Alle Rechte liegen bei der psychotera Heilpraktikerschule, Freiburg, www.psychotera.schule

13. TERMIN

ESSSTÖRUNGEN (F50)

1. ANOREXIA NERVOSA
   - Einteilung (ICD-11)
2. BULIMIA NERVOSA
3. BINGE-EATING-STÖRUNG
4. VERMEIDEND-RESTRIKTIVE ERNÄHRUNGSSTÖRUNG (ARFID)
5. RUMINATIONS- UND REGURTITATIONSSTÖRUNG

SEXUALSTÖRUNGEN

1. SEXUELLE FUNKTIONSSTÖRUNGEN (F52)
2. STÖRUNGEN DER SEXUALPRÄFERENZ / DEVIATIONEN (F65)
3. STÖRUNGEN DER GESCHLECHTSIDENTITÄT (F64)

ANDERE IMPULS- UND VERHALTENSSTÖRUNGEN (ICD-11)

STÖRUNGEN DER IMPULSKONTROLLE
- Pathologische Brandstiftung [Pyromanie]
- Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]
- Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung
- Intermittierende explosible Störung

STÖRUNGEN DURCH VERHALTENSSÜCHTE
- Glücksspielstörung
- Computerspielstörung

KÖRPERBEZOGENE REPETITIVE VERHALTENSSTÖRUNGEN
- Trichotillomanie
- Exkoriationsstörung

ESSSTÖRUNGEN (F50)

Essstörungen gehören zu den Verhaltensstörungen, in der ICD 10 werden sie im Kapitel F5 mit „VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN MIT KÖRPERLICHEN STÖRUNGEN UND FAKTOREN“ klassifiziert. Hier sind psychische Störungen zusammengefasst, die direkt mit körperlichen Störungen korrespondieren (wie Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Störungen usw.).

Durch den direkten Zusammenhang mit Überlebensmustern (Hirnforschung: Motivation und Belohnungssystem) haben **Essstörungen häufig Suchtcharakter** (Magersucht, Ess-Brech-Sucht) und sind gekennzeichnet durch selbstschädigendes Verhalten, mit dem die Betroffenen nicht mehr aufhören können. Das schädigende Verhalten führt zu körperlichen Folgeerscheinungen, die so gravierend und relevant sind, dass sie das therapeutische Vorgehen bestimmen: die Symptombehandlung hat Vorrang, d.h. die Betroffenen werden dahingehend angeleitet, das selbstschädigende Verhalten zu beenden.

Durch **Essen/Fasten** lässt sich die Verfügbarkeit von **Serotonin im Gehirn** direkt beeinflussen:
…durch das Essen von kohlenhydrat- oder fettreichen Speisen kommt es zu einem kurzzeitigen Anstieg an Serotonin (verstärkte Freisetzung von Serotonin)
…durch Fasten und Nahrungseinschränkungen kommt es zu einer langanhaltenden Verstärkung an Serotonin (die Serotoninwiederaufnahme wird so umgestellt, dass mehr zur Verfügung steht).

Das serotonerge System sorgt für Befriedigung und Entspannung = sog. "Harmonisierungseffekt". Beides, übermäßiges Essen und Fasten, kann bei psychischer Labilität zur Sucht werden.

Zu den klinisch relevanten Essstörungen zählen:

- → **Anorexia nervosa** (Vollbild oder atypisch)
- → **Bulimia nervosa** (Vollbild oder atypisch)
- → **Binge-Eating-Störung**
- → **Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung** (ARFID)
- → **Ruminations- und Regurtitationsstörung**

Adipositas gehört in der ICD 10 in das Kapitel G (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten).

Zur Diagnose von Essstörungen spielt das Körpergewicht eine ausschlaggebende Rolle. Zum Errechnen eines gesunden Körpergewichts entsprechend der Körpergröße existieren als relevante Indexe:

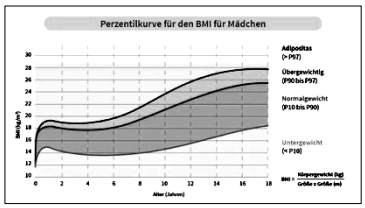
⇨ Broca-Index (errechnet sich aus Körpergröße minus 100)

⇨ Bodymaß-Index = *BMI* (Körpergewicht : Größe^2) oder Quetelet-Index

Kategorie	BMI
hochgradiges Untergewicht	< 16
mittelgradiges Untergewicht	16 – 17
leichtgradiges Untergewicht	17 – 20
Normalgewicht	**20 – 25**
Präadipositas /Übergewicht	25 – 30
Adipositas Grad I	30 – 35
Adipositas Grad II	35 – 40
Adipositas Grad III	≥ 40

Beispielrechnung:
Eine Frau wiegt 58 kg und ist 1,70 m groß:
58 / (1,7 x 1,7) ≈ 20,07 BMI ⇨ Normalgewicht.

Der BMI-Normalwert steigt mit dem Alter an:	
Alter	BMI
19 —24	19—24
25 —34	20—25
35 —44	21—26
45 —54	22—27
55 —64	23—28
älter als 64	24—29



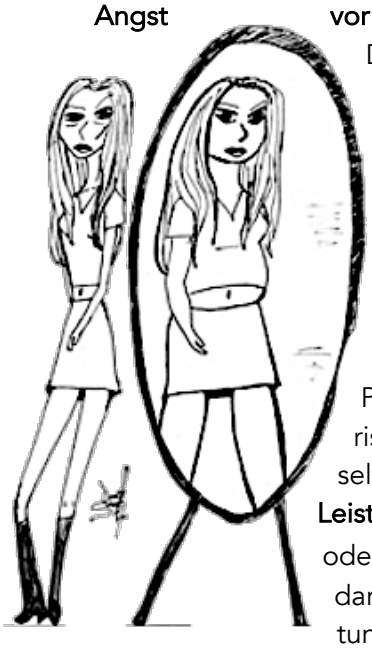
Für Kinder und Jugendliche gilt die Tabelle nicht, hier wird der BMI mit den Wachstumskurven für das jeweilige Alter und Geschlecht verglichen mittels sogenannter „Z-Scores" (errechnet aus den Perzentilen).

1. Anorexia Nervosa

andere Begriffe: *Magersucht*, wörtlich: *„ohne Appetit"*

Definition: erheblicher Gewichtsverlust durch Nahrungsverweigerung bis auf ein Minimum.

Magersucht ist die gefährlichste Form der Essstörungen. **Das klinische Bild** der Magersucht ist gekennzeichnet durch restriktives Diätverhalten bis hin zur völligen Nahrungsverweigerung. Bei Anorexie-Patienten existiert eine verzerrte, ablehnende Einstellung zur Nahrungsaufnahme, es zeigt sich ein starker Widerwillen gegen das Essen (bei gleichzeitiger "Dauerbeschäftigung" damit) und eine **übersteigerte Angst vor dem "Dicksein"**.



Dadurch kommt es zu deutlicher, teilweise extremer Gewichtsabnahme: durchschnittlich beträgt sie etwa 45% (!), was einer massiven Kachexie (*Auszehrung*) entspricht. Für die Diagnosestellung wird eine Gewichtsabnahme von 15% des Normalgewichtes verlangt.

Symptomatisch ist das **fehlende Krankheitsbewusstsein** und **fehlender Leidensdruck**: nicht selten werden die Betroffenen erst von Angehörigen zur Behandlung "geschleppt". Beim Arzt oder Psychotherapeuten wird nicht über Konflikte oder Belastungen geklagt, sondern die Betroffenen beharren auf ihre *überwertige Idee*, zu dick zu sein (**Körperschemastörung**).

Psychisch sind viele **depressiv** bis **suizidgefährdet**, manche wirken vital bis euphorisch, dahinter verbirgt sich jedoch oft Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Nicht selten finden sich bei anorektischen Patienten **zwanghafte Züge** und **immenser Leistungsdruck**, der sich z.B. durch übertriebenen Ehrgeiz in Schule und Beruf äußert oder in sportlichen **Aktivitäten**, die etwas Selbstzerstörerisches haben. Die Selbstdarstellung steht im Kontrast zum fehlenden Selbstwertgefühl: häufig sind sie leistungsorientiert und erfolgreich, fühlen sich aber minderwertig und schwach (bis zu Selbsthass).

