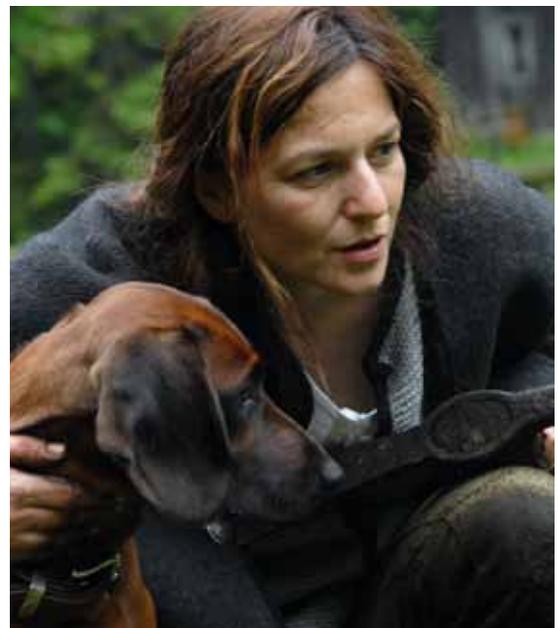
- 97 Depression – Bücher zum Thema
Katharina Gladisch

Resümee

- 100 Es tut sich was in der Depressionsbehandlung!

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 102 Fallbericht: Grübelzwang und Angststörung – „Zurzeit ist es einfacher, keine Partnerin zu haben ...“



Sehenswert

- 106 Die Wand – Is Anybody Out There?

Backflash

- 109 Wir fahren mit dem Bus ...

3 Herausbergremium

- 110 Vorschau: Das nächste Heft

Impressum auf der letzten Seite

Angst- und affektive Störungen

Therapie spart Geld

Im letzten Jahr litten rund 27% der Erwachsenen in Europa an einer psychischen Störung. Durch die zusätzliche Therapie von behandlungswilligen Patienten könnten 100-mal so viele Patienten durch Psychotherapie remittiert werden, wie es aktuell der Fall ist. Eva-Maria Wunsch und Kollegen der TU Braunschweig haben in einer Analyse gezeigt, dass der finanzielle Nutzen in den meisten Fällen die Behandlungskosten übersteigen würde.

Angststörungen, Schlafstörungen und Depressionen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland. In den letzten 12 Monaten lagen die Prävalenzen hierfür bei 14, 7 und 6,9% (Wittchen et al. 2011). Die Behandlungsrate war jedoch weniger als 25%. Die Kosten für die ambulante Therapie betragen 8,4 Mrd. Euro; die stationäre Therapie schlug mit 17 Mrd. Euro zu Buche. Hinzu kommen die indirekten Kosten, z.B. durch Arbeitsausfall der Betroffenen. Der Produktionsausfall im Jahr 2009 kostete das Land 4,9 Mrd. Euro.

Therapieangebote werden gerne angenommen

Viele Patienten mit psychischen Störungen haben einen hohen Leidensdruck. Etwa 33%

der Patienten möchten sich behandeln lassen, wenn ein konkretes psychotherapeutisches Behandlungsangebot zur Verfügung steht – das ist das Ergebnis einer Studie von 1997 (Franz). Seither nehmen jedoch weit mehr Patienten eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch.

Eva-Maria Wunsch und Kollegen der Technischen Universität Braunschweig schätzten mithilfe der Brodgen-Cronbach-Gleser-Formel, wie hoch die Kosten wären und wie groß der Nutzen wäre, wenn alle Behandlungswilligen eine Psychotherapie erhielten. Dabei gehen die Autoren von einer Therapie-Effektstärke von 1,0 bei Angststörungen und von 0,82 bei affektiven Störungen aus.

Das Ergebnis der Schätzung: Da sich die AU-Tage, der Produktionsausfall, die Frühbe-

rentungen und die Krankenhausaufenthalte deutlich verringern würden, läge der finanzielle Gesamtnutzen schätzungsweise bei einem Gewinn von 23,8 Mrd. Euro, wenn sich 33% der Patienten behandeln ließen. Allein durch die wegfallenden Krankenhausaufenthalte könnten dabei Kosten von 135,6 Mio. Euro entfallen.

