



Medizinische Universität Graz

KLINIK BAD AUSSEE
für Psychosomatik und Psychotherapie assoziiert
an die Medizinische Universität Graz

Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Marius Nickel
Ärztlicher Direktor

Stationäre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Synergie des Sonderstudienmoduls (SSM) mit der Pflichtfamulatur.

Kurzinformation für Studierende

Ausführende Institution

Klinik Bad Aussee für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der
Medizinischen Universität Graz, Sommersbergseestrasse 395, 8990 Bad Aussee.
Tel. Nr. 03622-52100, Fax Nr. 03622-52100-3133, e-Mail: office@klinik-badaussee.at

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Voraussetzungen zur Zulassung von Studierenden für das Synergieprojekt	3
Einleitung	4
Arbeitsbereich der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	4
Nosologisches Indikationsspektrum nach ICD-10	5
Kontraindikationen	5
Grundsätzliche Indikationskriterien für eine stationäre psychosomatische Behandlung	6
Erläuterungen zu den Indikationskriterien	6
Die Studentenausbildung beeinflussende konzeptuell-therapeutische Grundsatzüberlegungen	6
Die der Studentenausbildung zugrunde liegende therapeutische Basismethodik	8
SSM – Lernziele	9
SSM – Inhalte	9
Famulatur – Ziele	9
Famulatur – Inhalte	10
Ziel des Synergieprojektes	10
Beurteilungsmethodik	10
Durchführungsrahmen	10
Basisliteratur	11
Anhang	11
Psychischer Aufnahmebogen	11
Ärztlicher Aufnahmebefund	14
Entlassbericht (Panikstörung)	19
Entlassbericht (Schmerzstörung)	25
Entlassbericht (Depression)	32
Entlassbericht (Bulimia nervosa)	37

Zusammenfassung

Die vier Wochen lang dauernde Synergie des SSM und der Famulatur im Bereich der Stationären Psychosomatik und Psychotherapie soll den Studierenden gleichzeitig das theoretische und praktische Wissen auf diesem medizinischen Arbeitsgebiet vermitteln. Die direkte Anbindung an ein Behandlungsteam und die Teilnahme an dem krankenhausüblichen Teamleben inkl. Teamsupervisionen sollen diese Lerneffekte verstärken. Während der gesamten Maßnahme werden die gewonnenen Erkenntnisse sowie die durch die Arbeit mit psychisch kranken Menschen gewonnenen Eindrücke in einer täglichen Reflexion mit dem ärztlichen Leiter der Klinik bearbeitet. Durch diese innovative Maßnahme erhoffen wir eine noch breitere Akzeptanz und Fachverständnis für das biopsychosoziale Behandlungsmodell und die Rolle und Möglichkeiten der spezialistischen stationären psychosomatischen Behandlung.

Voraussetzungen zur Zulassung von Studierenden für das Synergieprojekt

Das abgeschlossene dritte Studienjahr, sowie Interesse psychosomatische stationäre Behandlungstechniken kennen zu lernen.

Einleitung

Arbeitsbereich der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Sowohl körperliche Erkrankungen, die chronisch das Leben bedrohen oder zu Behinderungen, Verstümmelungen führen, als auch psychische Erkrankungen sind für die Betroffenen oft mit großem Leidensdruck verbunden. Mit dem Fortschritt der Medizin und den wachsenden Möglichkeiten, das Leben trotz schweren Krankheiten zu verlängern, vergrößern sich auch die Aufgaben bei der Unterstützung der Krankheitsbewältigung. Sie gehören zu den Aufgaben der behandelnden Ärzte in der psychosomatischen Versorgung.

Bei einer Vielzahl von Erkrankungen wie z.B. chronische Polyarthrit, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Asthma bronchiale, Herzinfarkt, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, chronische Hauterkrankungen, Z.n. Amputation, AIDS, Krebserkrankungen entstehen oft Störungen der Krankheitsverarbeitung. Das psychische Leiden nach schweren Belastungen und Erlebnissen, Ängste, Depressionen, Erschöpfungszustände, Ess-, Schmerz- und somatoforme Störungen schränken die Bewältigungsmöglichkeiten des Menschen im täglichen Leben oft drastisch ein. Mannigfache Gefahren von der Verzögerung einer rechtzeitigen Diagnostik und Behandlung bis hin zur Gefährdung des Heilungsprozesses durch unangemessenes Verhalten und Unvorsichtigkeit, mangelnde Veränderung der Lebensweisen können die Folgen sein.

Neben den funktionellen Einschränkungen und den psychosozialen Folgen sind die sozialmedizinischen Konsequenzen mit Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, lang dauernde Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühinvalidisierung von erheblicher Bedeutung für den Betroffenen.

Psychotherapeutische Maßnahmen haben ihre Domäne in der Unterstützung der Krankheitsbewältigung, den Coping-Mechanismen, d.h. dem bewussten Bemühen, die durch Krankheit aufgetretenen oder zu erwartenden Belastungen emotional, kognitiv und durch Handeln zu bewältigen. Jede psychotherapeutische und psychosomatische Betrachtung körperlicher Erkrankungen soll die komplexen psychosozialen Zusammenhänge in der Entstehung von Krankheiten bzw. der Aufrechterhaltung von Gesundheit berücksichtigen. Krankheitsbeginn, Aufrechterhaltung und Folgen einer Erkrankung sind bestimmt durch soziale, psychische und biologische Komponenten.

Unter der Berücksichtigung des grundsätzlichen Einflusses psychosozialer Faktoren und der zu erwartenden psychosozialen Belastung bei chronischen Erkrankungen, bedürfen

alle Patienten einer psychosomatischen Versorgung, die bei entsprechender Indikation auch im stationären Rahmen durchzuführen ist. Hierbei handelt es sich um die Verbesserung der Einstellung zur Erkrankung im Sinne einer aktiven Selbstversorgung und eines Selbstmanagements.

Nosologisches Indikationsspektrum nach ICD 10

- phobische Störungen, andere Angststörungen (u.a. Herzangstneurose) und Zwangsstörungen (F 40, F 41 und F 42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F 43)
- dissoziative (Konversions-) Störungen (F 44)
- funktionelle Störungen seelischen Ursprungs (F 52)
- somatoforme Störungen mit Schwerpunkt Schmerzstörung (F 45 und F 45.4)
- Fibromyalgiesyndrom (F 45.38)
- Essstörungen (F 50)
- Schlafstörungen (F 51)
- Morbus Crohn und Colitis ulcerosa (K 50, K 51)
- essentielle Hypertonie (I 10)
- Tinnitus aureum (H 93.1)
- psychogene Herzrhythmusstörungen (F 45.3)
- somatopsychische Erkrankungen
(z. B. CA, Z. n. Amputation)
- Erschöpfungszustände (F 48.0)
- ausgewählte depressive Erkrankungen
(F 32.1, F 32.2, F 32.8, F 32.9, F 33.1, F 33.2 und F 34)
- komorbide Persönlichkeitsstörungen (F 60, F 61, F 62, G 64)

Kontraindikationen

- akute Psychosen
- akute Suizidgefährdung
- dementielle Erkrankungen
- Suchterkrankungen

Grundsätzliche Indikationskriterien für eine stationäre psychosomatische Behandlung

Patienten,

- die einer intensiven multimodalen Psychotherapie bedürfen,
- deren Behandlung häufig eine Kooperation mit anderen Fächern erfordert,
- die einer Herausnahme aus ihrem Milieu bedürfen,
- die ambulant unzureichend, oder überhaupt nicht behandelt werden können

sollen einer stationären psychosomatischen Behandlung unterzogen werden.

Erläuterungen zu den Indikationskriterien

Ein wichtiges Kriterium für die stationäre Behandlung stellt für manche Patienten der Abstand vom Konfliktherd dar, von der krankheitsverursachenden und –unterhaltenden psychosozialen Situation. Eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit gelingt manchen Patienten erst, wenn sie aus der Umklammerung der krankheitsverursachenden oder –unterhaltenden Situation durch äußere Umstände, d.h. den klinischen Aufenthalt, herausgenommen werden. Dieses ist umso wichtiger, wenn die psychosoziale Situation den Patienten traumatisiert, ihm nicht genügend Freiräume zur psychosozialen Entwicklung lässt, den Patienten unter starken Über-Ich-Druck stellt, verbunden mit Verpflichtungsgefühlen, Opfer- oder Helferhaltungen. Wenn schwere soziale Zwänge die Freiheitsspielräume erheblich einengen oder sadomasochistische Kollusionen bestehen, die soziale Situation immer wieder zu Selbstbestrafungstendenzen Anlass gibt, der Patient vor Missbrauch oder Misshandlung geschützt werden muss, ist der schützende Rahmen der Klinik erforderlich. Dieser Schritt sollte auch bei Patienten mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen erfolgen, um die Familie vor Übergriffen zu bewahren, bis der Patient im Rahmen der stationären Psychotherapie eine Weiterentwicklung mit einer gewissen Korrektur seiner überschießenden Impulse und Fehlhaltungen erfahren hat.

Die Studentenausbildung beeinflussende konzeptuell-therapeutische Grundsatzüberlegungen

Wir haben bei der Kommentierung der grundsätzlichen Indikationskriterien gesehen, welche hohe Relevanz die Ich-Entwicklung, die Ich-Stärke und Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen der Indikation für eine stationäre psychosomatische Behandlung einnehmen. Bei

kritischer Würdigung dieser Indikationskriterien ist häufig eine Unreife, Unfertigkeit und ein Ich-Defizit in der Ich-Entwicklung der Patienten in großem Umfang zu konstatieren. Diese Feststellungen führen zu folgender Hypothese: Je mehr Defizite ein Patient in seiner Ich-Entwicklung aufweist, desto mehr wird er auf eine stationäre Psychotherapie angewiesen sein. Umgekehrt ausgedrückt wird ein Patient mit einer ausreichend gesunden Ich-Entwicklung in der Regel seine Konflikte und Problematiken im ambulanten Rahmen lösen können, es sei denn, ein primärer oder sekundärer Krankheitsgewinn, oder eine Vermeidungsstrategie verhindern dies. Noch häufiger dürften aber schwere Belastungen oder Traumata eine ambulante Behandlung ausschließen, insbesondere wenn die Verarbeitungs- und Kompensationsmechanismen des Ichs überfordert sind oder gar die Ich-Funktionen geschädigt sind. Bei Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen zeigt sich o.g. Beeinträchtigung der Verarbeitungskapazität. Beleuchtet man die Biografie und psychosoziale Entwicklung von Patienten mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, so führen in hohem Umfang Missbrauch oder Misshandlungen zu einer traumatisch bedingten Beeinträchtigung der Ich-Funktionen bei unzureichender Fähigkeit mit der internalisierten Bedrohung. Sog. „frei flottierende Ängste“, welche die Patienten fast immer auto- oder heteroaggressiv entladen, oder die in Form von Essstörungen oder pseudoneurotischer Symptomatologie mangelhaft verarbeitet werden und die Abwehrformation der Spaltung kennzeichnen die Not der Patienten. Die innere Not resultiert aus der fehlenden Verarbeitungs- und Kompensationsfähigkeit des Ichs. Je stärker die Ich-Funktionen beeinträchtigt sind, desto mehr kommt es auf den Schutzraum der klinischen Institution an.

Bei der Analyse der Symptomatologie kommt der vom Verfasser sogenannten „Hierarchie in der Psychodiagnostik“ eine große Bedeutung zu. Damit ist gemeint, dass stets die Behandlung einer zugrundeliegenden Persönlichkeitspathologie Vorrang hat gegenüber einer neurotischen Problematik und diese wiederum gegenüber psychogenen Reaktionen oder Anpassungsstörungen. Wie oben angedeutet, kann die sog. „frei flottierende Angst“ bei Borderline-Patienten dissoziativ, phobisch oder depressiv teilgebunden werden. Aus dieser Symptomatik die Behandlung einer neurotischen Störung abzuleiten würde z.B. durch das Hineingerissenwerden des Therapeuten in die Hilfsmechanismen der Spaltung, d.h. in die projektive Identifizierung oder in die Entwertung durch den Patienten bereits im Ansatz scheitern. Daraus folgt, dass die eingehende Diagnostik der Ich-Funktionen eines Patienten im stationären Rahmen den Behandlungserfolg maßgeblich mitbestimmt. Schwerpunkt in der klinischen Psychotherapie von Patienten mit Ich-Einschränkungen, -defiziten oder sog. frühen Störungen wird folgerichtig die „Objektbeziehung“ darstellen. Dabei handelt sich um

Vorgehensweise, die Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen in das Zentrum des therapeutischen Geschehens rückt.

Die der Studentenausbildung zugrunde liegende therapeutische Basismethodik

In der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird ein Methoden übergreifendes, integratives Psychotherapiekonzept umgesetzt, das je nach der Erkrankung eines Patienten die am effizientesten erscheinende psychotherapeutische Methode als Basistherapie verwendet. So werden z.B. bei einfach strukturierten Patienten unkomplizierte verhaltenstherapeutische Verfahren, gestützt von Basispsychoedukation Vorrang haben. Bei differenzierten Patienten können analytisch fundierte, systemische und verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlungen, sowie nonverbale Verfahren und Psychoedukation zusammenwirken.

