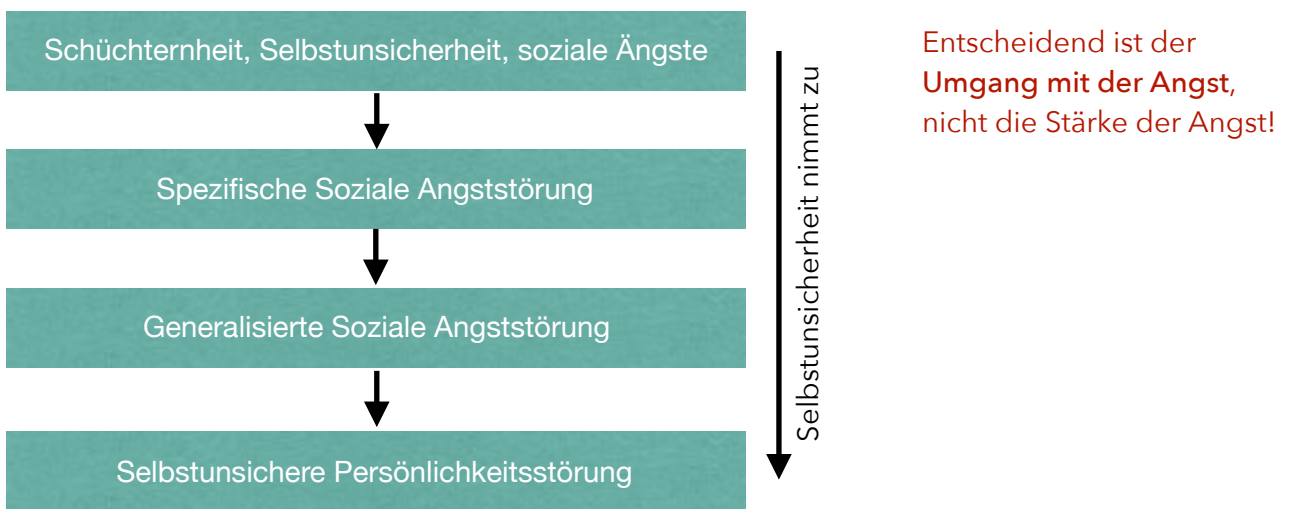


## Soziale Angststörung (ehemals Soziale Phobie)

<b>normale Angst</b>	Entsteht in <i>fight or flight</i> Situationen und bringt den Organismus auf eine höhere Aktivierungsebene
<b>pathologische Angst</b>	Die Angstreaktion ist der Situation unangemessen bzw. unbegründet
<b>Soziale Angst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sozialphobie:</b> Angst vor prüfender Betrachtung durch Andere                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermeidung sozialer Situationen</li> <li>- niedriges Selbstwertgefühl &amp; Furcht vor Kritik</li> </ul> </li> <li>- <b>Selbstunsicherheit:</b> Äußert sich in sozialer Hemmung, Unzulänglichkeitsgefühlen und Überempfindlichkeit sowie Angst vor negativer Bewertung</li> </ul>



<b>Soziale Angst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gefürchtet sind Distanzsituationen mit entferntem Beobachter                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungssituationen bereiten Probleme (mündl. Prüfung, öffentliches Reden, vor anderen essen/ trinken/ schreiben)</li> </ul> </li> <li>- Enge Beziehungen hingegen werden nicht gefürchtet                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interaktionssituationen bereiten keine Probleme (telefonieren, mit Freunden reden, Besuch einer Feier, Kontakt mit anderem Geschlecht)</li> </ul> </li> </ul>
<b>F40.1 Soziale Angststörung</b>	<p>deutliche Angst im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen/ sich peinlich oder beschämend zu verhalten führt zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermeidungsverhalten</li> <li>- Sicherheitsverhalten</li> <li>- ungeschicktes/ wenig kompetentes Interaktionsverhalten</li> </ul> <p>die Betroffenen sind emotional belastet durch die Angst oder das resultierende Verhalten</p>
<b>Änderungen im DSM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich-dystones Erleben ist nicht mehr erforderlich (erschwert die Abgrenzung zu selbstunsicheren bzw. ängstlich-vermeidenden PKS)</li> <li>- Angststörung statt Phobie</li> <li>- Miktionsdrang oder Erbrechen nicht erforderlich</li> </ul>

<b>Generalisierten Typus</b>	Angst und Vermeidung bezieht sich auf „die meisten“ sozialen Situationen
<b>F60.6 Ängstlich-Vermeidende PKS (SUP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zentrale Merkmale zeigen sich in sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung</li> <li>- enge Kontakte werden aus Angst vor Kritik, Missbilligung oder Zurückweisung vermieden</li> <li>- Dies führt dazu, dass sich die Betroffenen nur dann auf Menschen einlassen, wenn sie sicher sind gemocht zu werden</li> <li>- Überzeugung sozial unbeholfen, unattraktiv oder minderwertig zu sein</li> </ul>

<b>Differentialdiagnosen der Sozialen Angststörung</b>	
<b>Depressive Störung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soziale Ängste und sozialer Rückzug</li> <li>- negatives Selbstbild</li> </ul>
<b>Agoraphobie</b>	Vermeidung von Situationen mit vielen Menschen. -> Motiv: Vermeidung von Hilflosigkeit/Kontrollverlust
<b>Panikstörung</b>	Angst vor Kontrollverlust über Körperreaktionen
<b>Generalisierte Angststörung (GAS)</b>	Sorgen über soziale Situationen
<b>Zwangsgedanken</b>	Befürchtung sozial inakzeptablen Verhaltens -> Meinung sozialer Situationen & Schamgefühle
<b>Körperdysmorphie Störung</b>	Vermeidung sozialer Situationen wegen Schamgefühlen
<b>Schizophrenie</b>	Sozialer Rückzug/ Vermeidung
<b>Achse 2 Komorbidität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- paranoide PKS</li> <li>- schizoide PKS (bildet Variante der SUP ab)</li> </ul>

<b>SUP</b>	<b>Soziale Angst</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- eher enge Beziehungen gefürchtet</li> <li>- Angst erzeugt meist keine Panik</li> <li>- oft komorbid zu Achse-1 Störung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eher distanz-Situationen gefürchtet</li> <li>- intensive Angst bis hin zu Panik</li> <li>- selten komorbid (laut Lehrbuch eher fragwürdige Aussage)</li> </ul>