Aufgrund bisheriger Daten kann man davon ausgehen, dass 78% der Patienten mit einer Angststörung und 59% der Menschen mit affektiven Störungen eine Remission durch Psychotherapie erfahren. Würden 33% der Betroffenen behandelt, so wären 3,1 Mio. mehr Menschen der deutschen Bevölkerung gesund, so die Autoren.

Gemäß den Berechnungen würden schon 10 Psychotherapie-Sitzungen eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz nach sich ziehen – und das bei einer Therapiewilligkeit von 10% bei affektiven Störungen und einer Remissionsrate von 30%. Bei Angststörungen entstünde eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz, wenn 20% der Patienten therapiewillig wären und 20% von ihnen remittierten.

Fazit

Etwa 14% der Deutschen leiden an einer Angst- und 7% an einer affektiven Störung. Eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz ergäbe sich bereits dann, wenn 10% der Patienten mit einer affektiven Störung bzw. 20% der Patienten mit einer Angststörung jeweils 10 Sitzungen Psychotherapie in Anspruch nähmen.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

Literatur

Wunsch EM et al. Wie teuer wird es wirklich? Kosten-Nutzen-Analyse für Psychotherapie bei Angst- und affektiven Störungen in Deutschland. *Psychologische Rundschau* 2013; 64: 75–93

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1353804>



Weniger Produktionsausfall, weniger Frühberentungen und weniger Krankenhausaufenthalte – wenn mehr Patienten mit psychischen Erkrankungen eine Therapie erhielten, könnte viel Geld eingespart werden (Bild: ccvision).

Agoraphobie

Virtuelle vs. In-vivo-Exposition



Konzertbesuche sind für Patienten, die unter Agoraphobie leiden, meist eine Horrorvorstellung. Eine Expositionstherapie kann Besserung bringen (Bild: © DWP/Fotolia.com).

Virtuelle Expositionstherapie (Virtual Reality Exposure Therapy, VRET), also die Expositionstherapie mit virtuellen Situationen am Computerbildschirm, hat sich bei vielen spezifischen Phobien als äußerst effektiv erwiesen – vergleichbar der Exposition in vivo und mit dem Vorteil, die Szenarien unter kontrollierten Bedingungen gezielt den individuellen Ängsten der Patientinnen und Patienten anpassen zu können. Die Datenlage zur VRET bei Agoraphobie ist allerdings noch sehr dünn. Das sollte eine niederländische Studie nun ändern.

55 Menschen, die unter einer Panikstörung mit ausgeprägter Agoraphobie litten, wurden nach dem Zufallsprinzip auf 3 Gruppen aufgeteilt. Die ersten beiden Gruppen erhielten jeweils 4 Sitzungen kognitive Verhaltenstherapie, gefolgt von 6 Sitzungen VRET oder In-vivo-Exposition. Die 3. Gruppe wurde mit einer Warteliste auf später vertröstet.

Erwartungsgemäß profitierten die ersten beiden Gruppen von der Therapie und schnitten danach deutlich besser ab als die nicht therapierte Gruppe. Dabei gab es zwi-

schen echter und virtueller Exposition fast keinen Unterschied im Outcome: Vermeidungsverhalten, Panik-Antizipation und Angst vor Panikkonsequenzen nahmen in beiden Gruppen während der Behandlung messbar ab, und Betroffene konnten Bewältigungsstrategien zunehmend besser anwenden. Das Team Amsterdamer Psychologinnen und Psychologen schließt daraus, dass beiden Therapiemodellen ähnliche Mechanismen zugrunde liegen.

Auch die Abbrecherrate war in beiden Gruppen ähnlich hoch (32,6%) – ein Hinweis auf

die starke Herausforderung, die für agoraphobische Patientinnen und Patienten mit der Exposition verbunden ist.

