



Psycho- diabetologisches Rehabilitationskonzept

Der Blick über den Tellerrand

Dipl.-Psych. Harald Hense
Psychologischer Psychotherapeut
Fachpsychologe Diabetes (DDG)



Psychodiabetes Fallvorstellung 1

Herr V. geb. 1989 (32 J.)

Jetzige Beschwerden

Verlust von Selbstwertgefühl, fehlende Lebensfreude, Desinteresse am Leben, Antriebslosigkeit, Traurigkeit, gefühlte Perspektivlosigkeit bei Diabetes,

Diabetesanamnese

Erstdiagnose Typ 1 Diabetes mellitus 2001. Durchgehende Therapie mittels ICT. Aktuelles Therapieregime Insulin Detemir als Levemir© 20-0-17 IE sowie Insulin Lispro als Humalog U100© mit Faktor 1,75/Kohlenhydrat Einheit (KE).

Therapie und Stoffwechselkontrolle mittels fCGM FreeStyleLibre2©. Letztmalig gemessener HbA1c-Wert 9,8 % Oktober 2019.

Spritztechnik scheint adäquat. Bislang keine schweren Hypoglykämien, keine hyperglykämischen Entgleisungen. Hypoglykämie-Wahrnehmung sei bei < 80 mg/dl / 4 mmol/dl.

Regelmäßige Betreuung durch Diabetologen im Quartalsrhythmus DMP-Programm Typ 1 Diabetes mellitus.

An diabetischen Folgeerkrankungen sind bekannt: Verdacht auf vorbeschriebene Nephropathie bei chronischer Niereninsuffizienz Stadium G1 bis G2/A2.

Letzte Augenhintergrunduntersuchung erstes Quartal 2019 anamnestisch ohne pathologischen Befund. Makrovaskuläre Folgeerkrankung: aktuell keine.

Patient beschreibt hohe Krankheitslast bei bekanntem Diabetes.

Biografische Anamnese

Herr V. habe eine ältere Schwester, zu der er regelmäßigen und guten Kontakt habe.

Sein Vater habe im Vertrieb gearbeitet, seit 10 Jahren sei der Vater Rentner. Die Mutter sei Beamtin im Ordnungsamt gewesen, seit 5 Jahren in Pension. Der Kontakt zu seinen Eltern sei gut, von seinen Eltern erfahre er viel Unterstützung.

Die Eltern haben sich gut um die Familie gekümmert, die Mutter sei „super fürsorglich“ gewesen. Sie habe vielen durchgehen lassen, besonders nachdem bei Herrn V. mit 12 Jahren die Diagnose Diabetes gestellt wurde.

„Meine Eltern haben mit mir Mitleid gehabt. Sie haben mir

deswegen keine Grenzen gesetzt. Eher nach dem Motto: Das arme Kind, lasst es doch mal ein Eis essen, wenn es schon Diabetes hat. Wir wollen es nicht noch zusätzlich belasten“. Schlechte Blutzuckerwerte bestehen seit der Kindheit. Die schlechte BZ Einstellung habe nicht dazu geführt, dass die Eltern disziplinierter mit der Erkrankung ihres Sohnes umgegangen sind. Dadurch hat Herr V. nicht gelernt, seinen Diabetes den entsprechenden Stellenwert einzuordnen.

Die Schulzeit sei durchwachsen verlaufen. „Ich habe mich immer durchgemogelt, nie 100 % gegeben. Auch in diesem Bereich hat mich nie einer richtig unter Druck gesetzt“.

Nach dem Abitur habe Herr V. zunächst ein duales Studium bei der Stadt absolviert, nach 1 ½ Jahren habe er die Zwischenprüfung nicht geschafft. Aus diesem Grund habe er die Ausbildung abgebrochen.

2011 habe er angefangen Wirtschaftswissenschaften zu studieren, das Studium sei eher Nebensache gewesen. Er habe häufig Urlaube gemacht, gejobbt und sich viele Freiheiten genommen. Herr V. sei als Student noch eingeschrieben, eigentlich würde er das Studium schon gern beenden, zurzeit traue er es sich aber nicht zu, die geforderten Leistungen zu erbringen. „Ich habe aber auch keinen Plan B.“ Herr V. habe zwei längere Beziehungen von 5 und 3 Jahren gehabt. Die letzte Beziehung sei im Februar 2017 beendet worden. Aktuell sei er in keiner Partnerschaft. „Ich such auch nicht aktiv.“

Hobbys übe Herr V. aktuell nicht aus. „Ich habe kein Interesse. Ich schaue häufig fern und auf mein Handy und hoffe, dass ich den Tag schon irgendwie rumbekomme.“

2019 sei er gelegentlich verreist, er habe es aber nicht mehr genießen können.

Sozial habe sich Herr V. in der zurückliegenden Zeit sehr zurückgezogen.

Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Ledig, alleinstehend, keine Kinder. Er bewohnt eine Mietwohnung, lebt aber zwischenzeitlich bei den Eltern. GdB 50.

Arbeitsanamnese

Beruflicher Werdegang

Abitur. Duales Studium Verwaltungsbetriebswirtschaft abgebrochen. Seit 2011 BWL-Student. Hat verschiedene Praktiken absolviert, u.a. im Ausland. 2009 und 2011 für VW sozialversicherungspflichtig kurzzeitig gearbeitet.

Aktuelle / letzte Tätigkeit

Der Pat. war von 3/19 bis 9/19 in Vollzeittätigkeit für VW für die Logistik

beschäftigt,

Reha-Veranlassung: Einleitung der Reha-Maßnahme als AHB.

Subjektive Beeinträchtigungen

Einschränkung im Gehen und Fortbewegen bei Lustlosigkeit und Desinteresse.

Über drei bis vier Etagen mobil. Fühle sich insgesamt antriebslos.

Auch Veranstaltungen oder Unternehmungen mit Freunden seien bis auf ein Minimum reduziert. Bewältigung von Haushaltsaufgaben falle ebenfalls schwer.

Körperlicher Befund

Gewicht 113 kg **Größe** 181 cm, **BMI** 34,5 kg/m². **RR** 126/82 mm Hg, **Puls** 113/min.

Allgemeiner psychischer Befund

Der 30-jährige, freizeitmäßig gekleidete Patient erscheint pünktlich zum vereinbarten Termin. Bewusstsein klar, zu allen Qualitäten orientiert. Wahrnehmung, Auffassung sowie formales und inhaltliches Denken unauffällig. Keine Ich- und Persönlichkeitsstörungen. Mnestiche Funktionen nach Angaben des Patienten eingeschränkt („Gedächtnis und Konzentration sind schlecht“). Stimmungsmäßig sei Herr V. häufig traurig, lust- und antriebslos. **Er benennt ein hohes Maß an Gleichgültigkeit und schildert, dass er manchmal nichts mehr richtig fühlt und Emotionen nicht an ihn herankommen.**

Zu vielen Dingen müsse er sich zwingen. Er unternehme wenig aus Eigeninitiative. Freude erlebe er wenig. Zu Hause falle ihm alles schwer. Teilweise vernachlässige er sich. Er schlafe schlecht und grüble viel. Es falle ihm schwer seine Gedanken zu strukturieren, im Umgang mit anderen häufiger angespannt und gereizt. Sein Selbstwertgefühl habe sich verringert. Empfinden von Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie eine eher negative Zukunftssicht seien vorhanden. **In den letzten zwei Jahren habe Herr V. 20 kg zugenommen.**

Suizidgedanken seien schon aufgetreten, aktuell kann sich der Patient glaubhaft davon distanzieren.