<b>Ätiologie</b>	
<b>Bio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- genetische Disposition für Ängstlichkeit 30-50%</li> </ul> <p>Genetische Konzepte der sozialen Angst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Behavioral Inhibition</b> (Kagan):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Annahme der Verhaltenshemmung in biologisch gesteuerten Emotionssystemem</li> <li>- bei potentiell strafendem Reiz: Aktivierung des inhibitorischen Systems</li> <li>- Einleitung von Verhalten wie Flucht/ Vermeidung</li> <li>- bei SUP springt inhibitorisches System jedoch nicht an</li> </ul> </li> <li>- <b>Schüchternheit</b> entspricht einem stabilen Persönlichkeitsmerkmal welches erblich bedingt ist</li> <li>- LeDoux: bei sozialer Angst zeigt sich erhöhte Aktivierung der Amygdala                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- vegetative Angstreaktion</li> </ul> </li> </ul>
<b>Psycho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>2-Faktoren Theorie</b> (Mowrer): klassische (Angstentstehung) und operante (Aufrechterhaltung der Störung) Konditionierung</li> <li>- <b>kognitives Modell</b> (Clark &amp; Wells)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- erhöhte Selbstaufmerksamkeit mit Fokus auf Symptome</li> <li>- Sicherheitsverhalten mit Versuch befürchtete Körpersymptome zu verstecken</li> </ul> </li> </ul>
<b>Sozial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- übertriebene Fürsorglichkeit</li> <li>- wenig soziale Kontakte</li> <li>- extremes Gewicht auf Meinung anderer</li> <li>- Disziplinierungsmaßnahmen</li> </ul> </li> </ul> <p>-&gt; Folge: Glaube, dass soziale Begegnungen das Selbstwertgefühl bedrohen.</p>

## Persönlichkeitsstörungen

<b>Persönlichkeit</b>	<p>Gesamtheit überdauernder, charakteristischer Eigenschaften, die ein Mensch im Laufe des Lebens erworben hat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Charakter</b>: erworbener Anteil</li> <li>- <b>Temperament</b>: konstitutionell, biologisch-genetischer Anteil</li> <li>- <b>Persönlichkeitszüge</b>: Ergebnis der Bewältigung von Erfahrungen</li> </ul>
<b>Persönlichkeitsstörungen</b>	<p>Überdauernde Auffälligkeiten in Grundhaltung zur eigenen Person, zwischenmenschlichen Beziehungen/ zum Leben/ zur Welt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Grundhaltungen</b> werden als subjektive Beeinträchtigungen erlebt und führen objektiv zu Problemen bei der Lebensbewältigung und in sozialen Beziehungen</li> <li>- <b>starr fixierte Erlebnis- und Verhaltensmuster</b> gestatten keine ausreichende Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und psychosozialen Problemen                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- beruhen auf andauerndem defensiven Verhalten gegenüber verdrängten Konflikten oder auf Strukturpathologie mit kompensatorischen Gegenbewegungen</li> </ul> </li> </ul>

<b>Definition im ICD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tief verwurzelte und anhaltende Verhaltensmuster (stabil)</li> <li>- zeigen sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche Lebenslagen</li> <li>- deutliche Abweichung im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen</li> <li>- häufig mit persönlichem Leid und gestörter Funktionsfähigkeit verbunden</li> </ul> <p>→ Diagnose vor dem 16 LJ gilt als unangemessen und sollte nur gestellt werden, wenn Symptomatik sich über ein Jahr manifest zeigt.</p>
--------------------------	--

<b>Struktur</b>	Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für Organisation des Selbst und Beziehungen zu inneren/ äußeren Objekten notwendig ist
<b>strukturelle Störung</b>	Unzureichende Verfügbarkeit über diese Funktionen. Meist Folge frühkindlicher Beziehungsstörungen
<b>Strukturdimensionen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbst- &amp; Objektwahrnehmung (Selbst vs. Objekt wahrnehmen)</li> <li>- Steuerung (Selbst regulieren vs. Bezug zum Objekt regulieren)</li> <li>- Emotionale Kommunikation (nach innen vs. mit anderen)</li> <li>- Bindung (an innere Objekte vs. an äußere Objekte)</li> </ul>
<b>Konfliktpathologie</b>	Dem Symptom liegt ein unbewusster Konflikt zugrunde (SUP, Neurosen)
<b>Strukturpathologie</b>	Dem Symptom liegt ein Entwicklungsschaden zugrunde → Die Ich-Funktionen sind nicht ausreichend entwickelt.

<b>Risikofaktoren</b>	
<b>Kind</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypersensibilität, Hypermotorik, geringe Affekttoleranz</li> <li>- angeborene Einschränkungen psychischer &amp; kognitiver Funktionen</li> <li>- körperliche Erkrankungen</li> <li>- Vernachlässigung, Uneinfühlsamkeit, Unberechenbarkeit</li> <li>- Missbrauch, Gewalt</li> </ul>
<b>Bezugsperson</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychische Erkrankungen (PS, Psychose)</li> <li>- emotionale Probleme in Schwangerschaft/ Elternschaft</li> <li>- Belastung durch Partnerschaftsprobleme</li> <li>- Verlusterlebnisse (vor allem kurz vor/ während der Schwangerschaft)</li> <li>- Krankheit in der Familie</li> <li>- häufige Abwesenheit &amp; Erkrankung</li> <li>- Migration, Flucht, Vertreibung</li> </ul>
<b>Ätiologische Aspekte</b>	<p>→ Entwicklungshemmende Bedingungen in prägenden Lebensphasen</p> <p>→ genetische Vulnerabilität (manifestiert sich in Affekttoleranz, Trieb-/ Impulsstärke)</p> <p>→ Veränderungen in Neurotransmittersystemen (Steuerung Impuls-/ Affektregulation)</p>

<b>State</b>	Änderungssensitiv. Aktueller Zustand.
<b>Trait</b>	Stabil & Situationsübergreifend. Persönlichkeitsnah
<b>Ich-Synton</b>	Persönlichkeitsstörungen werden als Ich-Synton erlebt. Ausnahme bilden Borderline und abhängig-vermeidend (SUP). Diese sind häufig ich-dyston und gehen mit erheblichem Leidensdruck einher