Kleine Nachteile für die VRET

Einen Unterschied gab es aber doch: Auf einer der 4 verwendeten Einschätzungsskalen, der Panic Disorder Severity Scale (PDSS), schnitten Betroffene nach In-vivo-Exposition deutlich besser ab als nach VRET.

Auch in 2 anderen Punkten hinkt die virtuelle Exposition der Echt-Exposition hinterher: Studien belegen für letztere, dass der Therapieeffekt über Jahre anhält, zur VRET liegen bislang keine Langzeit-Studien vor. Zudem sind die technischen Voraussetzungen für die VRET und die Entwicklung geeigneter virtueller Szenarien recht kostspielig.

Fazit

Virtuelle und echte Exposition im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie zeigen bei starker Agoraphobie fast gleiche Erfolge – aber eben nur fast. Die In-vivo-Exposition schnitt in dieser Studie dann doch einen Tick besser ab. Deshalb, und wegen der hohen Investitionskosten für die VRET, sollte der klassischen Expositionstherapie der Vorzug gegeben werden, so die Autoren.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Meyerbroeker K, Morina N, Kerkhof GA, Emmelkamp PMG. Virtual Reality Exposure Therapy Does not Provide any Additional Value in Agoraphobic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 170–176

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1353805>

Arbeit und KHK

Herzinfarkt durch Stress – wie funktioniert das?

Psychischer Stress am Arbeitsplatz steht schon lange im Verdacht, ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sein. Aber über welche Mechanismen wirkt sich der Arbeitsstress auf das Herz-Kreislauf-Risiko aus? Und ist er wirklich ein eigener Risikofaktor, oder fördert er einfach ungesundes Verhalten wie Tabakkonsum und eine ungünstige Ernährung?

Brauchbare Antworten auf diese Fragen können nur aufwendige Studien bringen, die eine ausreichende Anzahl von Probanden über einen ausreichend langen Zeitraum beobachten – wie die seit 1984 laufende Augsburger Fall-Kontroll-Studie MONICA/KORA (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease/ Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg) mit mehr als 13 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Für die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und Herz-Kreislauf-Risiko wurden nur Daten von gesunden Beschäftigten zwischen 35 und 64 Jahren ausgewertet – immerhin noch 1027 Menschen.



Serum-Marker geben Aufschluss über das Myokardrisiko von Arbeitnehmern (Bild: Dörte Jensen).

Zum Zeitpunkt der Rekrutierung wurde das Stress-Niveau in standardisierten Einzelinterviews ermittelt (mittels Karasek's Job Strain Index), und es wurden 9 verschiedene Serum-Marker erhoben. Nach einer durchschnittlichen Beobachtungsdauer von gut 12 Jahren hatten 114 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer einen plötzlichen Herztod oder einen nicht tödlichen Myokardinfarkt erlitten.

Stress + Entzündungsmediatoren = hohes Risiko

Beschäftigte, die zu Beginn der Studie hohe Arbeitsstress-Werte aufwiesen, hatten eine Hazard Ratio (HR) für kardiovaskuläre Ereignisse von 2,57. Nach der Bereinigung für andere kardiovaskuläre Risikofaktoren blieb die HR 2,35. Studienteilnehmer mit hohem Arbeitsstress und Myokardinfarkt hatten im Schnitt deutlich höhere Baseline-Werte für Entzündungsmarker im Blut wie MCP-1 (Monocyte chemoattractant Protein-1) sowie IL (Interleukin) 8 und 18. Auch hohe Ausgangswerte für CRP (C-reaktives Protein), IL-6 und sICAM (Soluble intercellular Adhesion Molecule-1) waren bei späteren Myokardinfarkt-Patientinnen und -Patienten erhöht – unabhängig davon, ob sie bei der Arbeit Stress hatten oder nicht.

Besonders gravierend wirkten sich hohe CRP-Spiegel auf das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse aus. Wurde der CRP-Effekt herausge-

rechnet, verbliebte Arbeitsstress als eigener Risikofaktor etwas – ein Hinweis darauf, dass CRP möglicherweise einer der entscheidenden Links zwischen Stress und Herz ist.

