

Eine Patientin mit Erschöpfung

Julia Frühwirth
Abteilung für Psychiatrie
und psychotherapeutische Medizin



Anamnese AVA

Frau W., 83 Jahre alt.

Vorstellung über AVA:

Rettung/Notarzt durch Sohn verständigt. Im Telefonat mit diesem thorakale Schmerzen/ „bald umzufallen“ angegeben.

Fragl. Wortfindungsstörung.

AVA: keine thorakalen Schmerzen, keine Dyspnoe, Sprache unauffällig, allerdings einsilbig, min. Dysurie.

Wirkt gedrückt, lt. Sohn bis vor kurzem noch aktiv.

bekannte Vorerkrankungen

Arterielle Hypertonie, Hypakusis, grauer Star bds., Anamn. Allergie auf jodhaltiges Kontrastmittel (CAG 07)

Vormedikation

Norvasc (Amlodipin) 5mg 0-1-0

Vitalparameter

RR: 173/78mmHg

HF: 90/min

95% SpO₂

Temp: 36,3°C

BZ: 216 mg%

Klinischer Status

Leicht reduzierter AZ, normaler EZ

Diskrete grobblasige RGs re. basal

Min. Knöchelödeme bds., Varikositäs

Grauer Star bds., hört schlecht

Neurologischer Status

Keine Auffälligkeiten, gebückter Gang

Labor

CRP	10 mg/L
Glukose:	216 mg/dl
Trop T	<5 ng/L

Harnstreifen

Leukos	+
Nitrit	Pos.
Glukose	+

Sonstiges

Thx & EKG unauffällig

Anamnese

In Begleitung eines Sohnes.

Pat. **wortkarg-mutistisch**, blickt meist zu Boden, kaum Blickkontakt.

Lt. Sohn: Zu Weihnachten noch für die ganze Familie gekocht, seit 2-3 Wochen **abrupt verändert**. Wäre verwirrter.

Seit einigen Jahren verwitwet, hat in Uhrengeschäft des Gatten gearbeitet,

2 Söhne (45a,54a), 1 Tochter (65a), Enkelkinder. Lebt mit psychiatrisch erkrankten Sohn in großem, renovierungsbedürftigem Haus. Hat **Haushalt alleine bewältigt**.

War lt. Eigenaussage vor vielen Jahren in Linz auf Psychiatriestationär.

Anamnese

Pat. macht sich **große Sorgen** um kranken Sohn.

Stimmung „düster“. **Alles** wäre **ausweglos**, sie habe das Gefühl nichts mehr im Hirn zu haben.

Sie sei nichts wert, sei **an allem schuld**. Muss immer an Kinder/Enkelkinder denken. Kann sich **kaum auf anderes konzentrieren**.

Zu Hause Unordnung (stimmt nicht laut Sohn). Erzählt von Überforderung.

„Und wenn ich behandelt werde? Was dann? Bringt eh nichts.“

Soz. Rückzug: früher regelmäßig Trachtenvereintreffen, jetzt sei sie **„nicht mehr würdig“**.

Gibt auf Frage nach SMG keine Antwort. Keine SMV in der Vorgeschichte.

Vegetative Anamnese

- **Alkohol, Drogen** sowie **Nikotinkonsum** werden verneint
- **Schlaf:** schlecht
- **Stuhl:** unauffällig
- **Harn:** Dysurie
- **Appetit** schlecht, Gewichtsverlust
- Sexualanamnese nicht erfragt

Depression Score

MADRS Montgomery Asperg Depression Rating Scale

1	sichtbare Traurigkeit	0	1	2	3	4	5	6
2	berichtete Traurigkeit	0	1	2	3	4	5	6
3	innere Spannung	0	1	2	3	4	5	6
4	Schlaflosigkeit	0	1	2	3	4	5	6
5	Appetitverlust	0	1	2	3	4	5	6
6	Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6
7	Untätigkeit	0	1	2	3	4	5	6
8	Gefühllosigkeit	0	1	2	3	4	5	6
9	pessimistische Gedanken	0	1	2	3	4	5	6
10	Suizidgedanken	0	1	2	3	4	5	6

Summe: **41** (>7: keine, 7-10=subsyndromal, 10-19: mild, 20-34: moderat, **>34 schwer**)

Suizid-Risiko Erfassung

Checkliste für Risikofaktoren, Score > 6 → Aufnahme erforderlich

S ex: männlich	0
A lter: unter 20 oder über 54 Jahre alt	1
D epressive Verstimmung vorhanden + bipolare Anamnese+1P	1
P lan für Suizid vorhanden + konkreter Vorbereitungen+1P	0?
E thanol (& andere Substanzen) Missbrauch + aktuell alkoholisiert+1P	0
R ationales Denken gestört (z.B. OPS, Psychose)	1
S uizidhandlungen in Anamnese oder bei Verwandten 1ten Grades	0
O hne soziale Unterstützung, aktuelle psychosoziale Probleme	1
N icht verheiratet, Single, lebt ohne Beziehung	1
S chlechter Gesundheitszustand, chronische Schmerzen	0
SCORE	5