**Kritik an Diagnostik**

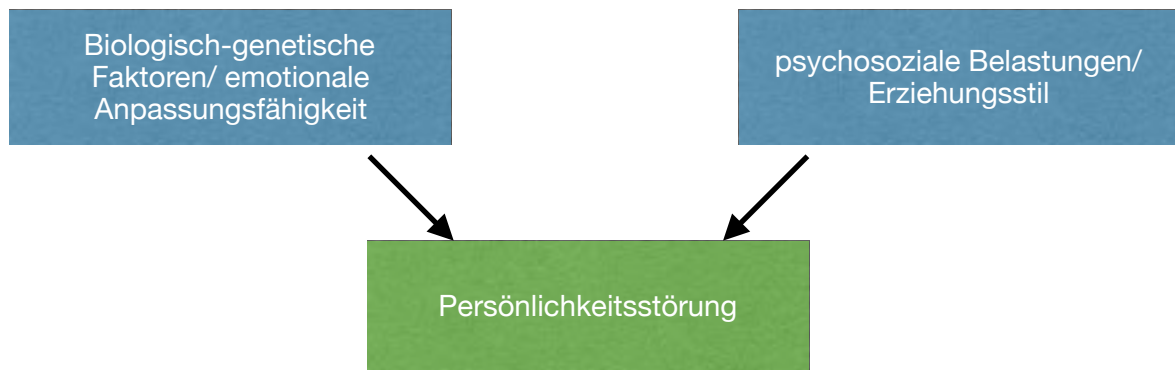
- DSM & ICD entsprechen einer Oberflächendiagnostik mit einfachen Operationalisierungen durch quantifizierbare Beobachtungen
- unterschiedliche Motive können jedoch zum gleichen Verhalten führen
- in DSM und ICD wird die Verhaltensebene (und zu Grunde liegende Motive) zu wenig berücksichtigt

-> **Verhalten:** Kontrolle der Emails aus Angst vor dem Alleinsein/ Verlassen werden

-> zugrunde liegendes **Motiv:**

- *BPS*: Angst vor Identitätsverlust
- *dependent*: Angst vor Verantwortungsübernahme

Diathese-Stress-Modell:



- Temperamentsmerkmale werden weitgehend vererbt und lassen sich nur begrenzt beeinflussen
- biologisch determinierte Temperamente mischen sich mit Umgebungsfaktoren
- invalidierendes Umfeld begünstigt unter diesen Bedingungen die Entwicklung einer PKS

Prognose:

eher positiv	eher negativ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Borderline</li> <li>- Selbstunsichere PKS (ängstlich-vermeidend)</li> <li>- erfolgreiche Narzissten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- erfolgloser Narzisste</li> <li>- antisoziale PKS</li> <li>- schizotype PKS</li> </ul>

### Alternativmodell für PKS im DSM 5

<b>Änderungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monoaxiales System statt Differenzierung in Achse 1 und Achse 2</li> <li>- in Sektion 3 Alternatives PKS-Modell mit stärkerem Fokus auf Funktionsniveau und pathologische Eigenschaften</li> <li>- <b>6 verbleibende PKS:</b> SUP, BPS, Schizotyp, Zwanghaft, Narzisstisch, Antisozial</li> </ul>
<b>Funktionsniveau</b>	<p><b>Selbst:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Identität:</b> Ich-Umwelt-Grenze; Selbstvertrauen etc.</li> <li>- <b>Selbstlenkung:</b> Kongruenz zwischen Lebenszielen &amp; Kompetenzen</li> </ul> <p><b>Beziehung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Empathie:</b> Mentalisierungsfähigkeit</li> <li>- <b>Intimität:</b> Befriedigende &amp; stabile Beziehungen</li> </ul>
<b>pathologische Eigenschaften</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- negative Affektivität</li> <li>- Trennung</li> <li>- Antagonismus</li> <li>- Disinhibition</li> <li>- Psychotizismus</li> </ul>

## Spaltung & Spaltungsabwehr

<b>psychotische Organisation</b>	Psychosen
<b>niedriges BL-Niveau</b>	BPS, NPS, Schizoid
<b>hohes BL-Niveau</b>	NPS, Abhängige NPS, Zykllothymie
<b>Neurotische Organisation</b>	Zwanghaft, depressiv, hysterisch

### Melanie Klein: Objektbeziehungstheorie

<b>paranoid-schizoide Position</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensch ist seinen Ängsten ausgesetzt und wird durch <i>psychische Unreife</i> von Hass/ Liebe gegenüber der Bezugsperson überwältigt</li> <li>- die Bewältigung dieser Gefühle findet mittels <i>primitiver Abwehrmechanismen</i> statt             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spaltung in ideale und verfolgende Teilaspekte</li> <li>- Abwehr durch projektive Verlagerung von Hass/ Liebe nach aussen</li> </ul> </li> <li>- der Mensch ist nicht in der Lage sich und die anderen in ihrer Ganzheit zu erfassen. Die Grenzen zwischen innen und aussen können somit nicht erkannt werden</li> </ul> <p>→ gute &amp; böse Objektanteile stehen unverbunden nebeneinander</p>
------------------------------------	--

<b>depressive Position</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bei <i>stimmiger Grundbeziehung</i> werden gute Erfahrungen verinnerlicht. Dies führt zur Stärkung des Ich</li> <li>- mit <i>zunehmender Reife</i>: Integration der guten und schlechten Objektvorstellungen</li> <li>- Durch <i>Identifikation</i> wird das Ich gestärkt: Ängst und Frustration kann leichter ertragen werden</li> <li>- es kann sich in Abwesenheit selbiger an die Mutter erinnert werden und es kommt zur Erkenntnis, dass die Mutter ein Eigenleben führt, wobei gleichzeitig die totale Abhängigkeit deutlich wird</li> </ul> <p>→ Angst die Mutter zu verlieren führt zu Wut</p>
----------------------------	--

<b>Spaltung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- früheste Bewältigungsform als Versuch die innere Welt zu strukturieren</li> <li>- Wiederholung als Abwehr möglich</li> </ul>
<b>Spaltungsabwehr</b>	Spaltung + Projektion + Introjektion + projektive Identifizierung + Verleugnung

<b>Beispiel:</b>
<p>Statt Wut auf geliebten Mensch werden Objektanteile in</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) wütenden Anteil</li> <li>b) liebenden Anteil aufgespalten</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Einer der Anteile wird auf anderen Menschen projiziert</li> <li>2) oder: einer der beiden Anteile wird verleugnet</li> </ul> <p><b>Ziel:</b> Schutz instabiler Beziehungen vor dem Zerbrechen. Bei Misslingen resultieren maligne Selbstzustände</p>

## Ausgewählte Persönlichkeitsstörungen

### Psychopathie

Definition als antisoziale Persönlichkeitsstörung. Sind im Detail jedoch unterschiedliche Konzepte.