Bewegung senkt CRP und Herzrisiko

Unter den zahlreichen erhobenen Variablen erinnert in der MONICA/KORA-Studie v.a. der Faktor körperliche Bewegung daran, dass wir viel für unsere Gesundheit tun können: Bewegungsmangel war ein so markanter Risikofaktor, dass es bei körperlich inaktiven Probanden für das Herzinfarkt-Risiko schon fast egal war, ob sie am Arbeitsplatz Stress hatten oder nicht. Wahrscheinlich ist auch hier wieder CRP die entscheidende Verbindung: In einer anderen Studie hatten gestresste Beschäftigte weniger hohe CRP-Spiegel, wenn sie sich regelmäßig körperlich ertüchtigten.

Fazit

Die Ergebnisse der MONICA/KORA-Studie legen nahe, dass sich Arbeitsstress über psycho-neuro-immunologische Pfade auf das Herzrisiko auswirkt, mit dem autonomen Nervensystem und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse als wichtigen Komponenten. Eine gute Prophylaxe ist körperliche Bewegung.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Emery RT et al. Job Strain-Associated Inflammatory Burden and Long-Term Risk of Coronary Events: Findings from the MONICA/KORA Augsburg Case-Cohort Study. *Psychosom Med* 2013; 75: 317–325

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1353806>

Mutter-Kind-Beziehung

Wie wirkt sich eine psychische Erkrankung der Mutter aus?



Innig und unbelastet – so stellen sich viele die Beziehung zwischen Mutter und erwachsenem Kind vor. Der Realität entspricht diese Vorstellung jedoch nicht immer (Bild: Image Source/F1online).

Dankbarkeit gegenüber der Mutter, Verbundenheit mit ihr und ihre Pflege im Alter – das ist das Bild, das viele von der Mutter-Kind-Beziehung im Erwachsenenalter haben. Erwachsene Kinder, die sich ihren Müttern nur wenig verbunden fühlen, werden oft argwöhnisch betrachtet. Doch darunter sind viele, deren Mütter psychisch krank waren oder sind und die in ihrer Kindheit selbst nicht das von ihren Müttern bekamen, was sie gebraucht hätten.

Wie sieht die Beziehung von Kindern psychisch kranker Mütter zu ihren Müttern aus, wenn die Kinder erwachsen geworden sind? Dieser Frage sind Kristen M. Abraham und Catherine H. Stein von der University of Michigan nachgegangen. Dazu befragten sie 52 junge Erwachsene mit psychisch kranken und 64 mit gesunden Müttern. 81% der Befragten (n=94) waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 19 Jahren.

Seit Längerem ist bekannt, dass Kinder psychisch schwer kranker Mütter im Erwachsenenalter häufig selbst an psychischen Problemen leiden. Besonders Kinder von Müttern mit Schizophrenie, bipolaren

Störungen oder Depressionen sind davon betroffen. Viele Kinder mussten schon früh Verantwortung übernehmen und sich um ihre Mutter kümmern, sodass früh eine Rollenkehr stattgefunden hatte. Auch diese aktuelle Studie bestätigte, dass besonders die Rollenkehr in der Kindheit mit einem verminderten psychischen Wohlbefinden bei den erwachsen gewordenen Kindern zusammenhängt ($r = -0,25, p < 0,01$).

Eine gesunde Mutter-Kind-Beziehung entwickelt sich normalerweise von einer hierarchischen Struktur hin zu einer symmetrischen Struktur: Als Erwachsene fühlen sich Mütter und Kinder mehr oder weni-

ger gleichwertig, wobei diese Annäherung normalerweise im Alter von 18–25 Jahren stattfindet, also im Alter des „beginnenden Erwachsenseins“. Allerdings kann das Erwachsenwerden im Sinne der Identitätsfindung auch bis zum Alter von 30 Jahren dauern. Die groß gewordenen Kinder sind den gesunden Müttern zugeneigt, aber sie fühlen sich ihnen gegenüber auch verpflichtet. Häufig ist das Verbundenheitsgefühl der Kinder zu ihren Müttern stärker als zu den Vätern.