Insgesamt ist die Exploration angemessen zu führen.

Therapiemotivation und Introspektionsfähigkeit ausreichend.

Seinen 2001 diagnostizierten Diabetes Typ 1 habe Herr V. eher als Bestrafung gesehen, er habe nie danach gelebt. Ursächlich dafür seien auch die Verhaltensmuster seiner Eltern gewesen, die sich aus „falsch verstandenem Mitleid“ nie um eine gute Blutzuckereinstellung gekümmert haben. Über Jahre habe Herr V. nie das Gefühl gehabt, sein Diabetes schränke seine Lebensqualität

sein. Er habe alles gegessen und getrunken, häufig gefeiert und seine Blutzuckereinstellung „Pi mal Daumen“ gemacht.

Was seine schulische und berufliche Laufbahn angeht habe Herr V. eher nach seinen Bedürfnissen und weniger nach Verpflichtungen gelebt. Seit ungefähr zwei Jahren habe sich der Stimmungszustand des Patienten verschlechtert. Was sein Studium angeht habe er zunehmend gemerkt, dass er nichts mehr richtig geregelt bekommt, das gleiche Gefühl habe er auch in Bezug auf seine Diabeteserkrankung bekommen. Die Schäden an Nieren, Augen und Füßen, Kribbeln in den Beinen und Hautausschlag haben ihm bewusst gemacht, dass es dringend notwendig ist Veränderungen einzuleiten. Sein Gefühl zunehmend in Situationen hineinzugeraten, in der er immer weniger Selbstwirksamkeit wahrnimmt sowie unklare gesundheitliche und berufliche Zukunftsaussichten haben die depressive Symptomatik verstärkt. „Ich habe gemerkt, dass ich zwei Baustellen habe, Depression und Diabetes. Ich habe mich dazu entschlossen, erst mit dem Diabetes anzufangen, ihn gut einzustellen. Aus diesem Grund habe ich das Heilverfahren in Bad Lauterberg eingeleitet. Ich will versuchen wieder in mein Leben zurückzukommen. Ich habe aber auch gemerkt, dass ich es allein nicht schaffe. Ich benötige sowohl für meinen Diabetes als auch für die Psyche Unterstützung und Hilfe, um den negativen Abwärtstrend stoppen zu können.

Fragebogen: PAID – Problembereiche in der Diabetesbehandlung
vom 10.12.2019

Auswertung Fragebogen PAID-Erfassung von Problembereichen in der Diabetesbehandlung (Arbeitsgruppe um A. M. Jacobson u. a.)

Der Patient erreichte 78,75 Punkte.

> 39 Punkte - sehr hohe Belastung durch den Diabetes und dessen Behandlungsanforderungen.

Psychosomatische Diagnostik

Zur standardisierten Einschätzung der Schwere der depressiven Symptomatik wurde das Depressionsinventar von Beck (BDI) eingesetzt. Das Selbstbeurteilungsinstrument beinhaltet 21 Gruppen von jeweils 4 Aussagen, aus denen der Proband die Aussage in jeder Gruppe herausuchen soll, die am besten beschreibt wie er sich in der vergangenen Woche bis einschließlich des Untersuchungstages gefühlt habe.

Die Summenwerte des BDI können zwischen 0 bis 43 Punkten schwanken. Werte unter 11 Punkte dürfen als unauffällig angesehen werden. Werte zwischen 11 bis 17 Punkte weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin.

Als klinisch relevant gilt der Punktwert von 18 und darüber.

Herr V. erreichte einen Wert von 41, der auf das Vorliegen einer deutlichen depressiven Symptomatik hindeutet und mit unserem klinischen Eindruck übereinstimmt.

1. E10.21 Typ-1-Diabetes mellitus, ED 2001, ICT, diabetes spezifische Folgeerkrankung: Depression, entgleist
2. F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
3. F54.0 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten
4. E06.3 Hashimoto-Krankheit, substituierte Hypothyreose

Problemstellung / Therapiekonzept:

30-j. Patient, stationäre AHB nach stationärem Aufenthalt Klinik Bad Lauterberg zwecks strukturierter Diabetikerschulung. Bei vorliegender Depression Einschleusung in das Psycho-Diabetesprogramm. Im Vordergrund stand Verringerung der depressiven Symptomatik als auch Optimierung der Stoffwechseleinstellung. Hierzu Curriculum Psycho-Diabetesprogramm.

Herr V. besuchte hier unser interdisziplinäres psycho-diabetologisches Programm. Für den Patienten wurde ein umfassendes, problemzentriertes – sowie edukatives als auch verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes – Behandlungskonzept zusammengestellt.

Das Konzept besteht aus verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppen- und Einzelgesprächen im Bezugspsychologenmodus. Die Gesprächsgruppe dient der Information über einen möglichen Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und deren mögliche Auswirkungen auf das Diabetes-Selbstmanagement.

Des Weiteren nahm der Patient an der Indikationsgruppe „Stressbewältigung“ teil. Dem Patienten wurde als Entspannungsverfahren das Muskelentspannungstraining nach Jakobson (PMR) vermittelt.

Rehabilitationsergebnis aus organischer Sicht

Blutlaborchemisch bei Aufnahme HbA1c 8,6 %, Hinsichtlich der Stoffwechseleinstellung bei Typ 1 Diabetes mellitus zeigten sich keine schweren Hypoglykämien oder extraordinären hyperglykämischen Entgleisungen. Der Patient scheint aktuell auch nach Schulung sowie durch Einzelberatung und individuelle BZ- Absprachen im Diabetes-Management selbstsicher. Insulin detemir als Levemir mit 20-0-0-18 E sowie Insulin lispro Faktor 2-1,7-1,7 zu den Mahlzeiten.

Rehabilitationsverlauf und Rehabilitationsergebnis aus psychologischer Sicht

Während des gesamten Heilverfahrens war die depressive Symptomatik weitestgehend verhaltenswirksam. Teilweise fiel es dem Patienten schwer sich auf das Therapiekonzept einzulassen, es gab aber auch Phasen, in denen er von den Gruppenstunden profitierte. Was das psycho-diabetologische Therapiekonzept anbelangte, so zeigte sich der Patient dahingehend etwas enttäuscht, als dass er sich mehr psychotherapeutische Interventionen gewünscht hätte. „Ich bin mit hohen Erwartungen angereist, letztlich ist mir aber auch klar, dass die Behandlung der Depression Zeit benötigt und ich auf jeden Fall zu Hause eine weitere psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung benötige“. Insgesamt ist es aber gelungen, den Patienten bezüglich seiner depressiven Symptomatik und den Umgang mit seiner Diabeteserkrankung weiter zu sensibilisieren und ihm ansatzweise Behandlungsansätze sowie konkrete Verhaltensveränderungen zu vermitteln.