<b>Typisierung nach Sachse</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Erfolgreicher Psychopath:</b> Hält sich an Regeln, auch wenn er sie nicht nachempfinden kann. Ist häufig in Führungspositionen zu finden, wo es darum geht sich mitleidlos von Personal zu trennen.</li> <li>2. <b>Erfolgloser Psychopath:</b> Hat keine Kontrolle über sich. Kommt oft mit Gesetzen in Konflikt. Häufig in der Forensik anzutreffen.</li> </ol>
--------------------------------	---

<b>Alternative Subtypisierung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>instrumentell-dissozialer Typus:</b> Ausrichtung auf Geld und Macht. Haben keinen Leidensdruck. Übersteigertes Selbstvertrauen. Fehlen von Einfühlungsvermögen. Oberflächlicher Charme. Instabile Beziehungen.</li> <li>2. <b>impulsiv-feindseliger Typus:</b> Starke Impulsivität. Materieller Gewinn ist kein Handlungsauslöser. Handlungen anderer werden vorschnell als negativ bewertet. Geringe Frustrationstoleranz.</li> <li>3. <b>ängstlich-aggressiver Typus:</b> Deprimierte Grundstimmung. Schüchtern. Produzieren in Extremsituationen Gewaltausbrüche. Ansonsten recht beherrscht und wenig auffallend. Häufig traumatisiert.</li> </ol>
-----------------------------------	---

<b>Ätiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soziopathen zeigen diverse biochemische peripher-physiologischen Besonderheiten             <ul style="list-style-type: none"> <li>- es fehlen hirnorganische Korrelate für Reue &amp; Angst</li> </ul> </li> <li>- <b>wesentliches Merkmal:</b> mangelhafte Ausbildung eines sozialen Gewissens</li> <li>- <b>Umweltfaktoren:</b> pränatale &amp; postnatale Störungen; Unfälle</li> <li>- <b>biologisch-genetische Faktoren:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stabiles ängstliches/ hyperaktive Temperament</li> <li>- Auffälligkeiten in den Hirnstrukturen: Orbitofrontaler Kortex, Amygdala Mandelkerne, limbisches System, Hippocampus</li> </ul> </li> <li>- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens kann im Erwachsenenalter in Psychopathie übergehen (fehlt dissoziales Verhalten bei ADHS oft Übergang in Erwachsenen-ADHS oder BPS)</li> </ul>
<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PCL-R von Hare: 20 Items mit 2 Hauptfaktoren:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychopathische Persönlichkeit</li> <li>- Antisoziale Verhaltensweisen</li> </ul> </li> <li>- Stichprobe von Hare ist aber nicht repräsentativ. Verwendung somit nur als Ergänzungsverfahren empfohlen/ zugelassen</li> <li>- Bei einem Score &gt; 30: Psychopath -&gt; erheblich höhere Rückfallquote, besonders bei Gewaltverbrechen</li> </ul>

<b>ICD: Dissozial</b>	<b>DSM: Antisozial</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- soziale Abweichung</li> <li>- Egozentrik</li> <li>- mangelndes Einfühlungsvermögen</li> <li>- defizitäre Gewissensbildung</li> <li>- Bindungsstörung</li> <li>- anhaltende Reizbarkeit</li> <li>- Missachtung sozialer Normen</li> <li>- geringe Frustrationstoleranz</li> <li>- vordergründige Erklärungen &amp; Beschuldigungen anderer</li> <li>- Diagnose vor 18. LJ: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versagen sich an Normen anzupassen</li> <li>- fehlende Reue</li> <li>- Reizbarkeit &amp; Aggressivität</li> <li>- Missachtung von Rechten Anderer</li> <li>- Impulsivität &amp; Reizbarkeit</li> <li>- durchgängige Verantwortungslosigkeit</li> <li>- Falschheit &amp; wiederholtes Lügen</li> <li>- Störung des Sozialverhaltens vor 15. LJ</li> </ul>



ICD: Dissozial	DSM: Antisozial
-> kriminelle Handlungen sind keine Voraussetzung -> Versuch Persönlichkeitseigenschaften hervorzuheben	-> verhaltensnäher konzeptualisiert und an gesellschaftlicher Reaktion orientiert. (Verhaltensweisen treten bei unterschiedlichen PKS auf, die Motive unterscheiden sich jedoch)

Abgrenzung zu Psychopathie:
- <b>Psychopathie</b> umfasst spezifische Persönlichkeitstrüge & antisoziale Verhaltensweisen (betrifft < 15% der Häftlinge) - <b>Antisoziale bzw. dissoziale PKS</b> umfassen nur antisoziale Verhaltensweisen (betrifft 50-80% der Inhaftierten)

Psychopathie	
*blau = ausschließlich Psychopathie *A = Antisozial *D = Dissozial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Missachtung von Rechten anderer (A)</li> <li>- Ständiges Lügen (A)</li> <li>- <i>Unverantwortlichkeit im Umgang mit Geld</i></li> <li>- Impulsives Handeln (D/ A)</li> <li>- Aggressivität (D/ A)</li> <li>- Bindungsunfähigkeit (D)</li> <li>- <i>Manipulation anderer um eigene Ziele zu erreichen</i></li> <li>- Gewissenlosigkeit (D/ A)</li> <li>- Egozentrismus &amp; Skrupellosigkeit (D)</li> <li>- <i>Alkoholmissbrauchsrate ist hoch</i></li> <li>- Unfähigkeit zu Reue (A)</li> </ul>

Differentialdiagnostik: Antisoziale PKS	
<b>Narzisstische PKS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zeigt kognitive Empathie, jedoch keine emotionale Empathie</li> <li>- hohe Impulsivität</li> </ul>
<b>Autismus</b>	keine Empathie (weder kognitiv, noch emotional)
<b>Borderline</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hohe Impulsivität, jedoch werden die Folgen direkt bereut</li> <li>- Im Grundaffekt dysphor-gereizt</li> <li>- chronische Leere &amp; innere Anspannung</li> </ul>
<b>ADHS</b>	hohe Impulsivität

## Narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8 Andere spezifische PKS)

<b>Kriterien ICD-10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- grandioses Verständnis eigener Wichtigkeit</li> <li>- eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Brillanz, Schönheit oder idealer Liebe</li> <li>- Glaube besonders und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen Menschen verstanden zu werden</li> <li>- Benötigen exzessiver Bewunderung</li> <li>- Anspruchsdenken</li> <li>- ausbeuterisch in zwischenmenschlichen Beziehungen</li> <li>- Empathiemangel</li> <li>- häufig Neid auf andere oder Glaube, dass andere auf ihn neidisch seien</li> <li>- häufig arrogante &amp; hochmütige Verhaltensweisen oder Ansichten</li> </ul>
<b>Kriterien DSM-V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tiefgreifendes Muster von Großartigkeit</li> <li>- Bedürfnis nach Bewunderung</li> <li>- Mangel an Einfühlungsvermögen</li> <li>- Beginn im frühen Erwachsenenalter</li> <li>- Beeinträchtigung der Selbstfunktionen im Bereich Identität oder Selbstlenkung</li> <li>- Beeinträchtigung der interpersonalen Funktionen im Bereich Empathie oder Intimität</li> <li>- Pathologische Persönlichkeitszüge: Überzogenes Selbstwertgefühl und um Aufmerksamkeit heischend</li> </ul>
<b>Kritik Sachse</b>	<p>Im DSM wird nur der erfolgreiche Narzisst beschrieben. Der Erfolglose fällt durchs Raster</p>