Die klinische psychosomatische Behandlung ist stets mehrdimensional ausgerichtet. Es werden psychopathologische, psychodynamische, soziale, konstitutionelle, somatisch-biologische und feinstoffliche Faktoren impliziert und in das Gesamtbehandlungsprogramm integriert. Entsprechend wirken somatische Behandlungen, die verschiedenen Module der klinischen Psychotherapie (Einzel-, Gruppenverfahren, Gestaltungs-, Musik-, Tanztherapie, Bioenergetik, Entspannungsverfahren, Atemtherapie und Sozialberatung), Methoden der Naturheilkunde, der traditionellen chinesischen Medizin, Sport- und Bewegungstherapien, Physiotherapie und balneologische Anwendungen zusammen.

Die Verfahren werden nicht polypragmatisch angesetzt, sondern vom therapeutischen Team auf die Verträglichkeit für den Patienten sorgfältig ausgewählt. Patienten mit unzureichender Verarbeitungskapazität sind häufig zu Anfang nicht gruppenfähig. Auch sind sie anfangs nicht in der Lage, die Deutungen zu verarbeiten. Die einzelnen Verfahren werden also je nach Patient und Erkrankungsgefüge individuell nach der Formulierung der Therapieziele vom Behandlungsteam zusammengestellt. Mit dem Ineinandergreifen der Therapiemodule wird die Inangsetzung und spätere Katalysierung des Therapieprozesses angestrebt.

Für den Erfolg der stationären psychosomatischen Behandlung ist wichtig, dass der Patient Verantwortung für sich und das Behandlungsgeschehen übernimmt und aktiv mitarbeitet. Nur so kann er mitgestaltend seine Ressourcen und Entwicklungswerten

entfalten, aus seinem Lebensengpass infolge seiner psychischen Verstrickungen herausfinden und sich neue Ziele und Sinngebungen erschließen. Diese Einsichten können ihm dazu verhelfen, die Hintergründe seiner Krankheit zu verstehen, besser damit umgehen zu lernen oder gar auf seine Symptomatik teilweise oder ganz verzichten zu können.

SSM – Lernziele

Die Studierenden sollten am Ende des SSM:

- die Indikationen für stationäre psychosomatische Behandlung kennen
- die Krankheitsbilder aus dem Bereich Essstörungen diagnostizieren
- die Krankheitsbilder aus dem Bereich somatoforme und Schmerzstörungen diagnostizieren
- das differenzialdiagnostische Vorgehen kennen
- die wichtigsten Therapieformen sowohl theoretisch, als auch in praktischer Form kennen

SSM – Inhalte

1. chronische Schmerzstörungen
2. somatoforme Störungen
3. Bulimia nervosa
4. Anorexia nervosa
5. Nonverbale Verfahren
6. diverse Formen der Gruppenpsychotherapie
7. Einzelpsychotherapie

Famulatur – Ziele

Die Studierenden sollen gründlich die somatische und die psychische Aufnahme eines Patienten üben und durch Teilnahme an den Visiten, Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie und zahlreichen fallbezogenen Besprechungen die Behandlungsabläufe einer psychosomatischen Klinik kennenlernen.

Famulatur – Inhalte

Somatisch-ärztliche Aufnahme, psychiatrisch-psychotherapeutische Aufnahme, Einzelpsychotherapie, ärztliche Sprechstunde, Gruppenpsychotherapie, Visiten, fallbezogene Besprechungen, Teilnahme an Bereitschaftsdiensten (bis 21 Uhr, mit darauf folgender Reflexion mit dem jeweiligen Dienstarzt).

Die Studierenden werden einen konkreten Behandlungsverlauf, beginnend mit der Aufnahme des Patienten, verfolgen und einen Abschlussbericht anfertigen.

Ziel des Synergieprojektes

Durch die Verbindung der theoretischen und praktischen Ausbildung direkt am Bett des Patienten über eine längere Zeit, sowohl praktische Arbeit in einer psychosomatischen Klinik kennen zu lernen, als auch zeitgleich das dazugehörige theoretische Wissen zu integrieren.

Beurteilungsmethodik

Aktive Teilnahme an praktischen Übungen und Theorieseminaren, Anfertigung des Entlassberichtes, Qualität des eigenständig vorbereiteten und referierten Themenbereiches (Kurzvortrag).

Durchführungsrahmen

Jede Woche von Montag bis Freitag werden SSM und Famulaturinhalte abwechselnd, zwischen 8.00 und 16.45 Uhr (inkl. ca. 60 Minuten Pause) durchgeführt. Ein Nachmittag in der Woche wird für das Selbststudium zur Verfügung gestellt.

Die Studierenden werden von Anfang an auf einer ganz bestimmten Station, einen nur für sie zuständigen Fachbetreuer zugewiesen bekommen. Sie werden in diesem Team über die Gesamtdauer der Maßnahme allen im Krankenhaus möglichen Beschäftigungen nachgehen.

Basisliteratur

Ermann M (2007) Psychosomatische und psychotherapeutische Medizin. Kohlhammer, Köln

Klussmann R (2002) Psychosomatische Medizin. Springer, Berlin

Rudolf G (2000) Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Thieme, Stuttgart

Anhang

- Psychischer Aufnahmebogen
- Ärztlicher Aufnahmebefund
- Entlassbericht (Panikstörung)
- Entlassbericht (Schmerzstörung)
- Entlassbericht (Depression)
- Entlassbericht (Bulimia nervosa)

Psychischer Aufnahmebogen

Patientenname: «name» «vorname»

Station: «station»

Aufnahmedatum: «Aufnahme»

Geburtsdatum: «GebDatum»

Therapeut: «therapeut»

Wohnort: «plz» «ort», «adresse»

Selbstzahler: «selbstzahler» Privat: «privatpat»

Krankenkasse: «hauptversname»

Einweisungsdiagnose:

Vorläufige Diagnose:

Suizidgefährdung bei Aufnahme:

Vorbehandlungen:

a) ambulante Psychotherapie ? (Bei wem? Wann? Wie viele Std.?)

b) stat. Psychosomatik? Psychiatrie?

Erlerner Beruf:

Zuletzt ausgeübter Beruf:

Arbeitslos seit:

AU bei Aufnahme seit:

wegen:

Rente:

wegen:

Familiensituation:

Ledig/ verheiratet/ geschieden:

seit:

Aktuelle Symptomatik und Vorgeschichte:

(seel. und körperl., Auslöser/Ursache, Beginn jeder Symptomatik, Verlauf)

Therapieziele:

Biographische Anamnese:

Psychischer Befund bei Aufnahme:

Bewusstsein:
Denkstörung:
Affektivität:

Orientierungsstörung:
Wahrnehmungsstörung:
Schwingungsfähigkeit:

Konzentration, Aufmerksamkeits-, Gedächtnisstörung:

Antrieb und Psychomotorik:

Ängste, Phobien:

Zwänge:

Rapport und Kontaktfähigkeit:

Andere Einschränkungen:

Suchtverhalten (Alkohol, Drogen, Medikamente; Spielsucht):

Patient: «name» «vorname»

Aufn. Datum: «Aufnahme»

Arzt: «arzt»

Ärztlicher Aufnahmebefund

Krankenk./Privat/Selbstzahler:

Hausarzt:

Allgemeine und klinische Anamnese:

Familienanamnese:

Vater	Mutter
Kinder	Geschwister
Andere	

Eigenanamnese:

KK:

Frühere Krankheiten:

Vorbefunde:

Bisherige therapeutische und diagnostische Maßnahmen:

Bisherige Klinikaufenthalte:

Allgemeines:

Schlaf	normal	Einschl. gestört	Durchschl. gestört		Schlafmittel
Appetit	normal	reduziert			
Ernährung	Essanfälle	Brechanfälle	SD-Hormone		Diuretika
Durst					
Unverträgl.					
Gewicht	konst.	kg	ab	zu	In M
Stuhl	normal	Obstipat.	Laxantien		Durchfall
Miktion	normal	tags x	nachts x	erschwert	inkontinent
ven. Infekte	keine				
Menses	Tg	L. Regel	regelm.	unregelm.	Gew. d. Amenorrhoe
Menarche	mit J		Menopause seit		
Geburten	lebend	tot	Kompl.:		Aborte
Vorsorge	o.B.	Dat.			
Sport	früher		jetzt		
Nikotin	früher		jetzt		
Alkohol	früher		jetzt		
Suizidalität					
Selbstmordgedanken	SMV	Anzahl	wie		wann
Akute Suizidalität			ja		
			nein		

Jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen:

Medikamente	Dosis	seit

Kontrollbedürftige Befunde bei Entlassung:

Gesamteindruck	altersentspr.	jünger wirkend	älter wirkend	gesund	krank
Konstitution	normal	leptosom	pyknisch	athletisch	asthenisch
Ernährungszustand	normal	mager	dick		
Muskulatur	o.B.	kräftig	Schwach entwickelt		
Haltung	o.B.	Schlaff	gebeugt	lebhaft	langsam
Dyspnoe	nein	in Ruhe	b. Belastung	Etagen:	
Haut	o.B.	Blässe	Zyanose	Ikterus	Rubescis
	Xanthelasmen	Akne	Sternchen	Palm-Eryth.	
	Mykose	Nagelveränderungen			
Lymphknoten	o.B.				

Kopf

Schädel	o.B.	Kopfschmerz			
Augen	o.B.	fehlsichtig	re. li.	Brille:	
	Ptosis	Exophthalmus	dick		
Pupillen	Rund	L: re. = li.	re. li.		
Ohren	o.B.	schwerhörig	re. li.		
Nase	o.B.	Atmung beh.			
Lippen	o.B.				
Zunge	o.B.				
Schleimhäute	o.B.	Blässe			
Tonsill/Rachen	o.B.	Z.n.TE.	akut entz	chron. entz.	
Fötör	nein	ja:			
Gebiß	kaufähig	Sanierungsbedürftig	nicht kaufähig	Teilprothese oben/ unten	Vollprothese oben/ unten
Schilddrüse	o.B.	Struma diffusa	Struman Nodosa	Halsumfang:	
		Größe I	Größe II	Größe III	

Brustkorb und Lunge

Brustkorb	o.B.	Rippen-Buckel	Trichter-Brust	Hühner-Brust	Flach-Thorax
	Fass-Thorax				
Lungen-Grenzen	o.B.	re.	li.		
Atemverschieblichkeit	o.B.	re. OF	li. OF		
Klopfeschall	sonor	hypersonor+++		gedämpft---	
Atemgeräusch	vesikulär	verschärft XXX	Exspirium/// verlängert/		
	bronchial	V V V	abgeschwächt	III	
Nebengeräusch	nein	RG:feinblasig	RG:mittelblasig	RG:grobblasig	
	klingend	nicht klingend	Giemen	Pfeifen	Brummen

Herz und Kreislauf

Inspektion	o.B.	Pulsationen: Hals		Pulsationen: Herzspitze		Pulsationen: Epigastrium	
		Sahlin'scher Venenkranz		Halsvenen-Stauung		Trommelschl. Finger Zehen	Uhrglas-nägel
Spitzenstoß	o.B.	hebend		verbreitert		Außerhalb li. MCL	
Herzgrenzen	normal	Verbreitert li. re.		schmal			
Herztöne	o.B., rein	Extraton		syst.		diast.	
System. Geräusche	keine	Spi	Erb	Aorta	Pulm	Trikus verschwindet im Stehen	verschwindet im Stehen
Diast. Geräusche	keine	Spi	Erb	Aorta	Pulmo	Trikus	
Rhythmus	regelm.	resp. Arrhythmie		Extrasystolen		Bigeminus	
Frequenz	peripher.	zentr.					
RRI.Liegen/Sitzen	re. i. L.	li. i. L.		re. i. S.		li. i. S.	

Bauch

Leib	o.B.	DS xxx	KS ooo	Res ///	Narben
		gebläht	fettreich	stnae	schlaff
Bruch	nein	Nabel	Leiste	Schenkel	re li
Nierenlager	o.B.				
Leber	o.B.	OF glatt	OF höckerig	normale Konsistenz	derb
Gallenblase Lager	o.B.	tastbar			
Milz	o.B.	tastbar	Größe		
Genitale/Rektum	o.B.	n.u.			

Periphere Durchblutung

Hautfarbe	o.B.	Akrozyanose	Rötung				
		Cutis marmorata	Blässe				
Arterien-Pulsation	Überall o.B.	A rad	re	li	A carotis	re	li.
		A fem.	re	li	Aorta abd		
		A tib post	re	li	A dors ped	re	li
Gefäß-Geräusche	keine	A subclavia	re	li	A carotis	re	li
		A fem	re	li	Aorta thoarac	Aorta abd.	
		A renalis	re	li			
Venen	o.B.	Vanzen	Ulc. crur				
Ödeme							

Bewegungsapparat

Wirbelsäule	o.B.	Schober		Ott	
		Stauchungs-schmerz	Druckschmerz	Kopfschmerz	WK
WX-Bewegl.	o.B.	Drehbew.	Beugung	FFA	cm
Muskelversp.	Keine	Nacken	Schulter	Rücken	
Gelenke	o.B.	Reiben	Deform.		
		Schwellung	Rötung	Erguß	
		Schmerz	Bew.-Einschr.		
Fußgewölbe	o.B.	Senk.	Spreiz	Knick	re./ li
Sonst.:					

Nevensystem

NAP	o.B.				
Fazialis	o.B.	Parese	re. / li	Zentral	peripher
BSR	re.	li.	BHR	re.	li.
PSR	re.	li.	ASR	re.	li.
Lasegue	Re.	li.	Babinski	re.	li.
Koordination	o.B.				
Sensibilität	o.B.	Hyp-	An-	Hyperästhesie	
Muskulatur	o.B.	Parese	Atrophie	Tonus	Tonus
ZNS	o.B.				
	Spastik				

Herrn Prim.