Im Therapieprozess wurde mit einer kognitiven Umstrukturierung hinsichtlich stressfördernder Gedanken und Gedankenmuster begonnen. Ferner diente die Gruppe der Vermittlung positiver Kognitionen sowie dem Wiedererlangen vorhandener Ressourcen bzw. der Gewinnung neuer Ressourcen. **Durch das Kliniksetting und die vorgegebene Struktur ist es dem Patienten gelungen aktiver zu werden, er hat weitestgehend an den vorgegebenen Terminen teilgenommen, wodurch sein bisheriges passives Verhalten zu Gunsten eines erhöhten Aktivitätsniveaus verändert werden konnte. Profitiert hat der Patient durch die gute Integration in die Patientengemeinschaft. Durch die Diabetesschulung konnte er sein Wissen noch weiter vertiefen. „Meinen Diabetes habe ich momentan gut im Griff, ich weiß aber auch, dass ich meinen Diabetes wieder etwas schleifenlasse, wenn sich mein Stimmungszustand verschlechtert. Mir ist schon klar, dass die Wahrscheinlichkeit noch hoch ist, in mein altes Muster zurückzufallen.“**

Was seine berufliche Zukunft anbelangt, so schätzt der Patient diese momentan als sehr ungewiss ein. „Ich weiß, ich muss mir weiter Hilfe holen um dann vor Ort in Ruhe abklären zu können, ob ich mein Studium weiter fortführe oder ob ich mich anders orientieren werde“. Der Patient weiß, dass sein psychischer Zustand als sehr störungsanfällig einzustufen ist, aus diesem Grund möchte er vor Ort mit dem

weiterbehandelnden Psychiater abklären, welche therapeutischen Interventionen zu Hause für ihn umsetzbar sind (z. B. eine Tagesklinik oder eine ambulante Psychotherapie). Unter diesen Voraussetzungen kann mittelfristig von einer vorsichtig günstigen Prognose ausgegangen werden.

Weitere Empfehlungen

Diabetologische Weiterbehandlung im Rahmen des DMP- Diabetes (Gesundheitspass).

Augenarzt- Kontrolle. Gewichtsreduktion. Regelmäßige Blutdruckkontrollen.

Kontrolle Fettstoffwechselfparameter, γ GT, AP, Albumine im Urin.

Fortführung der hier erlernten Sport- und Bewegungstherapie, entsprechendes Heimprogramm wurde erarbeitet.

Weiterführende psychiatrische/psychotherapeutische Interventionen sind dringend indiziert. Der Patient ist dazu motiviert, verschiedene Möglichkeiten durchzuführen. Das Procedere dazu wurde dem Patienten aufgezeigt.

Themenbereich die im Therapieverlauf bearbeitet werden

- Bearbeitung der Depression und Aufzeigen, dass in depressiven Phasen auch die Motivation fehlt den Diabetes zu behandeln. Depressive Pat. führen in der Regel einen ungesünderen Lebensstil, essen höherkalorische Lebensmittel, bewegen sich weniger. Hinweisen auf Gewichtssteigernde Wirkung von Antidepressiva. Depression wird auch von vielen Menschen als Stress erlebt, was zur Ausschüttung von Stresshormonen führt, die letztlich dazu beitragen, die Wirkung von Insulin abzuschwächen. Diese ganzen Zusammenhänge dem Pat. mit aufzeigen, um seine gesamte Situation besser einschätzen zu können.
- Herausarbeiten des über Jahre bestandenen hedonistischen Lebensprinzips, und der dadurch entstandenen fehlenden Disziplin und Selbstfürsorge im Umgang mit seinem Diabetes.
- Bearbeiten der Angstsymptomatik bezgl. Folgeschäden.
- Die deutliche Gewichtszunahme besprechen. Essverhalten besprechen, Non-Compliance in Bezug auf das Essen bearbeiten.
- Bearbeitung der beruflichen Zukunft, die Unsicherheit stellt eine Barriere für eine adäquate Stoffwechselführung dar.
- Gedanken an die eigenen Schuldhaftigkeit an möglichen Folgeschäden (hätte ich nur eher angefangen auf mich zu achten) können auch die Depression verstärken und eher zu passiven Verhaltensmustern führen, als durch jetziges eigenes Handeln den Verlauf der Krankheit maßgeblich selbst mitbestimmen zu können.

Frau F. geb. 1962

Diabetesanamnese

Bei der Patientin ist seit 2004 ein Typ 2-Diabetes mit Übergewicht bekannt. Zunächst Therapie mit Tabletten, im Verlauf dann Ausweitung auf eine Insulintherapie. Aktuelle Therapie Metformin 2 x 1 g, Jardiance 10 mg morgens, Novorapid zu den Hauptmahlzeiten mit Korrektur nach Wert (Zielwert 120 bis 140, Korrekturintervall 30 ab 170). Zur Nacht wird Insuman comp. gespritzt. **Die Patientin hat aufgrund ihrer psychischen Situation in der letzten Zeit häufiger vergessen zu spritzen, insbesondere das Insuman comp. Durch einen Pen mit Memory-Funktion sei es jetzt etwas besser.** Selbstkontrollen werden aktuell nur sehr selten durchgeführt.

Eine konkrete BE-Menge kann nicht genannt werden, insbesondere im Rahmen der Fressattacken nasche sie sehr viel Süßes, z. B. eine Kilodose Haribo. Letzter HbA1c-Wert 8,5 % von 01/2019, lt. Unterlagen chronisch entgleist. Hypoglykämien kommen sehr selten vor. Hyposymptome wohl bei Werten zwischen 60 bis 70 mg/dl. Die Patientin wird durch einen Diabetologen mitbetreut. Ein Gesundheitspass ist vorhanden. Sie ist im DMP für Typ 2-Diabetes eingeschrieben. Strukturierte Schulung zuletzt vor 4,5 Jahren im Rahmen einer Rehamaßnahme in Bad Rothenfelde erfolgt. **Eindeutige diabetische Folgeschäden sind nicht bekannt.** Letzte Augenhintergrunduntersuchung 2013 im Rahmen der Reha.

Adipositanamnese

Gewichtsverlauf

Die Patientin berichtet, immer kräftig gewesen zu sein. Übergewicht auch bei väterlichen Großeltern, Vater und Kindern. **Max. Gewicht 140 kg vor einigen Jahren, wiegt aktuell um 113 kg. In den letzten 2 Jahren wieder langsam steigendes Gewicht. Ursächlich sieht die Patientin überwiegend ihre Fressattacken, die überwiegend auf Süßem, Haribo, Schokolade, Lakritz, beruhen.** Sie hat schon verschiedenste Diätversuche hinter sich.

Psychische Aspekte / Essstörungen

Die Patientin fühlt sich sehr stark durch die Gesamtsituation belastet. Es ist ihr sehr wichtig abzunehmen. Sie verspricht sich davon eine bessere Gesundheit, mehr Lebensqualität. **Heißhungerattacken und Fressattacken werden eindeutig bejaht, sie treten z. T. mehrfach täglich auf, deutlicher Kontrollverlust.**

Seit ca. 2005 rezidivierend depressive Symptomatik. Bekommt schon lange eine antidepressive Medikation vom Hausarzt. Bisher wohl keine psychiatrische Betreuung.