Meist beginnt die Erkrankung in der **Pubertät** bis **Adoleszenz**.
Die familiären Bindungen sind eng und nicht selten kommt es zu harter Rebellion gegen Angehörige (und weiterhin häufig zu harten Auseinandersetzungen und Widerstand mit den Behandelnden).

Symptomatik:

- reduziertes Körpergewicht, deutlich unter dem Normalgewicht
- Körperschemastörung (Fehleinschätzung der eigenen Körperform) als überwertige Idee
- extreme Angst vor Gewichtszunahme und dem Dicksein (weight phobia)
- intensive Beschäftigung mit Essen: Kalorien zählen, Ess-Pläne machen, Rezepte googeln oder Nährstoffgehalt von Nahrungsmitteln recherchieren, für andere kochen und backen (aber selbst nicht essen)
- Ausgefeilte Maßnahmen zur Gewichtskontrolle, z.B.
  - genau bestimmte Essensmengen zu sich nehmen
  - Vermeidung hochkalorischer Speisen (Liste verbotener Nahrungsmittel)
  - Vermeidung gemeinsamer Mahlzeiten („hab schon" – „ich ess später")
  - abführende Medikamente, selbstinduziertes Erbrechen, Gebrauch von Appetitzüglern
  - exzessiv Sport treiben, ständig Muskeln anspannen, z.B.: nicht-sitzen, sondern im Stehen essen, lesen usw.; nur noch Treppen steigen: schwere Taschen mit sich tragen, usw.
  - absichtlich frieren, nur kalt duschen
  - nicht vor anderen essen oder Essen vortäuschen: kauen und ausspucken statt schlucken
- geringe Gewichtszunahmen können zu einer psychischen Krise führen, bis zur Depression.
- Rückzug und Isolierung
- auch Medikamentenabhängigkeit (Laxantien, Appetitzügler, Tranquilizer)

Als häufige somatische **Folgeerscheinungen der Mangelernährung** zeigen sich weiterhin:

- → **Herz**: Bradykardie (verlangsamter, unregelmäßiger Herzschlag) und Herzrhythmusstörungen, (plötzlicher Herztod!), Hypotonie, Hypothermie.
- → **Blut**: Störungen der Elektrolyte (besonders Hypokaliämie), Anämie, Leukozytopenie (Mangel an weißen Blutkörperchen) und Thrombozytopenie (Blutplättchenmangel), erhöhte Leberwerte, erhöhtes Kortisol. Durchblutungsstörungen (sichtbares Zeichen: Blaufärbung z.B. Finger)
- → **Hormone**: Amenorrhö, Libidoverlust, bei Männern Potenzverlust, zu wenig Schilddrüsenhormone (T3), geschwollene Ohrspeicheldrüsen.
- → **Knochen**: Osteoporose, falls häufiges Erbrechen: Karies.
- → **Organe**: Darmträgheit und Obstipation, Magenkrämpfe, Übelkeit, Nierenversagen, Blasenschwäche (Inkontinenz).
- → **weiteres**: Haarausfall, Lanugobehaarung, Ödeme (infolge von Eiweißmangel), Atrophie des Gehirns (reversibel), Kleinwuchs (bei Kindern), trockene Haut und langsam heilende Wunden

Diagnostik

ICD 10 Diagnose-Kriterien:

A. Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme. Das Körpergewicht liegt unter 15% des zu erwarteten Gewichtes (ab 16 Jahre: BMI von **17,5 oder weniger**).

B. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung „fett-machender" Speisen.

C. Selbstwahrnehmung als „zu fett" verbunden mit einer aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.

D. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- oder Potenzverlust. (Eine Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption)

E. Die Kriterien A und B einer Bulimie (F50.2) sind nicht erfüllt.

ICD 10	ICD 11
- BMI unter 17,5	- Signifikant: BMI unter 18,5 - Kritisch: BMI unter 14 - Remission mit normalem Körpergewicht

ICD 11 Diagnose-Kriterien:

1. Signifikant niedriges Körpergewicht: bei Erwachsenen **< 18,5,** bei Kindern und Jugendlichen < 5 BMI-Perzentile. Oder rascher Gewichtsverlust (> 20 % des Körpergewichts in 6 Monaten) oder fehlende Gewichtszunahme bei Kindern und Jugendlichen.
2. Restriktives Essen aus Angst vor Gewichtszunahme, durch
   - – Fasten
   - – Wahl von niedrigkalorischem Speisen
   - – Exzessiv langsames Essen kleiner Nahrungsmengen
   - – Verstecken oder ausspucken von Nahrung
   - – „Purging" = selbstinduziertes Erbrechen, Gebrauch von Laxanzien, Diuretika, Einläufe

   Verhalten, um einen höheren Energieverbrauch zu erzielen:
   - – Exzessive Bewegung
   - – Motorische Überaktivität
   - – Bewusste Kälteexposition
   - – Gebrauch von Medikation zur Energieverbrauchsteigerung wie Stimulantien, Hormone
3. Exzessive Beschäftigung mit dem eigenen Körpergewicht oder -form mit verzerrter Eigenwahrnehmung durch z.B.:
   - – Häufiges Wiegen
   - – Messen oder Spiegelschauen
   - – Permanente Kontrolle des Kaloriengehaltes der Nahrung

   Auch Vermeidung durch z.B. Abhängen der Spiegel, nur weite Kleidung, sein Gewicht nicht kennen usw.

Das Vorliegen der endokrinen Störung als Kriterium entfällt!

Einteilung in Schweregrade:

Signifikantes Untergewicht	Gefährliches Untergewicht	Remission mit normalem Körpergewicht
BMI 14–18,5	BMI <14	*(bis zu 1 Jahr danach)*

Einteilung in Subtyp:

restriktives Verhaltensmuster	Binge-Purging Verhaltensmuster
Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/Fasten und/oder Erhöhter Energieverbrauch (z.B. Sport)	Essanfälle und/oder Purging (z.B Erbrechen, Abführmitteln, Diuretika)

Differenzialdiagnose: Hierzu zählen v.a. die Gewichtsabnahmen durch organische Krankheiten. *Anorektische Reaktionen* sind von der richtigen Anorexie abzugrenzen. Sie treten nach akuten Belastungssituationen auf (z.B. Verluste, Unfälle usw.), enden aber meistens wieder spontan.
Eine *anorektische Symptomatik* (abmagern) kann außerdem bei fast jeder anderen psychiatrischen Störung auftreten, besonders bei Schizophrenie, affektiven Störungen (depressives Syndrom als Ausdruck einer Lebensverneinung) und Zwangserkrankungen. Die Abgrenzung fällt nicht schwer, da hier meist keine tiefergehende Körperschemastörung zu finden ist.

Ätiologie

Bei Erklärungen zur Entstehung der Magersucht geht man von einer multifaktoriellen Genese aus:

Genetische Vulnerabilität: Konkordanz bei eineiigen Zwillingen bis zu 50%. Ebenfalls könnten Fehlregulationen des Hypothalamus und anderer umschriebener Hirnregionen, die an der Regulation des Essverhaltens beteiligt sind (z.B. Sättigungsgefühle), Verursachungsfaktoren sein.

Physiologische Bedingungen: Fasten hat einen stimmungsstabilisierenden und spannungslösenden Effekt, sogar Euphorie und Gefühle der Transzendenz können auftreten. Es gibt allerdings auch die psychisch gegenteiligen Effekte, den entscheidenden Unterschied macht die Grundmotivation: ob freiwillig und sinnhaft gestimmt gefastet wird, oder ob unfreiwillig und angstvoll gehungert wird. Da Magersüchtige nicht sinnhaft fasten (etwa zu Heilzwecken oder aus religiösen Gründen), sondern eher

angstvoll versagend (mit als überbordend erlebten Gelüsten) und selbstbestrafend motiviert sind, treten langfristig eher die negativen psychischen Effekte in den Vordergrund: *Hunger* löst dann eine Aktivierung der neuroendokrinen Stressreaktion aus:

- *Emotional* kommt es zu Depression, Aggressivität, motorische Unruhe, Ängstlichkeit und Affektlabilität.
- *Kognitiv* entwickelt sich zunehmend eine gedankliche Einengung auf Essen, Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten.

