

Aufnahmestatus

des Patienten 106, geboren am xx.xx.1941

Einweisungsmodus und Begleitumstände

Die Patientin wird Anfang Januar als Notfall in der Ambulanz vorstellig. Aufgrund der Symptomatik erfolgt einige Tage später die stationäre Aufnahme unter der Diagnose: „Depressive Episode“.

Zum Aufnahmezeitpunkt bestehen Einschlafstörungen, Appetitlosigkeit, tagelanges Weinen, Gedankenkreisen, Grübeln, Gefühl des Egalseins, Antriebsminderung sowie eine Gleichgültigkeit bzgl. des weiteren Lebens.

Eigenanamnese

Aktuelle psychiatrische Beschwerden

Im Oktober des vergangenen Jahrs verstarb der langjährige Lebenspartner der Patientin an einer schweren Krankheit. Dieser sei vorher von ihr gepflegt wurde.

Nach dessen Tod zog die Patientin aus dem damaligen gemeinsamen Haus in der Nähe von Berlin aus, um nach Jena in die Nähe der Tochter zu ziehen.

In Jena fühle sie sich sehr wohl. Sie habe eine sehr hübsche und dennoch bezahlbare Wohnung die nach ihren Wünschen eingerichtet wurde.

Kurz nach dem Umzug begannen die folgenden Symptome: Unruhe und Fahrigkeit, sowie Schlafprobleme, die sich zunächst als Einschlafstörungen, seit der Einstellung auf Zopiklon durch die Klinik als Durchschlafprobleme darstellen. Die Unruhe und Fahrigkeit seien zuerst durch die Tochter bemerkt worden.

Außerdem bemerkte die Patientin selbst eine erneute Depression (bereits früher hatten Depressionen bestanden die zu zwei schweren Suizidversuchen führten, weshalb sie die neuerlichen Symptome erkannte).

Psychiatrische Vorgeschichte

Schon früher litt die Patientin unter Depressionen. Es erfolgen zwei schwere Suizidversuche. Begonnen habe alles vor ca. 23 Jahren, mit der Wende. Zu diesem Zeitpunkt sei die eigene Arbeitssituation schwierig geworden, da nur noch eine reduzierte Einstellung möglich war. Daneben verlor der Ehemann seine Anstellung, machte sich jedoch hierum wenig Gedanken, sondern sah dies eher als Möglichkeit einer Art Urlaub. Die Patientin fühlte sich somit für die Familie mit 3 Kindern allein verantwortlich und erfuhr keine Unterstützung durch den Partner.

Es erfolgte ein Suizidversuch mit über 300 Tabletten. Anschließend ein langer stationärer Aufenthalt, gefolgt von ambulanten Therapien.

Ca. 6 Jahre später kam es zu einem erneuten Suizidversuch, ebenfalls mit Tabletten. Die Patientin berichtet, dass sie diesen – im Gegensatz zum vorangegangenen Suizidversuch – geplant und einen Abschiedsbrief verfasst habe. Auslöser dieses zweiten Suizidversuch war die Trennung des Ehepartners, der eine neue Beziehung zu einer jüngeren Frau eingegangen war. Wieder folgten stationäre und ambulante Therapien.

Ein weiterer Krankenhausaufenthalt folgte laut Angaben der Patientin einige Jahre später aufgrund erneut aufgetretener Depressionen, allerdings diesmal ohne Suizidversuch. Seit Anfang 2000 seien keine stationären mehr notwendig gewesen.

Die Patientin berichtet über zwischenzeitliche Episoden der Hochstimmung, die sie selbst als Manie beschreibt.

Körperliche Vorgeschichte

- Mandel- und Polypentfernung in der Kindheit
- Linksseitige Taubheit seit der Kindheit (vermutlich durch Masern verursacht)
- Uterusentfernung mit begleitender Appendektomie bei auffälligen gynäkologischen Abstrichen vor ca. 37 Jahren
- Gleitsichtbrille seit ca. 45. Lebensjahr
- Gallenblasenperforation mit Cholezystektomie vor ca. 4 Jahren

- Hypothyreose nach Radiojodtherapie bei Schilddrüsenknoten vor ca. 3 Jahren, medikamentös eingestellt (L-Thyrox)
- Rechtsseitige Hörschwäche seit ca. 1,5 Jahren (durch Hörgerät ausgeglichen)
- Tachykardie mit Rhythmusstörungen seit einigen Jahren bekannt und medikamentös eingestellt (Bisoprolol und ASS)

Psychische und soziale Entwicklung

Die Patientin ist 1941 geboren und lebte nach der Scheidung der Eltern, in frühesten Kindheit, beim Vater und dessen neuen Lebensgefährtin.

