Zusammenfassung Störungsbilder

# Zwangsstörungen

**Symptome**

1. Entweder Zwangsgedanken oder -handlungen
   * Zwangsgedanken:
     + Wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, als unangemessen empfunden, rufen Angst oder großes Unbehagen hervor
     + Nicht nur übertriebene Sorgen über reale Probleme
     + Person versucht, sie zu ignorieren, zu unterdrücken oder mithilfe anderer Tätigkeiten oder Gedanken zu neutralisieren
     + Person erkennt sie als Produkt des eigenen Geistes (nicht von außen eingegeben)
   * Zwangshandlungen:
     + Wiederholte Verhaltensweisen oder gedankliche Handlungen, zu denen sich Person als Reaktion auf Zwangsgedanken oder wegen streng zu befolgender Regeln gezwungen fühlt
     + Dienen dazu, Unwohlsein oder gefürchtete Ereignisse zu verhindern, ohne dass realistischer Zusammenhang besteht (oder zumindest deutlich übertrieben)
2. Person erkennt, dass Gedanken oder Handlungen übertrieben oder unbegründet sind
3. Erhebliche Belastung, Zeitaufwand > 1 Stunde pro Tag oder deutliche Beeinträchtigung der Tagesroutine, beruflicher und schulischer Funktionen, üblicher Aktivitäten und Beziehungen
4. Nicht auf Inhalt einer anderen Störung begrenzt, z.B. nicht nur auf Essen bezogen bei Essstörungen etc.
5. Nicht durch Substanz oder physisch verursacht

**Neuerungen in DSM-5**

Obsessive-Compulsive and Related Disorders

* OCD
* Body Dysmorphic Disorder (BDD)
* Hoarding Disorder
* Trichotillomanie
* Excoriation Disorder

**Unterkategorien**

Nach ICD-10:

* Vorwiegend Zwangsgedanken
* Vorwiegend Zwangshandlungen
* Zwangsgedanken und –handlungen gemischt
* Sonstige
* NNB

**Diagnostik**

* SKID I (kategorial)
* OCI-R (Obsessive-Compulsive Inventory, revised)

**Epidemiologie**

**Prävalenz:** 1,6%

* Frauen leicht häufiger
* Onset früh (23 Jahre)

**Komorbidität** 30-60%

* Depression
* Angststörungen
* Essstörungen
* Persönlichkeitsstörungen (selbstunsicher-vermeidend, dependent, zwanghaft)
* Alkohol-/Medikamentenmissbrauch
* Tic-/Tourette-Störung

**Differentialdiagnostik**

* Beschäftigung mit Körper
  + Dysmorphophobie
  + Anorexie
  + Hypochondrie
* Impulskontrollstörungen
  + Kleptomanie
  + Path. Spielen
  + Trichotillomanie
* Neurologische Erkrankungen
  + Tic-Störung
  + Tourette-Syndrom
  + Sydenham Chorea
  + Morbus Huntington

**Ätiologie**

**Psychologische Modelle**

* 2-Faktoren-Theorie
* Kognitiv-behaviorales Modell nach Salkovskis
  + Aufdringlicher Gedanke 🡪 Bedeutung (krank) 🡪 Gefühl 🡪 Neutralisieren
* Netzwerktheorie (Foa)
* Typische Fehlinterpretationen
  + Überschätzung der Bedeutung von Gedanken
  + Notwendigkeit der Kontrolle von Gedanken
  + Überbewertung von negativen Ergebnissen des eigenen Handelns
  + Inflationäre Verantwortungsübernahme für Bereiche außerhalb der eigenen Kontrolle
  + Intoleranz gegenüber Unsicherheit
  + Perfektionismus
  + Omission error (Verantwortlichkeit für unterlassene Handlungen)
* Zentrale psychologische Faktoren
  + Gesteigerte Verantwortlichkeit
  + Thought-Action-Fusion
  + „Mentale Kontamination“ (Gedanken, Erinnerungen, Bilder)
  + Gedankenunterdrückung
  + Negative Stimmung und perseverierende Gedanken

**Schutz- und Risikofaktoren**

* Ungünstige Prognose bei
  + Frühem Erkrankungsbeginn
  + Geringem Widerstand
  + Bizarren Zwängen
  + Major Depression
  + Wahnhaften Vorstellungen, überwertigen Ideen
  + Komorbidität mit Tic-Störung oder Persönlichkeitsstörungen
* Günstige Prognose bei
  + Guter sozialer und beruflicher Anpassung
  + Vorliegen von auslösendem Ereignis
  + Episodischem Verlauf
* Lebensgeschichte:
  + Modell-/Imitationslernen
  + Emotionales Familienklima, Unsicherheit, Bedrohung
  + Elterliches Erziehungsverhalten stark kontrollierend
  + Mangel an Anerkennung für wachsende Selbstständigkeit aber auch Ängste und Schutzbedürftigkeit des Kindes
  + Betonung von sozialen Normen
  + Überbetonung der persönlichen Verantwortung oder Mangel an Verantwortungserfahrung

**(Neuro-) Biologische Modelle**

* Genetische Komponente (Zwillingsstudien, erhöhtes Risiko für Familienangehörige)
* Beginn einer Zwangsstörung nach Schädel-Hirn-Trauma (Frontalhirn, Basalganglien) möglich
* Kortiko-Striato-Thalamo-Kortikale Regelkreise (CSTC)
  + Intrusionen als Ergebnis eines Fehlerhaften Filterprozesses im Thalamus
  + Infos, die normalerweise implizit verarbeitet werden, gelangen wegen Dysfunktion des Striatums in explizite Informationsverarbeitung
  + Zwangsrituale aktivieren CSTC-Kreise und unterdrücken so unkontrollierte Stimulation
* Kortex-Volumen reduziert, Subkortex-Volumen erhöht
* Strukturelle Veränderungen im Striatum
* Veränderungen in Visuellem Gedächtnis, kognitiver Flexibilität, Fluiditätsleistungen, Problemlösefähigkeiten

**Behandlung**

* Exposition
  + In sensu
  + In vivo
  + Tonbandaufnahmen mit Zwangsgedanken
* Mögliche Probleme:
  + Geringe Therapiemotivation, Ambivalenz
  + Organisches Störungsmodell
  + Funktionalisierung der Behandlung als Neutralisierung
* Pharmakotherapie
  + SSRIs oder TZA
  + Als Alleintherapie nicht sinnvoll da hohe Rückfallraten