<b>Subtypisierung</b>	
<b>erfolgreiche NPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungsorientierung</li> <li>- ausgeprägte Ressourcen</li> <li>- hohe Anstrengung zum Erreichen von Erfolgen</li> </ul>
<b>gescheiterte NPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anforderungen übersteigen Ressourcen</li> <li>- Einstellung der Anstrengung &amp; Gefühl des Scheiterns</li> </ul>
<b>erfolglose NPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geringe Ressourcen bei hohen Standards</li> <li>- keine Leistungsoptimierung um Scheitern vorzubeugen</li> <li>- Kompensation der Diskrepanz durch Phantasien &amp; Externalisieren des Scheiterns</li> </ul>

<b>interaktionelles Motiv</b>	<p>Anerkennung (wie bei SUP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>NPS</b>: Anerkennung durch Leistung.</li> <li>- <b>SUP</b>: Anerkennung durch positives Feedback (soziale Aspekte und Attraktivität)</li> </ul>
-------------------------------	--

<b>Selbstschemata</b>	<p><b>SUP:</b> negatives Selbstkonzept (zu Kompensation des labilen Selbst)</p> <p><b>NPS:</b> doppeltes Selbstkonzept</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>negatives Selbstkonzept</i> mit Fokus auf leistungsbezogenes Versagen</li> <li>2. kompensatorisches <i>positives Selbstkonzept</i>, das durch kompensatorisches Leistungsverhalten zustande gekommen ist</li> </ol> <p>→ Vermeidung der Aktivierung des negativen Selbstkonzeptes</p> <p>in <b>negativem state-of-mind:</b> Stimmung sinkt, Vermeidung, Aktivierung des negativen Gedächtnis, Kritikempfindlichkeit</p> <p>in <b>positivem state-of-mind:</b> Stimmung steigt, Annäherung, Aktivierung des positiven Gedächtnis, positive Reaktion auf Aktivierung</p>
-----------------------	--

<b>Differentialdiagnosen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>BPS &amp; bipolare Strg:</b> heftige Stimmungsschwankungen wenn in Situationen abwechselnd konträre Selbstkonzepte aktiviert werden → ganzheitliche Wechsel von Selbst- und Beziehungsschemata)</li> <li>- <b>zwanghafte PKS:</b> Regelsetzerverhalten (Regelverhalten auf Grund von Gesellschaftsnorm vs. Regeln für den eigenen Vorteil)</li> <li>- <b>DIS:</b> Verlust des autobiografischen Gedächtnisses</li> <li>- <b>Dissozial:</b> geringe Fähigkeit des emotionalen Nachempfinden; Sensation Seeking; spielerischer Umgang mit Liebesbeziehungen</li> </ul>
------------------------------	--

<b>Beziehungsschemata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anerkennung (!!)</li> <li>- Wichtigkeit</li> <li>- Autonomie</li> <li>- Solidarität</li> </ul>
<b>Konsequenzen der Schemata</b>	<p>negative Selbstschemata sollen um jeden Preis vermieden werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kleiner Freundeskreis gut getesteter Personen</li> <li>- Vorsicht mit Freigabe vertraulicher Informationen</li> <li>- starkes Autonomiebestreben</li> <li>- Vorbehalte in Beziehungen</li> </ul>

<b>Narzisstische Krisen</b>	
<b>Empfindlichkeit ggüber Kränkung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- unbewusste Größenvorstellungen kompensieren labiles Selbstwertgefühl</li> <li>- Größenvorstellungen sind auf bestätigende äußere Umstände angewiesen (Selbstobjekt)</li> <li>- Durch Krisen kann Größenselbst beschädigt werden → Kleinheits-Selbstzustand</li> </ul>
<b>Suizidalität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- unbewusster Fluchtweg um Beschämung &amp; Schande zu entkommen.</li> <li>- Teilweise auch als Sieg über den Therapeuten</li> </ul>

## Borderline/ Emotional-instabile PKS (F60.3)

<b>Kriterien ICD-10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- emotionale Instabilität</li> <li>- Störung des Selbstbildes</li> <li>- Unklarheit über Ziele und innerer Präferenzen (einschließlich sexueller)</li> <li>- chronisches Gefühl innerer Leere</li> <li>- Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen</li> <li>- Suizidalität und/ oder selbstschädigende Handlungen</li> </ul>
-------------------------	---

<b>Ätiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- biopsychosoziale Risikobedingung (siehe Diathese-Stress-Modell)</li> <li>- vermutlich wichtigster Risikofaktor: Kindheitserfahrungen (insbesondere Eltern-Kind-Beziehung)</li> </ul>
------------------	---

<b>Störungen in 5 Bereichen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Störungen der Emotionsregulation</li> <li>2. Störungen des Denkens</li> <li>3. Störungen der Selbstwahrnehmung</li> <li>4. Störungen im zwischenmenschlichen Bereich</li> <li>5. Störungen auf Verhaltensebene</li> </ol>
---------------------------------	---

## Dissoziation (F44.x & F48.1)

wechselnde Klassifikation der Hysterie als Konversion oder Dissoziation

## Hysterie

Kein einheitliches Konzept bzw. Störungsbild

<b>Phänomene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konversion</li> <li>- Dissoziation</li> <li>- Hysterischer Charakter             <ul style="list-style-type: none"> <li>- histrione PKS</li> <li>- hysteriforme PKS</li> </ul> </li> </ul> <p>→ Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den Bereichen. Eine Störung in einem Bereich geht nicht zwingend mit Störung im anderen Bereich einher</p>
------------------	--

<b>Freud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ödipale Konflikthypothese der Hysterie</li> <li>- <i>libidinös gefärbte Bedürfnisse zu gegengeschlechtlichen Elternteil und aggressive/ libidinöse Anteile zu gleichgeschlechtlichem Elternteil sind schlecht mit dem Selbst vereinbar</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Verdrängung</i>: verhindert eine adäquate Identifikation mit Rolle als Frau/ Mann und tiefgreifende sexuelle Befriedigung</li> </ul> </li> <li>- aktuelle Lebensumstände reaktualisieren den Konflikt             <ul style="list-style-type: none"> <li>- → affektive Belastung → Hysterie</li> </ul> </li> </ul>
--------------	--

