

ICD-10: F50 Essstörungen

Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung stellen die wesentlichen Störungsbilder innerhalb der Essstörungen dar. Die Prävalenzen liegen bei 0,5% für Anorexia nervosa, 1-1,5% für Bulimia nervosa und bei 3-3,5% für die Binge-Eating-Störung. Anorexia nervosa ist die psychische Störung mit der höchsten Mortalität.

F50.0 Anorexia nervosa

Die Anorexia ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause können ebenfalls betroffen sein. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Das tatsächliche Körpergewicht liegt unter dem zu erwartenden Gewicht oder Body-Mass-Index von 17,5 oder weniger (mild BMI ≥ 17 , extrem BMI <15). Dies führt sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika.

Bei der Anorexie werden 2 Typen unterschieden. Zum einen ein **restriktiver Typus (F50.00)**, der keine aktiven Maßnahmen zur Gewichtsreduktion anwendet und das geringe Körpergewicht durch die restriktive Nahrungsaufnahme erreicht. Zum anderen ein **aktiver bzw. bulimischer Typ (F50.01)**, der Maßnahmen wie Erbrechen, hohe körperliche Aktivität oder Appetitzügler und Abführmittel anwendet, um das Körpergewicht zu kontrollieren

Das Verhältnis der Häufigkeit Frauen zu Männer beträgt 10:1 und der Häufigkeitgipfel liegt bei jungen Frauen im Alter von 15-20 Jahren.

F50.1 Atypische Anorexia nervosa

Es handelt sich um Störungen, die einige Kriterien der Anorexia nervosa erfüllen, das gesamte klinische Bild rechtfertigt die Diagnose jedoch nicht. Zum Beispiel können die Schlüsselsymptome wie deutliche Angst vor dem zu Dicksein oder die Amenorrhoe fehlen, trotz eines erheblichen Gewichtsverlustes und gewichtsreduzierendem Verhalten. Die Diagnose ist bei einer bekannten körperlichen Krankheit mit Gewichtsverlust nicht zu stellen.

F50.2 Bulimia nervosa

Ein Syndrom, das durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert ist. Dies führt zu einem Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen oder Gebrauch von

Abführmitteln. Viele psychische Merkmale dieser Störung ähneln denen der Anorexia nervosa, so die übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht. Wiederholtes Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen führen. Häufig lässt sich in der Anamnese eine frühere Episode einer Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren nachweisen. Das Verhältnis Frauen zu Männern 10:1.

F50.8 sonstige Essstörungen (Binge-Eating-Störung, Pica)

ICD-11: Fütter- und Essstörungen

Fütter- und Essstörungen umfassen abnormes Ess- oder Fütterverhalten, das nicht durch einen anderen Gesundheitszustand erklärt werden kann und nicht entwicklungsgerecht oder kulturell sanktioniert ist. Bei Fütterstörungen handelt es sich um Verhaltensstörungen, die nicht mit dem Körpergewicht und der Körperform zusammenhängen, wie z. B. das Essen von nicht essbaren Substanzen oder das freiwillige Erbrechen von Lebensmitteln. Essstörungen umfassen abnormales Essverhalten und die Beschäftigung mit dem Essen sowie ausgeprägte Sorgen hinsichtlich des Körpergewichts und der Körperform.

6B80 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa ist gekennzeichnet durch ein für die Körpergröße, das Alter und den Entwicklungsstand der Person signifikant niedriges Körpergewicht, das nicht auf eine andere gesundheitliche Störung oder auf die Nichtverfügbarkeit von Nahrung zurückzuführen ist. Ein häufig verwendeter Schwellenwert ist ein Body-Mass-Index (BMI) von weniger als 18,5 kg/m² bei Erwachsenen und ein BMI für das Alter unterhalb der 5. Altersperzentile bei Kindern und Jugendlichen. Ein rascher Gewichtsverlust (z. B. mehr als 20 % des gesamten Körpergewichts innerhalb von 6 Monaten) kann den Richtwert für ein niedriges Körpergewicht ersetzen, sofern andere diagnostische Anforderungen erfüllt sind. Bei Kindern und Jugendlichen kann es vorkommen, dass sie nicht so zunehmen, wie es aufgrund des individuellen Entwicklungsverlaufs zu erwarten wäre, und dass sie nicht an Gewicht verlieren. Ein niedriges Körpergewicht geht mit einem anhaltenden Verhaltensmuster einher, das die Wiederherstellung des Normalgewichts verhindern soll. Dazu gehören Verhaltensweisen, die auf eine Verringerung der Energiezufuhr abzielen (eingeschränkte Nahrungsaufnahme), Reinigungsverhalten (z. B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln) und Verhaltensweisen, die auf eine Erhöhung des Energieverbrauchs abzielen (z. B. exzessive körperliche Betätigung), typischerweise verbunden mit der Angst vor einer Gewichtszunahme. Ein niedriges Körpergewicht oder eine niedrige Körperform steht im Mittelpunkt der Selbsteinschätzung der Person oder wird fälschlicherweise als normal oder sogar übertrieben empfunden.