Die Autorinnen konnten mit ihrer Studie belegen, dass die Studienteilnehmer psychisch kranker Mütter häufiger psychische Symptome aufwiesen als die Teilnehmer mit gesunden Müttern ($r = 0,32, p < 0,01$). Die psychische Erkrankung der Mutter war außerdem assoziiert mit einem verstärkten Rollentausch sowie mit niedrigeren Graden von Zuneigung, gegenseitiger Beziehung und Verpflichtungsgefühl ($r_s = |0,28| - |0,49|, p_s < 0,01$).

Fazit

Kinder psychisch kranker Mütter müssen schon früh Verantwortung übernehmen – häufig findet eine Rollenkehr statt. Diese ist mit vermehrten psychischen Problemen der Kinder im Erwachsenenalter verbunden. Die jungen Erwachsenen fühlen sich ihren Müttern weniger zugeneigt und ihnen gegenüber weniger verpflichtet als erwachsene Kinder psychisch gesunder Mütter.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

Literatur

Abraham KM, Stein CH. When Mom has a Mental Illness: Role Reversal and Psychosocial Adjustment Among Emerging Adults. *J Clin Psychol* 2013; 69: 600–615

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1353807>

Dr. Gero Bieg

Vorsorgevollmacht und Betreuung

Wenn gesetzliche Vertretung notwendig ist

Immer häufiger tauchen im psychotherapeutischen Alltag Fragestellungen auf, die mit dem Betreuungsrecht zu tun haben – sei es, dass für Patienten eine rechtliche Betreuung angeordnet ist, oder dass diese selbst zu Betreuern bestellt sind. Welche Konsequenzen hat die Anordnung einer rechtlichen Betreuung? Welche Befugnisse hat der Betreuer? Oft ist auch Beratungsbedarf erforderlich, wie man die Anordnung einer gerichtlichen Betreuung vermeiden und entsprechende Vorsorge betreiben kann.

Betreuung: warum?

Ein Volljähriger kann grundsätzlich rechts-wirksam nur für sich allein handeln. Ehegatten können nur die Geschäfte zur angemessenen Deckung des Lebensbedarfs auch für den anderen Ehegatten führen, bei weitergehenden finanziellen Geschäften können sie sich jedoch nicht vertreten. Ebenso wenig im medizinischen Bereich: Auch die Einwilligung in einen medizinischen Eingriff oder eine Behandlungsmaßnahme kann grundsätzlich nur vom Betroffenen selbst erteilt werden. Es können jedoch Situationen auftreten, in denen ein Volljähriger krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage ist, selbst für sich zu handeln. Dann muss dies jemand in Vertretung für ihn tun können.

Voraussetzungen der Betreuung

Kann ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer (§ 1896 Abs. 1 S. 1 BGB). Das Gesetz stellt also auf das krankheitsbedingte Unvermögen ab, seine Angelegenheiten selbst regeln zu können.

Die Betreuung darf nur in den Aufgabenkreisen angeordnet werden, in denen sie erforderlich ist (§ 1896 Abs. 2 S. 1 BGB). Können z. B. finanzielle Angelegenheiten krankheitsbedingt nicht mehr besorgt werden, wird die Betreuung in der Vermögenssorge angeordnet. Ist ein psychisch Erkrankter nicht mehr in der Lage, sich um seine ärztliche Behandlung angemessen zu kümmern, wird eine Betreuung im Bereich der Gesundheitsfürsorge erforderlich. Damit der Betreuer auch das Recht erhält, ggf. die Unterbringung des Betreuten in der geschlossenen Station einer psychiatrischen Klinik in die Wege zu leiten, muss ihm die Betreuung auch im Bereich der Aufenthaltsbestimmung übertragen werden.

Kann jemand krankheitsbedingt seine Angelegenheiten nicht mehr regeln, so kann das Betreuungsgericht eine Betreuung anordnen. Der Betreuer wird dann gesetzlicher Vertreter des Betroffenen.