# Generalisierte Angststörung

**Symptome**

1. Übermäßige Angst und Sorge bzgl. Mehrerer zukünftiger Ereignisse oder Tätigkeiten für mindestens 6 Monate an der Mehrzahl der Tage
2. Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren
3. Angst und Sorgen mit min. 3 Symptomen verbunden:
   * Ruhelosigkeit
   * Leichte Ermüdbarkeit
   * Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf
   * Reizbarkeit
   * Muskelspannung
   * Schlafstörungen
4. Nicht auf Merkmale einer anderen Störung beschränkt
5. Klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigung
6. Nicht durch Substanz oder medizinischen Krankheitsfaktor bedingt

**Neuerungen in DSM-5**

----

**Unterkategorien**

----

**Diagnostik**

* PSWQ (Penn State Worry Questionnaire)
  + 15 Items
* PHQ-D (Patientenfragebogen zum Screening, eng an DSM angelehnt)

**Epidemiologie**

**Prävalenz:** 5,7%

**Komorbidität** 90,5%

* Spezifische Phobien
* Soziale Phobie
* Panikstörung
* Depression
* Substanzmissbrauch
* Achse II Störungen
* GAS meist zeitlich primäre Störung

**Ätiologie**

**Psychologische Modelle**

* Auslöser unklar bestenfalls vage
* Modelle der Konditionierung (z.B. 2-Faktoren-Theorie von Mowrer) zunächst unbrauchbar
* Bei anderen Angststörungen steht Vermeidung oft im Vordergrund der Erkrankung, bei GAS Vermeidungsverhalten schwer erkennbar
* Sorgen wird von den Patienten meist als unangenehm beschrieben
* Warum vermeiden GAS Patienten Sorgen nicht?
* Vermeidungstheorie der Sorgen (Borcovec)
  + Sorgen primär verbaler gedanklicher Prozess
  + Explizite Funktion: Verhinderung zukünftiger Katastrophe
  + Implizite Funktion: Hemmung lebendiger emotionaler bildhafter Vorstellungen und assoziierter körperlicher Reaktionen
  + Diese Inhibition verhindert emotionale und somatische Erfahrung die für Verarbeitung und Habituation notwendig wäre 🡪 negative Verstärkung
  + Vermeidung von physiologischer Hypervigilanz, intensiven Emotionen, interpersonellen Konflikten/Problemen, Unsicherheit
* Meta-kognitives Modell (Wells)
  + Typ 1 Sorgen: Bewertung von Ereignissen und körperlichen Symptomen
  + Typ 2 Sorgen: Bewertung der Typ 1 Sorgen bzw. von Kognitionen allgemein (Meta-Sorge)

**Schutz- und Risikofaktoren**

----

**(Neuro-) Biologische Modelle**

* Kontrast-Vermeidungsmodell (Newman)
  + Bei Sorgen weniger Angst in angstauslösender Situation aber auch weniger Entspannung vorher und hinterher (weniger Kontrast)

**Behandlung**

* KVT
  + Stimulus-Kontroll-Programm: Grübelstuhl
  + Aufmerksamkeitsfokussierung auf das Hier und Jetzt
  + Imaginationstraining mit negativen bildhaften Vorstellungen und Ersetzen durch realistischere Vorstellungen
  + Hinterfragen der Typ-2-Sorgen
  + Sorgenkonfrontation
* PMR
  + Allgemeine Anspannung unter der Angstschwelle halten

# Soziale Phobie

**Symptome**

1. Angst oder Unwohlsein vor sozialen Situationen in denen die Person der Bewertung durch andere ausgesetzt ist
2. Person befürchtet, dass negativ bewertet wird durch ihr Verhalten oder Angstsymptome
3. Die sozialen Situationen rufen (fast) immer Angst hervor
4. Sie werden vermieden oder mit intensiver Furcht oder Ängstlichkeit durchgestanden
5. Die Angst oder das Unbehagen sind unverhältnismäßig hoch im Bezug zur realen Bedrohung durch die Situation oder den soziokulturellen Kontext
6. Persistentes Muster, typischerweise 6 Monate oder länger
7. Leiden oder Beeinträchtigung
8. Nicht verursacht durch Substanz oder Krankheit
9. Nicht besser mit anderer Störung zu erklären wie Panikstörung, Autismus etc.
10. Nicht nur bezogen auf medizinischen Zustand wie Parkinson (oder übertrieben)

**Neuerungen in DSM-5**

----

**Unterkategorien**

* Isolierte Test- oder Prüfungsangst
* Interaktions- vs. Performanzängste
* Generalisierter vs. nicht generalisierter Subtyp
* Taijin Kyofusho
* Bühnenangst und Lampenfieber
* Vermeidend-selbstunsichere (DSM-IV) oder ängstlich-vermeidende (ICD-10) PS

**Diagnostik**

* LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale)
  + Fremdeinschätzung (semi-strukturiertes Interview)
  + 24 Items
  + Gesamtscore 0-144, ab 30: spezifischer Subtyp, ab 60: generalisierter Subtyp
  + Subskalen: Leistungsangst, Sozialangst
* SPS (Social Phobia Scale)
  + Selbsteinschätzung
  + 20 Items, 5 Minuten

**Epidemiologie**

**Prävalenz:** 12,1% (dritthäufigste psychische Störung nach Alkoholabhängigkeit und affektiven Störungen)

* Onset bei 75% vor dem 16. Lebensjahr
* Frauen:Männer ca. 3:2

**Komorbidität:** 81%

* Am häufigsten generalisierte soziale Phobie mit vermeidend-selbstunsicheren PS (56-90%)
* Major Depression 37%
* Alkoholabhängigkeit 24% (Selbstmedikationshypothese)

**Ätiologie**

**Psychologische Modelle**

* Modell von Clark & Wells
  + Soziale Situation 🡪 aktiviert Grundannahmen (unkonditionale und konditionale Überzeugungen, Perfektionismus) 🡪 Wahrnehmung sozialer Bedrohung
    - Zusammenspiel aus Sicherheitsverhalten, Selbstaufmerksamkeit und Angstsymptomen