Familienanamnese: Vater, Großmutter Diabetes mellitus 2.

Biographische Anamnese

Frau F. habe einen zwei Jahre jüngeren Bruder, zu dem sie wenig Kontakt habe, die Beziehung sei in Ordnung. Ihr Vater sei Hafenarbeiter gewesen, er habe viel gearbeitet und sei wenig zu Hause gewesen. Die Mutter, technische Zeichnerin und Hausfrau habe halbe Tage gearbeitet. **In der Zeit ihrer Abwesenheit sei die Patientin bei ihrer Oma gewesen. Die Mutter habe häufiger Alkohol getrunken, aus diesem Grund sei es oft zu Streit in der Familie gekommen.** Die Mutter sei seit Jahren abstinent, zu den Eltern habe Frau F. heute einen guten Kontakt.

Die Schulzeit sei problematisch verlaufen, **Frau F. sei oft gehänselt worden, weil sie zu dick gewesen sei.** Frau F. habe häufiger die Schule geschwänzt, einen Schulabschluss habe sie nicht.

Nach ihrer Schulzeit habe sie zunächst als Servicekraft in einer Kantine gearbeitet, es folgten verschiedene Tätigkeiten, u. a. 10 Jahre tätig als Lkw-Fahrerin, bis vor 2 Jahren habe sie als Verkäuferin gearbeitet. Aufgrund von Stress mit den Kollegen habe sie den Beruf aufgegeben, seitdem sei sie arbeitslos. Die Patientin beziehe Hartz IV, sie sei beim Arbeitsamt gemeldet, aber nach ihren Angaben als nicht vermittelbar eingestuft. **Frau F. sieht für sich beruflich keine Perspektive mehr, zum einen aufgrund ihres Alters, vielmehr aber aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung.**

1982 habe Frau F. geheiratet, die Ehe sei 1993 auseinandergegangen, ihr Mann habe sie betrogen. Ihre zweite Ehe ging von 1993 – 1995. Frau F. habe die Ehe beendet, da ihr Mann nur getrunken habe und Beziehungen zu anderen Frauen gehabt habe.

1999 habe Frau F. das dritte Mal geheiratet. Ihr Mann sei 6 Jahre älter und seit Mitte 2018 berentet. **Bis 2007 habe ihr Mann häufig Alkohol getrunken,** seitdem sei er trocken. In ihrer Ehe sei sie in einigen Bereichen nicht so zufrieden, gleichzeitig sei sie froh, dass ihr Mann sie unterstützt und im Haushalt viel übernehme. „Im Alltag kommen wir so klar.“ **Frau F. habe drei Kinder aus ihrer ersten Ehe, zu den Kindern habe sie einen guten Kontakt, alle wohnen in der Nähe, sie habe 10 Enkelkinder. Als belastend erlebe sie ihre finanzielle Situation, wenn ihre Eltern sie nicht unterstützen würden, käme sie finanziell kaum zurecht.** Von vielen Aktivitäten habe sich Frau F. zurückgezogen. Sie bastle noch gerne, soziale Kontakte habe sie zu ihren Nachbarn und einer guten Freundin. Regelmäßige Kontakte zu den Kindern und

Enkelkindern seien eine zentrale Ressource für sie.

Sozialanamnese

In 3. Ehe verheiratet, ihr Ehemann ist Rentner. Belastung wegen Herzerkrankung des Ehemannes. Kein GdB, keine MdE, kein Rentenantrag gestellt.

Arbeitsanamnese

Beruflicher Werdegang

Kein Schulabschluss. Abgeschlossene Berufsausbildung (?) als Berufskraftfahrerin und von 1994-2001 in diesen Beruf tätig. Zuvor war sie ca. 2 Jahre als Verkäuferin- und geringfügig für eine Buchbinderei beschäftigt.

Aktuelle / letzte Tätigkeit

Die Pat. war in Vollzeitätigkeit im Containerverkehr beschäftigt, 12-14 Stunden/Tag. 50-60 Stunden/Woche. Überwiegend sitzende Fahrtätigkeit, körperlich leicht ohne Be- und Entladetätigkeit. Kein Heben und Tragen von Lasten erforderlich. Ebenfalls kein Ersteigen von Leitern und Gerüsten und kein Bedienen von ungeschützt laufenden Maschinen.

Kontextfaktoren: War mit der Arbeit zufrieden und sie kam gut mit ihr zurecht.

Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten: Keine.

Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit

Die Patientin traue sich ihre o.g. und zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr zu.

Reha-Veranlassung

Allgemeine stationäre Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung auf Initiative der Patientin und des Hausarztes.

Allgemeiner körperlicher Befund

Gewicht 110 kg Größe 168 cm, BMI 39 kg/m². RR 148/91 mm Hg, Puls 66/min.

Allgemeiner psychischer Befund

Die 59-jährige ordentlich gekleidete Patientin erscheint pünktlich zum vereinbarten Termin. Bewusstsein klar, zu allen Qualitäten orientiert. Wahrnehmung, Auffassung sowie formales und inhaltliches Denken unauffällig. Keine Ich- und Persönlichkeitsstörungen. Mnestiche Funktionen, nach Angaben der Patientin, bezüglich Gedächtnis und Konzentration eingeschränkt. „Momentan ist es ganz schlimm. Ich vergesse alles und kann kaum bei der Sache bleiben.“ Die Stimmung ist in den depressiven Bereich verschoben. Die Patientin beschreibt ihren **Stimmungszustand als „traurig, lust- und antriebslos sowie niedergeschlagen“**. „Es kommt wenig bei mir an, ich nehme wenig

Freude wahr und muss mich zu fast allen Aktivitäten zwingen. Ich schaffe es kaum noch meinen Haushalt zu machen. Wenn ich meine Enkelkinder nicht hätte, würde mir alles noch viel schwerer fallen.“ Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit sind genauso vorhanden wie ein geringes Selbstwertgefühl. In der affektiven Schwingungsfähigkeit eingeschränkt. Emotional labil mit häufigem weinen. Psychomotorik schwung- und kraftlos, im Kontaktverhalten zeigt sich eine vorsichtige Zurückhaltung sowie eine leicht misstrauische Grundhaltung. Die Exploration ist angemessen zu führen. Aktuell keine Hinweise auf Suizidalität. Therapiemotivation und Introspektionsfähigkeit ausreichend.

Was ihren Diabetes anbelangt zeigt sich, dass Frau F. sich in dieser Hinsicht vernachlässigt. Sie vergisst das spritzen. „Ich habe oft keine Lust, zu spritzen. Ich messe nicht regelmäßig und in letzter Zeit könnte ich den ganzen Tag essen, abends Süßigkeiten und Chips, alles, was ich mir besorgt habe. Im Moment ist es mit den Fressattacken auch ganz schlimm. Ich koche und backe, wenn ich Stress habe oder traurig bin, kompensiere ich ganz viel mit Essen. Ich bin passiver geworden, bewege mich wenig und habe so schon wieder 6 kg zugenommen.“ Frau F. hat zwar Angst vor Folgeerkrankungen, auch in dieser Hinsicht verdrängt sie viel. „Ich bin zwar alle ¼ Jahre beim Diabetologen. Ich bin im DMP-Programm. Aber wenn ich wieder zu Hause bin, ist mir wieder vieles egal geworden. Es ist einfach ein Teufelskreis.“ Zu einer deutlichen Verschlechterung ihres psycho-physischen Allgemeinzustandes ist es Ende des Jahres gekommen. Zu der Zeit wurde sie aus ihrem Tierschutzverein „rausgeschmissen“. Ihr wurden Vorhaltungen gemacht, die ihrer Ansicht nach nicht zutreffen.