☒ Dr., FÄ für Allgemeinmedizin, Nr.

Frau P., geb., wh.:

Sehr geehrter Herr Prim. Dr.,

wir berichten Ihnen über Frau P., die sich in der Zeit vom ... bis zum ... in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen

Panikstörung (F41.0)
Z. n. follikulärem Schilddrüsen-CA 2001 (C73)
Z. n. zweimaliger Radiojodtherapie
Exogen allergisches Asthma bronchiale (J45.0)
Migränekopfschmerz (G43.9)
Reizdarmsyndrom (K58.0)
Adipositas (E66.9)
Hypercholesterinämie (E78.0)
Penicillinallergie

Aktuelle Symptomatik und auslösende Situation

Frau P. berichtet im Aufnahmegespräch unter massiven Stimmungsschwankungen zu leiden. Sie beschreibt Ängste und Unsicherheiten mit erheblichem Vermeidungsverhalten. Die Patientin beschreibt wiederkehrende, schwere Angstattacken seit Herbst 2006 in unterschiedlichen Situationen. Sie fühle sich wie ausgeliefert, habe Angst zu sterben und gehe nur mehr mit ihrem Mann aus dem Haus. Ihre Lebensqualität sei dadurch massiv eingeschränkt. Sie fühle sich unfähig und unzufrieden mit sich selbst. Vor Aufnahme habe sie zuhause die permanente Anwesenheit ihres Mannes oder Sohnes benötigt. Dies habe zu zwischenmenschlichen Spannungen geführt. Erstmalig sei die Angsterkrankung vor 14 Jahren aufgetreten. Durch Medikation und Psychotherapie hätten sich die Symptome bis zum Wiederauftreten deutlich gebessert. Sie sei unruhig und reizbar. Frau P berichtet multiple Allergien zu haben und eine Schwächung des Immunsystems mit rezidivierenden Infekten. Sie habe zudem allergisches Asthma, fühle sich körperlich extrem geschwächt und kraftlos. Frau P beschreibt Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen.

Ihre Lebensqualität sei durch das Vermeidungsverhalten massiv eingeschränkt. Sie sei derzeit arbeitsunfähig. Sie sei unruhig und reizbar. Frau P berichtet erhebliche körperliche und psychischer Gewalt in der Kindheit durch den Vater, der sowohl die Patientin, deren Schwester und die Mutter mehrmals bedroht habe, Frau P berichtet vegetative Übererregbarkeit, Vigilanzsteigerung, eine übermäßige Schreckhaftigkeit und massive Ein- und Durchschlafstörungen.

Frau P ist therapiemotiviert, verfügt über ein intaktes soziales Netzwerk und eine stabile familiäre Situation.

Bisherige psychotherapeutische Maßnahmen

Zwei Jahre ambulante Psychotherapie, zweimal stationärer Aufenthalt in einer Psychosomatik in Mauern bei Amstetten, einmal für acht und einmal für zehn Wochen vor 10 und 14 Jahren.

Familienanamnese

Der Vater leide an schweren Depressionen. Mutter: Z. n. rezidiertem Melanom. Schwester: Rektum-CA. Großmutter: Magen-CA. Großtante: Kolon- und Mamma-CA.

Eigenanamnese

Übliche Kinderkrankheiten. Als Kind schwere Contusio cerebri, Tonsillektomie und Appendektomie. Frühere Krankheiten: Follikuläres Schilddrüsen-CA 2001, Z. n. zweimaliger Radiojodtherapie, exogen allergisches Asthma bronchiale, Mendel-Mantoux-Testung 2003 positiv (Tb-Exposition als Krankenschwester, keine radiologischen Veränderungen), Migränekopfschmerz dreimal pro Jahr, Z. n. fraglichem einmaligem Grand-mal-Anfall.

Derzeitige Beschwerden: Die Patientin leide seit der Schilddrüsen-OP 2001 an rezidivierenden Infekten mit Sinusitis, Bronchitis, Laryngitis. Derzeit stehen im Vordergrund Schlafstörungen, nächtliches Schwitzen sowie Konzentrationsstörungen, rezidivierende Panikzustände mit Dyspnoe sowie lumbalgieforme Beschwerden.

Vegetative Anamnese

Einschlafstörungen, Appetit normal, Durst: Zwei bis drei Liter Flüssigkeitszufuhr pro Tag. Unverträglichkeiten: Penicillinallergie, Kontrastmittelunverträglichkeit, Tierhaare, Pflaster, Metamizol, Levofloxacin, Phenazon. Gewicht: 91 kg bei einer Körpergröße von 168 cm, BMI 32. Stuhl intermittierend Diarrhoe, laut Patientin wurde eine Kolonoskopie durchgeführt wobei sich hier lediglich Hämorrhoiden als pathologischer Befund ergaben. Miktion normal. Nikotin und Alkohol werden verneint. Derzeit keine sportlichen Aktivitäten, früher Spaziergehen und Nordic Walking. Von Seiten des operierten und nachbehandelten Schilddrüsen-CAs steht die Patientin in regelmäßiger Nachsorge am AKH Wien. Keine akute Suizidalität.

Gynäkologische Anamnese

Menarche mit elf Jahren, Menses derzeit unregelmäßig. Partus eins, Abortus null. Letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung laut Patientin ohne pathologischen Befund.

Aufnahmemedikation

Efectin ER 75 mg 2-1-0-0 seit drei Wochen, Euthyrox 200 µg 1-0-0-0, Aspirin 500 mg 1x1 bei Bedarf, Psychopax 20-30 Tropfen bei Bedarf, Berodual 1-2 Hub bei Bedarf, diverse Homöopathika.

Somatischer Aufnahmebefund

Bei der Aufnahme sahen wir eine 168 cm große und 91 kg schwere Patientin in altersentsprechend gutem AZ und adipösem EZ, BMI 32. Blutdruck 145/90 mmHg, Puls 84/min., regelmäßig. An Kopf, Hals, Haut und Schleimhäuten keine pathologischen Befunde. Zunge weißlich belegt. Thorax: Vesikuläratmen, sonorer Klopfeschall, gute Atemverschieblichkeit. Herztöne rein, regelmäßig, ohne vitiumtypische Geräusche. Periphere Pulse allseits gut palpabel. Abdomen: Bauchdecke weich, adipös, über Thoraxniveau, keine pathologischen Resistenzen, kein Druckschmerz, keine palpable Organomegalie. Nierenlager beidseits frei. Schilddrüse nicht vergrößert, nicht druckdolent, schluckverschieblich, blande Narbe bei Status post Schilddrüsen-OP. Klopfeschmerz im Bereich der LWS. Seitengleiche Muskeleigenreflexe, keine pathologischen Reflexe, Sensibilität, Koordination sowie Gang-

und Standbild unauffällig, keine Nervendehnungszeichen.

Labor vom ...

Im pathologischen Bereich lagen: Differential-BB: Neutrophile mit 31,9 % bei normaler Leukozytenzahl vermindert, Lymphozyten etwas erhöht mit 59 %.

Im Normbereich lagen: Leber- und Nierenwerte, Elektrolyte, CRP und Gesamteiweiß.

Lipidstatus: Cholesterin 249 mg/dl, HDL-Cholesterin 55 mg/dl, LDL-Cholesterin 171 mg/dl.

Schilddrüsenparameter: TSH < 0,01 µU/ml, fT4 25 pmol/L, fT3 6,02 pmol/L.

Ruhe-EKG vom ...

Normocarder Sinusrhythmus, HF 89/min., normale Überleitungszeit, schmaler QRS-Komplex, regelrechter R-Anstieg über der Vorderwand, R/S-Umschlag in V4, konkordante Endstrecken.

Biografische Anamnese

Das Befinden der Mutter während der Schwangerschaft und Geburt sei ihr nicht bekannt. Sie sei ein sehr braves Mädchen gewesen. Eine sehr frühe Erinnerung sei an den alkoholkranken, brutalen und aggressiven Vater. Sie sei bei den Eltern und Wahlgroßeltern aufgewachsen. Bei den Eltern, besonders beim Vater habe sie sich nicht wohl gefühlt, bei den Wahlgroßeltern jedoch sehr. Das Zusammenleben und die Atmosphäre in der Familie seien sehr schlecht gewesen. Die Mutter wird als fürsorglich, der Vater als brutal beschrieben. Der Vater leide an schweren Depressionen. Alkohol und Schläge seien außergewöhnliche Belastungen in der Ursprungsfamilie gewesen. Der Vater, berentet, vorher Arbeiter, leide unter Depressionen, sei egoistisch, brutal und aggressiv. Die Mutter sei Hausfrau, wird als fürsorglich zugänglich beschrieben.

Frau P habe einen Stiefvater, den sie als gutmütig und fürsorglich beschreibt. Sie habe eine 45-jährige Schwester und einen 39-jährigen Bruder. Sie sei die Erstgeborene und habe zu beiden eine sehr gute Beziehung.

Allgemeine Sozialanamnese

Frau P sei seit 22 Jahren verheiratet, kenne ihren Mann seit 29 Jahren. Ihr Mann sei von Beruf Tischler und sie möge an ihm einfach alles außer, dass er rauche. Ihre Partnerbeziehung wird als sehr gut beschrieben, der Mann stehe in guten aber auch in schlechten Zeiten zu ihr. Aus dieser Ehe stamme der 24-jährige Sohn, er lebe zu Hause und sei von Beruf Koch. Auch diese Beziehung wird als sehr gut beschrieben, es gäbe zwar manchmal Meinungsverschiedenheiten, aber im Großen und Ganzen sei die Beziehung sehr innig. Sie wohne mit ihrer Familie in einem Eigenheim und in der Freizeit gehe sie gerne Spazieren, spiele Karten, sei sehr naturverbunden und beschäftige sich gerne mit Handarbeiten. Die wichtigsten Menschen in ihrem Leben seien der Gatte, der Sohn, die Eltern und die Schwester. Sie fühle sich durch die ganze Familie und durch gute Freundinnen unterstützt.

Schul- und Berufsanamnese

1979 habe die Patientin die Schule abgeschlossen. Das Verhältnis zu Lehrern und Mitschülern sei recht gut gewesen. Sie habe eine Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester absolviert und ein festes Arbeitsplatzverhältnis in einem Klinikum.

Psychischer Befund

Im Aufnahmegespräch ist die Patientin wach, örtlich, zeitlich, zur Person und situativ voll orientiert. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis sind nicht beeinträchtigt. Im Affekt ist die Patientin ängstlich und depressiv. Die affektive

Schwingungsfähigkeit ist voll erhalten und auslenkbar. Es bestehen deutliche Hinweise auf Ängste (agoraphobische Ängste, soziale Ängste) jedoch keine Hinweise auf Zwänge, jedoch auf spezifische Phobien. Das Verhalten ist sozial und situativ adäquat und freundlich zugewandt. Deutliche Hinweise auf Beeinträchtigungen von Antrieb und Psychomotorik. Der formale Gedankengang ist geordnet. Es fallen keine Störungen des inhaltlichen Denkens, des Ich-Erlebens oder der Wahrnehmung auf. Es ergeben sich keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung. Keine Hinweise auf Suchtverhalten. Keine Auffälligkeiten hinsichtlich des Intelligenzniveaus.

Psychodynamik

Gemäß OPD-Achse III liegt bei der Patientin als Hauptkonflikt ein Identitätskonflikt vor. Bei der Patientin liegt ein Konflikt im aktiven Modus vor. Durchgängiges Element dieses Bewältigungsversuches einer basalen Identitätsunsicherheit in den verschiedensten Rollen ist immer der kompensatorische Umgang und die Vermeidung der eigenen Identitätsdissonanzen. Das vorherrschende Grundgefühl ist die Befürchtung und die Angst, das eigene Identitätssystem könnte durch die Widersprüchlichkeit gefährdet werden. Der Partner, Beziehungen und Familie geben auf Grund ihrer Eigenschaften der Patientin Identität und Unterstützung. Dies führt günstigenfalls zu einer stabilen Lösung. Der Arbeitswelt kommt eine identitätsstiftende Rolle zu.

Testpsychologische Befund

Zu Beginn des Klinikaufenthaltes füllte die Patientin den SKID 2-Fragebogen aus. Dabei zeigten sich keine Auffälligkeiten.