Bereits vor dem 10 Lebensjahr verstarb der Vater und sie sei bei der Stiefmutter bzw. deren Eltern und ihrer Stiefschwester geblieben.

Bzgl. des Todes des Vaters sei nie geklärt worden ob es sich um einen Suizid oder Mord gehandelt habe.

Später habe sie zufällig und über Umwege die leibliche Mutter und ihre 3 Halbgeschwister mütterlicherseits kennengelernt.

Sie habe eine Ausbildung zur Krankenschwester absolviert und zunächst als Arzthelferin, später als Krankenschwester gearbeitet.

Die vergangenen Monate habe sie den kranken Lebensgefährten bis zu seinem Tod gepflegt und anschließend den Umzug nach Jena organisiert und durchgeführt.

Familienanamnese

Erkrankungen in der Familie:

- Eltern:
 - o Vater früh verstorben, Suizid oder Mord wurde laut Patientin nie sicher geklärt
 - o Mutter: Schwere Varikosis, „Unterleibskrebs“ welcher laut Patientin zum Tode führte
- Großeltern: keine Erkrankungen bekannt
- Tante mütterlicherseits: Schizophrenie mit Tod durch Suizid

Weitere Verwandte

- 4 Halbgeschwister
 - o 1 Schwester von väterlicherseits
 - o 2 Brüder und 1 Schwester mütterlicherseits
- Kinder
 - o 2 Söhne und 1 Tochter
 - o Ein Sohn vor ca.10 Jahren mit Ende 20 tödlich verunglückt
 - o Zur Tochter und dem anderen Sohn besteht guter Kontakt
- Enkelkinder
 - o 3 Enkelkinder im Alter zwischen 4 und 16 Jahren

Vegetative Anamnese

Der Appetit sei inzwischen wieder besser, während zu Beginn der Therapie absolute Appetitlosigkeit bestanden habe. In diesem Zusammenhang berichtet die Patientin über einen Gewichtsverlust von ca. 5 kg innerhalb 2-3 Monaten (seit dem Tod des Lebenspartners).

Bzgl. Miktion und Defäkation bestünden keine Probleme.

Schon vor der stationären Aufnahme bestanden laut Patientenangaben Schlafprobleme, welche sich damals als Einschlafstörung zeigten. Zur Zeit bestünden unter Einnahme von Zopikoln keine Einschlafprobleme mehr, jedoch Durchschlafprobleme. Die Patientin berichtet das sie nachts wach werde und eine Unruhe verspüre, Gedanken seien jedoch nicht der Grund für die Schlaflosigkeit.

Medikamentös-toxische Anamnese

Bis vor ca. 11 Jahren habe die Patientin Anitdepressiva eingenommen, von denen sie aber den Namen bzw. die Wirkstoffgruppe nicht erinnern kann. Seit dem seinen keine Antidepressiva mehr eingenommen worden.

Aufgrund der Herzsymptomatik und der Hypothyreose werden Bisoprolol, ASS und L-Thyrox eingenommen.

Aktuell ist die Patientin auf folgende Medikamente eingestellt: Bisoprolol, ASS, L-Thyrox, Remergil, Seroquel Prolong, Seroquel 25 mg, Tavor, Venlafaxim.

Alkoholkonsum wird verneint, lediglich zu seltenen besonderen Anlässen würde Alkohol in geringen Mengen konsumiert (ein Glas Wein oder Sekt o.ä. zu Festen oder Feiern).

Nikotinkonsum wird verneint. Sie habe noch nie in ihrem Leben geraucht. Ebenso wird Drogenkonsum verneint.

Psychischer Befund

Wache, ansprechbare Patientin, vollständig orientiert zu Ort, Zeit und Situation. Es besteht anamnestisch ein zirkadianer Rhythmus.

Die Patientin berichtet offen über ihre Krankheit und zeigt hierbei große Krankheitseinsicht. Auch die stationäre Aufnahme erfolgte auf Eigeninitiative der Patientin mit Unterstützung durch die Tochter.

Konzentrationsstörungen bestehen grob orientierend nicht.