<b>Mentzos</b>	<p><i>Hysterie als Inszenierung</i> von etwas, was nicht real ist</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Betroffener versetzt sich in einen Zustand, der ihn sich selbst anders erleben lässt und in den Augen anderer anders erscheint</li> <li>- -&gt; Milderung der konflikthafter unerträglicher Spannung</li> </ul> <p><b>Das spezifisch hysterische:</b> Das Überich so erscheinen lassen und sich selbst so erleben wollen, dass hierdurch ein (primärer &amp; sekundärer) Krankheitsgewinn erreicht wird.</p>
----------------	---

<b>primärer Krankheitsgewinn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausdrucksgebung ohne Schuld &amp; Scham</li> <li>- Triebausdruck ohne Strafe</li> <li>- narzisstischer Gewinn durch Besonderheit</li> <li>- Kompensation innerer Leere</li> <li>- Identifikation</li> </ul>
<b>sekundärer Krankheitsgewinn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zuwendung/ Schonung</li> <li>- „Rache“</li> </ul>

<b>Beziehungsgestaltung</b>	<p>Der Andere = Publikum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partner sollte bescheiden und zurückhaltend sein</li> <li>- Konflikt und Abwertung wenn die Bühne nicht gestellt wird</li> <li>- wenig erotische Attraktion zu anderem Partner</li> <li>- Eroberung ohne Sex</li> </ul>
<b>Kognitiver Stil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nebelhaft &amp; impressionistisch</li> <li>- wenig Faktenwissen (Diffuse Gefühle)</li> <li>- Gedächtnislücken werden mit Phantasie aufgefüllt</li> <li>- Hyperemotionalität</li> <li>- fehlende Ernsthaftigkeit</li> </ul>

## Dissoziation (F44.x & F48.1)

<b>Dissoziation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trennung, Auflösung, Zerfall (Gegenteil von Assoziation: Verbindung, Verknüpfung)</li> <li>- Prozess der <b>Desintegration/ Defragmentierung</b> des Bewusstseins, Gedächtnisses, Identität &amp; Wahrnehmung</li> <li>- Allgemeine menschliche Verarbeitungsmöglichkeit. Bei Kindern besonders ausgeprägt (lässt im Alter nach)</li> <li>- Alltagsphänomene: Tagträumen, Gedankenabschweifen und daraus resultierende Amnesien</li> <li>- Derealisation &amp; Depersonalisation</li> <li>- Auftreten bei extremen Erregungszuständen (<b>Schutzfunktion</b>): unbewusstes Fernhalten unerträglicher Spannung aus dem Bewusstsein</li> </ul>
---------------------	---

<b>Konversion</b>	<p><b>Ausdruckserkrankung:</b> Versuch der Lösung eines unbewussten Konfliktes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konversion dient der neurotischen Konflikt-/ Affektabwehr auf höherem/ mittleren Strukturniveau</li> </ul>
<b>Identifizierung mit Konversion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abwehr von Verlustängsten</li> <li>- Symptom bringt weiterbestehende Bindung zum Ausdruck (bei Trennung von geliebter Person)</li> <li>- Bsp.: Herzschmerz, wenn Angehöriger an Herzinfarkt verstorben ist</li> </ul>

<b>Somatoforme Gleichsetzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich-Regression ich-schwacher Persönlichkeiten bei Überlastung (BPS)</li> <li>- Sprachverlust, Rückgriff auf präsemantische Körpersprache</li> <li>- Bsp.: Absence als Flucht aus dem Körperlichen</li> </ul>
<b>Somatoforme Symbolisierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übersetzung des <b>Konfliktes ins Körperliche</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptom verweist auf Konflikt/ Vorstellung/ Affekt</li> <li>- Abwehr narzisstischer Wut/ Versorgungskonflikte</li> </ul> </li> <li>- Bsp.: Herzschmerz bei Liebeskummer; Gangstörung bei Wunsch aus Situation zu fliehen</li> </ul>

<b>Hauptsymptome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amnesie</li> <li>- Depersonalisation: Gefühl des Losgelöstseins/ Entfremdung vom eigenen Selbst. Z.t. sensorische Unempfindlichkeit</li> <li>- Derealisation</li> <li>- Identitätsunsicherheit</li> <li>- Identitätswechsel</li> <li>- Verlust der psychischen Integration</li> </ul>
<b>Äußerliche Anzeichen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wie erstarrt</li> <li>- in sich gekehrt</li> <li>- schläfrig, benommen, Antwortlatenzen</li> <li>- desorientiert</li> <li>- Veränderung in Gestik, Mimik, Sprechweise, Stimme, Haltung</li> </ul>

<b>Ätiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstinduziert (Cannabinoide, Ketamin, LSD, Psylobylin, Opiate)</li> <li>- HPA-Stress-Achse wird kontrovers diskutiert (Kortisol, Adrenalin)</li> <li>- innerer Konflikt kann nicht mehr bewältigt werden             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewältigung durch Wechsel der Identität bzw. Defragmentierung</li> </ul> </li> </ul>
<b>Risikofaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- starke genetische Komponente</li> <li>- Suggestibilität, mentale Absorption, starke Fantasieneigung</li> <li>- Alexithymie</li> <li>- Defizite im Arbeitsgedächtnis</li> <li>- vorherige Dissoziation</li> </ul>

<b>Risikogruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PTBS</li> <li>- BPS</li> <li>- Essstörung</li> <li>- Sucht</li> </ul>
<b>Diagnose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oft lange psychiatrische Vorgeschichte</li> <li>- im Schnitt 3 Vordiagnosen</li> <li>- Latenz bis zur Diagnose 6-22 Jahre</li> </ul>

<b>Häufige dissoziative Störungen</b>	<p>F44.4 dissoziative Bewegungsstörung                  F44.5 dissoziative Krampfanfälle                  F44.6 Dissoziative Sensibilitäts-/ und Empfindungsstörungen                  → oberen drei zählen zu Konversionsstörungen</p> <p>F44.81 Dissoziative Identitätsstörung</p> <p>F48.1 Depersonalisation &amp; Derealisation</p>
<b>Formen dissoziativer Störungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- blanc: ohne Erinnerungen</li> <li>- gefüllt: mit Intrusionen</li> <li>- Dissoziative Identitätsstörung</li> </ul>
<b>Exkurs zu PTBS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intrusiver Subtyp (Intrusionen, Beschleunigung Puls)</li> <li>- dissoziativer Subtyp (Abspaltung, keine Veränderung Puls)</li> </ul>