Therapieziele

Verbesserung der psychischen Belastbarkeit, Reduktion der Angst und depressiven Symptomatik, Verbesserung des Umgangs mit Ärger, Wut und Aggression, Verbesserung der Affektdifferenzierung, Verbesserung der Angstbewältigungskompetenz und Abbau von Vermeidungsverhalten, Verbesserung der Verbalisierung und Durchsetzung eigener Wünsche, Bedürfnisse und Forderungen, Erkennen und Bearbeiten dysfunktionaler Beziehungsmuster, Steigerung der Selbstwirksamkeit, Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse. Erarbeitung eines psychosozialen Modells der Krebserkrankung.

Behandlungsplan

Um die genannten Therapieziele zu erreichen, erstellten wir ein ganzheitliches Therapieprogramm mit psychotherapeutischen und physikalischen sowie physiotherapeutischen Anwendungen. Dieses umfasst sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie inklusive Therapiegruppen und körperorientierter Verfahren.

In den Gruppen- und Einzelsitzungen wird methodenübergreifend an den inter- und innerpsychischen Konflikten gearbeitet mit dem Ziel, Selbsthilfestrategien zu vermitteln, damit die Patienten den Alltag zu Hause wieder besser bewältigen können.

Die Patientin nahm im Laufe ihres stationären Aufenthaltes an regelmäßigen Einzelgesprächen und psychotherapeutischen Gruppensitzungen teil: Interaktionelle Gruppe, um die Art der Beziehungsgestaltung zu erkennen und unerledigte Entwicklungsaufgaben zu bearbeiten, Gestaltungstherapie als nonverbales Medium zum Ausdruck von Befindlichkeiten und zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Tanztherapie zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und zur Förderung der Entspannungsfähigkeit, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (PMR) als Entspannungsmethode und an einer sozialtherapeutischen Beratung und Physiotherapie. Atemtherapie Einzel und Gruppe,

Kleingruppe für Patienten mit Angststörung zum Abbau des Vermeidungsverhaltens und des Erwerbs von Angstbewältigungskompetenzen.

Behandlungsverlauf

Es gelang rasch mit Frau P. eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Anfänglich war Frau P vom stationären Setting überfordert, profitierte sehr stark von Erdungsübungen und Übungen im Bereich der Gefühlsvalidierung. Zudem war Frau P sehr angepasst im stationären Setting, auch sehr bemüht, sich für ihre therapeutische Unterstützung zu bedanken, auch in materieller Form. Dies wurde mit Frau P thematisiert, dahinter stand der Wunsch, nicht abgelehnt zu werden. Im Rahmen der Behandlung konnte Frau P erarbeiten und auch spüren, dass sie nicht für ihre Zuwendung eine Gegenleistung erbringen müsse. Im Rahmen der Kleingruppe für Patienten mit Ängsten bei körperlichen Erkrankungen konnte Frau P das aktive Einsetzen von Strategien ihr Vermeidungsverhalten deutlich reduzieren, psychoedukative Informationen erhalten, ihren Handlungsspielraum erweitern, was zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls führte. Frau P setzte die Strategien zur Aufmerksamkeitslenkung in unterschiedlichen Situationen an und konnte Vermeidungsverhalten diesbezüglich sehr stark reduzieren.

Gemeinsam mit Frau P wurde am Gefühlsspektrum und an einer Erweiterung der Gefühlsdifferenzierung sehr intensiv gearbeitet. Es gelang Frau P auch, an hinter der Angst stehende Gefühle wie Trauer, Wut und Aggression zu gelangen und für diese Gefühle ein adäquates Ventil zu finden und anzuwenden. Ebenfalls wurde mit Frau P ein psychophysisches Modell der Krebserkrankung erarbeitet, Frau P hat die Region im Halsbereich, die von ihrem Tumor auch betroffen war, als eine sehr besondere Region identifizieren können, die tatsächlich bei der Mutter in Hinblick auf die massive Aggression und Bedrohung durch den Vater gefährdet war. Auch heute neigt Frau P in Stresssituationen mit starken roten Flecken im Halsbereich zu reagieren.

Frau P war in den Therapien hoch motiviert und erhielt auch in den Gruppentherapien wichtige Hinweise für ihre Beziehungsgestaltung durch Spiegelung der Mitpatienten. Frau P hat intensiv an psycho-physischen Zusammenhängen ihrer Beschwerden gearbeitet, zudem wurde die Selbstfürsorge und Abgrenzungsfähigkeit deutlich erweitert und in vivo umgesetzt. Sie erlebte sich dabei selbstwirksam und ohne befürchtete Schuldgefühle. Dies ist besonders in Hinblick auf den bevorstehenden Eintritt ins Berufsleben notwendig um langfristig arbeitsfähig zu bleiben. Das Vermeidungsverhalten hat sich während des Aufenthaltes deutlich reduziert und der Aktionsradius stark erweitert. Frau P hat während der Behandlung ihre traumatischen Erfahrungen in ihr Leben integrieren können und kann dies auch als einen Bestandteil ihrer Biografie annehmen. Auch von den nonverbalen Therapien hat Frau P enorm profitiert.

Von medikamentöser Seite wurde die antidepressive Therapie mit Venlafaxin fortgesetzt.

Epikrise

Frau P kam im Rahmen ihrer Behandlung hier im Haus zum dritten Mal in eine psychosomatische Einrichtung. Wir diagnostizieren eine Panikstörung (F41.0). Der Zugang zu einer psychosomatischen Behandlung fiel der Patientin von Anfang an leicht, ebenso eine tragfähige therapeutische Beziehung zu ihrer Bezugstherapeutin aufzubauen. Frau P war in den Therapien hoch therapiemotiviert und regressionsfähig. Frau P konnte nach eigenen Angaben sehr gut vom Angebot hier im Haus profitieren. Wir entlassen die Patientin in einem stabilen psycho-physischen Allgemeinzustand, bei Entlassung schätzen wir die Patientin derzeit arbeitsunfähig ein und gehen bei engmaschiger ambulanter Psychotherapie von einer

günstigen Prognose in den nächsten zwei bis drei Monaten aus. Frau P hat auch bereits einen ambulanten Termin mit ihrer Therapeutin Frau G vereinbart.
Die Diagnosen und weiteren Empfehlungen wurden mit der Patientin thematisiert.

Entlassungsmedikation

Efectin ER 75 mg 2-1-0-0
Euthyrox 200 µg 1-0-0-0
Berodual 1-2 Hub bei Bedarf

Fettarme Kost wird empfohlen.

Regelmäßige onkologische Nachsorgekontrollen werden durchgeführt.

Herrn
Dr. med.

Sehr geehrter Herr Kollege.....,

wir berichten Ihnen über Frau R., die sich in der Zeit vom ... bis zum ... in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit depressiver Symptomatik (F45.4)
Degenerative Wirbelsäulenveränderungen, vor allem HWS (M54.89)
Sulcus ulnaris-Syndrom rechts (G56.2)
Kombinierte Hyperlipidämie (E78.0)
Benzodiazepinabhängigkeit (F13.1)

Aktuelle Symptomatik und auslösende Situation

Die Patientin berichtet über Schmerzen im HWS-Bereich mit Kribbelparästhesien im rechten Arm, ausstrahlend bis in den Schulter-Nackengebiet sowie Sensibilitätsstörungen im rechten Bein. Damit verbunden sind Spannungskopfschmerzen im Hinterbereich des Kopfes. Diese Schmerzsymptomatik bestehe schon seit längerem, seit circa einem Jahr hätten diese Schmerzen eher zugenommen. Im Weiteren schildert sie depressive Zustände seit ihrem circa 13. Lebensjahr (gedrückte Stimmung, Lustlosigkeit, Antriebslosigkeit, Tendenz zu sozialem Rückzug, geringes Selbstwertgefühl) sowie Symptome mit angsteinflößendem Charakter (innere Unruhe, Herzrasen, vermehrtes Schwitzen, Zittern, Druck im Brustkorbbereich). Wiederkehrend beständen partnerschaftliche Schwierigkeiten, die die Patientin belasten. Sie habe versucht mit inadäquaten Selbsthilfestrategien Konflikte und Probleme in ihren partnerschaftlichen Beziehungen zu lösen, was sich jedoch bislang als wenig Erfolg versprechend darstellte.

Belastungsfaktoren

Finanzielle Schwierigkeiten, belastende Partnerschaft.

Bewältigungsstrategien

Medikamentenmissbrauch, diverse Krankenhausaufenthalte, Kompensation durch inadäquate Selbsthilfestrategien, Rauchen, Unterstützung durch die Tochter, Aufsuchen eines sozialmedizinischen Dienstes.

Psychosoziale Risikofaktoren

Starker sozialer Rückzug.

Bisherige psychotherapeutische Maßnahmen

Die Patientin sei vor circa zwei Jahren zweimal zu einem Gespräch bei einer Psychologin gewesen. Diese Gespräche hätten ihr jedoch nicht geholfen und sie habe die Behandlung schließlich abgebrochen.

Familienanamnese

Unauffällig bezüglich psychosomatischer Erkrankungen.

Eigenanamnese

Die Patientin berichtet von Ganzkörperschmerzen, besonders Schmerzen würde der Nacken/Schulter-Bereich mit Kribbelparästhesien im rechten Arm, weiters habe sie Sensibilitätsstörungen im rechten Bein. Hinzu kämen chronischer Spannungskopfschmerz, innere Unruhe, Müdigkeit und Antriebslosigkeit, Schlafstörungen. Diese Schmerzsymptomatik bestehe schon seit längerem, seit circa einem Jahr hätten diese Schmerzen eher zugenommen. Depressive Verstimmungszustände kenne sie seit dem 13. Lebensjahr (gedrückte Stimmung, Lustlosigkeit, Antriebslosigkeit, Tendenz zu sozialem Rückzug, geringes Selbstwertgefühl) sowie Symptome mit angsthäufigem Charakter (innere Unruhe, Herzrasen, vermehrtes Schwitzen, Zittern, Druck im Brustkorbbereich).

Vorbefunden sowie Fremdanamnese durch Hausarzt

Dieser berichtet die Patientin schon lange Jahre zu begleiten und beobachtet ausgeprägtes Suchtverhalten jegliche Medikation betreffend mit zum Teil Missbrauch in äußerst inadäquaten Dosierungshöhen sowie Tendenz zur Selbstmedikation. Mehrmalige Aufenthalte an der Psychiatrie mit Problemen die Patientin zur Entwöhnung oder zur Nachsorge zu bewegen.

Vegetative Anamnese

Nächtliche Angstsymptomatik, Herzrasen, Ein- und Durchschlafstörungen (max. Schlafdauer pro Nacht derzeit zwei Stunden), normaler Appetit, kaum Durst, keine bekannten Allergien oder Unverträglichkeiten, Gewicht 96 kg bei 1,65 m, Stuhlgang und Miktion normal, Sport: Spaziergänge mit Hund, Nikotin ca. 10 Zigaretten pro Tag, kein Alkohol mehr (Suchtverhalten bis vor einem Jahr), keine akute Suizidgefährdung.

Gynäkologische Anamnese

Menopause seit ... (Hysterektomie), zwei Lebendgeburten, beide per Sectio.

Aufnahmemedikation

Hydal retard 4 mg 0-0-0-1, Seroquel 100 mg 1-1-1-3, Zoldem 10 mg 0-0-0-1 regulär, zusätzlich missbräuchliche Verwendung des Schlafmedikamentes zur Verringerung von Angst- und Spannung tagsüber, auch Seroquel nahm die Patientin noch zusätzlich ein.

Somatischer Aufnahmebefund

Bei der Aufnahme sahen wir eine 165 cm große und 96 kg schwere Patientin in altersentsprechend gutem AZ und normalgewichtigen EZ. Blutdruck 130/90 mmHg, Puls 72/min., regelmäßig. An Kopf: auffällig starrer Blick, seltener Lidschlag. An Hals, Haut und Schleimhäuten keine pathologischen Befunde. Thorax: Vesikuläres Atmen, sonoreres Klopfeschall, gute Atemverschieblichkeit. Herztöne rein, regelmäßig, ohne vitiumtypische Geräusche. Periphere Pulse allseits gut palpabel. Abdomen: Bauchdecke weich, sehr adipös, Fettschürze, keine Beurteilung der inneren Organe möglich.

Nierenlager beidseits frei. Schilddrüse nicht vergrößert, nicht druckdolent, schluckverschieblich. WS in Normstellung, FBA 15 cm. Seitengleiche Muskeleigenreflexe, keine pathologischen Reflexe. Sensibilität: Bei bekanntem Sulcus ulnaris-Syndrom rechts häufig Parästhesien, keine Kraftabschwächung. Koordination sowie Gang- und Standbild unauffällig, keine Nervendehnungszeichen. Grundsätzlich freie Gelenkbeweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten.

Labor vom ...

Im pathologischen Bereich lagen: leicht erhöhtes MCV, gering erniedrigte Erythrozytenzahl sowie Gesamteiweiß, leichte Erhöhung von Gesamtcholesterin. Im Normbereich lagen: Restliches kleines BB, Differentialblutbild, Natrium, Kalium, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, GOT, GGT, GPT, Triglyceride, TSH basal, fT3 und fT4.

Ruhe-EKG vom ...