Selbstbestimmungsrecht

Eine Betreuung darf niemals angeordnet werden, wenn der Betroffene sie ablehnt und in der Lage ist, seinen Willen frei zu bil-

» Fallbeispiel: A., der sich in psychotherapeutischer Behandlung befindet, hat eine Vorsorgevollmacht für seinen Bruder B. Dieser leidet unter einer paranoid-halluzinatorischen Psychose. In den letzten Wochen lehnt er zunehmend die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ab, da er glaubt, er solle vergiftet werden. A. fragt seine behandelnde Psychotherapeutin um Rat, ob er die geschlossene Unterbringung von B. in die Wege leiten darf, wenn die Gefahr eines erheblichen gesundheitlichen Schadens bei B. besteht. **“**

den (§ 1896 Abs. 1a BGB). Die Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Betroffenen ist ein wesentlicher Grundsatz, der das gesamte Betreuungsrecht prägt. So ist die mit Freiheitsentzug verbundene Unterbringung eines psychisch Erkrankten nur dann zulässig, wenn die Gefahr der Selbsttötung oder der Zufügung eines erheblichen gesundheitlichen Schadens besteht, und nur dann, wenn er krankheitsbedingt die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen, also sein Selbstbestimmungsrecht nicht mehr frei ausüben kann (§ 1906 Abs. 1 BGB). Die Unterbringung muss zudem gerichtlich genehmigt werden. Bei einer reinen Fremdgefährdung des Betroffenen ist eine Unterbringung nur auf Basis des Unterbringungsgesetzes des jeweiligen Bundeslandes möglich.

Die sog. Patientenverfügung (§ 1901a BGB) stellt sicher, sein Selbstbestimmungsrecht im medizinischen Bereich auch für den Fall antizipieren zu können, dass man einwilligungsunfähig wird. Mit ihr kann man vorab festlegen, ob bestimmte ärztliche Maßnahmen unterbleiben sollen, auch wenn man sich selbst in der konkreten Situation nicht mehr äußern kann.

Rechtsfolgen der Betreuung

Der Betreuer wird gesetzlicher Vertreter des Betroffenen in den ihm übertragenen Aufgabenkreisen (§ 1902 BGB). Er erhält vom Gericht eine Vollmacht, den Betroffenen rechtlich zu vertreten. Der Betreuer kann also etwa in medizinische Behandlungsmaßnahmen einwilligen, wenn ihm die Gesundheitsfürsorge übertragen ist. Er ist dann auch berechtigt, Auskunft über den Gesundheitszustand des Betroffenen zu erhalten und ggf. Krankenunterlagen einzusehen.

Der Betroffene wird rein durch die Anordnung einer Betreuung in seinen Rechten nicht beeinträchtigt. Gefährdet jedoch der Betroffene sich selbst, so können zu seinem Schutz Maßnahmen ergriffen werden, die seine Rechte beschränken. Neben der bereits erwähnten Unterbringung zur Abwendung einer Selbstgefährdung im gesundheitlichen Bereich kann im finanziellen Bereich ein sog. Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden, d. h. finanzielle Handlungen können unter den Vorbehalt der Einwilligung des Betreuers gestellt werden (§ 1903 BGB).

Aufgaben des Betreuers

Der Betreuer muss die Angelegenheiten des Betroffenen zu dessen Wohl besorgen und grundsätzlich dessen Wünschen entsprechen. Er vertritt den Betroffenen gerichtlich und außergerichtlich. Grundsätzlich kann er die Angelegenheiten des Betroffenen frei besorgen, untersteht dabei aber der Aufsicht des Betreuungsgerichts. Der Umfang der Aufsicht des Gerichts bzw. die Frage, in welchem Umfang der Betreuer ggf. für sein Tätigwerden einer gerichtlichen Genehmigung bedarf, hängt vom Einzelfall ab. Ein naher Angehöriger ist z.B. im finanziellen Bereich in seiner Handlungsbefugnis freier als ein familienfremder Betreuer. Fügt der Betreuer dem Betroffenen einen Schaden zu, etwa indem er es unterlässt, rechtzeitig Anträge im Bereich der Sozialversicherung zu stellen, so haftet er für Schäden, wenn er schuldhaft gehandelt hat.