<b>Dissoziative Identitätsstörung (DIS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mind. 2 unterschiedliche Teilidentitäten/ Persönlichkeitszustände die wiederholt Kontrolle über Verhalten der Person übernehmen</li> <li>- Amnesien</li> <li>- Entfremdungserleben</li> <li>- Stimmenhören</li> <li>- Manifestation von Identitätswechseln</li> <li>- bei 90% Traumatisierung</li> <li>- <b>Therapieziel:</b> Wissen über alle Identitäten erlangen</li> </ul>
<b>DIS vs. Psychose vs. BPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bei DIS gestörtes Identitätserleben und pseudopsychotische Symptome bei weitgehend erhaltener Realitätskontrolle</li> <li>- <b>psychotische</b> Patienten beschreiben ihre Stimmen als von außen kommend</li> <li>- <b>BPS:</b> Wechsel des Identitätserlebens betrifft vor allem emotionale Gestimmtheit. Autobiografisches Gedächtnis bleibt erhalten</li> <li>- <b>DIS:</b> Zugang zu autobiografischer Information wechselt</li> </ul>

### Derealisation/ Depersonalisation als Ich-Störung?

- Ich-Störung als psychotisches Symptom
- Dissoziation als neurotisches Symptom

**AMDP:** keine Kategorie für Dissoziation. Zuordnung bei den Ich-Störungen

**ICD:** Derealisation/ Depersonalisation als Restkategorie F48.1

**DSM:** Derealisation entspricht Dissoziativer Störung. Ich-Störung entspricht Symptom der Schizophrenie (und keiner Diagnose)

→ Ich-Störung und Dissoziation beschreiben ähnliche Phänomene. Wird eine Funktionseinheit der Identität abgespalten, handelt es sich letzten Endes um eine Störung des Ichs. Es bleibt die Frage ob es sich um ein psychotisches oder neurotisch begründbares Symptom handelt.

- **Dissoziation** als Abspaltung psychischer Funktionseinheiten zum Schutz des Individuums vor unerträglichen Realitäten → setzt temporär ein
- **Ich-Störungen** bei Psychosen sind zeitlich stabil während der floriden Episode

### Erklärungsmodell für Entstehung einer Ich-Störung

1. Vor Handlungsausführung (bei Vorliegen einer Handlungsintension) erstellt das Gehirn eine Prognose von Reizkonstellationen

→ **Efferenzkopie:** Was passiert, wenn ich die Handlung ausführe?

2. Abgleich mit der Realität (Handlungsausführung) mit Efferenzkopie in Echtzeit

→ nur wenn Efferenzkopie und Handlungsausführung synchron und identisch sind, habe ich das Gefühl, dass ich die Handlung ausgeführt habe

Ist die Efferenzkopie inkompatibel oder nicht vorhanden, habe ich das Gefühl, dass ich es nicht wahr (Fremdsteuerung)

→ Ich-Störung im Rahmen einer Psychose

## Somatoforme Störungen

Auslöser + Konflikt führt über Angst & Regression zu Reaktualisierung infantiler Konflikte. Diese Konflikte werden abgewehrt. Bei misslingender Verdrängung kommt es zu einer Kompromissausbildung zwischen den Konfliktanteilen wodurch letzten Endes ein Symptom entsteht.

**Zweiphasige Abwehr**  
(Mitscherlich)

1. Konflikt führt zu neurotischen Symptomen mit Ich-Störung → Erhöhung der Abwehr
2. Somatische Reaktion als reaktiver Prozess



<b>Desomatisierung</b> (Schur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung und Reifungsvorgänge des gesunden Kindes</li> <li>- Einheit psychischer und körperlicher Vorgänge des Kindes differenziert sich mit Ausbildung der Ich-Funktionen → psychische und körperliche Vorgänge werden allmählich getrennt</li> </ul>
<b>Resomatisierung</b> (Schur)	Entsteht durch psychische Spannung und Regression

<b>Alexithymie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- affektiv-kognitive Störung</li> <li>- es besteht ein operationalisiertes Denken mit wenig Sinn für Symbolik und Phantasie             <ul style="list-style-type: none"> <li>- → Orientierung an konkreten Dingen</li> </ul> </li> <li>- wesentliches Merkmal: Unfähigkeit Gefühle wahrzunehmen und mit Worten zu beschreiben</li> </ul> <p>→ Einschränkungen im Kontakt zu Emotionalität erhöht die Vulnerabilität für eine psychosomatische Störung</p>
--------------------	--

## Essstörungen

Dem klinischen und gesellschaftlichen Eindruck folgend, scheinen die Zahlen der Anorexie und Bulimie anzusteigen.

ABER: Die Datenlage zeigt gleichbleibende Prävalenzen in den letzten 15 Jahren

Minnesota-Studie (Keys, 1950): viele Störungen bei Patienten mit Bulimie/ Anorexie könnten Folge des Hungers sein

<b>Anorexia nervosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tatsächliches Körpergewicht liegt mind. 15% unter dem Erwarteten bzw. <b>BMI &lt;17,5</b>. Gewichtsverlust ist selbst herbei geführt</li> <li>- in Vorpubertät kann erwartete Gewichtszunahme in Wachstumsperiode ausbleiben</li> <li>- zusammen mit Sucht höchstes Suizidrisiko</li> </ul>
ICD-10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermeidung hochkalorischer Speisen</li> <li>- selbstinduziertes Erbrechen</li> <li>- selbstinduziertes Abführen</li> <li>- übertriebene körperliche Aktivität</li> <li>- Gebrauch von Appetitzüglern/ Diuretika</li> <li>- Körperschemastörungen (schwer beeinflussbar): Angst zu dick zu werden als tief verwurzelte überwertige Idee.</li> <li>- endokrine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse führt zu Amenorrhoe/ Libido- und Potenzverlust</li> <li>- unter Umständen sind pubertäre Entwicklungsschritte gehemmt/ verzögert</li> </ul>

subjektive Beschwerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reizbarkeit, Unruhe, Konzentrationsstörungen</li> <li>- Schwäche, Kopfschmerzen, Schwindel</li> <li>- Obstipation, Völlegefühl</li> <li>- Kälteintoleranz</li> <li>- Amenorrhoe</li> </ul>
<b>Bulimia nervosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mögliche Entwicklung aus der Anorexie</li> <li>- Heißhungeranfälle mit anschließenden Gewichtsregulierenden Maßnahmen</li> <li>- Häufigkeitsgipfel: 18-20 Jahre</li> </ul>
Beschwerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angst vor Gewichtszunahme bei Normalgewicht</li> <li>- Tagesablauf ist geprägt von Gedanken an Essen</li> <li>- Stoppen der Essanfälle durch Bauchweh, Erschöpfung, äußere Umstände</li> <li>- Geheimhaltung</li> <li>- depressive Verstimmung &amp; Stimmungsschwankungen</li> <li>- Drogenmissbrauch/ -abhängigkeit</li> <li>- nur DSM: Kontrollverlust</li> </ul>
<b>Atypische E-störungen</b>	<p>→ Restekategorie für Sonderfälle, ist jedoch die häufigste Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lösung DSM: nur spezifische Diagnose erlauben Ableitung eines nachvollziehbaren Therapieplans</li> </ul>
<b>Adipositas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Über das Normalmass hinausgehende Vermehrung des Körperfettes</li> <li>- Maß für Schweregrad ist BMI und beginnt ab &gt;30</li> <li>- Keine F-Diagnose. Wird stattdessen bei Kapitel IV Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten kodiert</li> <li>- siehe auch <b>Binge-Eating</b> (Fressanfälle, Kontrollverlust, Scham).</li> </ul>