Insgesamt sind für all diese Effekte „junge Gehirne" wohl anfälliger als „ältere".

Familiär fallen bei anorektischen Patienten die massiven intrafamiliären Spannungen auf (Sexual-, Autoritäts- und Abhängigkeitskonflikte), denen sie als Symptomträger Ausdruck verleihen. Meist findet sich innerhalb der Familie eine einseitige Rollenverteilung und Machtballung, mit einer starken Betonung auf Leistungsidealen, und die Werte werden oft mit gewisser Rigidität vertreten.

Psychosozial: Als Auslöser werden oft Bemerkungen von anderen über die runden Körperformen angegeben (viele haben vor Ausbruch der Anorexie „Pubertätsspeck") und das in westlichen Gesellschaften dominierende Schlankheits- und Schönheitsideal, das für das weibliche Selbstwertgefühl (v.a. in den letzten 20 Jahren!) entscheidend geworden ist.

Psychodynamisch: Essensverweigerung als ein Angstausdruck vor sexuellen Bedürfnissen (neurotische Regression). In der Regel soll die Beziehung zur (dominanten) Mutter ebenso gestört sein wie die Beziehung zum Vater, die eine ödipale Konfliktsituation darstellt.
Parallel wird eine *narzisstische Überbewertung des Körpers*, der ambivalent besetzt ist, gesehen: einerseits gesteigerte Aufmerksamkeit, andererseits angstgetönte Triebfeindlichkeit und Ablehnung.

Lerntheoretisch kann die anfängliche Anerkennung der Umwelt (Attraktivität durch Schlankheit, Bewunderung der Willensstärke) als positiver Verstärker gesehen werden. Die Beherrschung des Körpers wird zum Eigenverstärker.

! *Essen an sich heißt auch Lebensbejahung und Überlebenswille, so dass "nicht-essen-wollen" vor allem auch suizidalen Charakter hat!* !

Epidemiologie

Beginn zwischen 11 und 18 Jahren. Die Lebenszeitprävalenz liegt für Frauen: 0,9–2 % und für Männer: 0,1–0,3 % (Verhältnis 10:1); innerhalb der "Risikogruppe" (Mädchen in der Pubertät) ist sie noch höher. Männer erkranken seltener, oft mit späterem Erkrankungsbeginn und einer etwas anderen Symptomatik (z. B. weniger Gewichtskontrolle, mehr Fokus auf Muskelaufbau statt reine Gewichtsreduktion). Außerhalb dieser Gruppe kommt Anorexie so gut wie nicht vor.

Verlauf und Prognose

Es gibt die Anorexie in verschiedensten Schweregraden: von anorektischen Reaktionen, die schnell wieder verschwinden, bis zu extremen Formen, die zum Tod führen. Unbehandelt ist sie oft chronisch-rezidivierend. *Mit Therapie* gibt es ca. 40% Remissionen, 30% wesentliche Besserungen und **bei 10% tödlicher Verlauf** (durch Verhungern, Selbstmord oder Folgekrankheiten).

Nicht selten wechseln die Symptome zu einer *Bulimia nervosa*; bei manchen Patientinnen kommt es mit einem Symptomwechsel zu *Medikamentenabhängigkeit*. Insgesamt besteht eine hohe Komorbidität mit depressiven Störungen und zwanghaften Symptomen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Behandlung

Bei **vitaler körperlicher Bedrohung** (extremes Untergewicht mit Bradykardie und Arrhythmien, extremes Erbrechen, Depressionen mit Suizidalität) ist eine **sofortige Klinikeinweisung** mit intensiv-medizinischen Maßnahmen unumgänglich. (Zwangsernährung über Nasen-Magen-Sonde).

Ab einem Gewichtsverlust unter 30% mit Elektrolytentgleisungen, Verfestigung des Ess-Fehlverhaltens, resistenter Krankheitsverleugnung und deutlicher Verstrickung in die familiäre "Beziehungsfalle", wird

stationäre Psychotherapie notwendig. Ziel ist hier die Anhebung des Körpergewichts bis zu einer mit dem Patienten vereinbarten Grenze (Essensverträge).
CAVE: das Refeeding-Syndrom ist lebensgefährliche Elektrolytstörung bei untergewichtigen AN-Patienten und wird durch zu schnelles Wiederfüttern ausgelöst.

Neben dem verhaltenstherapeutischen Vorgehen, dass das Essverhalten im Fokus hat, geht es darum, ein Arbeitsbündnis aufzubauen, was sich oft als schwierig gestaltet: die Betroffenen betrachten den Behandelnden als Gegner, halten sich oft nicht an die therapeutischen Absprachen und 'tricksen' mit dem Essen. In der therapeutischen Beziehung geht es darum, den Patientinnen zu vermitteln, dass man ihr Streben nach Autonomie akzeptiert, nicht aber ihre Selbstzerstörung.
Je jünger die Patienten, desto wichtiger ist die Einbeziehung der Eltern/Familie, auch in Form von einer **Familientherapie**.

<u>Psychotherapeutische Hinweise:</u>
Die ambulante Therapie von Anorexia nervosa ist nur bei leichten und reaktiven Erscheinungsformen oder in der Nachsorge (nach einer stationären Behandlung) empfehlenswert mit folgenden Hinweisen:

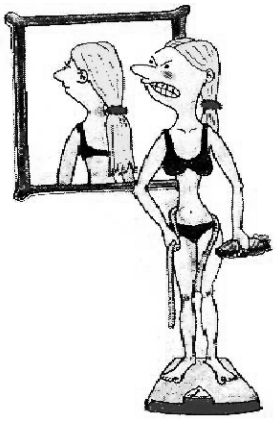
- ⇨ Die Klärung der Motivation ist am Anfang weichenstellend: nur ausreichend motivierte Patienten können ihr süchtiges Verhalten aufgeben! Es bietet sich an, hierfür das ausgesprochene Autonomiebedürfnis der Patienten zu nutzen (vom „*Besiegen des Körpers*" zum „*Besiegen der Sucht*") – und Obacht: nicht zu Machtkämpfen hinreißen lassen!
- ⇨ Der Therapeut/ die Therapeutin sollte alle in Betracht kommenden Folgeschäden im Auge behalten (evtl. noch einmal nachlesen), damit Alarmsignale nicht übersehen werden.
- ⇨ Die familiären Zusammenhänge bilden oft den Hintergrund, auf dem die Störung sich entwickeln konnte. Wenn irgend möglich, sollten andere Familienmitglieder mit einbezogen werden (mind. 1x sehen!) Und systemische Ansätze mit eingebaut werden.
- ⇨ Häufig haben Patienten sensible Qualitäten wie Hunger und Sättigung, aber auch das Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse und Gefühle (wie Ärger, Lust usw.) verlernt. Hilfreiche Techniken sind hier Wahrnehmungsübungen, Gefühlsprotokolle, körpertherapeutische Interventionen und alle kreativen Therapien (malen, tanzen usw.)
- ⇨ Die meisten anorektischen Pateinten haben Defizite im sozialen Bereich; insbesondere fällt es schwer, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und soziale Konflikte können oft nur mit Rückzug beantwortet werden. Hier greifen interpersonelle Therapieansätze.

2. Bulimia nervosa

andere Begriffe: *Ess-Brech-Sucht, wörtlich: "Ochsenhunger"*.

Definition: Heißhungeranfälle mit „Freßanfällen" und anschließendem selbstinduzierten Erbrechen.