6B81 Bulimia nervosa

Bulimia nervosa ist gekennzeichnet durch häufige, wiederkehrende Essanfälle (z. B. einmal pro Woche oder öfter über einen Zeitraum von mindestens einem Monat). Eine Binge-Eating-Episode ist ein bestimmter Zeitraum, in dem die betroffene Person subjektiv die Kontrolle über das Essen verliert, deutlich mehr oder anders isst als gewöhnlich und sich nicht in der Lage fühlt, mit dem Essen aufzuhören oder die Art oder Menge der verzehrten Lebensmittel zu begrenzen. Binge Eating wird von wiederholten unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen begleitet, die eine Gewichtszunahme verhindern sollen (z. B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln oder Einläufen, anstrengender Sport). Die Person macht sich Gedanken über seine Körperform oder sein Gewicht, was die Selbsteinschätzung stark beeinflusst. Es besteht ein ausgeprägter Leidensdruck in Bezug auf das Essverhalten und unangemessenes kompensatorisches Verhalten oder eine erhebliche Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Die Person erfüllt nicht die diagnostischen Anforderungen der Anorexia nervosa.

6B81 Binge-Eating-Störung

Die Binge-Eating-Störung ist durch häufige, wiederkehrende Episoden von Essanfällen gekennzeichnet (z. B. einmal pro Woche oder öfter über einen Zeitraum von mehreren Monaten). Eine Binge-Eating-Episode ist ein bestimmter Zeitraum, in dem die betroffene Person subjektiv die Kontrolle über das Essen verliert, deutlich mehr oder anders isst als gewöhnlich und sich nicht in der Lage fühlt, mit dem Essen aufzuhören oder die Art oder Menge der verzehrten Lebensmittel zu begrenzen. Binge Eating wird als sehr belastend empfunden und oft von negativen Gefühlen wie Schuld oder Ekel begleitet. Anders als bei Bulimia nervosa folgen auf die Essanfälle jedoch nicht regelmäßig unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen, die eine Gewichtszunahme verhindern sollen (z. B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln oder Einläufen, anstrengender Sport). Es besteht ein ausgeprägter Leidensdruck aufgrund der Essanfälle oder eine erhebliche Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

6B83 Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung [ARFID]

Die vermeidend-restriktive Ernährungsstörung (ARFID) ist gekennzeichnet durch Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme, die dazu führt: 1) die Aufnahme einer unzureichenden Menge oder Vielfalt von Nahrungsmitteln zur Deckung eines angemessenen Energie- oder Nährstoffbedarfs, was zu einem signifikanten Gewichtsverlust, klinisch bedeutsamen Ernährungsdefiziten, zur Abhängigkeit von oralen Nahrungsergänzungsmitteln oder Sondennahrung oder zu einer anderweitigen Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit der Person geführt hat; oder 2) zu einer signifikanten Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (z. B. aufgrund der Vermeidung oder des Stresses im Zusammenhang mit der Teilnahme an

sozialen Erfahrungen, die mit Essen verbunden sind). Das Essverhalten ist nicht durch die Beschäftigung mit dem Körpergewicht oder der Körperform motiviert. Die eingeschränkte Nahrungsaufnahme und ihre Auswirkungen auf das Gewicht, andere Gesundheitsaspekte oder die Funktionsfähigkeit sind nicht auf die Nichtverfügbarkeit von Nahrungsmitteln zurückzuführen, sind nicht Ausdruck einer anderen Erkrankung (z. B. Nahrungsmittelallergien, Schilddrüsenüberfunktion) oder einer psychischen Störung und sind nicht auf die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments auf das zentrale Nervensystem einschließlich Entzugerscheinungen zurückzuführen.