Zusätzlich hat sie finanzielle Sorgen. Sie fühlt sich insgesamt durch die Vielzahl der Belastungsfaktoren überfordert und sieht wenig Perspektive für sich. Frau F. ist bewusst, dass sie allein keine konkreten Veränderungen einleiten und umsetzen kann. Aus diesem Grund erhofft sie sich auch vom psychodiabetologischen Heilverfahren Unterstützung und Hilfestellungen, um Veränderungen einleiten zu können.

Weitere Diagnostik:

Fragebogen: PAID – Problembereiche in der Diabetesbehandlung

Auswertung Fragebogen PAID-Erfassung von Problembereichen in der

Diabetesbehandlung (Arbeitsgruppe um A. M. Jacobson u. a.)

Die Patientin erreichte 63,75 Punkte.

Auswertung PAID:

< 32 Punkte - geringe bis mäßige Belastung durch den Diabetes und dessen Behandlungsanforderungen.

33 – 38 Punkte - mittlere bis hohe Belastung durch den Diabetes und dessen Behandlungsanforderungen.

> 39 Punkte - sehr hohe Belastung durch den Diabetes und dessen Behandlungsanforderungen.

Rehabilitationsdiagnosen

1. E11.91 Typ-2-Diabetes mellitus ED 2004, ICT, Complianceprobleme, ohne Komplikation, chronisch entgleist
2. F33.1 Rezidivierende depressive Episode aktuell mittelgradige
3. F50.4 Binge Eating
4. F54.0 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten
5. E66.01 Adipositas Grad II, BMI 39,0 kg/m²
6. I10.00 Arterielle Hypertonie
7. M54.5 Lumbalgie und Gonalgie
8. G43.1 Migräne mit Aura, Anfälle 1-2x/Monat seit Jugend
9. G47.31 V.a. Obstruktives Schlafapnoesyndrom

Rehabilitationsziele der Patientin

mehr über meine Erkrankung wissen

eine Änderung meines Körpergewichts erreichen

lernen, was ich selbst tun kann, um ein Fortschreiten meiner Erkrankung zu verhindern

wieder Kraft auftanken, um mit Belastungen (Stress) besser fertig zu werden

Problemstellung / Therapiekonzept:

59-jährige Patientin, seit ca. 15 Jahren bekannter Diabetes mellitus Typ 2, dieser ist unter einer ICT und OAD chronisch entgleist. Es besteht ein metabolisches Syndrom mit Adipositas und arterieller Hypertonie sowie am ehesten degenerativ bedingte Skelettbeschwerden. Vorbeschrieben sind depressive Episode. Depression und Diabetes beeinflussen sich gegenseitig negativ. Die Patientin habe aufgrund ihrer psychischen Verfassung die Diabetestherapie vernachlässigt.

Die Patientin besuchte hier unser interdisziplinäres psycho-diabetologisches Programm. Für die Patientin wurde ein umfassendes, problemzentriertes – sowie edukatives als auch verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes – Behandlungskonzept zusammengestellt.

Das Konzept bestand aus verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppen und Einzelgesprächen im Bezugspsychologenmodus. Die Gesprächsgruppe diente der Information über einen Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und deren möglichen Auswirkungen auf das Diabetes- Selbstmanagement.

Des Weiteren nahm die Patientin an der Indikationsgruppe „Stressbewältigung“ teil. Der Patientin wurde als Entspannungsverfahren das Muskelentspannungstraining nach Jacobson (PMR) vermittelt.

Rehabilitationsergebnis aus organischer Sicht

Der Diabetes ist zuletzt akzeptabel eingestellt, die zuletzt gemessenen Werte lagen meist zwischen 100 und 160 mg/dl mit einzelnen Ausreißern, die im Nachhinein jedoch erklärbar waren. Die Patientin hat sich hier angemessen um ihren Diabetes gekümmert und auch regelmäßig Insulin appliziert und Blutzucker gemessen. Sie ist ausreichend sicher in der Einschätzung des Kalorien-/BE-Gehaltes einzelner Lebensmittel und Speisen. Bezüglich der individuellen Zielvereinbarung scheint aufgrund der Krankheitsdauer und der Komorbiditäten die Einstellung auf einen HbA1c zwischen 6,8 und 7,3% langfristig sinnvoll.

Im Verlauf nahm die Patientin wieder leicht ab. Sie möchte zu Hause versuchen, das Gewicht weiter zu reduzieren. Mitbetreuung ist dringend indiziert. Ein Termin ist bereits für Mitte Mai vereinbart.

Rehabilitationsverlauf und Rehabilitationsergebnis aus psychologischer Sicht

In das Kliniksetting und die Gruppe konnte sich Frau F. gut integrieren und war im Verlauf offen für die psychodiabetologischen Ansätze. Dem Gruppengeschehen folgte sie zugewandt. Im Gruppenverlauf brachte sich die Patientin angemessen ein, profitierte auch von den Beiträgen der anderen Gruppenmitgliedern. In die Gemeinschaft war sie gut integriert, in der zweiten Hälfte des Heilverfahrens stellte sich für sie eine wahrnehmbare psychophysische Regeneration ein.

Im Therapieverlauf wurden ihre privaten Belastungen reflektiert. In den Gruppenstunden wurde mit einer kognitiven Umstrukturierung hinsichtlich stressfördernder Gedanken und Gedankenmuster begonnen. Ferner dienten die Gespräche der Vermittlung positiver Kognitionen sowie dem Wiedererlangen von vorhandenen Ressourcen bzw. der Gewinnung neuer Ressourcen.

In der Reflektion des Behandlungsverlaufes gab Frau F. an, dass sie von der Struktur des Behandlungskonzeptes profitiert habe. Die

verbindlichen Termine, die regelmäßigen Mahlzeiten sowie die bewusste Beschäftigung mit ihrer Diabeteserkrankung haben ihr geholfen, ihre Diabeteseinstellung zu verbessern. Durch die regelmäßigen Kontrollen konnte Frau F. ihre Blutzuckereinstellung verbessern „ich bin wesentlich disziplinierter geworden und habe auch meine Ernährung umgestellt. Durch die Schulung habe ich viel gelernt, ich konnte vieles auffrischen, habe neue Informationen bekommen und bin dadurch wieder optimistisch, dass ich meinen Diabetes „gut im Griff“ habe. Ich habe auch mit meinem Mann gesprochen, der mich zukünftig bei der Ernährungsumstellung unterstützen möchte, dadurch wird es mir im Alltag leichter fallen konsequente zu bleiben.