**Schutz- und Risikofaktoren**

* Bindungstheorie
  + Ängstlich-protektives oder ablehnendes Erziehungsverhalten 🡪 selbstunsicher-vermeidendes Bindungsmuster
* Verhaltenshemmung und Schüchternheit
  + Biologisches Emotionssystem reagiert auf neue Reize mit Verhaltenshemmung
  + Schüchternheit = Temperamentsfaktor

**(Neuro-) Biologische Modelle**

**----**

**Behandlung**

* Gruppen und Einzel beides gut, Einzel etwas besser
* Sachlicher Interaktionsstil zu Beginn der Behandlung
* Soziales Kompetenztraining
  + Vermittlung positiver Selbstwirksamkeitserwartung
  + Beinhaltet Exposition
  + Einzelne Studien zeigen Defizite in sozialer Kompetenz

Aber:

* + Fördert rigide Verhaltensnormen
  + Erhöht Selbstaufmerksamkeit
  + Verstärkt Sicherheitsverhalten
  + Unklar, ob soziale Kompetenzdefizite nicht nur durch Selbstaufmerksamkeit und SV
* Nach Clark und Wells:
  + Ableitung eines isiosynkratischen Modells
  + Abbau von SV
  + Veränderung der Aufmerksamkeit
  + Video-Feedback
  + Verhaltensexperimente (Exposition)
  + Veränderung der antizipatorischen und nachträglichen Verarbeitung
  + Veränderung negativer Grundüberzeugungen

# Schizophrenie

**Symptome**

ICD-10

1. Min. 1 der Symptome:
   * Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung
   * Kontroll-, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten
   * Kommentierende o. dialogische Stimmen
   * Bizarrer Wahn

Oder min. 2

* + Halluzinationen
  + Neologismen, Gedankenabreißen, Einschiebungen -> Zerfahrenheit und Danebenreden
  + Katatone Symptome (Erregung, Mutismus, Stupor, wächserne Biegsamkeit, Negativismus)
  + Negative Symptome

1. Dauer: min. 1 Monat

DSM-IV

1. Min. 2 Symptome
   * Wahn
   * Halluzinationen
   * Desorganisierte Sprache
   * Grob desorganisiertes Verhalten oder katatone Symptome
   * Negative Symptome (Affektverflachung, Alogie, Willensschwäche)

Nur ein Symptom nötig wenn

* + Bizarrer Wahn
  + Kommentierende o. dialogische Stimmen

1. Leiden oder Beeinträchtigung
2. Dauer: min. 6 Monate (1 Monat floride S)

Abzugrenzen von organisch bedingter oder substanzinduzierter Psychose

**Neuerungen in DSM-5**

* Keine Subtypen der Schizophrenie mehr
* Stärkere Berücksichtigung dimensionaler Aspekte
* Ersterkrankung
  + Akut
  + Teilremission
  + Vollremission
* Mehrere Episoden
  + Akut
  + Teilremission
  + Vollremission
* Chronisch

**Unterkategorien**

Schizophrenie

* Paranoide
* Hebephrene/desorganisierte
* Katatone
* Undifferenzierte
* Postschizophrene Depression/Residuale
* Schizophrenie simplex

Schizotype Störung / Schizotypische Persönlichkeitsstörung

Anhaltende wahnhafte Störungen

Schizophreniforme Störung (Dauer und Leistungsabfall nicht erfüllt)

Schizoaffektive Störung

* Manisch
* Depressiv
* Gemischt

**Diagnostik**

* SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)
  + Halluzinationen
  + Wahnvorstellungen
  + Bizarres Verhalten
  + Formale Denkstörungen
* SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)
  + Klinisches Interview, 30 Items, 5 Dimensionen
  + Affektverflachung
  + Alogie
  + Apathie
  + Anhedonie
  + Aufmerksamkeitsprobleme
* Faktorenstruktur:
  + Negativ-Symptomatik, Desorganisiert und Positiv-Symptomatik

**Epidemiologie**

**Prävalenz:** 1-2%

* Onset mit ca. 30 Jahren
* 25% Heilung, keine Behinderung
* 50% mehrere Phasen, leichte Behinderung
* 25% chronisch, schwere Behinderung

**Komorbidität**

**Ätiologie**

**Psychologische Modelle**

* Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell
  + Vulnerabilität

Vererbte Krankheitsanfälligkeit

Probleme in Schwangerschaft und früher Kindheit

Dopaminstoffwechsel

Informationsverarbeitungsprobleme (z.B. Aufmerksamkeitsstörungen)

* + Belastungen (Stress)
  + Soziales Umfeld, Bewältigung
    - Frühwarnsignale 🡪 Psychotische Symptome
* Double-Bind-Theorie
  + Paradoxe Kommunikation soll zu paranoider Schizophrenie führen
  + Durch Studien eher widerlegt
* Familienklima (High Expressed Emotions HEE)
  + Begünstigen Rückfälle

**Schutz- und Risikofaktoren**

* Risiko unter Migranten 6-fach erhöht

**(Neuro-) Biologische Modelle**

* Genetische Komponente: Risiko bei eineiigem Zwilling 24-45%
* Dopaminhypothese
  + Verletzung des PC -> Reduzierte Aktivität der Dopamin-Neurone im PC ->negativ-Symptome -> Hemmungslösung der mesolimbischen Dopamin-Neuronen -> positiv-Symptome
* Neurologische Abweichungen:
  + Geringere Größe des Gehirns
  + Vergrößerte Ventrikel und Verringerung der grauen Masse
  + Abweichungen im Frontallappen, temporalen limbischen Strukturen, Basalganglien und Cerebellum
  + Möglicherweise angeboren

**Behandlung**

* Pharmakotherapie
* Soziotherapie
* Psychotherapie
* Integriertes Psychologisches Therapieprogramm IPT
  + Therapie sozialer und Problemlöse-Defizite
  + Therapie perzeptiver und kognitiver Störungen
* VT
  + Wissensvermittlung
  + Frühwarnzeichentraining
  + Krankheitsbewältigung
  + Stressbewältigung
  + Kommunikationstraining
  + Problemlösetraining
  + Kognitive Therapie
  + Kognitives Training

# Substanzstörungen

**Symptome**

Substanzmissbrauch (schädlicher Gebrauch)