Linkslagetyp, Sinusrhythmus, HF 72/min., keine auffälligen Erregungsbildungs- und Erregungsrückbildungsstörungen.

Biografische Anamnese

Mutter (74-jährig): Die Patientin beschreibt ihre Mutter als emotional distanziert ihr gegenüber sowie dominant. In der Erziehung sei die Mutter sehr streng gewesen und wenn die Patientin nicht gehorcht habe, habe es meist körperliche Schläge gegeben. Ihre beiden Brüder hätten jedoch bei Nichtbefolgen von Regeln keine Schläge erhalten. Warum die Mutter dies so gemacht habe, sei der Patientin nie klar gewesen auch jetzt sei dies nach wie vor für sie unklar. Der Kontakt zu ihrer Mutter sei jetzt auch noch eher angespannt, es gebe oft Streit, woraufhin sich die Patientin dann zurückziehe. Die Mutter kritisiere sie z. B. sehr oft wegen ihrer Kleidung und habe immer etwas an ihr auszusetzen. Bei ihrer Mutter sei ein Tumor in einer Brust gefunden worden und vor einem Jahr habe sie eine Operation gehabt, es gehe ihr gesundheitlich jetzt wieder gut.

Vater: Dieser ist vor drei Jahren im 74. Lebensjahr an Darmkrebs verstorben. Die Beziehung zu ihm beschreibt sie als liebevoll. Sie habe von ihm alles bekommen (z. B. emotionale Liebe sowie materielle Dinge). Der Tod ihres Vaters mache sie auch jetzt noch sehr traurig. Der Vater habe laut Angaben der Patientin nie etwas von den Schlägen ihrer Mutter mitbekommen.

Die Patientin habe zwei Brüder (50 und 40 Jahre alt). Zu ihrem älteren Bruder sei früher ein guter Kontakt bestanden. Dieser sei verheiratet, habe drei Kinder und arbeite als Postbeamter. Zu diesem Bruder gebe es circa alle zwei Wochen persönlichen Kontakt. Der jüngere Bruder habe eine eigene Wohnung und wohne in der Nähe der Mutter. Diesen beschreibt sie als „Nesthäkchen“ in der Familie, dieser sei sehr verwöhnt worden. Ihren Bruder beschreibt sie außerdem als egoistisch, er gehe nie auf andere Leute zu.

Allgemeine Sozialanamnese

Die Patientin lebe seit sieben Jahren in einer Partnerschaft. Der Partner (55 Jahre) habe seit einem Herzinfarkt keinen Job mehr, er habe Pensionsvorschuss und mache derzeit Kurse vom Arbeitsamt. Die Beziehung beschreibt sie als großes Auf und Ab. Ihr Partner reagiere ihr gegenüber sehr oft kritisierend und abwertend, sie könne damit sehr wenig umgehen. Ihr Partner leide an Alkoholproblemen und sei während der Woche circa drei bis viermal in verschiedenen Gasthäusern. Er komme dann meistens nachts betrunken nach Hause und möchte mit ihr reden. Im Moment störe sie sehr, dass er sehr viel für andere tue und dafür aber kein Geld verlange. Die Wochenenden seien eher ruhig, es gebe z. B. gemeinsame Spaziergänge. Die Patientin habe einen 16-jährigen Sohn, welcher aus einer 20-jährigen Beziehung (von ... bis ...) hervorgehe. Auch dieser Partner habe unter Alkoholproblemen gelitten und dieser habe nach 20 Jahren die Beziehung schließlich beendet. Er habe neben der Beziehung verschiedene Freundinnen gehabt, wovon die Patientin erst später erfahren habe. Der Sohn wohne bei der Patientin zuhause, er mache eine Lehre als Kellner, der Kontakt zu ihm sei soweit gut.

Die Patientin habe noch eine 28-jährige Tochter, welche als Sonderschullehrerin arbeite. Diese Tochter gehe aus einer kurzen Beziehung mit einem Italiener hervor, welcher nach dieser kurzen Affäre zurück nach Italien gegangen sei. Es habe ab diesem Zeitpunkt keinen Kontakt mehr zu diesem Mann gegeben, trotz Aufsuchen von Seiten des Jugendamtes. Es gebe zu dieser Tochter circa einmal in der Woche telefonischen Kontakt. Dabei komme es der Patientin manchmal vor, als ob die Rolle zu ihrer Tochter umgedreht wäre und die Patientin sich als Tochter fühle und von ihrer Tochter zurecht gewiesen werde.

Schul- und Berufsanamnese

Die Patientin habe nach Hauptschulabschluss keinen Beruf erlernt. Die Patientin habe später als Reinigungskraft in einem Kindergarten gearbeitet. Seit ... ist die Patientin auf Grund ihrer Depressionen in Invaliditätspension.

Psychischer Befund

Im Aufnahmegespräch ist die Patientin wach, örtlich, zeitlich, zur Person und situativ voll orientiert. Auffassung, Merkfähigkeit und Gedächtnis sind nicht beeinträchtigt. Es bestehen Konzentrationsschwierigkeiten. Im Affekt ist die Patientin depressiv. Die Schwingungsfähigkeit ist reduziert. Es bestehen Ängste in Aufzügen und Ängste durch Tunnels zu fahren, Hinweise auf Phobien vor Spinnen und Käfern, keine Hinweise auf Zwänge. Das Verhalten ist sozial und situativ adäquat. Beim Berichten über ihren Vater beginnt die Patientin stark zu weinen. Der Antrieb ist reduziert, die Psychomotorik ist unruhig. Der formale Gedankengang ist geordnet. Es fallen keine Störungen des inhaltlichen Denkens, des Ich-Erlebens oder der Wahrnehmung auf. Es ergeben sich keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung. Keine Hinweise auf akute Suizidalität (die Patientin habe jedoch im Alter von 24 Jahren einen Suizidversuch mit Tabletten und Alkohol begangen, sie sei von einer Nachbarin aufgefunden worden und im Krankenhaus sei ihr der Magen ausgepumpt worden. Konflikte habe es damals mit den Eltern gegeben sowie mit ihrer Tochter). Hinweise auf Suchtverhalten (derzeit jedoch alkoholabstinente, Zigaretten). Keine Auffälligkeiten hinsichtlich des Intelligenzniveaus.

Psychodynamik

Die Patientin wuchs gemeinsam mit ihren zwei Brüdern (+3, -12) im elterlichen Haushalt auf. Die Atmosphäre in ihrer Familie war durch einen liebevollen und zurückhaltenden Vater sowie durch eine emotional sehr distanzierte und dominante Mutter gekennzeichnet. Zu ihrer Mutter konnte die Patientin nie eine stabile Beziehung aufbauen, die Patientin fühlte sich von ihrer Mutter für alles immer beschuldigt und die Patientin erhielt auch viele körperliche Schläge von ihrer Mutter. Auch im jetzigen Erwachsenenalter kann sich die Patientin nur sehr wenig von ihrer Mutter abgrenzen, die Mutter erscheint im Kontakt immer wieder in ihren Verhaltensweisen unberechenbar, was die Patientin teilweise in eine völlige Hilflosigkeit führt. Auf der einen Seite versucht die Patientin ihre Mutter vor ihren eigenen Emotionen zu schützen, auf der anderen Seite sieht die Patientin, dass ihr die Mutter sehr oft Unrecht tut. In diesem Spannungszustand fühlt sie sich hin- und hergerissen und in Folge sehr hilflos und verzweifelt. Zu ihrem Vater hingegen konnte die Patientin eine gute Beziehung aufbauen, der Tod ihres Vaters vor drei Jahren hat die Patientin sehr aus ihrem inneren Gleichgewicht gebracht. Ein Trauerprozess über diesen Tod hat jedoch nicht stattgefunden, wie überhaupt ein Umgang mit starken Emotionen im Rahmen der bestehenden Suchtproblematik erschwert ist.

In ihren bisherigen Partnerschaften hat die Patientin eher instabile Beziehungsmuster erlebt und bekam von ihren Partnern, die unter Alkoholproblemen litten, nie genug Unterstützung, auch in ihrer jetzigen Partnerschaft findet die Patientin wenig emotionale Unterstützung.

Therapieziele

Psychische Stabilisierung und Erholung, Verbesserung des Ausdrucks eigener Wünsche und Bedürfnisse, Verbesserung der Abgrenzungsfähigkeit gegenüber ihrer Mutter, Ressourcenaktivierung, Förderung des Aufbaus von Freizeitaktivitäten, Thematisierung des Verlustes ihres Vaters, Edukation um Thema Schlafhygiene und Förderung des Schlafverhaltens, Psychoedukation zum bestehenden Suchtverhalten.

Behandlungsplan

Um die genannten Therapieziele zu erreichen, erstellten wir ein ganzheitliches Therapieprogramm mit psychotherapeutischen und physikalischen sowie physiotherapeutischen Anwendungen. Dieses umfasst sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie inklusive Therapiegruppen und körperorientierter Verfahren.

In den Gruppen- und Einzelsitzungen wird methodenübergreifend an den inter- und innerpsychischen Konflikten gearbeitet mit dem Ziel Selbsthilfestrategien zu vermitteln, damit die Patienten den Alltag zu Hause wieder besser bewältigen können.

Die Patientin nahm im Laufe ihres stationären Aufenthaltes an regelmäßigen Einzelgesprächen und psychotherapeutischen Gruppensitzungen teil: Interaktionelle Gruppe, um die Art der Beziehungsgestaltung zu erkennen und zu bearbeiten, Atemtherapie, Musiktherapie, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (PMR) als Entspannungsmethode, Lehrküche zur Förderung der Genussfähigkeit und des gemeinschaftlichen Kochens, sozialtherapeutische Beratung und Physiotherapie.

Behandlungsverlauf

Im Laufe des stationären Aufenthaltes gelang es sehr gut, in den Einzelgesprächen eine tragfähige offene Beziehung mit der Patientin aufzubauen. In den Einzelgesprächen zeigte sich die Patientin im Laufe der Zeit immer offener und motivierter, um über für sie belastende Probleme zu sprechen. Im Laufe des Aufenthaltes stellte sich heraus, dass die Patientin den Tod ihres Vaters bisher noch kaum betrauern konnte und ihr dazu die notwendige Zeit fehlte. Die Patientin konnte sich nun gut darüber entlasten, indem sie über den großen Verlust ihres Vaters, welcher für sie eine sehr wichtige Beziehungsfigur war, sprechen und diesen Tod gut für sich betrauern konnte. Dieses Betrauern erlebte die Patientin als eine große psychische Entlastung.

Als Schwerpunktthema in den Einzelgesprächen kristallisierte sich die belastende Beziehung zu ihrer Mutter, von welcher sich die Patientin nicht adäquat abgrenzen konnte, heraus. Während des Aufenthaltes erhielt die Patientin immer wieder verschiedene telefonische Anrufe von ihrer Mutter, in welchen die Mutter der Patientin immer wieder Vorwürfe machte und ihr diese Auszeit hier in der Klinik kaum gönnte. Die Patientin fühlte sich nach den Telefongesprächen immer wieder sehr traurig und hilflos gegenüber ihrer Mutter, sie konnte jedoch bisher ihre Verzweiflung darüber nur wenig ausdrücken. Den damit verbundenen Ärger schluckte die Patientin immer wieder, litt dadurch wieder vermehrt an Kopfschmerzen und Schlafstörungen und grübelte sehr viel über die Situation mit ihrer Mutter nach.

In den Einzelgesprächen wurde versucht, mittels der Hilfestellung eines Rollenspiels die Abgrenzungsfähigkeit gegenüber ihrer Mutter zu üben. Auch zu Beginn des Rollenspiels sah sich die Patientin gegenüber ihrer Mutter sofort wieder hilflos und ohnmächtig, dieses Verhalten konnte jedoch soweit dahingehend geübt werden, dass die Patientin sich rechtzeitig

genug vor Vorwürfen und Anschuldigungen ihrer Mutter abgrenzen konnte. Somit gelang es der Patientin auch, weitere Telefongespräche von der Mutter einstweilen nicht anzunehmen oder diese rechtzeitig abzublocken. Nach diesen Rollenspielen sah sich die Patientin bereit und motiviert sich zuhause gegenüber der Mutter adäquat abzugrenzen.

Als weiteres belastendes Thema stellte sich die Beziehung zu ihrem Ehemann heraus, von welchem sich die Patientin emotional wenig unterstützt fühlte, sie konnte dies bisher jedoch nie in ihrer Beziehung äußern. Auch in dieser Hinsicht sah sich die Patientin besser in der Lage, diese emotionalen Enttäuschungen gegenüber ihrem Ehemann zu thematisieren.

In den weiteren Einzelgesprächen wurden auch die verschiedenen Ressourcen der Patientin wieder verstärkt aktiviert und mobilisiert, so dass sich die Patientin auch in der Lage sah, besser für sich zuhause zu sorgen.

In den Einzelgesprächen wurde außerdem die Verbesserung ihrer Schlafhygiene immer wieder thematisiert und es wurde auch versucht, Zusammenhänge zwischen ihren Kopfschmerzen und belastenden Situationen zuhause herzustellen. Die Patientin konnte darin auch gut Zusammenhänge erkennen.