Der Stimmungszustand von Frau F. hat sich verbessert, sie hat Freude daran mit anderen Personen etwas zu unternehmen. Wenn sie allein ist, sind häufiger noch Stimmungsschwankungen vorhanden, in diesen Zeiten grübelt sie noch viel. Als positiv hebt Frau F. hervor, dass ihr Schlaf sich verbessert hat. Frau F. hat wahrgenommen, dass sich die Erhöhung ihres Aktivitätsniveaus positiv auf ihren Stimmungszustand auswirkt, Federball spielen sowie Aktivitäten im Trainingsraum habe ihr gutgetan. Der Abstand von zu Hause war eine notwendige Voraussetzung dafür, dass Frau F. zur Ruhe gekommen ist „ich habe hier zwischendurch den Kopf ausschalten können, war jeden Tag in der Bastelstube oder habe auf in meinem Zimmer Bilder gemalt, das hat mich richtig ruhig gehalten“. Frau F. konnte dadurch ihren Anspannungszustand reduzieren: „zu Hause hätte ich in solchen Situationen gegessen, hier sind nur zwei kleine Essattacken aufgetreten, sonst habe ich das sehr gut unter Kontrolle gehabt“. Auch die abendlichen Treffen in der Sitzgruppe haben sich günstig auf ihre psychische Befindlichkeit ausgewirkt. Frau F. ist motiviert die Aktivitäten zu Hause fortzuführen, sie möchte sich dort ein Bastelzimmer einrichten und will 1-mal die Woche zu einem Gemeinschaftstreffen gehen. Die Wechselwirkung zwischen schwankenden Blutzuckerwerten und familiären Belastungen ist ihr bewusster geworden, in diesem Zusammenhang hat sie sich auch mit eigenen Anteilen beschäftigt und erkannt, dass sie sich zu Hause konsequenter gegenüber ihren Kindern und Enkelkindern abgrenzen muss und aktiv dafür sorgen muss, ihren Gesundheitszustand mehr in den Mittelpunkt zu stellen. Frau F. hat erkannt, dass ihr Essverhalten und lebensgeschichtliche Erfahrungen in einem engen Zusammenhang stehen und sie ihre Essattacken zum Trost und Spannungsabbau eingesetzt hat. Alternative Möglichkeiten Spannungen abzubauen wurden erarbeitet und konnten von ihr im Klinikalltag umgesetzt werden.

Diese Erfahrung motiviert sie, solche Strategien zukünftig in ihrem Alltag anzuwenden. Mittelfristig möchte Frau F. versuchen wieder einer Arbeit nachzugehen: „ich möchte erst mal mein Leben zu Hause regeln um dann die anvisierten Veränderungen umzusetzen. Was die Zukunft anbelangt so habe ich eigentlich ein gutes Gefühl, ich will wieder auf die Beine kommen und habe durch die Reha das nötige Rüstzeug dazu bekommen“. Wenn keine weiteren Belastungen hinzukommen, kann mittelfristig von einer eher günstigen Prognose ausgegangen werden.

Weitere Empfehlungen:

Hinsichtlich des Diabetes regelmäßige Stoffwechselkontrollen incl. HbA1c-Wert und Untersuchung auf Folgekrankheiten unter Vorlage des Gesundheitspasses „Diabetes“. Anpassung des Therapieregimes an die häuslichen Bedingungen. Diabetologische Mitbehandlung. Weitere Gewichtsreduktion. Sport und Bewegung in Eigenregie. Weitere Abklärung wegen Verdacht auf Schlafapnoesyndrom.

Die Einleitung einer ambulanten Psychotherapie ist indiziert, Frau F. ist dazu motiviert und hat auch schon einen Termin für ein Erstgespräch.

Themenbereich die im Therapieverlauf bearbeitet werden

- Aktivitätsniveau steigern, Struktur geben, Selbstwirksamkeit erhöhen.
- Aufzeigen der Faktoren, die einer rein durch Diät bezogen Gewichtsreduktion im Wege stehen. (Wechselwirkung zw. schwankenden BZ Werten und psychischen Belastungen und inadäquaten Bewältigungsstrategien)
- Bzgl. Essattacken Alternativen erarbeiten um Spannung und Konflikte abzubauen.
- Zusammenhänge Lebensgeschichte Essverhalten bearbeiten. Eltern oft abwesend, essen als Trost und Spannungsregulation, Selbstwert durch Hänseleien in der Schule verringert, durch essen kompensiert. >
- Mutter sowie die Ehemänner C2 Problematik,
- Förderung der Abgrenzungsfähigkeit gegenüber Kindern und Enkelkindern. Im Vorfeld oft überfordert, eigene Bedürfnisse werden vernachlässigt, Konflikte vermieden.
- Förderung der Konfliktfähigkeit.
- Das familiäre Umfeld mit einbeziehen, als Ressource nutzen Mann unterstützt sie.

Herr B. geb. 1973 (48 J.)

Diabetesanamnese

Bei dem Patienten besteht ein Diabetes mellitus Typ 1, Erstdiagnose 1982 ohne Übergewicht. Therapie zunächst mit CT, dann ICT. Pumpentherapie seit 2008, aktuell Minimed 640G und Guardian 3 seit November 2019. Letzter HbA1c-Wert nicht erinnerlich, in den vergangenen 5-6 Jahren immer zwischen 6-7 % gelegen. Hypoglykämien: grundsätzlich unter Pumpentherapie nicht mehr gehabt. **Im Rahmen des Selbsttötungsversuches am 10.4.20 bewusst durch eine Bolusgabe von 40IE provoziert. Der Pat. wurde von Passanten neben dem Auto liegend bewusstlos aufgefunden, der Notarzt durchbrach die Hypoglykämie durch Glucoseinfusionen.** Zerebrale Schäden wurden nicht bemerkt. Hypoglykämien werden bemerkt ab: 60-70 mg/dl. Eingeschrieben in ein DMP-Programm für Diabetes mellitus Typ 1. Diabetologische Mitbetreuung: regelmäßig. Bekannte manifeste diabetische Folgekrankheiten: Retinopathia diabetica mit Z.n. Laserkoagulation 3/2012 wegen Punktblutungen.

Weitere Reha-relevante Erkrankungen

2017 mehrwöchige stationäre Behandlung in einer Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie; danach sechswöchige tagesklinische Behandlung in einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik wegen der **Diagnose „schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome“**, auch Alkoholgenuss war initial im Spiel. 4-5/2020 zunächst freiwillige psychiatrische stationäre, dann teilstationäre Behandlung bis 19.5.20. Diagnosen „schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen“ und „absichtliche Selbstschädigung“ sowie „Alkoholmissbrauch“.