Bulimie	Anorexie
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperphagie</li> <li>- Sorge um Gewicht</li> <li>- Nicht zunehmen wollen</li> <li>- Kontrollverlust</li> <li>- Normalgewicht + Schwankungen</li> <li>- Leidensdruck/ Schuldgefühle</li> <li>- nach Offenbarung große Therapiebereitschaft</li> <li>- Amenorrhoe</li> <li>- restriktiv: ich-synton/ Essanfälle: dyston</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypophagie</li> <li>- Sorge um Gewicht</li> <li>- abnehmen wollen</li> <li>- Kontrollzwang</li> <li>- Untergewicht/ Kachexie</li> <li>- kein Leidensdruck/ Verleugnung</li> <li>- geringe Therapiebereitschaft</li> <li>- Amenorrhoe</li> <li>- Störung des Körperbildes</li> <li>- meist ich-synton</li> </ul>

<p><b>Differentialdiagnosen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Major Depression: Leere, Schwäche, Antrieb schwach</li> <li>- Schizophrenie: Leptinmangel vs. psychotischer Erregungszustand</li> <li>- Soziale Angststörung: Drang zur Geheimhaltung</li> <li>- Zwangsstörung: physiologisch bedingte Zwangssymptome durch starkes Untergewicht möglich</li> <li>- Körperdysmorphie Störung</li> <li>- Bulimia nervosa: bei Anorexie bulimischer Typus möglich</li> <li>- Schmerzstörung: Folgen des ES</li> <li>- Borderline: labile Stimmung &amp; innere Leere</li> <li>- narzisstische PKS: scheinbare Arroganz, Abgrenzung von anderen, Erhaben fühlen</li> <li>- ADHS: Leptin wirkt beruhigend. Bei Mangel folgt daraus Hyperaktivität</li> </ul>
<p><b>Ätiologie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- genetische Belastung</li> <li>- organische Ursachen: Dysregulation hypothalamischer Kontrollzentren; Störung serotonerger Transmission</li> <li>- gesellschaftlicher Druck &amp; familiäre Struktur</li> <li>- Gefühl der Minderwertigkeit und gestörte Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit</li> <li>- Probleme im Zwischenmenschlichen Bereich</li> <li>- Lösungsversuch einer sozialen Reifungskrise</li> </ul>
<p><b>Verlauf der Anorexie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-20% letal</li> <li>- 33% gebessert</li> <li>- 47% remittiert</li> <li>- 20% chronisch krank</li> </ul>

<p><b>Funktionale Aspekte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erlangen von Autonomie/ Selbstbewusstsein/ Selbstwertgefühl</li> <li>- Erlangen von Stolz</li> <li>- Hilferuf nach Liebe, Geborgenheit, Anerkennung</li> <li>- Schutz vor Anforderungen des Erwachsenenlebens, Sexualität, Leistungsanforderungen</li> <li>- Sieg über Angst vor Mittelmaß</li> <li>- Beweis für Kontrolle über sich/ den Körper</li> </ul>
<p><b>Besonderheit bei Männern</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- anderes Gewichtsideal: pathologisches Verhalten hinsichtlich Muskelaufbau</li> <li>-&gt; Prävalenz vermutlich unterschätzt</li> </ul>
<p><b>Körperliche Folgen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verletzungen im Rachen- und Mundbereich</li> <li>- Zahnschäden, Schwellung der Speicheldrüsen, Speiseröhrenrisse</li> <li>- Nieren-/ Herzrhythmusstörungen</li> <li>- Magenwandschäden durch Überlastung</li> <li>- Amenorrhoe</li> <li>- Heiserkeit</li> <li>- Vitamin-/ Mineralmangel</li> <li>- Muskulatur und Hirnmasse nimmt ab (weil Eiweißquelle fehlt)</li> <li>- Ödeme</li> <li>- Verringerung der Knochendichte</li> </ul>

## Teufelskreis der Bulimie

1. Angst vor Gewichtszunahme
2. restriktives Essen führt zu körperlichem Mangelzustand
3. Mangelzustand führt zu Heißhungerattacken (dient Stressabbau und Ablenkung)
4. auf Heißhungerattacken folgt Angst vor Gewichtszunahme
5. Erbrechen wird induziert (dient der Angstreduktion und Erleichterung)

## Tiefenpsychologische Sicht:

Bei Essstörungen besteht ein depressiver Grundkonflikt und dessen orale Verarbeitung: Das kindliche Selbst und das erwachsene Objekt passen nicht gut zusammen  
 -> das Selbst bekommt vom Objekt weniger als es braucht. Daraus resultiert eine unsichere Bindung des Selbst an wichtige Objekte

<p><b>depressiver Grundkonflikt</b></p> <p>(Übergang orale - anale Phase)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>frühe Phase der Selbst-Objekt-Differenzierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- frühes gutes Objekt wird in medialer (übermenschlicher) Gestalt ersehnt. (z.B. Dyade mit Mutter)</li> <li>- Abgabe von Unlust und Schmerz an starkes Objekt</li> </ul> </li> <li>2. <b>reife Phase</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zu früh verlassenes/ wenig gefördertes Selbst erlebt sich als leer und unwertig</li> <li>- Selbst ersehnt Geborgenheit/ Fülle/ Sicherheit/ Sättigung</li> <li>- hilfloser Hass gegen enttäuschendes Objekt</li> </ul> </li> </ol>
<p><b>Adipositas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oral-regressive Verarbeitungsform nicht um äußere Beziehung zu ändern, sondern um die innere Situation/ Stimmungslage zu regulieren</li> <li>- dabei ist es egal was zugeführt wird, hauptsache es macht satt                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- durch scheinbar wahllose orale Aufnahme wird Wohlbefinden stabilisiert</li> </ul> </li> </ul>
<p>Gründe für diese Art der Emotionsregulation</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>tiefe Hoffnungslosigkeit</i> die Realwelt aktiv ändern zu können</li> <li>2. Selbst <i>kann Realwelt nicht ertragen</i>. Realwelt und Selbst wird als leer/ langweilig/ kränkend erlebt</li> </ol>