Fallbeispiel "Bulimia nervosa"
Eine 24-jährige Dolmetscherin erzählt in der Praxis eines psychotherapeutischen arbeitenden Heilpraktikers, dass sie seit zwei Jahren an einer Bulimie leidet. "Dass das eine Krankheit ist und wie die heißt, habe ich erst in einer Frauenzeitschrift gelesen". Sie berichtet, dass all ihre Gedanken um das Essen oder Abnehmen kreisen und dass die Planung der Mahlzeiten ihren ganzen Tagesablauf ausfüllt. Sie erzählt von einer Begebenheit, die sie schließlich veranlasste, sich helfen zu lassen: Nachdem eine geplante Verabredung mit ihrem Freund ausfiel, wusste sie in der Zeit nichts mit sich anzufangen. Sie lief ziellos durch die Stadt und begann, ihr gesamtes Geld für Nahrungsmittel auszugeben.
Zu Hause schlang sie dann eine Familienpackung Spaghetti mit Tomatensauce, ein Truthahn-sandwich mit Gurken und Oliven, eine Packung Heringssalat, sechs Schokoküsse und ein Stück Quarkkuchen hastig in sich hinein, um anschließend alles selbstinduziert wieder zu erbrechen. Danach, so berichtet sie, sei zumindest die Unruhe weg gewesen und sie habe sich wie betäubt gefühlt.
"So geht es mittlerweile mehrmals die Woche, fast jeden Tag. Ich kann auf Toiletten, die auch andere besuchen, z.B. im Büro oder im Restaurant, absolut geräuschlos erbrechen - niemand weiß davon oder merkt etwas. Aber auf die Dauer kostet das einfach zu viel Energie, ich mag so nicht ständig leben müssen..."
Der Heilpraktiker bestärkt sie in ihrem Entschluss, eine Psychotherapie zu machen. Die Therapie - eine Kombination aus Gesprächstherapie, Körpertherapie und Neurolinguistischem Programmieren (NLP) - zeigt schon nach relativ kurzer Zeit gute Ergebnisse. Insgesamt dauert es jedoch zwei Jahre, bis die Patientin ihre Essstörung überwunden und sich der neue Umgang mit ihrem Gewicht, ihrem Essen und ihrem Aussehen stabilisiert hat.



Die Betroffenen leiden an sogenannten **Heißhungerattacken**, die sie durch hastiges Verschlingen von großen Mengen (Familienpackungen) sättigender Nahrungsmittel (**Hochkalorisches** wie Teigwaren, Süßigkeiten) stillen. Anschließend versuchen sie, der Gewichtszunahme durch **selbstinduziertes Erbrechen**, Missbrauch von Abführmitteln (auch Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika) und zeitweiligen Hungerperioden entgegen zu steuern. Solchen Heißhungeranfälle geht immer eine emotionale Spannung eines inneren Konflikts voraus, meist in Bezug auf das Thema*: Nähe versus Autonomiestreben*. (z.B. Einsamkeit, Streit, Ohnmacht/Macht). Die Fressattacken erzeugen **große Angst, zu dick zu werden,** obwohl die meisten vom **Körpergewicht im Normalbereich** liegen. Oft haben die Patientinnen eine genaue Vorstellung von ihrem Idealgewicht und dem damit verbundenen vermeintlichen Wohlbefinden (*„wenn ich 5kg weniger wiegen würde, wäre alles gut*"). Esshandlungen und Beschäftigen mit Beschaffung von Nahrungsmitteln können die Gedanken stark in Anspruch nehmen und zum Lebensinhalt werden.

In der Regel wird das **bulimische Essverhalten verheimlicht**, selbst Familienmitglieder und Freunde bemerken keine Auffälligkeiten, denn in Gegenwart anderer ist das Essverhalten sehr kontrolliert und es wird „gesunde" kalorienarme Nahrung gewählt.

Bulimisches Verhalten kann begleitet sein von depressiven Verstimmungen, Selbstbeschädigung, Suizidversuchen und Amenorrhoe. Nach den Fressanfällen folgt oft eine depressive Verarbeitung von **Schuld- und Schamgefühlen**. Im Gegensatz zu Anorexie ist ein **starker Leidensdruck** vorhanden.

Diagnostik:

ICD 10 Diagnose-Kriterien:

A. andauernde Beschäftigung mit dem Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln, vorliegen von mind. 2 Essattacken pro Woche über 3 Monate.

B. Versuch, der Gewichtszunahme entgegenzuwirken durch:
   - selbst induziertes Erbrechen
   - selbst induziertes Abführen
   - zeitweilige Hungerperioden
   - Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika

C. Krankhafte Furcht, zu dick zu werden, scharfe Gewichtsgrenze, die deutlich unter einer „gesunden" liegt. Häufig lagen in der Vorgeschichte anorektische Episoden vor.

Atypische Form der Bulimia Nervosa

Auch bei der Bulimie gibt es –wie bei der Anorexia- eine „atypische Form", die bei fehlenden Merkmalen vergeben werden kann. Zum Beispiel fehlt die typische übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht.

ICD 10	ICD 11
Zeitkriterium:2x/Woche für 3 Monate	Zeitkriterium:1x/Woche für 1 Monat
Die Nahrungsmengen eines Essanfalls müssen **objektiv** zu groß sein	Die Nahrungsmengen eines Essanfalls müssen **subjektiv** zu groß sein

ICD 11 Diagnose-Kriterien:

Häufige, wiederkehrende **Essanfälle** (z.B. einmal pro Woche oder öfter über einen Zeitraum von mindestens einem Monat). Die verzehrte Menge kann objektiv oder subjektiv zu groß sein.

Kontrollverlust während des Essanfalls (kann die Art oder Menge der verzehrten Lebensmittel nicht begrenzen).

Unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen, die eine Gewichtszunahme verhindern sollen (z.B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln oder Einläufen, anstrengender Sport).

Gedanken über Körperform oder Gewicht, die die Selbsteinschätzung stark beeinflussen.

Ätiologie

Die Entstehungsbedingungen sind komplex und es gibt wie immer verschiedene Erklärungen:
Psychosozial werden gesellschaftliche, männlich-orientierte Anforderungen an die Frau als Überforderung erlebt (sexuell attraktiv, beruflich erfolgreich, perfekte Partnerin und Mutter...). Bulimische Frauen wollen dem allen genügen und „Superfrau" sein. Oft sind diese Frauen attraktiv und sexuell anziehend, haben aber massive Probleme, ihre Attraktivität zu akzeptieren.

Psychodynamisch Häufig besteht eine narzisstische Spannung mit oraler Grundstörung, dies äußert sich in fehlender Affekt- und Impulskontrolle und gestörter Selbstregulation. Eigene Wünsche und Bedürfnisse werden nicht gefühlt, stattdessen das Gefühl der inneren Leere und Wertlosigkeit wahrgenommen. Die Heißhungerattacken werden hier als Suche nach Geborgenheit und Selbstwertgefühl in gesehen und das Erbrechen enthält Komponenten von destruktiver Aggression und deren Befriedigung.

Gelerntes Verhalten: besonders die Verknüpfung von Körpergewicht und Selbstwertgefühl ist von Bedeutung, wobei die Reaktion der Umgebung als Verstärker eine wichtige Rolle spielt. Die Entdeckung, das Körpergewicht fast nach Belieben manipulieren zu können (z.B. durch Erbrechen), wird als Problemlösungsstrategie eingesetzt. Dadurch entsteht ein **Teufelskreis**, der das Problem aufrechterhält.

Darüber hinaus wurde Essen in der Kindheit oft als Belohnung und Trost „erlernt", so dass Essen in der Phase der Trennung vom Elternhaus ("auch Abitursbulimie") zum Trost und zur Unterdrückung von unangenehmen Gefühlen benutzt wird.

Biologisch wird ein Serotoninmangel im Gehirn diskutiert; die Feststellung eines gestörten Serotoninsystems bei bulimischen Patienten ist allerdings noch nicht ausreichend erforscht, da es sich ebenso um eine Folge des gestörten Essverhaltens handeln kann.

Epidemiologie

Überwiegend bei Frauen zwischen 18 - 30 Jahren (3-5% in dieser Gruppe), Tendenz bei Männern steigend (Geschlechterverhältnis ca. 10:1). Seit den 80er Jahren hat die Bulimie stetig zugenommen.
Es gibt Hinweise auf eine erhöhte Prävalenz bei Frauen mit dem Diabetes-Typ 1 – dann wird „Insulin-Purging" eingesetzt: das bewusste Weglassen der Insulindosis (führt zu Gewichtsabnahme).