1. Mindestens 1 Symptom:
   * Wiederholter Konsum führt zu Versagen bei wichtigen Aufgaben in Arbeit, Schule oder zu Hause
   * Wiederholter Konsum in Situationen mit körperlicher Gefährdung
   * Wiederkehrende Probleme mit Gesetz in Zusammenhang mit Substanz
   * Fortgesetzter Konsum trotz ständige/wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme durch Auswirkungen der Substanz
2. Beeinträchtigung oder Leiden
3. Über Zeitraum von min. 12 Monaten

Substanzabhängigkeit

1. Min. 3 Symptome:
   * Toleranzentwicklung
   * Entzug
   * Konsum häufig in größeren Mengen oder längeren Zeitraum als beabsichtigt
   * Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, Konsum zu verringern/kontrollieren
   * Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum oder Erholung
   * Aufgabe oder Einschränkung von wichtigen sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten
   * Konsum fortgesetzt trotz Erkennens anhaltender körperlicher oder psychischer Probleme

**Neuerungen in DSM-5**

* Substance-Related and Addictive Disorders
* Substanzmissbrauch vorher nur 1 Kriterium nötig, jetzt 2-3 von 11
  + Drug craving neu
  + Probleme mit Gesetz weg wegen kulturellen Unterschieden
* Störungen durch Susbtanzkonsum
  + Störung durch Alkoholkonsum etc.
* Substanzinduzierte Störungen
  + Intoxikation
  + Entzug
  + Substanz- oder medikamenteninduzierte psychotische Störung

**Unterkategorien**

Abhängigkeit

Missbrauch

Intoxikation

Entzug

Delir

* Koffein nur I
* Nikotin nur A und E
* Halluzinogene und Cannabinoide kein E

**Diagnostik**

* Bagatellisierungstendenz der Betroffenen, daher unterschiedliche Quellen berücksichtigen
* MALT (Münchner Alkoholismustest)
  + 7 Items vom Arzt zu beurteilen (Lebererkrankung, Polyneuropathie, Fahne etc.)
  + 24 Items vom Patienten zu beurteilen
  + Items vom Arzt zählen 4-fach

0-5 Punkte unauffällig

6-11 Punkte Warnhinweis

12-52 Punkte alkoholabhängig

* AUDIT (Alcohol Use Disorder Identifikation Test)
  + 10 Items
  + Bezogen auf letzte 12 Monate
  + 3 Subskalen:
    - Trinkmenge und –häufigkeit
    - Abhängigkeitssymptome
    - Persönliche und soziale Probleme durch Alkoholmissbrauch
  + Ca. 10 Minuten
  + 0-4 Punkte für jedes Item
  + Cut-off: Frauen >=4, Männer >=7

**Epidemiologie**

**Prävalenz**

Alkohol

* Riskanter Konsum: 29,7%
* Missbrauch: 3,8%
* Abhängigkeit: 2,4%

Tabak

* Raucher: 31,8%
* Anhängigkeit: 7,3%

Medikamente

* Abhängigkeit: 1,7%

Cannabis und andere Drogen jeweils unter 1 %

**Komorbidität**

**Ätiologie**

**Psychologische Modelle**

* Motivation zum Konsum / Erwartung an die Wirkung
* Kognitiv-soziale Lernprozesse
* Konditionierungsprozesse
* Persönlichkeitsfaktoren (z.B. Suchtpersönlichkeit)
  + Quatsch, nur Zusammenhang mit antisozialer PS gut belegt
* 3 Teufelskreise:
  + Intrapsychisch (neg. Selbstbild, Copingdefizite)
  + Somatisch (Entzugserscheinungen)
  + Psychosozial (alkoholbedingte Folgen)
* Sozial-kognitives Modell des Rückfalls (Marlatt & Gordon)
  + Kündigt sich in kleinen Schritten an
  + 3 kritische Bedingungen:
    - Problematische Lebenssituation
    - Konfrontation mit Risikosituation
    - Fehlende Bewältigungsstrategie
  + Erneuter Konsum nicht zwangsläufig Rückfall in frühere Muster, abhängig von
    - Selbstwirksamkeitserwartung
    - Pos. und neg. Erwartungen an fortgesetzten Konsum

**Schutz- und Risikofaktoren**

Risiko

* Initiale Toleranz
* Disposition
* Missbrauchsverhalten in der Familie
* Erziehungsstile
* Frühere psychische Störungen (Komorbidität)
* Frühes deviantes und delinquentes Verhalten
* Einfluss der Peer Group
* Verfügbarkeit von Substanzen
* Substanz- und Einnahmecharakteristika

Schutz

* Internale Kontrollüberzeugung
* Selbstwirksamkeitserwartung
* Risikowahrnehmung
* Stressbewältigung/Widerstandsfähigkeit
* Optimismus
* Kommunikationsfertigkeiten
* Verhaltenskompetenzen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen
* Soziale Unterstützung

**(Neuro-) Biologische Modelle**

* Opponenten Prozess-Theorie
  + In Abhängigkeitsphase stark verringerter Primäreffekt und verstärkte Nachwirkungen
* Reward vs. Relief Craving
* Tiermodell
  + Point of no Return bei Ratten
  + Freiwilligkeit der Einnahme entscheidend
  + Legt Abstinenzmodell der Behandlung nahe
* Biologische Modelle
  + Neurotransmittersysteme
    - Erhöhung der Verfügbarkeit von Dopamin an der Synapse
    - Alkohol hemmt Glutamat und erhöht GABA-Funktion -> Sedierung, Entspannung, Angstlösung, kognitive Beeinträchtigungen, Übererregung im Entzug
    - Alkohol aktiviert Endorphinsystem, hemmt auf Dauer die Ausschüttung -> Konsumsteigerung
  + Mesolimbisches Belohnungssystem
    - Ventrale Tegmentale Area (VTA)
    - Nucleus Accumbens
    - Präfrontaler Cortex
  + Genetische und Veranlagungsfaktoren