Ärztlich-somatischer Therapieverlauf:

Die Patientin behielt zu Beginn einige angst- und spannungslösende Medikamente bei sich, zeigte sich nach anfänglichen großen Ängsten den Abbau von Medikamenten betreffend jedoch bald einsichtig und war mit einer langsamen Reduktion einverstanden. Die körperliche Schmerzsymptomatik betreffend konnten die Beschwerden im linken Arm mit Hilfe der physikalischen Maßnahmen leicht verbessert werden, der Umgang mit den Schmerzen hat sich insgesamt positiv verändert.

Von Seiten der Medikamentenabhängigkeit wurde mit Praxiten 60 mg Tagesdosis ein zufrieden stellendes Äquivalent gefunden und begleitend wurde als mood-stabilizer sowie zur Unterstützung während der Benzodiazepinreduktion eine Therapie mit Valproinsäure angesetzt, die Fortsetzung dieser Therapie sollte nach 3-6 Monaten vom Erfolg abhängig gemacht werden.

Eine weitere Reduktion der Benzodiazepindosis erscheint derzeit nicht möglich ist jedoch langfristig anzustreben, sollte aus unserer Sicht aber nur stationär durchgeführt werden. Die Schlafqualität konnte durch Mirtazapin abends und die zusätzliche Gabe eines pflanzlichen Sedativums verbessert werden, mit einem Betablocker wurde auf Grund der durch die Entzugserscheinungen doch zeitweise sehr hohen Pulsfrequenzen in geringer Dosis begonnen. Unter dieser Therapie zeigte sich die Patientin stabil und nicht entzöglich.

Die Entlassung der Patientin erfolgte in stabilem Allgemeinzustand. Während des stationären Aufenthaltes traten keine weiteren behandlungsbedürftigen Interkurrenzen auf.

Epikrise

Die Patientin kam zum ersten Mal in unsere stationäre Behandlung mit dem Bild einer Schmerzsymptomatik mit depressiven Anteilen. Wir diagnostizierten daher eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit depressiver Symptomatik (F45.4). In den Einzelgesprächen zeigte sich die Patientin im Laufe der Zeit immer offener und reflektionsfähiger, um über belastende Dinge zu sprechen. Auch in den Gruppentherapien beteiligte sich die Patientin aktiv und nahm mit Interesse und Neugier an den Therapien teil. Mit unserem multimodalen Schmerzkonzept konnte eine soweit gute psychophysische Stabilisierung erreicht werden,

auch die depressive Symptomatik der Patientin (Stimmung, Antrieb) konnten verbessert werden. Der Schlaf war zwischenzeitlich etwas besser, es konnte eine durchschnittliche Schlafdauer von circa vier Stunden erreicht werden. Die Schmerzsymptomatik der Patientin erfuhr jedoch insgesamt nur geringe Verbesserung.

Die Patientin wird in einem guten psychophysischen Zustand entlassen. Wir empfehlen weiterhin ambulante Psychotherapie. Die Patientin wurde vorerst einmal auf die Warteliste von Frau ... gesetzt. Außerdem bekam sie Informationen für eine Selbsthilfegruppe für Angst und Depressionen. Die Patientin wird sich außerdem wieder beim sozialmedizinischen Dienst bei Frau melden.

Die Patientin befindet sich bereits in Rente und wir entlassen die Patienten auch wieder in ihre Rente zurück.

Wir ersuchen um Bestimmung des Valproinsäurespiegels und um Kontrolle der Medikamenten-compliance und -verträglichkeit. Um eine kurzfristige Kontrolle der Nüchtern-glucose bei zeitweise erhöhten Werten sowie regelmäßige Überprüfung der Blutfettwerte bei Hyperlipidämie wird ebenfalls gebeten. Engmaschige ärztliche Betreuung bei Medikamentenabhängigkeit und chronischer Schmerzstörung ist anzuraten. Bei ausreichender Therapiemotivation ist eine stationäre Entzugsbehandlung in einer dafür vorgesehenen Klinik zu empfehlen.

Entlassungsmedikation

Convulex 300 mg	0-0-0-1½
Hydal ret 4mg	0-0-0-1
Seroquel 100mg	1-0-1-2
Sedogelat Kps.	1-1-0-2
Beloc 50mg	1-0-0-0
Praxiten 15mg	1-1-1-1
Mirtazapin 45mg	0-0-1-0

Frau
Dr. med. ...
FÄ für Allgemeinmedizin
Psychotherapeutische Medizin

Pat. , geb., wh.:

Sehr geehrte Frau Dr.....,

wir berichten Ihnen über Frau, die sich in der Zeit vom ... bis ... in unserer stationären Behandlung befand. Einweisende Ärztin: Dr. med. ..., FÄ für Allgemeinmedizin, Psychotherapeutische Medizin,

Diagnosen Anpassungsstörung (F43.2) bei neurotisch-depressiver Entwicklung

Aktuelle Symptomatik und auslösende Situation

Frau ... berichtet, unter einem Burn-out-Syndrom zu leiden. Sie fühle sich erschöpft, ausgelaugt, antriebs- und interesselos. Sie fühle sich mit allem überfordert, leide unter Ängsten, Schwitzen, Herzrasen und Atemnot. Zudem beschreibt sie Zustände von Zittern und Schwindel. Sie fühle sich gereizt und berichtet Ein- und Durchschlafstörungen.

Frau ... beschreibt massive Schwierigkeiten in der Mutter-Kind-Interaktion mit ihren drei Kindern und auch einen Paarkonflikt mit ihrem Ehemann, von dem sie sich nicht unterstützt und gesehen fühle. Frau ... berichtet auch den Tod des Vaters, zu dem sie eine sehr innige Beziehung gehabt habe, nicht mit einem adäquaten Trauerprozess abgeschlossen zu haben. Sie empfinde jegliche Aufgaben, sei es beruflich als auch privat, als Extrembelastung. Erstmals sei der Zustand im Dezember ... aufgetreten, sie habe sich mit Ruhepausen wieder stabilisieren können, jedoch immer nur kurzfristig.

Derzeitige somatische Beschwerden: Seit anderthalb Jahren ausgedehnter Erschöpfungszustand, vermehrt Kreislaufprobleme und Herzrasen im Rahmen von Angst-Panikattacken.

Belastungsfaktoren

Paarkonflikt, Überforderungsgefühle, problematische Mutterbeziehung und nicht abgeschlossener Trauerprozess um den Vater.

Bewältigungsstrategien

Ambulante Psychotherapie, fachärztliche Behandlung, Unterstützung durch Haushaltshilfe.

Psychosoziale Risikofaktoren

Partnerschaftskonflikt.

Bisherige psychotherapeutische Maßnahmen

Frau sei bei Frau Dr. seit Anfang des Jahres in ambulanter Psychotherapie, wodurch die stationäre Aufnahme initiiert und vorbereitet wurde.

Familienanamnese

Der Vater sei 80-jährig im Jahre ... im Rahmen eines Multiinfarktgeschehens verstorben.

Eigenanamnese

Kinderkrankheiten: Masern, Röteln. Frühere Krankheiten: Status post Sectio caesarea.

Vegetative Anamnese

Schlaf unter Medikation normal, Appetit normal, Durst: Anderthalb Liter Flüssigkeitszufuhr pro Tag. Allergien: Keine bekannt, Gewicht 75 kg bei einer Körpergröße von 166 cm. Stuhl regelmäßig. Miktion: Rezidivierende Harnwegsinfekte, derzeit keine Dysurie. Sportliche Betätigung: Früher Nordic Walking, jetzt spazieren gehen. Nikotin und Alkohol werden negiert. Keine akute Suizidalität.

Gynäkologische Anamnese

Menarche mit zwölf Jahren, Menses regelmäßig, letzte Regel vor 14 Tagen. Partus drei, Abortus null, Vorsorgeuntersuchungen laut Patientin o. B.

Aufnahmemedikation

Trittico retard 150 mg 0-0-0-1, Cymbalta 60 mg 1-0-0, Lexotanil 3 mg 1x1/2 bei Bedarf, Parkemed 500 mg 1x1 bei Bedarf.

Somatischer Aufnahmebefund

Bei der Aufnahme sahen wir eine cm große und ... kg (BMI) schwere Patientin in altersentsprechend gutem AZ und normalgewichtigem EZ. Blutdruck 120/80 mmHg, Puls 84/min., regelmäßig. An Kopf, Hals, Haut und Schleimhäuten keine pathologischen Befunde. Zunge weißlich belegt. Thorax: Vesikuläratmen, sonorer Klopfeschall, gute Atemverschieblichkeit. Herztöne rein, regelmäßig, ohne vitiumtypische Geräusche. Periphere Pulse allseits gut palpabel. Abdomen: Bauchdecke weich, keine pathologischen Resistenzen, kein Druckschmerz, keine palpable Organomegalie. Nierenlager beidseits frei. Schilddrüse nicht vergrößert, nicht druckdolent, schluckverschieblich. WS in Normstellung, FBA 0 cm. Verspannungen im Schulterbereich. Seitengleiche Muskeleigenreflexe, keine pathologischen Reflexe, Sensibilität, Koordination sowie Gang- und Standbild unauffällig, keine Nervendehnungszeichen. Freie Gelenkbeweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten.

Labor vom....

Im pathologischen Bereich lagen: Cholesterin geringgradig erhöht mit 211 mg/dl. HDL-Cholesterin 64 mg/dl, alle übrigen Werte im Normbereich.

Ruhe-EKG vom

Normocarder Sinusrhythmus, HF 71/min., Indifferenztyp, normale PQ-Zeit, schlanker QRS-Komplex, regelrechter R-Anstieg über der Vorderwand, konkordante Endstrecken.

Biografische Anamnese

Frau ist die zweite Tochter ihrer Eltern. Sie habe eine ...jährige Schwester, zu der jedoch eine schwierige Beziehung bestehe. Das Befinden der Mutter während der Schwangerschaft berichtet Frau ... als ambivalent, zum einen hätten sich die Mutter und der Vater sehr darüber gefreut, zum anderen sei es eine große Überraschung gewesen.

Frau ... beschreibt sich selbst als anstrengendes, ängstliches Kind. Eine frühe Erinnerung sei ein rosa Kinderleiterwagen mit dem Gefühl gemischt von Wärme und Sonne gewesen. Sie sei bei den Eltern aufgewachsen, die ersten zwei Lebensjahre habe sie gemeinsam mit den Eltern im Haus der Großeltern verbracht. Frau ... berichtet, dass es im neu gebauten Haus für die Familie keinen Garten zum Spielen gegeben habe, nur einen Gemüsegarten und eine

Steinterrasse mit gefährlichen Stufen. Dies seien sehr prägende Erinnerungen gewesen. Die Beziehung zu den Eltern sei harmonisch gewesen, jedoch durch die dominante ältere Schwester, die das Familienklima und die Atmosphäre beherrscht habe, geprägt gewesen.

Frau ... beschreibt den Vater als besonnen, unterstützend, feinfühlig, musikalisch und melancholisch. Er sei ... verstorben, es sei kein adäquater Trauerprozess erfolgt. Der Vater sei Finanzbeamter gewesen.

Die Mutter, Hausfrau, wird als fröhlich, leichtlebig und fürsorglich beschrieben. Mit der Mutter gebe es derzeit eine zwiespältige Beziehung, die Patientin fühle sich von ihr nicht verstanden und sei durch Aussagen der Mutter irritiert.

Die Beziehung der Eltern zueinander sei sehr liebevoll und fürsorglich gewesen. Eine weitere wichtige Bezugsperson in der Kindheit von Frau ... sei die Großmutter mütterlicherseits gewesen, zu welcher sie eine innige Beziehung gehabt habe, deren Tod jedoch seit Jahrzehnten mit Schuldgefühlen besetzt sei.

Allgemeine Sozialanamnese

Frau ist verheiratet seit 19... kenne ihren Mann seit 19.... Der Ehemann sei ... (Beruf) und wird als ruhig, besonnen beschrieben, jedoch sei er unfähig Gefühle zu zeigen und dies irritiere die Patientin. In der Partnerbeziehung fühle sie sich oft allein gelassen und unverstanden, sie habe das Gefühl für alle Familienmitglieder der Mittelpunkt zu sein und alles regeln zu müssen. Der Ehe entstammen drei Kinder (15, 14 und 7 Jahre). Die Beziehung zu den ältesten Kindern sei sehr angenehm, wobei die 15-jährige Tochter pubertär sei und ihr gegenüber auch opponiere. Frau ... berichtet, selbst keine Pubertät mit Auflehnung gegen ihre Eltern gelebt zu haben. Aus diesem Grund bringe sie die Pubertät ihrer Tochter und damit ihre Überforderung in Zusammenhang mit der aktuellen Symptomatik. Die Beziehung zum siebenjährigen Sohn beschreibe sie als sehr fordernd, wobei ihr an ihm besonders auch gefalle seine Art sich auszudrücken und seine Art Dinge zu benennen. ... sei ihr am ähnlichsten, auch er beschreibe gewisse Ängste und dadurch fühle sich die Patientin in ihre Kindheit zurück erinnert.