6B84 Pica

Pica ist gekennzeichnet durch den regelmäßigen Verzehr von nicht nahrhaften Stoffen wie Gegenständen und Materialien, die keine Nahrungsmittel sind (z. B. Ton, Erde, Kreide, Gips, Plastik, Metall und Papier), oder von rohen Nahrungsmittelbestandteilen (z. B. große Mengen Salz oder Maismehl), der anhaltend oder schwerwiegend genug ist, um eine klinische Behandlung bei einer Person zu erfordern, die ein Entwicklungsalter erreicht hat, in dem man erwarten würde, dass sie zwischen essbaren und nicht essbaren Stoffen unterscheiden kann (etwa 2 Jahre). Das heißt, das Verhalten verursacht gesundheitliche Schäden, Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit oder ein erhebliches Risiko aufgrund der Häufigkeit, Menge oder Art der aufgenommenen Substanzen oder Gegenstände.

6B85 Ruminations- oder Regurgitationsstörung

Die Rumination-Regurgitationsstörung ist gekennzeichnet durch das absichtliche und wiederholte Hochwürgen von zuvor geschluckter Nahrung in den Mund (d. h. Regurgitation), die erneut gekaut und geschluckt werden kann (d. h. Rumination) oder absichtlich ausgespuckt wird (jedoch nicht wie beim Erbrechen). Das Regurgitationsverhalten ist häufig (mindestens mehrmals pro Woche) und hält über einen Zeitraum von mindestens mehreren Wochen an. Das Regurgitationsverhalten lässt sich nicht vollständig auf eine andere Erkrankung zurückführen, die direkt zu Regurgitation führt (z. B. Ösophagusstrikturen oder neuromuskuläre Störungen, die die Funktion der Speiseröhre beeinträchtigen) oder Übelkeit oder Erbrechen verursacht (z. B. Pylorusstenose). Die Rumination-Regurgitation-Störung sollte nur bei Personen diagnostiziert werden, die ein Entwicklungsalter von mindestens 2 Jahren erreicht haben.

Orthorexie

Ein in jüngerer Zeit geprägter Begriff, durch folgende Faktoren definiert:

- Extrem gesundheitsorientiertes Essverhalten
- Starre Ernährungsregeln
- Soziale Einschränkungen durch das Befolgen dieser Regeln
- Hohe Ich-Synthonie mit fehlender Störungseinsicht

Bezüge zu Essstörungen, aber auch Zwangsstörungen und somatoformen Störungen bestehen, häufig findet sich vorangegangen eine restriktive Essstörung. Aufgrund dieser Überlappungen stellt die Orthorexie kein eigenständiges Krankheitsbild dar.

Organische Komplikationen

Anorexia nervosa: Bei der Anorexie kommt es vor allem bei schweren Verläufen häufig zu ernstesten körperlichen Folgeerkrankungen, darunter:

- Endokrine Störungen: – Amenorrhoe
- Störungen des Elektrolyt- und des Säure-Basen-Haushalts: – Hypokaliämie (Cave: lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen) – Hyponatriämie (meist Zeichen einer Hyperhydratation bei Polydipsie) – Metabolische Azidose infolge Laxanzienmissbrauchs, metabolische Alkalose als Folge des Erbrechens. – Muskelschwäche, Tetanie, Krampfanfälle.
- Bradykardie, Hypotonie
- Hypothermie, Zyanose der Akren
- Ödeme
- Lanugobehaarung
- Brüchige Haare und Nägel, Haarausfall, trockene, z. T. marmorierte Haut
- Magen-Darm-Passageverlangsamung
- »Pseudohirnatrophie« (Erweiterung der Liquorräume, Verminderung weißer und grauer Substanz ohne tatsächliches Absterben von Nervenzellen; meist reversibel bei Gewichtsnormalisierung)
- Osteoporose, vermindertem Längenwachstum und verzögerter Pubertätsentwicklung (bei Beginn vor der Pubertät)

Bulimia nervosa:

- Schmerzlose Vergrößerung der Parotis (mumpsartiges Aussehen)
- Petechien nach Erbrechen, Perforation des Ösophagus, Ösophagitis, Heiserkeit, retrosternaler Schmerz
- Ausgeprägte Karies und Schmelzdefekte der Zähne durch rezidivierenden Kontakt mit Magensäure
- Schwielen am Handrücken (»Russell's sign«) durch wiederholtes manuelles Auslösen des Würgereflexes
- Störungen des Elektrolyt- und des Säure-Basen-Haushalts

Ätiopathogenese

Historisch tobte eine heftige Debatte um die Frage, ob der Anorexie eine psychische oder somatische Ätiologie zugrunde liegt. Der Zusatz „nervosa“ verweist auf die psychische Komponente, Ende des 19. Jhdts. war auch die Bezeichnung „Anorexia hysterica“ verbreitet. Anfang des 20. Jhdts. vorherrschen ein somatisches Krankheitsmodell („Simmonds'sche Erkrankung“) mit Hypophyseninsuffizienz als organischer Ursache der Anorexie und daraus abgeleiteter Hormonbehandlung als Therapieansatz.

Aktuell geht man – wie bei der großen Mehrzahl der psychiatrischen Erkrankungen – von einem multifaktoriellen, biopsychosozialen Krankheitsmodell der Anorexia nervosa aus:

- Genetik: 55% Konkordanz für eineiige Zwillinge, 2% bei zweieiigen
- Organische Ursachen: keine spezifischen Befunde; Veränderungen zumeist sekundär
- Soziokulturell:
 - Prävalenz in westlicher Welt deutlich erhöht
 - Schönheitsideal
 - Kehrseite: Konsumgesellschaft – Adipositas als Volkskrankheit
 - Familienstrukturen: Rigidität, Überbehütung, Konfliktvermeidung, geringes Konfliktlösungspotenzial

Psychodynamische Perspektiven

Für alle Essstörungen ist die intime Verflechtung der Nahrungsaufnahme mit der Libidoentwicklung und der Entwicklung der Objektbeziehungen essentiell. Die Stillsituation steht prototypisch für die Bedeutung der Nahrungsaufnahme für die Triebbefriedigung sowie für die Beziehung zum Primärobjekt. Ebenso kommt Störungen bei der Entwicklung des Körperschemas bzw. Körperbilds eine entscheidende Bedeutung bei der Anorexie zu. Der Krankheitsbeginn fällt oft mit der Pubertät und den damit verknüpften körperlichen Veränderungen zusammen, wobei die Ablehnung der Weiblichkeit, der weiblichen Sexualität und der (potenziellen) Mütterlichkeit eine wichtige Rolle spielen.

Gabbard (2014; aus: Böker et al. 2016) beschreibt die folgenden psychodynamischen Faktoren, die bei der Anorexia nervosa eine Rolle spielen:

- verzweifelter Versuch, speziell und einzigartig zu sein,
- Angriff auf den falschen Sinn der elterlichen Erwartung an die eigene Entwicklung,
- Angriff gegen das feindliche mütterliche Introjekt, erlebt als dem eigenen Körper entsprechend,
- Abwehr gegen Gier und Begehren,
- Bemühung, andere – statt sich selbst – gierig und hilflos zu machen.

Bei der Bulimie wird oft die Bedeutung der Ess-Brechanfälle für die Affektregulation unterstrichen: Essanfälle und Erbrechen „binden“ abgewehrte Affekte, wie Wut, Gier, Traurigkeit, Leere und Scham, oder werden im Sinne der Impulssteuerung und Spannungsabfuhr eingesetzt. Man kann einen Kreislauf aus Objekthunger und Verdauungsstörung beobachten (im Gegensatz zur Anorexie: dort ist das Bedürfnis nach dem Objekt aufgegeben bzw. wird noch massiver abgewehrt)

Therapie

Anorexia nervosa

Die Anorexie ist eine schwere und potenziell lebensbedrohende Erkrankung. Sie hat eine der höchsten Mortalitätsraten aller psychiatrischer Erkrankungen (5-20%). Die Behandlung der Anorexie erfolgt primär psychotherapeutisch bzw. multimodal. Psychopharmakologische Ansätze spielen eine untergeordnete Rolle. Zeeck (2018) listet folgende allgemeine Therapieziele für die Behandlung der Anorexia nervosa:

- die Wiederherstellung eines für Alter und Größe angemessenen Körpergewichts,
- die Normalisierung des Essverhaltens,
- die Behandlung körperlicher Folgen von Essverhalten und Untergewicht,
- die Behandlung der dem Störungsbild zugrunde liegenden emotionalen, kognitiven und zwischenmenschlichen Probleme,
- die Förderung der sozialen Integration und ggf. ein „Nachholen“ verpasster Entwicklungsschritte.