Verlauf und Prognose

Eine Bulimie ist wesentlich seltener vital bedrohlich als die Anorexie, aber auch!
Körperliche Folgen können sein:

- *Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, besonders Kaliummangel (Hypokaliämie)*
- *lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen (Kammerflimmern)*
- *Karies, Ohrspeicheldrüsenentzündung*
- *Speicheldrüsenschwellung und Entzündungen (Ösophagitis), Einrisse der Speiseröhrenwand*
- *Reflux, Bauspeicheldrüsenentzündung, Verstopfung (bei Abführmittelmissbrauch)*
- *Menstruationsstörungen*

Komorbidität besteht zu Depressionen und Persönlichkeitsstörungen (v.a. Borderline), Substanzmittelmissbrauch, Angststörungen und Verhaltensstörungen (z.B. Eigentumsdelikte, Kaufsucht etc.).
In bis zur Hälfte hat sich die Bulimie aus einer Anorexie entwickelt.

Behandlung

Die Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und tiefenpsychologischen Verfahren hat sich als sinnvoll erwiesen: *kognitiv* wird die Einsicht erarbeitet, dass die Patientinnen nicht hungern müssen,

um ihr Gewicht zu halten. Eine Änderung ihres "Alles-oder-Nichts"-Denkens bewirkt eine Normalisierung des Essverhaltens. Gleichzeitig ist ein Selbstsicherheitstraining angezeigt, in dem auch die Schönheitsideale der Umwelt in Frage gestellt werden. Ein alternativer Umgang mit Belastungen wird hier ebenfalls eingeübt. *Tiefenpsychologisch* wird der neurotische Grundkonflikt bearbeitet und die traumatischen und familiären Hintergründe beleuchtet. Da auch hier die Familienstruktur Verstrickungen aufweist, ist eine Familientherapie ebenfalls sinnvoll.
Außerdem sind Selbsthilfegruppen mit ähnlich Betroffenen hilfreich (Overeaters Anonymus).

Psychotherapeutische Hinweise:
Zur Diagnosestellung: Frauen, die altersmäßig in der Risikogruppe liegen und psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, sollten schon bei der Anamnese nach ihrem Essverhalten gefragt werden: so können Hinweise auf abnormes Essverhalten nicht übersehen werden (Bulimie ist nicht sofort erkennbar!).

Bei einer Bulimie sollten die körperlichen Komplikationen ganz besonders beachtet werden, da sie meist nicht offensichtlich sind!

Neben einer psychotherapeutischen Behandlung ist also parallel eine somatische unabdingbar!
Die Patientin sollte gleichzeitig zu einer psychoedukative Beratung (wieder-essen-lernen) und evtl. zum Besuch einer Selbsthilfegruppe angeleitet werden.
Wegen der hohen Komorbidität mit anderen Störungen, sollte unbedingt geachtet werden auf:

- → *Depressionen* (können auch erst bei symptomatischer Besserung hervortreten!),
- → *Persönlichkeitsstörung* (insbesondere Borderline!),
- → *Selbstverletzungen* (beobachten! nachfragen!),
- → *Vorliegen anderer Süchte* (Medikamente, Alkohol, Drogen)
- → *Suizidalität* (präsuizidale Symptome beachten!)

Im psychotherapeutischen Setting sollte Folgendes beachtet werden:

- ➢ Nicht selten liegen bei bulimischen Patientinnen traumatische Erlebnisse, wie z.B. Missbrauch, vor. Im Zweifelsfall ist behutsames Vorgehen angebracht und eine Fortbildung in Traumatherapie sinnvoll.
- ➢ Im Setting gehört der Therapeut-Klient-Beziehung besondere Aufmerksamkeit und bietet in der Übertragungsarbeit genügend Material. Obacht: das Gefallenwollen hört nicht im Therapiezimmer auf und der Therapeut sollte aufpassen, nicht dem Charme einer „Superfrau" zu erliegen.

DIFFERENZIALDIAGNOSE

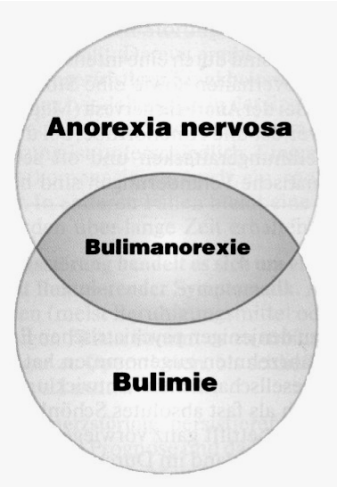
Bei der Diagnose entscheidet im Endeffekt das Gewicht:

- Die Anorexie hat ein Gewichtsgrenze von BMI <14 (außer in der Remission)
- Bulimie hat keine!
-

Merke:

Untergewicht ohne Essanfälle, nur Fasten, Sport	= Anorexia nervosa, restriktiver Typ
Untergewicht mit Essanfällen+Erbrechen	= Anorexia nervosa, Binge/Purging-Typ
Normalgewicht mit Essanfällen+Erbrechen	= Bulimia Nervosa
Übergewicht (oder normal) mit Essanfällen	= Binge Eating

Die beiden Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimie überlappen sich sowohl bezüglich des Auftretens in der Bevölkerung als auch bezüglich der Symptomatik.



Essanfälle mit selbstinduziertem Erbrechen kommen auch bei der Anorexie (dann meist nicht häufig oder regelmäßig) und Hungerperioden mit Essensverweigerung auch bei der Bulimie (dann meist kurze Perioden als Diät-*Versuche*) vor.

Insbesondere die atypischen Formen, bei denen nicht alle Merkmale zutreffen oder alle nur abgeschwächt (leichtere Formen) erschweren die reine Diagnostik.

Trotzdem gibt es differenzialdiagnostisch wichtige Merkmale:

	ANOREXIA NERVOSA	**BULIMIA NERVOSA**
Prävalenz (Risikogruppe)	1%	3-5%
Alter	10-17	18-25
Körpergewicht	Untergewicht, weniger als 15% unter dem Normalgewicht	meist Normalgewicht mit tlw. großen Gewichtsschwankungen
Verhaltensziel	schonungsloses Streben nach Abmagerung	nicht zunehmen wollen, "weight phobia"
Körperideal	weit unter Normalgewicht	leicht unter Normalgewicht
Appetit	reduziert	gesteigert
Essverhalten	Essensverweigerung	"Fressanfälle"
Erbrechen	15-30%	> 85%
soziale Haltung	Abgrenzung von anderen und Machtausübung über andere Furcht vor Überwältigung und Vereinnahmung	Orientierung an anderen, um zu gefallen Furcht vor Ablehnung und Verlassenwerden
Selbstbild- Ideal	geschlechtslos, asketisch- leistungsfähig, Ideal der Selbstkontrolle	weiblich-attraktiv, männlich-überlagerte Ideale von Weiblichkeit
Impulskontrolle	verstärkt, Kontrollwunsch	vermindert, Kontrollverlust
Sexualität	keine sexuelle Partnerschaft, erste sexuelle Erfahrung ist oft der Auslöser	sexuelle Partnerschaften bleiben häufig bestehen bei mangelnder Erlebnisfähigkeit
Amenorrhoe	60-100%, je nach Untergewicht	40-50%
Loslösung von der Familie	eng gebunden an Familie	vorschnelle Autonomie
Leidensdruck	gering, starke Verleugnungstendenzen	groß
Therapieverlangen	gering	groß
Mortalität	10%	1%

3. Binge-Eating-Störung

"Binge" heißt übersetzt "*Gelage*": Hier kommt es zu periodischen Heißhungeranfällen (Fressanfällen) mit Verlust der bewussten Kontrolle. Im Gegensatz zur Bulimie wird das Gegessene anschließend nicht erbrochen, so dass längerfristig meist Übergewicht die Folge ist.

ICD 11 Diagnose-Kriterien:

1. Häufige, wiederkehrende Episoden von **Essanfällen** gekennzeichnet (z.B. 1x pro Woche oder öfter über mehrere Monaten).
2. Kontrollverlust während des Essanfalls (kann die Art oder Menge der verzehrten Lebensmittel nicht begrenzen).
3. Binge Eating wird als sehr belastend empfunden und oft von **negativen Gefühlen** wie Schuld oder Ekel begleitet.
4. **Keine** regelmäßigen unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen, die eine Gewichtszunahme verhindern sollen.