Als belastend beschreibt Frau ..., dass die Arbeit des Ehemannes im Wohnhaus sei und er unmittelbar gewisse Themen in den Familienbereich einbringe. Sie wohne seit 19... im Einfamilienhaus mit ihrer Familie. In der Freizeit würde sie gerne lesen, walken gehen, einkaufen gehen und DVD schauen. Die wichtigsten Menschen seien der Ehemann, die Kinder und die Mutter. Sie fühle sich durch die Haushaltshilfe und ihre ambulante Psychotherapeutin unterstützt.

Schul- und Berufsanamnese

Frau ... habe die Schule mit der Matura abgeschlossen und danach ein Universitätsstudium mit dem Magistertitel absolviert. Sie sei seit 19... AHS-Lehrerin im Stiftsgymnasium in Frau ... ist zum Zeitpunkt der Aufnahme arbeitsunfähig geschrieben und in einem festen Arbeitsverhältnis beim Landesschulrat für Der Krankenstand bestehe seit Frau ... habe bereits mit ihrem Direktor eine Auszeit vom nächsten Schuljahr geplant und dies sei auch beschlossen.

Psychischer Befund

Im Aufnahmegespräch ist die Patientin wach, örtlich, zeitlich, zur Person und situativ voll orientiert. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis sind nicht beeinträchtigt. Im Affekt ist die Patientin depressiv. Die affektive Schwingungsfähigkeit ist

voll erhalten und auslenkbar. Es bestehen Hinweise auf Ängste (Panikattacken), jedoch keine Phobien oder Zwänge. Das Verhalten ist sozial und situativ adäquat und höflich. Leichte Beeinträchtigungen von Antrieb und Psychomotorik im Hinblick auf Agitiertheit. Der formale Gedankengang ist geordnet. Es fallen keine Störungen des inhaltlichen Denkens, des Ich-Erlebens oder der Wahrnehmung auf. Es ergeben sich keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung. Keine Hinweise auf Suchtverhalten. Keine Auffälligkeiten hinsichtlich des Intelligenzniveaus.

Psychodynamik

Gemäß OPD Achse III liegt ein Selbstwertkonflikt vor. Bei Frau ... ist eine Tendenz erkennbar enorme Anstrengungen zur Anerkennung des Selbstwerts durch Verantwortungsübernahme und Organisieren im familiären und schulischen Bereich zu unternehmen. Frau ... berichtet ein ständiges sich in Frage stellen, eine Abhängigkeit von der Meinung anderer, zudem fühle sie sich permanent ihrer Umgebung gegenüber schuldig und unangebracht. Frau ... berichtet auch die Tendenz von sich und ihrer Thematik wegzugelangen und sich in Bereiche besonders der Kinder und des Ehemannes zu stürzen. Die dadurch erwartete Anerkennung ist für Frau ... jedoch nicht deutlich spürbar und wahrnehmbar, was wiederum zum Einbruch des Selbstwertgefühls führe. Frau ... berichtet eine Zuschüttung von Emotionen und eine deutliche Tendenz zum Rationalisieren.

Frau ... konnte im Rahmen der psychodynamischen Behandlung erkennen, dass der Paarkonflikt viel mit der eigenen Beziehung zur Mutter zu tun habe. Erwartungen und unerfüllte Wünsche und Bedürfnisse nach Geborgenheit und Anerkennung forderte Frau ... von ihrem Ehemann ein, der Partner zeigte sich in dieser Rolle überfordert und zog sich zurück.

Testpsychologische Befunde

Zu Beginn des Klinikaufenthaltes füllte die Patientin den SKID 2-Fragebogen aus. Dabei zeigten sich keine auffälligen Werte.

Therapieziele

Gemeinsam mit der Patientin wurden folgende Therapieziele erarbeitet: Erarbeitung einer tragfähigen offenen vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, Entwicklung eines Psychogeneseverständnisses hinsichtlich der depressiven und ängstlichen Entwicklung, verbesserte Wahrnehmung und Erweiterung des Ausdrucks eigener Wünsche und Bedürfnisse, Förderung des interaktionellen Kontaktes und der sozialen Kompetenzen, Besserung der Entspannungsfähigkeit und Revitalisierung, allgemeine psychophysische Stabilisierung und Erholung, Ich-Stärkung und Förderung des Selbstwertgefühls, Wiederherstellung einer beruflichen Arbeits- und Leistungsfähigkeit, Förderung von Eigenstruktur und Handlungsfähigkeit im Sinne einer adäquaten Selbstfürsorge und einem lösungsorientierten Handeln. Reduktion der Angstsymptomatik durch das Herausarbeiten von Angst auslösenden und aufrecht erhaltenden Bedingungen, emotionale Entlastung und Stabilisierung, Abbau von Versagensängsten und Verarbeitung eines adäquaten Trauerprozesses, Reflexion der Mutter-Kind-Interaktion und der Paarbeziehung.

Behandlungsplan

Um die genannten Therapieziele zu erreichen, erstellten wir ein ganzheitliches Therapieprogramm mit psychotherapeutischen und physikalischen sowie physiotherapeutischen Anwendungen. Dieses umfasst sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie inklusive Therapiegruppen und körperorientierter Verfahren.

In den Gruppen- und Einzelsitzungen wird methodenübergreifend an den inter- und innerpsychischen Konflikten gearbeitet mit dem Ziel Selbsthilfestrategien zu vermitteln, damit die Patienten den Alltag zu Hause wieder besser bewältigen können.

Die Patientin nahm im Laufe ihres stationären Aufenthaltes an regelmäßigen Einzelgesprächen und psychotherapeutischen Gruppensitzungen teil: Frau ... erhielt im Rahmen ihrer stationären Behandlung regelmäßige einzeltherapeutische Gespräche tiefenpsychologisch fundiert, Atemtherapie zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und zur Förderung der Entspannungsfähigkeit.

Interaktionelle Gruppe, um die Art der Beziehungsgestaltung zu erkennen und unerledigte Entwicklungsaufgaben zu bearbeiten, Gruppe soziale Kompetenz zum Aufbau von sozialen Fähigkeiten in unterschiedlichen lebensnahen sozialen Situationen, Gestaltungstherapie als nonverbales Medium zum Ausdruck von Befindlichkeiten und zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Musiktherapie, um übend zur eigenen Kraft zu finden und eigene Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse authentisch auszudrücken, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (PMR) als Entspannungsmethode und an einer sozialtherapeutischen Beratung und Physiotherapie.

Behandlungsverlauf

Es gelang sehr rasch mit Frau ... eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Frau ... war hoch therapiemotiviert und brachte ein gutes Maß an Reflexionsfähigkeit in die Therapie mit. Anfänglich stand die Eingewöhnung ins stationäre Setting und damit verbundene Abgrenzung von Mitpatienten im Vordergrund. Frau ... konnte eigene Bedürfnisse gezielt wahrnehmen und danach im Rahmen der Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit auch danach handeln. Dies ging mit einer zunehmenden Stabilisierung einher. Frau ... hat sehr intensiv aufdeckend an der Beziehung zu den Eltern gearbeitet und dahingehend auch dysfunktionale Beziehungsmuster erkennen können, die sich sowohl in ihrer Beziehung zum Ehemann als auch den Kindern auswirkten. Frau ... hat erlebt, dass nein sagen nicht mit Ablehnung und Zurückweisung verbunden ist, sondern sich selbst als wirksam dabei erlebt. Es wurde intensiv an der Ich-Stärkung gearbeitet und auch sehr pragmatisch an der Umsetzung im häuslichen Milieu.

Während des Aufenthaltes war der Ehemann mit dem jüngsten Sohn im Rahmen eines Probewochenendes in der Umgebung und Frau ... hat die in der Therapie erarbeiteten Strategien in vivo umsetzen können. Es gab während des Aufenthaltes noch ein weiteres Probewochenende zuhause. Frau ... konnte erlernte Strategien anwenden, um klassische Überforderungssituationen zu vermeiden.

Von psychopharmakologischer Seite wurde die antidepressive Therapie mit Trazodon und Duloxetin fortgeführt.

Epikrise

Wir entlassen Frau ... in einem deutlich gebesserten psychophysischen Allgemeinzustand. Frau ... war in den Therapien hoch motiviert und regressionsfähig. Nach eigenen Angaben hat Frau ... enorm vom Aufenthalt hier im Haus profitieren können. Zur weiteren Stabilisierung und Aufrechterhaltung des Therapieerfolges empfehlen wir die Weiterführung der ambulanten Psychotherapie bei Frau Dr. ...

Entlassungsmedikation

Trittico retard 150 mg	0-0-0-1
Cymbalta 60 mg	1-0-0-0

An
....

Sehr geehrte Kollegin,

wir berichten Ihnen über Frau ..., die sich in der Zeit vom ... bis ... in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen Bulimia nervosa (F50.2)
 Laktoseintoleranz (E73.9)
 Katzenhaarallergie (J30.3)

Aktuelle Symptomatik und auslösende Situation

Die Patientin berichtet im Aufnahmegespräch, seit einem Dreivierteljahr unter Bulimie zu leiden. Auslösend seien Probleme mit dem Ex-Freund im Sommer des letzten Jahres gewesen, außerdem sei sie schon längere Zeit mit ihrem Körperbau unzufrieden, vergleiche sich immer mit anderen. Verstärkt sei dies dadurch, dass sie an einem musischen Gymnasium die Tänzerklasse besuche. Da sie im Rahmen der Essstörung unter Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Energie- und Kraftlosigkeit leide, hätten ihre Leistungen in der Schule zuletzt so stark nachgelassen, dass sie die letzte Klasse habe abbrechen müssen. Ab Herbst wolle sie diese wiederholen.

An weiteren Symptomen habe sie häufig Sinnlosigkeits- und Leeregefühle, Rückzugstendenzen, außerdem sei sie deutlich reizbarer geworden, habe Stimmungsschwankungen.

Sie erbreche etwa ein bis zweimal täglich nicht selbstinduziert, sondern deshalb, weil ihr nach dem Essen oft übel wird. Die Besorgnis bzw. Kontrolle der Eltern bezüglich ihres Essverhaltens habe die Symptomatik eher verstärkt.

Im somatischen Aufnahmegespräch berichtet die Patientin über vermehrte Krankheitsanfälligkeit seit dem Sommer ... (Grippe, Mittelohrentzündungen, zuletzt vor zwei Wochen Scharlach). Weiters bestünden Rückenschmerzen im LWS-Bereich nach einer Verletzung beim Tanzen vor zwei Jahren. Ein- und Durchschlafstörungen.

Belastungsfaktoren

Als weiterer Belastungsfaktor kommen in letzter Zeit gehäufte Erkrankungen von Familienangehörigen dazu: Bei ihrem Bruder sei kürzlich die Diagnose einer Epilepsie gestellt worden, außerdem habe ihre Großmutter wieder Krebs bekommen, aber auch ihre Mutter sei wegen eines zum Glück gutartigen Tumors operiert worden.

Bisherige psychotherapeutische Maßnahmen

Seit etwa fünf Monaten sei sie in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, vor etwa anderthalb Monaten habe sie die Therapeutin gewechselt, da sie mit ihrer ersten Therapeutin nicht so gut zurecht gekommen sei.

Familienanamnese

Vater: ... Jahre, Lehrer, leide an einem empfindlichen Magen.

Mutter: ... Jahre, Lehrerin, leide an Migräne.

Geschwister: Eine Schwester, -6 Jahre (gesund), ein Bruder, -3 Jahre (als Kind rezidivierende komplizierte Fieberkrämpfe mit nun bestehender Epilepsie).

Keine Kinder.

Keine psychiatrischen Erkrankungen oder Suizide in der Familie.

Eigenanamnese

Essstörung seit circa einem dreiviertel Jahr. Laktoseintoleranz. Eisenmangelanämie vor circa einem Monat. Katzenhaarallergie. Z. n. Scharlach vor circa zwei Wochen im subklinischen Verlauf. Z. n. Gastritis. Keine Operationen.

Vegetative Anamnese

Schlaf: Reduziert durch Ein- und Durchschlafstörungen. Ernährung: Zurzeit Wechsel von Phasen mit Tagen mit Essanfällen, anschließend Erbrechen, dann wieder Tage mit restriktivem Verhalten. Vermehrte Flüssigkeitszufuhr von über drei Liter täglich. Erbrechen maximal ein bis zweimal täglich. Gewicht: Im letzten Dreivierteljahr 8 kg zugenommen.

Maximalgewicht

58 kg, Minimalgewicht 48 kg im Sommer Unverträglichkeiten oder Allergien:

Laktoseintoleranz, Katzenhaare. Stuhl und Miktion o. B.

Risikofaktoren:

Sport, früher vermehrt bis exzessiv, seit Sommer ... reduziert, derzeit Reiten und Laufen, Tanzen. Nikotin und Drogen verneint. Alkohol sehr selten. Keine akute Suizidalität, keine Selbstverletzungstendenz.

Gynäkologische Anamnese

Menarche mit 15 Jahren, letzte Regel zurzeit. Regelmäßig. Keine Geburten. Letzte gynäkologische Kontrolle vor zwei Monaten o. B.

Aufnahmemedikation

Mutan (Fluoxetin) 20 mg 2-0-0, Oспен 1000 mg 1-1-1 seit ..., Bioflorin Kps. 3xtgl. Nervenruh forte 0-0-0-3.