**Behandlung**

* Phasen der Therapiemotivation
  + Precontemplation
  + Contemplation
  + Preparation
  + Action
  + Maintenance
  + (Relapse)
* Veränderungsbereitschaft bei
  + Zunahme negativer Konsequenzen des Kosums
  + Ausreichend Kompetenzen zur Verhaltensänderung
  + Selbstwirksamkeitserwartung
  + Kenntnis ausreichender Lebensalternativen ohne Substanzkonsum
  + Kenntnis von Hilfsangeboten
* Maßnahmen zur Motivierung
  + Zwischen äu0eren Faktoren und eigener Motivation unterscheiden
  + Entscheidungsmatrix über Vor- und Nachteile erarbeiten
  + Positive Erwartungen an Therapie und Verhaltensänderung bekräftigen (Aufbau eines positiven Selbstkonzepts)
  + Eigenverantwortung verdeutlichen
  + Verhaltensverträge abschließen
* Bausteine der Therapie
  + Therapeutischen Kontakt aufbauen und halten
  + Basale gesundheitliche Situation verbessern
  + Basale Lebensbedingungen verbessern
  + Selbstmanagement des Konsums fördern
  + Änderungsbereitschaft aufbauen
  + Selbstwirksamkeitserwartung fördern
  + Körperlichen Entzug erleichtern, Abstinenz erreichen
  + Rückfallkritische Situationen bewältigen
  + Lebenskompetenz verbessern, Alltagsstrukturierung
  + Folgestörungen im sozialen Bereich abbauen, psychische und soziale Kompetenzen entwickeln
  + Soziale Beziehungen aufbauen, neue Lebensplanung entwickeln
* Rückfallprophylaxe
  + Identifikation rückfallkritischer Situationen
  + Vermeidung dieser oder Umkonditionierung
  + Aufbau inkompatibler Verhaltensweisen (alternative Reaktionen in kritischen Situationen)
  + Kognitive Umbewertung rückfallkritischer Situationen
    - Bewertung von Vor- und Nachteilen eines Rückfalls
    - Verbesserung der Bewältigungskompetenz
  + Schadensminimierung nach Rückfällen
    - Kein kompletter Rückfall in alte Muster
    - Notfallplan
    - Rasches Aufsuchen von Hilfe
* Konfrontation mit Reaktionsverhinderung
* Ablehnungstraining
* Experimentelle Therapie: Approach Avoidance Training

# PTBS

**Symptome**

1. 1. Erlebnis eines Traumas (Tod, schwere Verletzung, sexuelle Gewalt)
   1. Direkte Erfahrung (selbst erlebt)
   2. Beobachtend (Zeuge)
   3. Miterleben (Familienangehöriger oder enger Freund)
   4. Neu in DSM-5: wiederholt stark aversiven Details eines traumatischen Ereignisses ausgesetzt sein (z.B. Polizisten, die sich ständig mit Material zu Kindesmissbrauch auseinandersetzten müssen)

2. Angst und Hilflosigkeit müssen erlebt werden (nicht mehr in DSM-5, keine Angststörung mehr)

1. Wiedererleben
2. Vermeidung
3. Erhöhtes Erregungsniveau (inkl. Aggressivität, Selbstschädigung)
4. Dauer der Symptome > 1 Monat
   1. Akut: < 3 Monate
   2. Chronisch > 3 Monate
5. Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen

**Neuerungen in DSM-5**

* Ganz neues Kapitel: Trauma- and stressor-related Disorders
  + Akute Belastungsstörung
  + Anpassungsstörung
  + PTBS
  + Reactive Attachement Disorder
* Weitere Symptomgruppe: kognitive und affektive Symptome
* A2-Kriterium fällt weg 🡪 keine Angststörung mehr

**Unterkategorien**

Akute Belastungsstörung:

* Symptome weitgehend gleich aber muss innerhalb von 4 Wochen nach dem Trauma auftreten und wieder abklingen
* Nach 1 Monat Änderung in PTBS

Anpassungsstörung

PTBS

Reactive Attachement Disorder

**Diagnostik**

* SKID (kategorial)
* IES-R (Impact of Event Scale - Revised)
  + 3 Subskalen zu den 3 Symptomclustern
* CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)
  + Selbstbeurteilung, 5-10 Minuten

**Epidemiologie**

**Prävalenz:** 1-3%, 6-8% (ca. 50% der Menschen erleben relevantes Trauma)

**Komorbidität** 50-100%

* Depression
* Angststörungen
* Suizidalität
* Substanzstörungen
* Somatisierungsstörung
* Persönlichkeitsstörungen
* Herz-Kreislauferkrankungen

**Ätiologie**

**Psychologische Modelle**

* Zwei-Faktoren-Theorie
* Netzwerk-Theorie (Foa)
* Duales Gedächtnismodell (Brewin)
* Integratives Modell (Ehlers & Clark)

**Schutz- und Risikofaktoren**

* Weiblich
* Frühere Angststörungen und Depressionen
* Frühere traumatische Erfahrungen
* Niedrige Intelligenz
* Neurotizismus (Persönlichkeit)
* Dauer und Vorhersehbarkeit des Traumas
* Reaktion des Umfelds
* Überzeugungen

**(Neuro-) Biologische Modelle**

* Erbliche Komponente = 30%
* Hippocampus-Volumen verringert
* Unterfunktion vom vmPFC
* Hyper-Arousal durch Amygdala
* Hypo-Cortisolismus

**Behandlung**

* Debriefing schlecht
* Expo gut, besonders mit EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing)
* KVT gut
  + Traumagedächtnis elaboriert und autobiografisch eingeordnet
  + Problematische Interpretationen des Traumas verändert
  + Vermeidungsverhalten abgebaut
* Pharmakotherapie: SSRIs (aber eigentlich nicht allein einzusetzen)

# Persönlichkeitsstörungen

**Symptome**

1. Überdauerndes Muster von Abweichungen im Verhalten und Erleben von soziokulturellen Normen in min. 2 Bereichen: Kognition, Affektivität, Beziehungen, Impulskontrolle
2. Dieses Muster ist unflexibel und tiefgreifend (situationsübergreifend)
3. Beeinträchtigung in beruflichen, sozialen o.a. Funktionsbereichen (Leidensdruck)
4. Zeitlich stabil, Beginn in Adoleszenz
5. Nicht als Manifestation einer anderen Störung erklärbar
6. Nicht substanzinduziert oder physisch bedingt

**Neuerungen in DSM-5**

Probleme der kategorialen Diagnostik:

* Begriff unglücklich, eher „Interpersonelle Interaktionsstörung“
* Geringe Reliabilität
* Geringe Übereinstimmung zw. ICD und DSM
* Hohe Komorbiditäten zwischen den einzelnen PS
* Geringe diskriminante Validität
* Konstrukt eher dimensional als kategorial