Die BES findet sich häufiger bei Menschen mit Adipositas als bei Normalgewichtigen. Wenn eine Adipositas vorliegt, sollte diese separat diagnostiziert werden. In der ICD unter den „Endokrinen, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheiten".

4. Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung (ARFID)

Die Störung ist durch abnormes Ess- oder Fütterverhalten gekennzeichnet, das in der Aufnahme einer *unzureichenden Nahrungsmenge oder Nahrungsmittelvielfalt* resultiert, um einen adäquaten Energie- und Nährstoffgehalt zu decken.
Das extrem wählerische Essverhalten kann sich beispielsweise auf die Farbe, den Geschmack, den Geruch oder die Textur der Nahrung beziehen. Die Motivation der Nahrungsvermeidung oder -einschränkung ist dabei nur teilweise erforscht; angenommen werden insbesondere ein Desinteresse am Essen, sensorische Empfindlichkeiten, essensbezogene Ängste (z.B. Angst, zu ersticken) oder emotionale Probleme. Die Störung ist mehr als „Mäkeligkeit" und liegt im Ausmaß deutlich außerhalb des Normbereiches.

ICD 11 Diagnose-Kriterien:

1. Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme:
2. unzureichende Menge oder Vielfalt von Nahrungsmitteln zur Deckung eines angemessenen Energie- oder Nährstoffbedarfs; dies kann zu Gewichtsverlust, Ernährungsdefiziten, Abhängigkeit von Nahrungsergänzungsmitteln oder anderweitige Beeinträchtigung führen;
   oder
   signifikante Beeinträchtigung (z.B. im Zusammenhang mit der Teilnahme an sozialen Erfahrungen, die mit Essen verbunden sind).
3. Nicht durch die Beschäftigung mit dem Körpergewicht oder der Körperform motiviert.
4. Nicht auf die Nichtverfügbarkeit von Nahrung zurückzuführen, nicht Ausdruck einer anderen Erkrankung oder psychischen Störung.

Die Hauptmanifestation von ARFID ist im Kindes- einschließlich Säuglingsalter. Im Erwachsenenalter kann sich ARFID durch ein negatives ernährungsbedingtes Erlebnis (z.B. Ersticken oder Erbrechen) entwickeln. Häufig ist die Störung im Zusammenhang mit Autismus zu beobachten.

5. Ruminations- und Regurgitationsstörung

Hochwürgen von zuvor geschluckter Nahrung in den Mund (d.h. Regurgitation), die entweder erneut gekaut und geschluckt werden kann (d.h. Rumination) oder ausgespuckt wird (nicht erbrochen).

ICD 11 Diagnose-Kriterien:

1. absichtliches und wiederholtes Hochwürgen von zuvor geschluckter Nahrung in den Mund, die erneut gekaut und geschluckt werden kann (d.h. Rumination) oder absichtlich ausgespuckt wird (jedoch nicht wie beim Erbrechen).
2. Das Verhalten zeigt sich mindestens mehrmals pro Woche und hält über einen Zeitraum von mindestens mehreren Wochen an.
3. sollte nur bei Personen diagnostiziert werden, die ein Entwicklungsalter von mindestens 2 Jahren erreicht haben.

Organische Ursachen sind auszuschließen (wie Refluxkrankheit oder Pylorusstenose).
Auch bei Anorexie oder Bulimie kann es zu Hochwürgen und Ausspucken von Nahrung kommen, Patient*innen bezeichnen das Hochwürgen von Nahrung häufig fälschlicherweise als Erbrechen.

Erbrechen bei anderen psychischen Störungen

Wiederholtes Erbrechen bei dissoziativen Störungen und Hypochondrie, sowie Erbrechen, das nicht andernorts klassifiziert werden kann.

SEXUALSTÖRUNGEN

Sexualstörungen werden in der ICD 10 unter Verhaltensstörungen und unter Verhaltensauffälligkeiten klassifiziert. Die Abgrenzung zwischen gestörtem und ungestörtem sexuellem Verhalten fällt hier besonders schwer, da Sexualität einerseits einen so hohen Wert in unserem Leben hat (Lustgewinn, Fortpflanzung) und andererseits ihre Bewertung sehr stark von der kulturellen Moral abhängt.

Auch hier gilt: wenn der Betroffene unter seinem Sexualverhalten selbst leidet und Hilfe sucht, oder andere darunter leiden, kann man von einer "Störung" sprechen und Therapie in Betracht ziehen.

Störungen des Sexuallebens und der Sexualfunktion gehören zu den *häufigsten Symptomen*, derentwegen ein Arzt oder Psychologe konsultiert wird. Oft werden von den Klienten aber nur andere Beschwerden angesprochen und auch Ärzte/Psychologen schneiden das Thema von sich aus nicht an.

Bei Patienten mit Partnerschaftsproblemen, Persönlichkeitsstörungen oder psychosomatischen Symptomen, die auf sexuelle Probleme hinweisen, sollte *generell eine Sexualanamnese gemacht werden*, da sonst ein wichtiger Teil des Lebens ausgeklammert wird. Dafür ist neben Verständnis und Taktgefühl eine distanzierte Anteilnahme und Vertrautsein mit der Problematik notwendig.
Zur Sexualanamnese können gehören: sexuelle Entwicklung in der Kindheit und Stellenwert von Zärtlichkeit und Körperlichkeit in der Ursprungsfamilie, erste sexuelle Kontakte, Selbstbefriedigung, sexuelle Ausrichtung, Richtung der Partnerwahl (Träume, Phantasien), Partnerbeziehung (nicht nur Sexualität), sexuelle Konflikt und Krisen und die Einstellung zu Körperlichkeit und Zärtlichkeit.

1. SEXUELLE FUNKTIONSSTÖRUNGEN (F52)

Definition: Störungen im Ablauf des sexuellen Funktionsgeschehens, die nicht somatisch bedingt sind.

Sexuelle Funktionsstörungen verhindern die gewünschte sexuelle Beziehung. Die sexuellen Reaktionen sind psychosomatische Prozesse, d.h. bei der Entstehung von sexuellen Funktionsstörungen sind gewöhnlich sowohl psychologische als auch somatische Prozesse beteiligt.
Zum Verständnis der Ursachen und Auswirkungen sexueller Störungen ist es auch erforderlich, die unterschiedlichen Phasen der sexuellen Erregung zu kennen:

Phasen der sexuellen Erregung

psychische Veränderungen	Körperliche Veränderungen	Bei der Frau	Beim Mann
Erregungsphase			
Zunehmendes Lustgefühl	Pulsanstieg Blutdrucksteigerung Atmung wird schneller Verstärkte Muskelspannung	Lubrikation der Vagina Anschwellen von Klitoris, Schamlippen und Brustwarzen	Erektion des Penis Hoden werden nach oben gezogen
Plateauphase			
Weiter zunehmendes Lustgefühl	Weiterer Pulsanstieg Weitere Blutdrucksteigerung Verstärkte Muskelspannung	Bildung der vaginalen Manschette, obere 2/3 Vagina weitet sich	Maximale Erektion Maximale Erregung der Testes
Orgasmusphase			
Intensives Lustgefühl Äußere Einwirkungen werden abgeschirmt	Max. Pulsanstieg Max. Blutdrucksteigerung Max. Hautrötung Max. Muskelspannung	Rhythmische Kontraktion des unteren Vaginadrittels Kontraktion des Uterus	Verschluss des Blasenschließmuskels Ejakulation
Entspannungsphase			
Gefühl der Befriedigung evtl. Schlafbedürfnis	Puls, Blutdruck und Atmung normalisieren sich Muskelentspannung	Entspannung des unteren Vaginadrittels Rückgang der Brustvergrößerung	Abnahme der Erektion Hoden kehren zu normaler Größe zurück Beginn der Refraktärphase

Störungen sexueller Funktion können jede der dargestellten Phasen der sexuellen Erregung betreffen.