Biografische Anamnese

Herr B. habe einen 3½ Jahre jüngeren Bruder zudem er eine normale Beziehung habe. **Die Mutter des Patienten sei 16 Jahre alt gewesen, als sie ihren Sohn bekommen habe, der Vater 21 Jahre. Im Alter von 8 Jahren sei bei Herrn B. ein Diabetes diagnostiziert worden. Die Eltern seien mit der Erkrankung ihres Sohnes überfordert gewesen, dem Patienten seien viele Freiräume gewährt worden, Vorgaben bzgl. der Diabeteseinstellung seien kaum gemacht worden. In der Kinder- und Jugendzeit habe der Patient nicht nach seinem**

Diabetes gelebt. Zu seinen Eltern habe Herr B. bis heute eine gute Beziehung. Herr B. habe eine Ausbildung zum Elektroinstallateur absolviert, seit Februar 2019 sei er Zivilangestellter bei der Bundeswehr „Es ist kein Traumjob, die Tätigkeit macht mir keine richtige Freunde, die Arbeit gibt mir aber Sicherheit“. 2010 habe Herr B. seine 6 Jahre jüngere Partnerin geheiratet, mit der er seit 2004 zusammen sei. **Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung wurde eine Tochter im Jahr 2013 geboren. Danach zunehmende Belastungen in der Partnerschaft. Herr B. habe für das Familienleben wenig Verantwortung übernehmen wollen „Ich habe mein Leben immer gern genossen und auf die neue Familienstruktur konnte ich mich nicht so richtig einlassen“.** 2017 habe Herr B. vermehrt Alkohol getrunken. „Ich habe viele Probleme mit Alkohol bekämpft“. Dadurch erneut Probleme in der Ehe mit Trennung und erneutem Zusammenkommen sowie psychiatrischer Behandlung. In dieser Zeit habe Herr B. eine Beziehung zu einer anderen Frau gehabt, im Oktober 2019 habe seine Frau davon erfahren, woraufhin der Patient die Beziehung zu seiner Freundin beendet habe. Im April 2020 habe er mit Insulin Pen und Pumpe und Cola einen Suizidversuch unternommen. Danach Aufenthalt in der Psychiatrie. Dort habe Herr B. mitgeteilt das er seinen Suizidversuch bereue, er habe sich glaubwürdig von suizidalen Gedanken distanziert, was bis heute noch so ist. Seine Ehe möchte Herr B. fortsetzen und die Belastung, die im Vorfeld aufgrund seines Verhaltens in der Partnerschaft vorhanden sind, müssten in gemeinsamen Gesprächen zwischen den Ehepartner noch weiter geklärt werden. Von sozialen Kontakten und Aktivitäten hat sich Herr B. zurückgezogen, aktuell übt er auch keine Hobbys aus.

Sozialanamnese

Der Patient ist verheiratet, seine Ehefrau arbeitet in Vollzeit als Förderschullehrerin. Er hat eine 6-jährige Tochter, die in seinen Haushalt lebt. Wohnt im eigenen Haus. Keine MdE, kein Rentenantrag gestellt.

Beruflicher Werdegang

Schulbildung: Mittlere Reife. Abgeschlossene Berufsausbildung als Elektromonteur. Er war von 2003 -2018 als Auslieferungsfahrer tätig und hat dann für ein Jahr für ein Lohnunternehmen in der Landwirtschaft gearbeitet.

Aktuelle / letzte Tätigkeit

Der Patient arbeitet seit 2/2019 für das Bundeswehrendienstleistungszentrum in Wunstorf als Elektriker in Vollzeittätigkeit am Tag, 40 Stunden/ Woche und 8 Stunden/ Tag. Er ist für die allgemeine Instandhaltung und Wartung der Elektroanlagen in den Gebäuden zuständig.

Reha-Veranlassung

Allgemeine stationäre Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung auf Initiative des Patienten und des Hausarztes.

Allgemeiner körperlicher Befund

Gewicht 82,6 kg **Größe** 173 cm, **BMI** 27,7 kg/m².

Allgemeiner psychischer Befund

Der 47-jährige freizeitmäßig ordentlich gekleidete Patient erscheint pünktlich zum vereinbarten Termin. Bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert. Wahrnehmung, Auffassung sowie formales und inhaltliches Denken unauffällig. Kein Ich- und Persönlichkeitsstörung. Mnestiche Funktion sind bzgl. Gedächtnis und Konzentration, nach Angaben des Patienten, schlechter geworden. Herr B. benennt Schlafstörungen, er grübelt viel. Die Stimmung ist deutlich in den depressiven Bereich verschoben, Lust- sowie Antriebslosigkeit „Bin gleichgültig geworden, ich muss mich zu allen Dingen zwingen, im Haushalt bleibt vieles liegen, manchmal vernachlässige ich mich auch etwas, erlebe kaum noch Freude“. Gefühle von Hilfe- und Hoffnungslosigkeit sowie einer negativen Zukunft und ein geringes Selbstwertgefühl sind vorhanden. „Ich lache nicht mehr, bin häufig bedrückt und meine Mundwinkel hängen nach unten, im Umgang mit anderen bin ich oft angespannt und gereizt“. Die Exploration ist angemessen zu führen, der Patient ist zugewandt, in der affektiven Schwingungsfähigkeit etwas eingeschränkt. Aktuell keine Hinweise auf Suizidalität. Therapiemotivation und Introspektionsfähigkeit erscheint ausreichend.

Im Alter von 8 Jahren sei bei dem Patienten Diabetes diagnostiziert worden, die Eltern seien mit dem Umgang der Erkrankung überfordert gewesen, der Patient habe nicht nach seinem Diabetes gelebt. „Früher habe ich gegen meinen Diabetes rebelliert, mit Pumpe und Sensor komme ich jetzt sehr gut klar, ich fühle mich nicht mehr dadurch eingeschränkt. Ich lebe mein normales Leben, das lässt sich mit der Pumpe wunderbar realisieren, auch bei der Arbeit schränkt mein Diabetes mich nicht ein. Ich bekomme jetzt die Unterzuckerungen mit und kann dann entsprechende Maßnahmen einleiten“.

Nach der Geburt seiner Tochter fiel es Herrn B. zunehmend schwer familiäre Verantwortung zu übernehmen, im Vorfeld hat Herr B. eher nach seinen eigenen Bedürfnissen gelebt, des Weiteren hat er schon immer die Tendenz gehabt Konflikten aus den Weg zu gehen. Die dadurch in der Ehe entstandenen Spannungen und Differenzen hat er teilweise mit Alkohol kompensiert. Herr B. hatte über 1½ Jahre eine Fremdbeziehung. Nach dem diese Frau mit ihm wieder

Kontakt aufgenommen hat, und seine Ehefrau dieses mitbekommen hat, sei es zu einem Eklat gekommen. Daraufhin habe Herr B. ein Suizidversuch unternommen, weil er die Spannungen und Konflikte für sich nicht mehr auflösen konnte. Letztlich möchte Herr B. versuchen sein Leben neu zu ordnen, in dieser Hinsicht möchte er unter anderem auch das psycho-diabetologische Heilverfahren nutzen.

Fragebogen zur Wahrnehmung von Unterzuckerungen vom 22.05.2020

Auswertung des Fragebogens zur Unterzuckerungswahrnehmung (Arbeitsgruppe um W. L. Clarke)

Der Patient erreichte 0 Punkte von höchstens 7. Ab einem Gesamtwert von 4 Punkten und höher liegt eine eingeschränkte Unterzuckerungswahrnehmung bzw. ein Hypoglykämiewahrnehmungsproblem vor.

Fragebogen: PAID – Problembereiche in der Diabetesbehandlung vom 22.05.2020

Auswertung Fragebogen PAID-Erfassung von Problembereichen in der Diabetesbehandlung (Arbeitsgruppe um A. M. Jacobson u. a.)

Der Patient erreichte 30 Punkte.