Änderungen:

* Abschaffung des Achsensystems
* Kategorialer Ansatz mit 10 Störungen beibehalten, allerdings neuer Vorschlag, dimensional mit nur noch 6 Störungsbildern vorgeschlagen (Hybrid-Modell)
  + Borderline
  + Zwanghafte
  + Vermeidend-selbstunsicher
  + Schizotype
  + Antisoziale
  + Narzisstische
  + (histrionisch, dependent, paranoid und schizoid weg)

**Unterkategorien**

1. **Odd** (exzentrisch, sonderbar)
   * Paranoide
   * Schizoide
   * Schizotypische
2. **Dramatic** (Affektregulationsstörung, dramatisch, emotional)
   * Antisoziale
   * Borderline
   * Histrionische
   * Narzisstische
3. **Anxious** (ängstlich, furchtsam)
   * Vermeindend-selbstunsichere
   * Dependente
   * Zwanghafte

Schizotypische PS

1. Soziale und zwischenmenschliche Defizite

Unbehagen in und Unfähigkeit zu engen Beziehungen

Verzerrungen der Wahrnehmung und des Denkens, eigentümliches Verhalten

* + Beziehungsideen
  + Seltsame Überzeugungen z.B. Aberglaube
  + Ungewöhliche Wahrnehmungserfahrungen inkl. körperbezogener Illusionen
  + Seltsame Denk- und Sprechweise
  + Argwohn, paranoide Vorstellungen
  + Inadäquater oder eingeschränkter Affekt
  + Verhalten + Erscheinungsbild seltsam
  + Mangel an engen Freunden außer Familie
  + Soziale Angst wegen paranoiden Befürchtungen (nicht negative Selsbtbeurteilung), die nicht abnimmt

1. Nicht ausschließlich im Rahmen einer Schizophrenie etc.

Zwanghafte PS

1. Starke Beschäftigung mit Ordnung,

Perfektion

Psychologische und zwischenmenschliche Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Effizienz

* + Übermäßige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, wesentlicher Gesichtspunkt der Aktivität geht verloren
  + Perfektionismus, der Aufgabenerfüllung behindert
  + Übermäßig Arbeit und Produktivität verschrieben, Ausschluss von Freizeit und Freundschaft
  + Gewissenhaft, rigide in Moral, Ethik und Werten
  + Messi
  + Delegiert und Zusammenarbeit nicht oder nur unwillig
  + Geiz
  + Rigidität und Halsstarrigkeit

Paranoide PS

1. Misstrauen und Argwohn ggü. Anderen
   * Verdächtigt ohne Grund, ausgenutzt, geschädigt oder getäuscht zu werden
   * Stark eingenommen von ungerechtfertigten Zweifeln an Loyalität, Vertrauenswürdigkeit von Freunden u. Partnern
   * Vertraut sich nur zögernd an aus Angst vor Missbrauch der Informationen
   * Liest in harmlosen Bemerkungen oder Vorkommnissen versteckte Abwertung
   * Nachtragend
   * Nimmt Angriffe auf Person oder Ansehen wahr, die es nicht gibt und reagiert aggressiv
   * Verdächtigt wiederholt ohne Grund den Partner der Untreue
2. Nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie etc.

**Diagnostik**

1. Liegt Leitsymptom des Anspannungszustandes vor?
2. Weitere DSM-IV-Kriterien abfragen
3. Differentialdiagnostik und Komorbiditäten abklären
4. Schweregradeinschätzung (GAF-Skala des DSM-IV, dimensionale PKS-Diagnostik)

* SKID II (Fragebogen zum Screening + Interview)
* PSSI (Persönlichkeitsstil und –störungs-Inventar), dimensional
  + 140 Items mit 14 Subskalen

**Epidemiologie**

**Prävalenz:** 5-10%

* Paranoid 0,5-2,5%
* Schizoid < 1%
* Schizotyp 3%
* Antisozial 3-6% bei Männern, 1% bei Frauen
* Borderline 2-4%
* Histrionisch 2-3%
* Narzisstisch <1%
* Vermeidend-selbstunsicher 0,5-1%
* Dependent 2%
* Zwanghaft 1%

Borderline und vermeidend-selbstunsicher sehr häufig unter psychiatrischen Patienten (14,5 bzw. 11%)

**Komorbidität**

**Ätiologie**

**Biopsychosoziales Rahmenmodell:**

* Genetische Einflüsse für antisoziale und Borderline nachgewiesen
* Wechselwirkungen zwischen Temperament und Erziehungsstilen
* Belastungen und Traumata (aber: Traumata unspezifischer Risikofaktor, nur bei ca. 50% vorhanden)
* Mangelnde soziale Integration (z.B. Migration)

Borderline:

* Ca. 60% Frauen
* 50-80% Traumatisierungen
* Suizidrisiko 7-10%

**Psychologische Modelle**

----

**Schutz- und Risikofaktoren**

----

**(Neuro-) Biologische Modelle**

**Behandlung**

* Bei eher ich-dystonen: symptomorientiert
* Bei eher ich-syntonen: interaktionsorientiert
* Veränderung der Kernmotive ist nicht der Therapieauftrag!

# Borderline

**Symptome**

DSM-IV:

1. Min. 5 Symptome:
   * Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu verhindern
   * Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung
   * Anhaltend und deutlich gestörtes, verzerrtes oder instabiles Selbstbild
   * Impulsivität in selbstschädigenden Bereichen:
     + Geldausgaben
     + Sexualität
     + Diebstähle
     + Substanzmissbrauch
     + Rücksichtsloses Fahren
     + Fressanfälle
   * Wiederkehrendes suizidales Verhalten, Drohungen oder Selbstverletzung
   * Affektive Instabilität: ausgeprägte Stimmungsschwankungen
   * Chronisches Gefühl der inneren Leere
   * Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren
   * Vorübergehende, belastungsabhängige paranoide Gedanken und Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

ICD-10

* Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
  + Deutliche Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Konsequenzen zu berücksichtigen
  + Wechselnde, instabile Stimmung
  + Geringe Fähigkeit zum Vorausplanen und Wutausbrüche können zu gewalttätigem Verhalten führen
* Impulsiver Typus (Instabilität, mangelnde Impulskontrolle)
* Borderline-Typus, zusätzlich:
  + Unklarheit/Störung des Selbstbildes, der Ziele und inneren Präferenzen
  + Gefühl der inneren Leere
  + Intensive aber unbeständige Beziehungen mit übermäßiger Anstrengung, nicht verlassen zu werden, Suiziddrohungen oder selbstschädigendem Verhalten