Sexuelle Funktionsstörungen im Einzelnen:

- *Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen:* Das sexuelle Verlangen ist herabgesetzt oder aufgehoben (auch: Frigidität oder sexuelle Hypoaktivität) Die Störung beruht nicht auf anderen sexuellen Störungen wie Erektionsstörungen oder Dyspareunie, sondern besteht als Grundproblem.
- *gesteigertes Sexualbedürfnis:* Wegfall (!) in der ICD-11, bzw. in anderen Kapiteln (organisch).
- *Sexuelle Aversion:* Wegfall (!) in der ICD-11
- *Versagen genitaler Reaktionen:* bei Männern meist Erektionsstörungen (Schwierigkeit, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr notwendige Erektion zu erlangen oder aufrecht zu erhalten), bei Frauen meist mangelnde oder fehlende vaginale Lubrikation.
- *Orgasmusstörung:* der Orgasmus tritt nicht ein (Anorgasmie). Bei Männern: *vorzeitige Ejakulation* oder *verzögerte Ejakulation*.
- *Vaginismus (nicht organisch)*: Spasmus der die Vagina umgebenden Beckenbodenmuskulatur, wodurch der Introitus vaginae verschlossen wird. Die Immission des Penis ist unmöglich oder schmerzhaft.
- *Nichtorganische Dyspareunie*: (Schmerzen während des Sexualverkehrs), als Diagnose sinnvoll, wenn keine andere Störung im Vordergrund ist, z.B. Vaginismus oder mangelnde vaginale Lubrikation.
- *Satisfaktionsschmerzen:* bei Ejakulation ohne Orgasmus oder auch nach Orgasmus, Beschwerden wie Kopfschmerzen, Verstimmungen usw.
- *mangelnde sexuelle Befriedigung:* sexuelle Reaktionen verlaufen normal und ein Orgasmus wird erlebt, aber ohne die entsprechende Befriedigung (auch: *sexuelle Anhedonie*)

  Weiterhin kann man die sogenannten „larvierte Sexualstörungen" dazuzählen:

  verschiedene funktionelle Störungen, vor allem im Urogenitalbereich, die der Abwehr von sexuellen Bedürfnissen und Handlungen dienen.

Epidemiologie

Es gibt keine klaren Daten, geschätzt: häufig: Männer 30% (Tendenz steigend) und Frauen 40%.

Ätiologie

Es gibt eine Vielzahl von somatischen Ursachen für sexuelle Funktionsstörungen, diese sollten dringend erst medizinisch abgeklärt werden!
Psychische Ursachen lassen sich in drei Bereiche untergliedern:

a Probleme in der Partnerschaft

b Probleme in der Persönlichkeit

c Psychosexuelle Probleme im engeren Sinne

Zu **a**:
Wenn die Probleme offen sind: drüber reden!
Bei verdeckten Partnerproblemen kann es sich um *Delegation* (der "Ungestörte" hat ein Interesse an der Funktionsstörung des Partners), bzw. *Arrangement* (Die Störung nützt psychodynamisch beiden, z.B. der Abwehr) handeln; oder die Störung kann als *verdeckte Aggression* oder als *Regulativ* (eines Nähe-Distanz- Konflikts) benutzt werden.

Zu **b**:
Hier spielen v.a. Ängste eine große Rolle, z.B. *Angst vor engen Beziehungen* (z.B. durch unaufgelöste libidinöse Beziehung zum gegengeschlechtlichen Elternteil), *Angst vor Hingabe*; *Angst vor Verantwortung* (erwachsen werden, schwanger werden), *Angst vor verdrängten sexuellen Bedürfnissen* in der Kindheit usw. Darüber hinaus sind Probleme der Geschlechtsidentität wichtig.

Zu **c**:
Psychosexuelle Störungen haben v.a. meist phobische Prägung, oft ausgelöst durch sexuelle traumatisch erlebte Erfahrungen.

Diese werden durch den "Selbstverstärkermechanismus" aufrechterhalten (*circulus vitiosus):* Erfahrungen der sexuellen Insuffizienz führen zu Versagensgefühlen und Beschämung, die wiederum Versagensängste auslösen und die Störung manifestieren. Hierbei spielen überhöhte Ansprüche an die eigene Sexualfunktion, gesteigerte Erwartungsspannung und Überanstrengung eine wichtige Rolle.

Behandlung

Nach der ätiologischen Klärung: somatisch, psychosomatisch, partnerschaftlich, psychodynamisch (in dieser Reihenfolge) vorgehen. Der -wenn nötig- somatischen Behandlung folgt in leichteren Fällen eine *sexualmedizinische Beratung* über Erwartungsspannung, Erfolgsangst, männliche und weibliche Sexualität und die Partnerbeziehung.
Die Sexualtherapie nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien (*Masters u. Johnson*, und Weiterentwicklungen) hat sich bei partnerschaftlichen Problemen (primär oder sekundär) bewährt (s. Kopie).
Psychotherapie allgemein bei neurotischen Entwicklungen kann zu spontaner Besserung der Sexualstörung führen.

2. Störungen der Sexualpräferenz / Deviationen

andere Begriffe: *Paraphilie*, *historisch: Perversion*

Definition: fixierte Formen der sexuellen Befriedigung, die an bestimmte Bedingungen geknüpft sind.

Abweichung lässt sich nur in Abhängigkeit von der soziokulturellen Auffassung bestimmen (z.B. Masturbation, Homosexualität). Ungewöhnliche Sexualpraktiken können solange als „normal" gelten, wie sie übereinstimmend von den beteiligten Partnern als lustvoll und nicht verletzend erlebt werden und im erotisch-sexuellen Gesamterleben integriert bleiben. Die einzelnen Störungen haben unterschiedliche Ausprägungsgrade, auch bei oft unauffälligem Sexualverhalten. Kennzeichnend ist die i.d.R. bestehende Ausschließlichkeit der sexuellen Ausrichtung (Fixierung).
Teilweise kommt es zu strafrechtlichen Verfolgungen (z.B. bei Pädophilie oder Exhibitionismus).

Ätiologie

Die Entstehungsfaktoren sind weder somatisch noch psychisch geklärt.
Lernpsychologisch geht man davon aus, dass ungewöhnliche sexuelle Stimuli durch operantes Konditionieren (Lustgewinn) zu einer Abweichung führen.
Psychodynamisch wird eine neurotische Hemmung der psychosexuellen Entwicklung bzw. Regression auf frühere Entwicklungsstufen angenommen und/oder Konflikte werden sexualisiert.
Als Ursache gilt auch das Misslingen einer freien und befriedigenden Sexualbetätigung.
Möglicherweise besteht auch ein Einfluss von Minderbegabung, hirnorganischen oder konstitutionellen Faktoren.

Paraphile Störungen / Formen sexueller Abweichung

- → *Exhibitionismus*: Zeigen der Genitale vor meist gegengeschlechtlichen Fremden, oft mit Masturbation verbunden, wobei zudringliches Verhalten selten vorkommt. Der Lustgewinn besteht in der Reaktion der Zuschauer.
- → *Voyeurismus:* sexuelle Befriedigung durch Zuschauen beim Sexualakt oder Intimitäten (z.B. Entkleiden) anderer Menschen. Meist erfolgt Voyeurismus heimlich und führt zu Masturbation.
- → *Pädophilie/Hebephilie (Liebe zu Kindern/Liebe zu Hernwachsenden)* (fast nur Männer): sexuelle Neigung und Beziehung zu Kindern bzw- Heranwachsenden, bei denen der Erwachsene einseitig Lustgewinn erzielen. Pädophilie ist bei Ausübung strafbar und ist gesellschaftlich stark geächtet.
- → *Sadistische Störung unter Ausübung von Zwang:* die sexuelle Befriedigung wird durch Zufügen und Erfahren von körperlichen und psychischen Schmerzen an einer nichteinwilligenden Person erreicht. Für die Diagnose müssen die Fantasien müssen entweder ausgelebt werden oder die betroffene Person fühlt sich stark beeinträchtigt durch sie. Die Störung schließt einvernehmlichen sexuellen Sadismus und Masochismus ausdrücklich aus.