Erforderlichkeitsgrundsatz

Eine Betreuung darf nur dann angeordnet werden, wenn sie erforderlich ist. Sie ist nicht erforderlich, wenn geeignete andere Hilfen zur Verfügung stehen oder wenn die Angelegenheiten des Betroffenen ebenso gut durch einen Bevollmächtigten wahrgenommen werden können (§ 1896 Abs. 2 BGB). Hat der Betroffene also selbst Vorsorge in der Form betrieben, dass er einen anderen bevollmächtigt hat, seine Angelegenheiten zu regeln, so ist die Anordnung einer Betreuung nicht erforderlich.

Mit der Erteilung einer Vorsorgevollmacht kann die Anordnung einer Betreuung vermieden werden. Der Bevollmächtigte kann grundsätzlich genauso handeln wie ein vom Gericht bestellter Betreuer.

Der Bevollmächtigte wird, im Unterschied zum Betreuer, vom Gericht nicht kontrolliert. Nur wenn es Anhaltspunkte gibt, dass der Bevollmächtigte nicht zum Wohle des Betroffenen handelt, kann das Gericht eine sog. Kontrollbetreuung anordnen, d. h. einen Betreuer bestellen, der den Bevollmächtigten kontrolliert.

Details zur Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht kann grundsätzlich formfrei erteilt werden. Für einige Bereiche stellt der Gesetzgeber jedoch besondere Formerfordernisse auf – gerade im medizinischen Bereich. Soll der Bevollmächtigte etwa in die Lage versetzt werden, auch über die Umsetzung einer von dem Betroffenen erteilten Patientenverfügung entscheiden zu können, so muss die Vorsorgevollmacht schriftlich erteilt sein und diesen Punkt ausdrücklich beinhalten. Gleiches gilt für die freiheitsentziehende Unterbringung: Diese darf der Bevollmächtigte nur in die Wege leiten, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und der Betroffene den Bevollmächtigten ausdrücklich hierzu ermächtigt hat.

In unserem Fallbeispiel darf A. die Unterbringung seines Bruders B. also veranlassen, wenn ihm eine entsprechende Vollmacht schriftlich erteilt worden ist. Er muss dann beim Gericht die Genehmigung der Unterbringung beantragen.

In der Vorsorgevollmacht können auch mehrere Bevollmächtigte benannt werden – dann muss aber das Verhältnis der Bevollmächtigten untereinander geregelt werden, etwa in der Weise, dass jeder alleine, nur alle gemeinsam oder einer nur bei Verhinderung des anderen handeln kann. In der Praxis dürfte es ratsam sein, bei Erteilung einer Vorsorgevollmacht ein Muster zu verwenden, wie es etwa das Bundesjustizministerium herausgibt (zu finden unter: www.bmj.bund.de).

Fazit

Mit der Erteilung einer Vorsorgevollmacht kann die Anordnung einer gerichtlichen Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht kann grundsätzlich formfrei erteilt werden. Sie bedarf in bestimmten Bereichen der Schriftform und muss ausdrücklich erwähnen, dass der Bevollmächtigte in diesen Bereichen (z. B. Unterbringung) handeln darf.



Dr. Gero Bieg

Amtsgericht Saarbrücken
Nebenstelle Heidenkopferdell
Bertha-von-Suttner-Str. 2
66123 Saarbrücken

weiterer aufsichtsführender Richter am Amtsgericht Saarbrücken, seit dem Jahr 1995 als Richter tätig, nach Tätigkeiten als Zivil- und Bußgeldrichter und einer Abordnung ins Ministerium der Justiz des Saarlandes seit dem Jahr 2001 überwiegend im Bereich des Betreuungsrechts eingesetzt, kommentiert die betreuungsrechtlichen Vorschriften im *juris* PraxisKommentar BGB und veröffentlicht regelmäßig im Betreuungsrecht, Referent von Vorträgen, Seminaren und Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte.

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1353808>