Differentialdiagnostik

* Stimmungsschwankungen
  + Bipolare Störung wenn Dauer der Stimmungslagen mehrere Wochen
* Dissoziation und Flashbacks
  + PTBS: Trauma muss vorhanden sein
  + Schizophrenie: psychotisches Erleben ohne direkten Auslöser, länger anhaltend, Halluzinationen und Wahn nicht korrigierbar – keine Einsicht
* Wutausbrüche
  + Antisoziale: zusätzlich u.a. generelle Missachtung sozialer Normen und Regeln, generelle „Kaltherzigkeit“, nachher keine Schuldgefühle

**Neuerungen in DSM-5**

**Unterkategorien**

Im ICD-10 2 Subtypen

* Impulsiver Typus
* Borderline Typus

(siehe oben)

**Diagnostik**

----

**Epidemiologie**

**Prävalenz:** 2-4%

* psychiatrische Patienten: 14,5%
* 7-10% Suizidrisiko

**Komorbidität**

* Angststörungen 80%
* Affektive Störungen 80%
* Alkohol-/Drogenmissbrauch 80%
* Schlafstörungen 70%
* Somatoforme Störungen 60%
* ADHS 50%
* **Essstörungen 45%**
* Zwangsstörungen 30%
* Andere Persönlichkeitsstörungen 15-50% (v.a. dependente und ängstlich-vermeidende)

🡪 Erhöhter negativer Affekt, Emotionale Dysregulation

**Ätiologie**

**Psychologische Modelle**

* Zentrale Grundannahmen:
  + Alleine kann ich nicht überleben (Angst)
  + Nähe birgt Gefahr (Angst, Rückzug)
  + Ich bin gefährlich (Scham, Rückzug)
  + Ich bin nicht liebenswert (Scham, Selbstverachtung)
* Emotionsregulation
  + Defizite in Coping
  + Nur in Akzeptanz besser als Kontrollgruppe
* Emotionales Kaskaden-Modell der BPS
  + Kann Verbindung der emotionalen und behavioralen Dysregulation erklären
  + Dysfunktionale Verhaltensweisen dienen Distraktion von negativen Gedanken und Beendigung negativer gedanklicher Kaskaden der Rumination und Katastrophisierung

**Schutz- und Risikofaktoren**

* Weibliches Geschlecht (ca. 60% Frauen)
* Frühe Erfahrungen von sexueller oder körperlicher Gewalt und Vernachlässigung durch Bezugspersonen (50-80% Traumatisierungen)
* Gewalterfahrung im Erwachsenenalter
* Fehlende zweite Bezugsperson, die Schutz und Sicherheit vermittelt, Wahrnehmungen des Betroffenen teilt und dessen Emotionen bestätigt

**(Neuro-) Biologische Modelle**

* Starker genetischer Einfluss (Konkordanz eineiig: 55%, zweieiig: 14%)
* Fehlende Hemmung durch präfrontale Regionen als Ursache überschießender Aktivität im limbischen System
* Verstärkte Ausschüttung und fehlende Hemmung von Cortisol
* Veränderte Aktivitätsmuster im präfrontalen Cortex bedingen erhöhte Impulsivität
* Gestörte Interaktion zwischen Hirnarealen für Schmerzverarbeitung führt zu verringerter Schmerzwahrnehmung

Kombination

* Genetische Belastung + Frühe Traumatisierungen, invalidierendes Umfeld

🡪 Impulskontroll-Affektregulationsstörung

🡪 Eingeschränkte psychosoziale Realitätsorientierung, dysfunktionale Verhaltensmuster

* + Emotionale Dysregulation: intensiver negativer Affekt
  + Behaviorale Dysregulation: Selbstverletzung, gestörtes Essverhalten, Substanzabusus

**Behandlung**

DBT (dialektisch-behaviorale Therapie)

* Hohe Sensitivität für emotionale Reize
* Sehr starke emotionale Reaktion
* Verzögerte Down-Regulation bzw. Rückbildung des Erregungsniveaus
* Einzeltherapie + Gruppentherapie (Skilltraining)
* Ablauf:
  + Aufklärung über Behandlung
  + Zustimmung zu Behandlungszielen
  + Motivations- und Zielanalyse
  + Suizidales und parasuizidales Verhalten
  + Therapiegefährdendes Verhalten
  + Verhalten, das Lebensqualität beeinträchtigt
  + Verbesserung der Verhaltensfertigkeiten:
    - Innere Achtsamkeit
    - Zwischenmenschliche Fähigkeiten
    - Stresstoleranz
    - Selbstmanagement
  + Bearbeitung des posttraumatischen Stresssyndroms
  + Steigerung der Selbstachtung
  + Entwickeln und Umsetzen individueller Ziele
* Wirksamkeit: mittlere Effektstärken, Mangel an vergleichenden Studien

Transferrence Focussed Treatment (TFT)

Mentalization Based Treatment (MBT)

Schema-Focussed Therapy

* Identifikation früher maladaptiver Schemata
* Veränderung dieser
* “Reparenting”

# Essstörungen

**Symptome**

Anorexia nervosa

1. Weigerung, ein alter und Größe entsprechendes minimales normales Gewicht zu halten (weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts)

DSM-5: in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, signifikant niedrigeres Gewicht unterhalb des Minimums des Normalgewichts

* + Leicht: BMI >=17
  + Mittel: BMI 16-16,99
  + Schwer: BMI 15-15,99
  + Extrem: BMI < 15

1. Starke Angst vor Gewichtszunahme oder davor, „fett“ zu werden, trotz bestehenden Untergewichts
2. Störung der Wahrnehmung des eigenen Körpers oder Gewichts, übermäßige Bedeutung von Körper und Gewicht für die Selbstbewertung oder Weigerung, die Ernsthaftigkeit des gegenwärtigen niedrigen Körpergewichts anzuerkennen
3. Amenorrhoe (Ausbleiben von 3 aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen), im DSM-5 entfernt
   * Restriktiver Typ: weder regelmäßig Essanfälle noch Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln
   * Binge-Eating/purging-Typ: regelmäßige Heißhungeranfälle oder erbricht bzw. missbraucht Abführmittel