- → *Frotteurismus: (fast nur Männer):* Pressen des eigenen Körpers an andere Menschen zur sexuellen Stimulation in Menschenansammlungen.
- → *Weitere Störungen mit nicht einwilligenden Personen:* Hier sind eine Vielzahl anderer sexueller Präferenzen und Aktivitäten zu klassifizieren wie z.B.: obszöne Telefonanrufe (*Erotophonie*), sexuelle Handlungen an Tieren (*Sodomie)*, geschlechtliche Handlungen mit Verstorbenen (*Nekrophilie)*.
- → *Weitere Störungen allein oder mit einwilligenden Personen:* hier v.a. sexualisierte Verhaltensweisen aus dem Sadomasochismus, wie z.B. Fesseln, Strangulieren, Immobilisierungs- und Schmerzeffekte zur Steigerung der sexuellen Erregung.

Behandlung

Eine Indikation ist nur bei einer *Störung* (Definition s.o.) *im engeren Sinne* gegeben. Wenn der Patient selbst darunter leidet und Hilfe sucht (meist bei progredienten Verlaufsformen) supportive Psychotherapie wie Beratungsgespräche (zur Klärung), Psychoanalyse (zur Nachreifung) und Verhaltenstherapie (zur Verhaltensänderung).
Bei Behandlungen aufgrund des Leidens anderer (meist Angehörige oder aufgrund richterlicher Anordnung nach Straftaten) ist v.a. Motivationsarbeit zu leisten. *Verhaltenstherapeutisch* über Stimuluskontrolle und Aufbau von Selbstkontrolle.
Medikamentöse Behandlung wird bei Abweichungen mit aggressivem Verhalten über Hormontherapie eingesetzt (reversible Reduktion der sexuellen Appetenz), sollte nur in Verbindung mit Psycho- und/oder Sozialtherapie erfolgen.

Bei Störungen, die zum Leiden anderer führen (Sadismus) oder eindeutig sexueller Missbrauch sind (Pädophilie, Nekrophilie) gibt es therapeutische Ansätze, die bei hoher Motivation des Betroffenen zu Veränderungen führen können, z.B. die Berliner Dissexualitätstherapie (BEDIT). Das Programm umfasst kognitive Umstrukturierung, Rollenspiele und andere Gruppensettings. Auch gibt es Selbsthilfegruppen (v.a. „*kein- -Täter-werden*“ und „*bios-opferschutz*“).

3. Störungen der Geschlechtsidentität (F64)

Geschlechtsinkongruenz

Definition: Identifikation mit dem entgegengesetzten biologischen Geschlecht, Überzeugung im falschen Körper zu leben.

Körperkonstitution und erlebte Psychosexualität sind hier inkongruent. Es besteht der dringende Wunsch nach Anerkennung des „eigentlichen" Geschlechts. Der Wunsch nach einer "Transition" meint eine Hormonbehandlung, einen chirurgischen Eingriff oder andere Gesundheitsdienstleistungen, um den Körper der Person so weit wie möglich an das erlebte Geschlecht anzupassen.
(Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Diagnose.)
Unterteilung in

- Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter
- Geschlechtsinkongruenz in der Jugend oder im Erwachsenenalter

Bei Kindern muss die Inkongruenz etwa 2 Jahre lang bestanden haben.

Epidemiologie

Fallzahlen insgesamt in Deutschland liegen bei ca. 0,5 % der Gesamtbevölkerung, mit steil steigender Tendenz (vor allem in Großstädten). Bei Kindern und Jugendlichen ist die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe seit 2000 sprunghaft angestiegen (Prävalenz: 2-5%), insbesondere durch die Sensibilisierung des Themas in den Medien hat sich das Engagement der sozialen Umwelt massiv verändert.

Ätiologie

Verursachung ist unbekannt; selten Klinefeltersyndrom (XXY) oder Intersexualität (weibliche und männliche Geschlechtsmerkmale). Schon als Kinder wünschen und tragen die Betreffenden Kleidung des anderen Geschlechts, in der Pubertät stört sie die Ausbildung der Geschlechtsmerkmale, die sie als falsch empfinden. Die Neigung wird meist lange verborgen und unterdrückt.

Behandlung

Psychotherapie, die sich gegen die transsexuellen Wünsche richtet, ist sinnlos - depressive Reaktionen und Suizidversuche sind häufig, z.T. auch Selbstverstümmelung, hingegen ist psychotherapeutische Begleitung bei den inneren Konflikten und sozialen Problemen angezeigt.
Die medizinische Antwort auf die Situation der Betroffenen ist in unserer Kultur meist eine -ganze oder teilweise- operative Geschlechtsumwandlung, hier haben sich die Eingriffe in den letzten 15 Jahren fast verdreifacht (insbesondere bei Kindern und Jugendlichen).

Seit Inkrafttreten der ICD-11 im Juni 2019 ist Transsexualität ein Zustand der sexuellen Gesundheit und *nicht mehr Bestandteil psychopathologischer Kategorien der ICD*, es kann jedoch ein Behandlungsbedarf bestehen. Die Kosten für medizinische Behandlungen werden durch die gesetzlichen Krankenkassen nur übernommen, wenn ein aus einer Transsexualität entstehender Leidensdruck einen Krankheitswert hat.

STÖRUNGEN DER IMPULSKONTROLLE

In dieser Kategorie sind verschiedene Verhaltensstörungen zusammengefasst. Sie sind durch wiederholte, impulshafte Handlungen ohne vernünftige Motivation gekennzeichnet, die nicht kontrolliert werden können (*craving*) und die meist die Interessen des betroffenen Patienten oder anderer Menschen schädigen.
Die betroffenen Menschen berichtenm das die jeweilige Handlung -zumindest kurzfristig- eine Befriedigung darstellt, trotz der Folgen wie längerfristige Schäden für sich selbst oder andere. Die Ursachen dieser Störungen sind unklar, sie sind wegen deskriptiver Ähnlichkeiten hier gemeinsam aufgeführt.

Pathologische Brandstiftung [Pyromanie]

Häufige tatsächliche oder versuchte Brandstiftung an Gebäuden oder anderem Eigentum ohne verständliches Motiv und anhaltende Beschäftigung mit Feuer und Brand. Wachsende innere Spannung *vor* der Handlung und starke Erregung sofort *nach* ihrer Ausführung. *ICD-10: mehr als 2 Episoden/Jahr!*

Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]

Impulse, Dinge zu stehlen, die nicht dem persönlichen Gebrauch oder der Bereicherung dienen. Wachsende innere Spannung *vor* der Handlung und Gefühl von Befriedigung *während* und sofort *nach* der Tat. *ICD-10: mehr als 2 x!*

Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung

Wiederholte sexuelle Aktivitäten (z. B. Masturbation, Konsum von Pornografie) stehen so im Mittelpunkt, dass Gesundheit oder andere Interessen vernachlässigt werden. Trotz des Wissens um die negativen Auswirkungen (z. B. soziale Isolation, Beziehungsprobleme oder Probleme im beruflichen Bereich) hat die Person, den Impuls zu stoppen oder zu kontrollieren. Die Störung ist ausdrücklich keine Paraphilie, da aus dem repetitive Sexualverhalten wenig bis keine sexuelle Befriedigung folgt.
ICD-11:> 6 Monate.

Intermittierende explosible Störung

Aggressive Impulse können nicht adäquat kontrolliert werden und es kommt zu Episoden verbaler oder körperlicher Aggression oder Zerstörung von Eigentum.

STÖRUNGEN DURCH VERHALTENSSÜCHTE

Glücksspielstörung

online oder offline, Suchtverhalten mit Beeinträchtigung der Kontrolle über Beginn, Häufigkeit, Dauer usw. und Priorität des Glücksspiels vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten. Das Verhalten wird trotz negativer Konsequenzen fortgesetzt. Das Spielverhalten führt zu erheblichem Leidensdruck und Verschuldung. *ICD-11:> 12 Monate, bei schwerwiegenden Symptomen auch kürzer.*

Computerspielstörung

Videospiele und Computerspiele. Merkmale sind ähnlich wie bei Glücksspiel.

KÖRPERBEZOGENE REPETITIVE VERHALTENSSTÖRUNGEN

Trichotillomanie

Ausreissen der Haare mit beachtlichem Haarverlust. Wachsende Spannung und anschließendes Gefühl von Erleichterung und Befriedigung.

Exkoriationsstörung

„Skin-Picking-Störung", wiederholtes Zupfen der eigenen Haut, was zu Hautläsionen führt. Am häufigsten wird im Gesicht, an den Armen und an den Händen gezupft.