5-6 Punkte: Aufnahme indiziert

Status psychicus

- Gebückte Körperhaltung, Armut an expressiven Gesten, gleichbleibend leidender Gesichtsausdruck, wenig Augenkontakt.
- Pat. wach, allseits orientiert, Bewusstsein klar. Aufmerksamkeit eingeschränkt, Konzentration reduziert, Gedächtnis nicht überprüft.
- Stimmung depressiv, Affekt flach.
- Ductus kohärent, redet aber nicht aus, zähfließender Gesprächsverlauf, verlängerte Antwortlatenz, Grübeln, Eingeengt.
- Antrieb vermindert. Nihilistische Ideen (Minderwertigkeitsgefühl, Schuldgefühle) -Wahn.
- Keine Halluzinationen, Ich- Grenzen intakt.
- Von Selbstmordgedanken nicht eindeutig distanziert.

(später auf Station deutliche SMG)

F3 –Labor:	
Schilddrüse (TSH , fT3,fT4, Anti-TG, Anti-TPO)	normal
Eisenstatus (Eisen, Transferrin, Ferritin, Transferrinsättigung)	normal
Vitaminstatus Folsäure, Vitamin B12	normal
Vitamin D	12,3 (>30mg/mL)
Homocystein	19,5 (5-15 µmol/L)
Hypophysenhormone Prolaktin FSH, LH,	150 (4,79-23,3 ng/mL) normal
Nebennierenhormone (DHEA-S,Corstisol)	normal
Autoimmundiagnostik (ANA, Translgutaminase/IgA, IgG)	normal
Sexualhormone (Östradiol, Progesteron, Testosteron, SHBG)	altersentsprechend
HbA1c BZ-Tagesprofil	5,8% wiederholt o.B.

Weitere Befunde

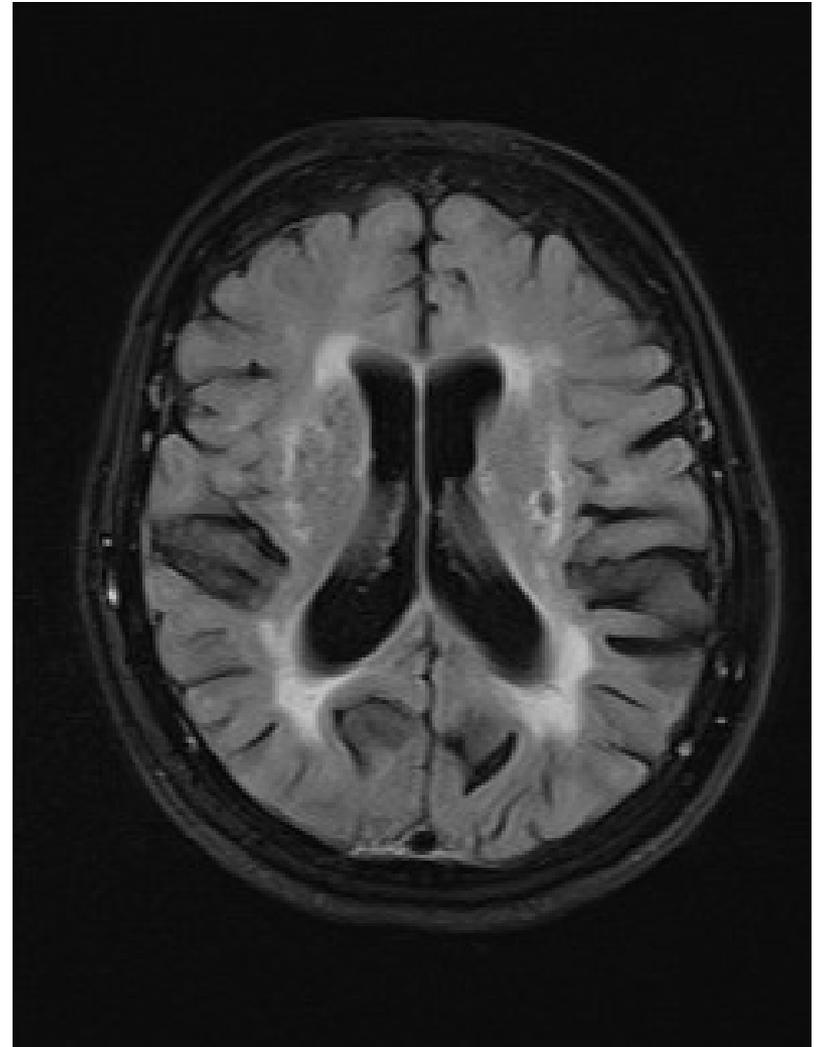
Urikult: E.Coli 10^7

MR-Cerebrum: diffuse
Hirnatrophie, White Matter
lesions

HNO-Konsil: Sensorineurale
Schwerhörigkeit- Hörgerät
empfohlen

Augen-Konsil: grauer Star
bds.- OPs geplant

Rez. RR-Entgleisungen



Stationärer Aufenthalt:

- Wollte sich die Stiege hinabstürzen, später den Venflon in suizidaler Absicht entfernen
- Teilweise psychotische Gedankengänge (über sie sei alles bekannt, sie sei ein Versuchskaninchen)
- Schuldwahn: fühlt sich schlecht, minderwertig, verdammenswert
- maßlose Überbewertung geringfügiger realer Vergehen oder Verfehlungen von jetzt und früher
- Fürchtet sich sehr, Anspannung, Unruhe

Diagnosestellung

Hauptsymptome depressiver Episoden sind nach der ICD-10:

- depressive, gedrückte Stimmung
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Antrieb↓, Ermüdbarkeit↑

Zusatzsymptome sind nach ICD-10:

- Konzentration und Aufmerksamkeit ↓
- Selbstwertgefühl, -Selbstvertrauen ↓
- Schuld-, Wertlosigkeitsgefühle
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Appetit ↓

Diagnosestellung: mind. ≥ 2 , (schwere Episode ≥ 3) Hauptsymptome,
Dauer >2Wochen

Schweregradbestimmung: Hauptsymptomen+ mind. 2 (leichte Episode, F32.0),
3-4 (mittelgradige Episode, F32.1), mind. 4 (schwere Episode, F32.2)
Zusatzsymptomen

Diagnose

F33.3 Rezidivierend depressive Störung- gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (Schuldwahn)

DD: F06.3 organisch affektive Störung

- Arterielle Hypertonie
- Vitamin D Mangel
- Harnwegsinfekt (E. coli 10⁷)
- Grauer Star bds.
- Sensorineurale Schwerhörigkeit bds.
- Anamn. Allergie auf jodhaltiges Kontrastmittel (CAG 07)

Stationäre Aufnahme in Akutbereich (reizarme Umgebung)

Medikamentöse Therapie

Citalopram 20mg	1-0-0-0 f. 4d/ dann 2-0-0-0
Mirtazapin 30mg	0-0-0-½ f. 3 Wo/ dann 0-0-0-1 ½
Lorazepam 1mg	½-0-0-½, -½-½-½-1 -ausschleichend
Risperidon 1mg	1/2 Tbl. bei Unruhe, zuletzt 2mg tgl.
Hova Tbl.	1-4 Tbl . b.B.
Thrimetoprim 200mg	<1-0-0-1 für 5d>
Lisinopril 10mg	1-0-0-0
Oleovit-D3 Tropfen	15 gtt. 1x wöchentlich

Ergotherapie, Musiktherapie, Psychotherapie, klinische Psychologie

Hörgerät, Katarakt-OP

Sozialarbeit- Unterstützung für zu Hause

Depression:

Beginn rasch und erkennbar, phasenweiser Verlauf, beständige depressive Stimmung, häufig „Weiß-Nicht“ Antworten, regelrechtes Klagen des Patienten über die kognitiven Defizite. Der Patient ist selbstanklagend und weist Schuldgefühle auf.

Demenz:

Der Beginn ist meist unklar und schleichend, der Verlauf chronisch progredient, die Stimmungs- und Verhaltensweisen sind fluktuierend, Der Patient versucht, seine kognitiven Defizite zu verbergen und weist häufig im weiteren Krankheitsverlauf Orientierungs- und Gedächtnisstörungen auf.

Therapie-Ansprechen

- **Spiegelbestimmung** Citalopram/Mirtazapin

Nach 4 Wochen:

Pat. wird langsam zugänglicher, distanziert sich von SMG und wahnhaften Ideen

Schlaf, Appetit und Konzentration dtl. gebessert

Trägt jetzt auch bunte Kleidung

- Ausschlaggebend für die Diagnosestellung:
Anamnese/psychopathologischer Befund
- Auch „Tabuthemen“ ansprechen (Suizidalität...)
- **Wichtig:** Ausschluss somatischer Ursachen

Frage: Eine 80-jährige Frau kommt zu ihnen in die Ordination. Sie pflegt ihren 50-jährigen behinderten Sohn. Vorerkrankungen: Hypertonie. Sie erzählt seit einiger Zeit das Gefühl, „bald umzufallen“ zu haben. Außerdem mache sie sich große Sorgen um die Zukunft ihres Sohnes.

a) Welche anamnestischen Fragen stellen sie ihr?

Wie kommt sie zuhause zurecht? Schlafprobleme? Appetit?
Verminderung des Antriebs, Freudlosigkeit?
Sozial + finanziell abgesichert? SMG?
Körperliche Symptome?

b) Welche Angebote können Sie ihr machen?

Psychotherapie, Psychologe, Hauskrankenpflege, soziales Netz,
Medikamentöse Therapie, Psychiater

c) Unter welcher Voraussetzung ist eine Einweisung ins Krankenhaus angezeigt ?

Suizidalität



Vielen Dank für eure Aufmerksamkeit!