* Somatische Komplikationen:
  + Amenorrhoe
  + Wachstumshemmung, verspätete Geschlechtsreife
  + Hypoglykämie
  + Hypothermie, Lanugo
  + Hypotonie
  + Bradykardie (persistierender Ruhepuls < 60)
  + Darmträgheit, Verstopfung
  + Blutbildveränderungen
  + Osteoporose
  + Hautprobleme (trockene und raue Haut, Blauverfärbung der Hände, brüchige Nägel, Haarausfall
  + Ödeme

Bulimia Nervosa

1. Wiederholt auftretende Essanfälle
   * Essen innerhalb bestimmter Zeitspanne, gegessene Menge eindeutig größer als was meiste Menschen in gleicher Zeit unter vergleichbaren Umständen essen würden
   * Kontrollverlust beim Essen (Gefühl, nicht aufhören zu können oder Menge nicht steuern zu können)
2. Wiederholt auftretende, unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme
   * Erbrechen
   * Missbrauch von Abführmitteln
   * Hungern
   * Extreme körperliche Aktivität
3. Essanfälle und kompensatorische Verhaltensweisen im Durchschnitt mindestens 2 mal pro Woche seit 3 Monaten
4. Selbsteinschätzung übermäßig von Körper und Gewicht abhängig
5. Nicht nur im Rahmen einer anorektischen Episode

* Purging-Typ: Erbrechen oder Missbrauch von Diuretika
* Non-purging-Typ: Hungern oder exzessive körperliche Aktivität

Binge-Eating-Störung

1. Wiederholte Episoden von Essanfällen (siehe oben)
2. Treten gemeinsam mit min. 3 Symptomen auf:
   * Wesentlich schneller essen als normal
   * Essen bis zu unangenehmem Völlegefühl
   * Essen großer Nahrungsmengen wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt
   * Allein essen aus Verlegenheit über Menge
   * Ekelgefühle ggü. sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach übermäßigem Essen
3. Leiden
4. Im Durchschnitt an min. 2 Tagen pro Woche für 6 Monate
5. Keine kompensatorischen Verhaltensweisen, nicht im Rahmen einer AN oder BN

**Neuerungen in DSM-5**

* Fütter- und Essstörungen des Kleinkindalters jetzt ins Essstörungskapitel aufgenommen
* Neu: Binge-Eating-Disorder nicht mehr nur Forschungsdiagnose
  + Zeitkriterium: einmal pro Woche über 3 Monate
* Bei AN Amenorrhoe-Kriterium entfernt

**Unterkategorien**

* Pica
* Ruminationsstörung
* Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme
* Anorexia Nervosa
  + Restriktiver Typus
  + Bulimische Anorexie
* Bulimia Nervosa
  + Purging
  + Non Purging
* Binge-Eating-Störung

**Diagnostik**

BMI

* Übergewicht BMI > 30
* Untergewicht BMI < 17

**Epidemiologie**

**Prävalenz:**

* Anorexia nervosa (Frauen 14-20 Jahre): 0,2-0,8%
  + 33-55% vollständig remittiert, bei Adoleszenten bis ca. 70%
  + 10-38% teilweise remittiert
  + 10-50% schlecht, 10-38% leiden weiterhin an AN, BN, EDNOS
  + 1,4-16% verstorben
  + Negative Prädiktoren:
    - Niedriger MBI zu Beginn und Entlassung
    - Später Beginn (>20 Jahre)
    - Längere Krankheitsdauer
    - Psychiatrische Komorbidität / höheres Ausmaß sozialer und psychologischer Probleme (Perfektionismus)
    - Essanfälle und Erbrechen
    - Körperliche Folgeschäden
* Bulimia nervosa: 2-4%
  + 20-60% haben noch eine Essstörung
  + 50-74% vollständig remittiert
  + 1% verstorben
  + Negative Prädiktoren:
    - Höhere Frequenz von Erbrechen bei Behandlungsbeginn
    - Reduktion des Erbrechens um weniger als 70% während der ersten 6 Sitzungen
    - Impulsivität, Substanzmissbrauch
* Binge Eating Disorder: ca. 30% bei Übergewichtigen, 2% der Allgemeinbevölkerung
  + Sprechen schlechter auf verhaltenstherapeutische Gewichtsreduktionsprogramme an, nehmen schneller wieder zu
  + Höhere Prävalenz depressiver bzw. affektiver Symptome und insg. höhere Prävalenz psychiatrischer Störungen
  + 60-80% Besserung / Remission durch Therapie
  + 24% Spontanremission

**Komorbidität**

**Differentialdiagnostik**

* Anorektische Reaktionen oder psychogenes Erbrechen im Rahmen von Belastungs- und Anpassungsstörungen
* Somatoforme Störungen
* Dissoziative Störungen
* Borderline (Selbstverletzendes Verhalten)
* Zwangsstörungen
* Depressive Erkrankungen
* Schizophrene Psychosen oder andere wahnhafte Störungen

**Ätiologie**

**Psychologische Modelle**

* Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Modell der Essstörungen
  + Soziokultureller Kontext + Risikofaktoren + niedriges/labiles Selbstwertgefühl (durch interpersonale Defizite, Perfektionismus, belastende Lebensereignisse etc.)

+ spezifischer Auslöser

🡪 Nahrungsrestriktion

🡪 Teufelskreis aus Gewichtsverlust/unrealistisch niedriges Gewicht 🡪Steigerung der Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeitserwartung (Anorexie)

🡪 oder Gewichtsverlust 🡪 Heißhungeranfälle 🡪 Kompensatorische Maßnahmen 🡪 Spannungsreduktion 🡪 niedriger Selbstwert (Bulimie)

* + - Körperliche, psychische und soziale Folgeschäden

**Schutz- und Risikofaktoren**

* Genetische Faktoren
* Geburtskomplikationen
* Kindliche Ess- und gastrointestinale Probleme

**(Neuro-) Biologische Modelle**

Anorexie

* Endokrinologisch-metabolisches Syndrom (als Anpassung an die Mangelernährung)
  + Überfunktion der HHN-Achse
  + Absenkung des Hormons Trijodothyronin (T3)
  + Amenorrhoe

**Behandlung**

----

# 