Auswertung PAID:

< 32 Punkte - geringe bis mäßige Belastung durch den Diabetes und dessen Behandlungsanforderungen.

Diagnosen

1. E10.30 Diabetes mellitus Typ 1 ED 1982, diab. Retinopathie, Z.n. Lasertherapie, sensorgest. Pumpenth., nicht entgleist
2. F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
3. F54.0 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten

Rehabilitationsziele des Patienten

Gesundheitsrisiken verringern, die bei mir vorliegen

wieder Kraft auftanken, um mit Belastungen (Stress) besser fertig zu werden

weniger niedergeschlagen und ängstlich sein

zu Hause und in der Freizeit aktiver sein können

Hilfen, um weiter oder wieder arbeiten zu können

Problemstellung / Therapiekonzept:

48-j. Patient, stationäres Heilverfahren wegen eines seit 38 Jahren bekannten Diabetes mellitus Typ 1, der unter einer

sensorgesteuerten Pumpentherapie bereits bei Aufnahme eine gute Einstellung zeigte; als diabetische Folgekrankheiten ist eine diabetische Retinopathie mit Zustand nach Lasertherapie bekannt. Darüber hinaus besteht eine rezidivierende depressive Störung.

Herr B. besuchte hier unser interdisziplinäres psycho-diabetologisches Programm. Für den Patienten wurde ein umfassendes, problemzentriertes – sowie edukatives als auch verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Behandlungskonzept erstellt.

Das Konzept bestand aus verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppen- und Einzelgesprächen im Bezugspsychologenmodus. Die Gesprächsgruppe diente der Information über einen Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und deren möglichen Auswirkungen auf das Diabetes-Selbstmanagement.

Des Weiteren nahm der Patient an der Indikationsgruppe „Stressbewältigung“ teil. Als Entspannungsverfahren wird im Therapieprozess das Muskelentspannungstraining nach Jacobson (PMR) vermittelt.

Darüber hinaus Teilnahme in einer geschlossenen Gruppe am strukturierten Schulungsprogramm für Patienten mit CSII

Rehabilitationsverlauf und Rehabilitationsergebnis aus psychologischer Sicht

Herr B. hat sich nach einer angemessenen Eingewöhnungszeit gut in die Gruppe integriert, **im Klinikalltag war er „ein Einzelgänger“**, im Verlauf des Therapieprozesses war Herr B. offen für die psycho-diabetologischen Ansätze. In der Gruppe hat Herr B. aktiv und motiviert mitgearbeitet, er zeigte sich aufgeschlossen und interessiert in Bezug auf die besprochenen Themen und brachte sich mit eigenen Beiträgen ein.

Sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich wurde über konkrete Möglichkeiten gesprochen Veränderungen einzuleiten, um zukünftige akzeptable Rahmenbedingungen zu erreichen. Zudem wurde mit einer kognitiven Umstrukturierung hinsichtlich stressfördernder Gedanken und Gedankenmuster begonnen. Ferner diente die Gesprächsgruppe der Vermittlung positiver Kognitionen sowie dem Wiedererlangen von vorhandenen Ressourcen, bzw. der Gewinnung neuer Ressourcen.

In der Reflektion des Behandlungsverlaufes gab Herr B. an, **dass er von dem Therapiekonzept profitiert habe: „die Gespräche haben mir geholfen, ich habe vieles reflektiert und erkannt, dass ich eine klare Linie fahren muss, ich will zukünftig versuchen mir mehr Zeit dafür zu nehmen“.** Der Stimmungszustand des Patienten hat sich gebessert **„ich bin lockerer geworden, nicht mehr so angespannt, ich schaffe es jetzt auch mal wieder Joggen zu gehen, und etwas zu**

unternehmen“. Gleichgeblieben sei das Grübeln und seine Entscheidungsunsicherheit bezüglich seiner privaten Belastung „ich weiß immer noch nicht genau, welchen Weg ich gehen soll. Mir ist bewusst geworden, dass ich mit meiner Familie zusammen bleiben möchte. Ich muss noch sehr darauf achten, nicht wieder ganz zu versinken, ich habe gespürt, dass es mir gut tut mich abzulenken und wieder soziale Kontakte zu knüpfen“. Die Schlafqualität des Patienten hat sich gebessert, genauso wie sein Selbstwertgefühl und seine Selbstwirksamkeit. „Ich habe wieder Hoffnung, habe auch noch Angst, dass es mit der Familie vielleicht doch nicht klappen könnte“. Positiv auf seinen Stimmungszustand haben sich auch die positiven Rückmeldungen ausgewirkt, die er von den anderen Gruppenmitgliedern erhalten hat. Im Klinikalltag hat sich Herr B. häufiger zurückgezogen, was für ihn aber kein Problem war: „ich bin eben im Alltag ein Einzelgänger“.

Vom Diabetesschulungsprogramm konnte er profitieren, konnte Altes auffrischen und Neues dazulernen. Sein Blutzuckerwert ist stabiler geworden, er hat konsequent auf seine Ernährung geachtet und erkannt, wie wichtig für eine gute Blutzuckereinstellung eine stabile Tagesstruktur und eine Reduzierung seines Stressniveaus sind. Aufgrund seines verbesserten psychophysischen Allgemeinzustandes kann sich Herr B. die Aufnahme seiner beruflichen Tätigkeit wieder vorstellen. Die Erkenntnis, dass sich ohne konsequente Veränderung keine dauerhafte Stabilisierung seines psychischen Zustandes erreichen lässt haben dazu beigetragen, dass Herr B. optimistischer und zuversichtlicher in die Zukunft schaut. „Ich muss mehr auf mich achten und auf meine Ressourcen zurückgreifen, damit ich nicht wieder in die depressive Spirale hineingerate“. Herr B. weiß, dass sein Zustand noch als störungsanfällig einzustufen ist, er schätzt die Schwierigkeiten die noch auf ihn zukommen können einigermaßen realistisch ein. Bei eventueller erneuter Verschlechterung seines Stimmungszustandes wird er sich direkt in der vorbehandelnden Tagesklinik melden.

Themenbereich die im Therapieverlauf bearbeitet werden

- Herausarbeiten von lebensgeschichtlichen Erfahrungen, die einer angemessenen Diabetesbehandlung entgegenstehen.
- Junge Eltern (Mutter 16 J.) überfordert gewesen. Nie konsequent interveniert, Pat. kaum Frustrationsschwelle, eher nach eigenen Bedürfnissen gelebt, Konflikte wurden nie adäquat gelöst, sondern ihnen aus dem Weg gegangen.
- Noch heute so, diesen Zusammenhang im Therapieprozess aufzeigen. Kann auch schwer damit klar kommen, dass seine Frau die Aufmerksamkeit und Zuwendung auf die Tochter übertagen hat, und er „abgeben musste, was ihm sehr schwer fällt“.
- Autoaggressives Verhalten aufgrund fehlender Fähigkeit Entscheidungen zu treffen. „Ich will alles ohne auf was zu verzichten“, dieses Muster dem Pat. zurückmelden und Transfer zu seinem Diabetes, da auch dort eher passiv. Verantwortung der Pumpe übergeben, die regelt das schon. Hier auch die Eigenverantwortung und Selbstdisziplin fördern.