Das Kurzzeitgedächtnis scheint intakt, bzgl. des Langzeitgedächtnis sind zwar viele Dinge aus der eigenen Vergangenheit erinnerlich, allerdings können die 3 vorgegebenen Wörter nach 10 Minuten nicht bzw. nur eines der Wörter wiedergegeben werden (die anderen beiden auch mit helfender Hilfe nicht). Auffällig ist auch dass die Patientin bzgl. der Krankheitsgeschichte eigene Aufzeichnungen zur Wiedergabe des Geschehenen nutzt (erzählt nicht rein aus der Erinnerung).

Das formale und inhaltliche Denken scheint intakt. Die Patientin erwähnt hierbei von sich aus ein Sprichwort, welches sie mit sich selber verbindet: „Am Ende des Tunnels ist ein Licht“ und berichtet, dass dies auch zu ihrem Leitspruch bzgl. ihres Lebens und ihrer Erkrankung geworden wäre.

Halluzinationen und Wahnvorstellungen, -gedanken, -eingebungen, usw. werden verneint. Ich-Störungen sind ebenso nicht erkennbar.

Die Stimmung erscheint ausgeglichen und ruhig und wird auch von der Patientin so empfunden. Sie berichtet aber, dass dies erst seit kurzem so sei und vorher Unruhe und Traurigkeit vorherrschend gewesen sein.

Auch berichtet die Patientin selbst, dass es ihr nun wieder möglich sei, sich die Tage einzuteilen. Dies sei vor der Einweisung nur noch schwierig möglich gewesen.

Bzgl. der Affektivität zeigt sich eine Schwingungsfähigkeit. Während vom Tod des Lebensgefährten traurig berichtet wird, strahlt die Patientin bei Erzählungen über die Enkelkinder.

Eine Suizidalität besteht zum Zeitpunkt des Gespräches nicht. Die Patientin gibt an dass sie Strategien entwickelt habe, sich aus negativen Gedanken zu befreien und auch die Enkelkinder sie halten würden. Zu früheren Zeitpunkten auch im Laufe der Zeit des stationären Aufenthalts haben aber suizidale Gedanken bestanden. Diese seien allerdings nicht konkretisiert worden.

Es haben jedoch bereits zwei schwere Suizidversuche mit Tabletten in der Vergangenheit stattgefunden, weshalb eine erhöhte Gefahr grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden kann.

Fremdgefährdungen bestehen aus meiner Sicht nicht.

Orientierende Internistische und neurologische Untersuchung

Internistisch: Cor: rhythm., reine Herzgeräusche, 92/Min, Pulmo: VA über allen

Lungenabschnitten, Abdomen weich, keine Resistenzen, Darmgeräusche über allen 4

Quadranten leise, kein WS Klopf- oder Stauchungsschmerz, kein Nierenlagerklopfeschmerz

Neurologisch: MER seitengleich, schwach auslösbar, Babinski bds. negativ,

Armhalteversuch: kein Absinken, Kraft Hände seitengleich, Sensibilität obere und untere

Extremität seitengleich, kein NNH-Klopfeschmerz, kein Trigeminalschmerz, normale

Schrittlänge und -breite, keine erhöhte Wendeschrittzahl, Gleichgewichtsprobleme bei

Seiltänzerang und Einbeinstand, Zehen- und Hackengang ohne Probleme möglich.

Vorläufige Diagnose und Differentialdiagnosen

Bipolare Störung, aktuell Remission aus einer depressiven Phase

Differentialdiagnosen

- isolierte Depression
- posttraumatische Belastungsstörung durch den Tod des langjährigen Lebenspartners (unwahrscheinlich aufgrund der psychiatrischen Vorgeschichte mit Depressionen und Suizidversuchen)

Therapieplan

Medikamentös

- | | |
|--------------------------|-------------|
| - Bisoprolol 2,5 | 1-0-0-0 |
| - ASS 100 alle 2 Tage | 1-0-0-0 |
| - L-Thyrox 75 | 1-0-0-0 |
| - Remergil 30 mg | 0-0-0-1 |
| - Seroquel Prolong 200mg | 0-0-0-1 |
| - Seroquel 25 mg | 1-1-1-0 |
| - Tavor 1 mg | 0-1/2-0-1/2 |
| - Venlafaxim | 1-0-0-0 |

Nichtmedikamentös

- Bewegungs-/ Sporttherapie
- Psychoedukation
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Entspannungstherapie