Freud Institut Zürich

Frühling 2017

*Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie*

Dr. med. Charles Mendes de Leon

**Übungen zu Persönlichkeitsstörungen und Komorbidität: Bulimie. (Kursabend vom 8.05.2017)**

1. Die Patientengeschichte am Anfang des Kapitels aus dem Psychosomatiklehrbuch von Üexküll (2017) wird vom Autor nach den Kriterien für eine Klassifikation gemäss ICD-10 und DSM-5 abgescannt (640). Welche vermutlich bedeutsame Trigger-Faktoren, die vom Autor nebenbei berichtet werden, fallen in beiden Klassifikationssystemen unter den Tisch?   
   Würden Sie diese ausgeklammerten psychodynamischen Faktoren bei der Therapieplanung für diese Patientin in z.B. Ihrer eigenen Praxis berücksichtigen? Wie würden Sie dies tun?
2. Was halten Sie von der stationären Therapie-Indikation der 22-jährigen bulimischen Patientin (S.640)? Haben Sie alternative psychodynamische Hypothesen zu jenen des Autors?
3. Könnten Sie in der Gruppe am 8.5. aus dem Therapieverlauf – ambulant, halbstationär, stationär – berichten, so dass wir den Wust von evidenzbasierten Fakten in dem vorgelegten Artikel mit einem konkreten Fall verbinden könnten?
4. Was halten Sie persönlich vom Ausdruck „appellativer Suizidversuch“ (S. 640)?
5. In welchem psychiatrischen Klassikfikationssystem wurde die Bulimie erstmals als eigene Entität aufgeführt? Warum erscheint die Bulimie als Diagnose so spät, während die Anorexie vermutlich schon der antiken Medizin (Hippokrates) bekannt gewesen ist?
6. Ist Bulimie immer, d.h. notwendig mit anderen Störungen der so genannten Selbstkontrolle oder Impulskontrolle verknüpft? Gibt es Unterschiede zwischen der evidenzbasierten Perspektive des Artikels und der psychoanalytischen Betrachtungsweise?
7. Wie betrachten Sie die langfristige Prognose quoad vitam einer Bulimie im Vergleich mit einer Anorexie bei einer Patientin? (Vgl. Lehrbuch der Psychiatrie, Tölle (2014), S.98, 102.) Würden Sie den statistischen Verlauf über Jahrzehnte bei der Behandlung dieser Formen von Essstörung berücksichtigen?
8. Frauenanteil bei Bulimie und bei Anorexie? Wie erklären Sie die Differenz zwischen der Inzidenz bei Frauen und bei Männern?
9. Was berichten neue Metaanalysen über die Wirksamkeit von psychodynamischer und kognitiver Psychotherapie bei Essstörungen (vgl. Lancet-Artikel (2015) im Anhang der Rundmail)?
10. Welche der evidenzbasierten Fakten aus der vom Autor zusammengetragenen Fülle von Studienergebnissen erscheinen Ihnen im Fall einer Psychotherapie mit einer bulimischen Patientin als wichtig?
11. Intervisionen zeigen kasuistisch und wissenschaftliche Untersuchungen systematisch, dass Psychotherapeutinnen Therapie-Manuale in Teilen übernehmen, aber sie entsprechend der jeweils behandelten Patientin und deren Störung modifizieren. Betrachten Sie diese Tatsache als Ausdruck von Undiszipliniertheit der frei praktizierenden Psychotherapeuten oder könnte sie mit Massschneiderung für den konkreten Einzelfall zu tun haben? (S.646)
12. Wie könnte man die Tatsache erklären, dass interpersonale Psychotherapie (IPT) die gleiche Wirksamkeit aufweist wie KVT (S.646) – auch dann, wenn die Therapeutinnen bei IPT sich möglichst wenig um die Symptomatik der Patientin kümmern, während die Vertretrer der KVT das Gegenteil machen?
13. Wann ist es wirklich sinnvoll, Familientherapie zu erwägen (S.647)?
14. Was ist von einer Monotherapie mit Antidepressiva bei Bulimie zu halten? (S.647)

CMdL, April 2017  
[www.fvabz.ch](http://www.fvabz.ch) oder cmdl.ch