Somatischer Aufnahmebefund

Bei der Aufnahme sahen wir eine 164 cm große und 56,1 kg (BMI 20,9) schwere Patientin in altersentsprechend gutem AZ und normalgewichtigem EZ. Blutdruck 130/80 mmHg, Puls 88/min., regelmäßig. An Haut und Schleimhäuten keine pathologischen Befunde. POM o. B., Pupillen rund, isocor, beidseits prompte Lichtreaktion, NAB und NNH frei, Ohren: Links randständige Otitis media mit leichter Gefäßinjektion Rachen, Gebiss o. B. Im Halsbereich vereinzelt submandibuläre und zervikale Lymphknoten links mehr als rechts mit Druckdolenz. Thorax: Vesikuläratmen, sonorer Klopfeschall, gute Atemverschieblichkeit. Herztöne rein, regelmäßig, ohne vitiumtypische Geräusche. Periphere Pulse allseits gut palpabel. Abdomen: Leichtes Quatschen im rechten Mittelbauch bis Unterbauch, kein Druckschmerz, kein Klopfeschmerz, keine pathologische Resistenz, Bauchdecke weich, keine palpable Organomegalie. Nierenlager beidseits frei. Schilddrüse nicht vergrößert, nicht druckdolent, schluckverschieblich. WS in Normstellung, FBA -10 cm, Muskelverspannungen im Nackenbereich sowie paravertebral im Bereich der LWS, kein Stauchungsschmerz, Druckschmerz über der HWS, keine Beweglichkeitseinschränkung. Seitengleiche Muskeleigenreflexe, keine pathologischen Reflexe, Sensibilität, Koordination sowie Gang- und Standbild unauffällig, keine Nervendehnungszeichen. Freie Gelenkbeweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten.

Labor vom ...

Im pathologischen Bereich lagen: Hb 12,2 g/dl, Eisen 151, Transferrinsättigung 35, BSG.

Im Normbereich lagen: BKS, restliches kleines BB, Kalium, Calcium, Kreatinin, Harnsäure, GGT, GPT, Triglyceride, Cholesterin, BZ, TSH basal, fT3, fT4, Folsäure 14,5, Vitamin B12 345, Transferrin und Ferritin.

Laborkontrolle vom ...

Außerhalb der Norm: Leukozyten 4,11 Tsd/ μ l, Natrium 134, Kreatinin 0,98 mg/dl.

Im Normbereich lagen: Restliches kleines BB, Kaliumchlorid, Calcium.

Laborkontrolle vom ...

Im Normbereich lagen: Kleines BB, Natrium, Kaliumchlorid, Calcium, Kreatinin, GOT, GGT, GPT, CRP.

Harntest vom ...

Positiv auf Erythrozyten bei aktueller Menses, sonst unauffälliger Befund.

Harntest (Combur 10 Test) vom ...

Reduziertes spezifisches Gewicht mit V. a. Verdünnung.

Ruhe-EKG vom ...

Sinusrhythmus, HF 72/min., Steiltyp, PQ 0,12 ms, QRS 0,09 ms, Transition in V3/V4, Repol. o. B.

Biografische Anamnese

Sie sei als Älteste von drei Geschwistern (Bruder -3, Schwester -6) bei ihren Eltern aufgewachsen. Bis zu ihrem dritten Lebensjahr habe sie die volle Aufmerksamkeit ihrer Eltern genossen, dann sei ihr Bruder zur Welt gekommen, der von klein auf häufig krank gewesen sei und daher besonders viel Aufmerksamkeit bekommen habe.

Beide Eltern seien von Beruf Lehrer, sie habe sie als etwas überbehütend erlebt. Die Mutter sei die Dominantere, habe die Kinder nicht zur Selbstständigkeit erzogen, sondern eher kontrolliert. Sie sei ehrgeizig, sehr um die Kinder besorgt, immer bemüht, richtig zu handeln und eher streng.

Ihren Vater habe sie als sehr liebenswürdig, humorvoll, um seine Familie besorgt, aufbauend, hilfsbereit und eher locker in der Erziehungsart erlebt.

Ihre Rolle in der Familie sei es, als Vorbild für die Geschwister „gut zu funktionieren“. Manchmal gelinge ihr das und sie erfülle die Aufgaben einer „braven Tochter“, manchmal sei sie aber auch rebellisch, was zu Zusammenstößen mit der Mutter führe, wobei sie meist den kürzeren ziehe.

Eine weitere wichtige Bezugsperson sei ihre Großmutter väterlicherseits, für die sie stets „der Lieblingsenkel“ gewesen sei. Derzeit lebe sie noch zuhause bei ihren Eltern.

Allgemeine Sozialanamnese

Sie sei ledig, habe seit einem halben Jahr ihre zweite längere Beziehung, in der sie sich sehr wohl fühle. Ihr Freund unterstütze sie, er wisse über ihre Erkrankung Bescheid, zeige Verständnis und versuche auf einfühlsame Art und Weise mit Konflikten umzugehen.

In der Freizeit beschäftige sie sich sehr viel mit Sport: Reiten, Tanzen, Schwimmen, Laufen, Turnen, Snowboarden. Außerdem lese sie gerne, verfasse eigene Texte, treffe Freunde usw. Sie habe einige gute Freunde und eine beste Freundin, sei ein eher kommunikativer Mensch und habe keine Schwierigkeit Freundschaften zu knüpfen.

Schul- und Berufsanamnese

Sie besuche das musische Gymnasium mit Schwerpunkt Tanz. Die letzte Klasse habe sie wegen der Bulimie abgebrochen, wolle im Herbst die Maturaklasse wiederholen. Mit Lehrern und Schulkollegen komme sie gut zurecht. Im Weiteren sei ein Studium geplant.

Psychischer Befund

Ins Aufnahmegespräch kommt eine etwas überangepasst wirkende junge Frau, die von ihrer Essstörung berichtet. Sie ist zu allen Qualitäten voll orientiert. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis sind unauffällig. Im Affekt ist die Patientin subdepressiv, die affektive Schwingungsfähigkeit ist aber voll erhalten und auslenkbar. Sie berichtet über Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen und zeitweise Antriebsschwäche. Kein Anhalt für psychotisches Erleben. Es besteht keine Selbst- oder Fremdgefährdung. Keine Hinweise auf Suchtverhalten, Ängste, Phobien oder Zwänge.

Psychodynamik

Psychodynamisch besteht bei der Patientin nach OPD Achse III ein Konflikt Unterwerfung-versus-Kontrolle im gemischten, überwiegend passiven Modus und in zweiter Linie ein Selbstwertkonflikt, eher im aktiven Modus. Die Struktur (Achse IV) ist mäßig bis gut integriert. Das bedeutet, dass sich die Patientin einerseits der dominierenden Mutter unterwirft, die von ihr vorgegebenen Regeln hinnimmt, um spannungsvolle Auseinandersetzungen zu vermeiden, in denen sie ohnehin die Unterlegene ist. Das Aufbegehren äußert sich in der Essstörung, wo sie trotz Kontrolle der Eltern das Essen nicht bei sich behalten kann. In dieser scheinbar günstigen Konfliktlösung, die es ihr ermöglicht, ihren aggressiven Tendenzen Ausdruck zu verleihen, kann sie gleichzeitig auch durch die fehlende Gewichtszunahme ein perfektes Körperselbst darstellen, was die Selbstwertproblematik mindert.

Therapieziele

Die Patientin formulierte folgende Ziele für den Aufenthalt: Sie erhoffe sich eine Besserung bzw. Normalisierung des Essverhaltens, z. B. eine Reduzierung der täglichen Gedanken das Essen betreffend, Reduktion von Erbrechen und Essanfällen, außerdem eine Stärkung ihres Selbstbewusstseins bzw. des Selbstwertgefühls. Außerdem eine Verbesserung der Schlafprobleme und der Rückenbeschwerden.

Behandlungsplan

Um die genannten Therapieziele zu erreichen, erstellten wir ein ganzheitliches Therapieprogramm mit psychotherapeutischen und physikalischen sowie physiotherapeutischen Anwendungen. Dieses umfasst sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie inklusive Therapiegruppen und körperorientierter Verfahren, unter anderem Gestaltungs- und Tanztherapie.

In den Gruppen- und Einzelsitzungen wird methodenübergreifend an den inter- und innerpsychischen Konflikten gearbeitet mit dem Ziel, Selbsthilfestrategien zu vermitteln, damit die Patienten den Alltag zu Hause wieder besser bewältigen können.

Wir behandeln die Patienten mit Essstörung nach einem tiefenpsychologischen Ansatz mit Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Standpunktes und mit multidisziplinärer Behandlung. Im Speziellen erfolgt im Rahmen unseres Esskonzeptes die Teilnahme am therapeutisch begleiteten Esstisch um Strukturierung, Selbstwahrnehmung und Genussfähigkeit zu verbessern und sich mit dem Essen auseinander zu setzen; sowie Teilnahme an der Lehrküche um sich mit der Zubereitung von gesunder Nahrung zu üben.

Zudem wurden mehrmalig Ernährungsberatung sowie einmal pro Woche eine Ernährungsedukation durchgeführt. Die Patientin führte regelmäßige Essprotokolle und ein mündlicher Gewichtshaltervertrag wurde vereinbart.

Im Rahmen der Physio- und Sporttherapie nahm die Patientin an Körperwahrnehmungsgymnastik teil. Zudem wurde Einzel-KG und Fango bei bestehenden Nackenverspannungen und Rückenschmerzen durchgeführt.

Behandlungsverlauf

Anfangs fiel vor allem eine überangepasste, sich unterordnende und gefühlsmäßig wenig spürbare Patientin auf, die offensichtlich bemüht war, auch im Stationsalltag „gut zu funktionieren“. Sie beteiligte sich aktiv an allen Therapien und konnte sich sehr schnell in die Stationsgemeinschaft integrieren. Sie brauchte einige Zeit, um offen negative Gefühle und Unmut anzusprechen, z. B. die Befürchtung auf Station kontrolliert zu werden „wie im Gefängnis“. Dies wurde zum zentralen Thema, sie überlegte, in welchen Bereichen sie gerne vermehrt Kontrolle über ihr Leben bekommen würde und wie es ihr möglich sein könnte, nicht mehr nur die gut funktionierende brave älteste Tochter ihrer Eltern zu sein, sondern vermehrt eigene Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen und auch durchzusetzen. Gleichzeitig erlebte die Patientin durch die gute Integration in die Gemeinschaft und viele positive Rückmeldungen ihrer Mitpatienten eine deutliche Stärkung des Selbstwertgefühls.

Im Abschlussgespräch zog sie eine positive Bilanz über den Aufenthalt, sie habe sich aus vielen Therapien, unter anderem der Tanztherapie, sehr viel mitgenommen, habe sich hier zum ersten Mal in ihrem Leben „als ein eigenständiger Mensch erlebt“. Sie äußerte auch einige Befürchtungen, unter anderem vor Rückfällen in die Bulimie zuhause, so dass zuletzt noch kurz Gegenmaßnahmen besprochen wurden.

Von somatischer Seite konnte durch Teilnahme an unserem Esskonzept eine deutlich verbesserte Strukturierung des Essverhaltens erzielt werden. Anfänglich manipulierte die Patientin noch zum Erreichen der vereinbarten Gewichte, indem sie vermehrt Flüssigkeit zu sich nahm. Dies spiegelte sich in den Harn- und Laboruntersuchungen wider. Gegen Ende des Aufenthaltes konnten jedoch Erbrechen und Essanfälle reduziert werden. Es gelang der Patientin auch größere Portionen bei gutem Appetit zu sich zu nehmen. Auch die anfänglich angegebenen Schlafstörungen besserten sich deutlich wie auch die Rückenbeschwerden durch oben angeführte physikalische Therapiemaßnahmen.

Die Aufnahmemedikation wurde beibehalten, die orale Antibiose bei abklingendem Infekt plangemäß abgesetzt. Bei der somatischen Abschlussuntersuchung ergaben sich keine akuten Erkrankungen/Infekte. Entlassgewicht: 58,8 kg (BMI 21,9).

Epikrise

Die Patientin kam auf Grund einer Essstörung in Form einer Bulimie erstmals in ihrem Leben zu einer stationären psychosomatischen Behandlung. In den integrativen Psychotherapien

zeigte sie sich motiviert und aktiv. Bei Entlassung war sie in einem psychisch und körperlich stabilen Zustand.

Wir empfehlen eine Fortführung der ambulanten Psychotherapie. Eine Wiederaufnahme ist bei Bedarf in einigen Monaten nach Voranmeldung möglich.

Von somatischer Seite ist dringend die Aufrechterhaltung eines strukturierten Essverhaltens angeraten. Weiterhin laktosefreie Kost. Regelmäßige hausärztliche Kontrollen zur Kontrolle von Gewicht und Labor (insbesondere BB, Elektrolyte, Nierenfunktionsparameter) sind angezeigt.

Entlassungsmedikation

Fluoxetin 40 mg	1-0-0
Nervenruh forte	0-0-0-3
Truxal 15 mg	bei Bedarf zur Nacht