In der Akutphase oder bei schweren Verlaufsformen ist zumeist eine stationäre Behandlung notwendig.

Absolute Indikationen für eine stationäre Aufnahme:

- Gravierendes Untergewicht (BMI <15)
- Schwere somatische Komplikationen
- Wahnhafte Einengung; Suizidgefahr

Wesentliche Voraussetzung für die ambulante Psychotherapie sind ausreichendes Körpergewicht und geregeltes Essverhalten. Wesentliche erste Schritte umfassen den Aufbau von Therapiemotivation und die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

Primär kommen störungsspezifische Psychotherapien zur Anwendung – die meiste Evidenz gibt es für folgende Therapieformen:

- Fokale tiefenpsychologische Therapie für AN
- „Erweiterte“ Kognitive Verhaltenstherapie für AN
- Familientherapie bei Kinder- und Jugendlichen.

Bei schweren Verläufen sind regelmäßige internistische Kontrollen wesentlich. Für Psychopharmaka gibt es kaum Wirksamkeitsnachweise. In der Akutphase kommen dennoch häufig Antidepressiva und Antipsychotika zur Anwendung.

Bulimia nervosa

Die Therapie erfolgt primär ambulant. Psychotherapie ist erste Wahl. Die höchste Evidenz für eine störungsspezifische Therapie besteht für die Kognitive Verhaltenstherapie. Auch spezifische psychodynamische Therapieansätze kommen häufig zur Anwendung. Wesentlich ist die Behandlung von häufig auftretenden Comorbiditäten, v.a. auch der Persönlichkeitsstörungen.

Psychopharmakologisch gibt es Evidenz für die Wirksamkeit einer antidepressiven Therapie mittels SSRI (Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer), insbesondere Fluoxetin:

- Reduktion der Essanfälle um 40-90%
- Signifikant besser als Placebo
- Spezifische antibulimische Wirkung - auch bei nicht depressiven Pat. wirksam
- Signifikante Verbesserung depressiver Symptome

Die psychopharmakologische Therapie sollte stets in Kombination mit einer Psychotherapie erfolgen wenn kein ausreichender Erfolg der alleinigen Psychotherapie zu beobachten ist.

Persönlichkeitsstörungen

Die Persönlichkeitsstörungen stellen jenen Bereich in der ICD-11 dar, in dem sich im Vergleich zur ICD-10 die grundlegendsten Veränderungen ergeben haben. In der klinisch-psychiatrischen Tradition wurden Besonderheiten der Persönlichkeit an Extremen und am Pathologischen beschrieben und in ein kategoriales System gefasst. Dennoch können Persönlichkeitsmerkmale ohne klare Grenzen von einer Durchschnittsnormalität bis zum Pathologischen variieren. In der ICD-11 wird die klassisch-kategoriale Klassifikation zugunsten einer eher dimensionalen Definition und Einteilung aufgegeben.

ICD-10

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Im ICD sind folgende allgemeine Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung definiert:

- Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Manifestiert in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
 - Kognition
 - Affektivität
 - Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
 - Impulskontrolle
- Führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- Nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklärbar • Nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hirnverletzung).
- Das überdauernde Muster ist unflexibel, unpassend und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.

Die Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen liegt etwa bei 10 %. Die Geschlechterverteilung über alle Persönlichkeitsstörungen ist etwa gleich. Bei klinischen Gruppen sind die Prävalenzraten deutlich höher: bis zu 30-40% ambulanter und bis zu 40-50% stationärer Patienten erfüllen die Kriterien einer

Persönlichkeitsstörung. Es finden sich sehr hohe Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen (Angststörungen: 50-60%; Depressive Störungen: 40%, Posttraumatische Belastungsstörungen: 40%; Essstörungen: 50%; Suchterkrankungen: 40%), etwa 50% mit einer anderen Persönlichkeitsstörung.

Die Diagnose kann ab der mittleren Adoleszenz gestellt werden. Für alle Persönlichkeitsstörungen besteht ein erhöhtes Suizidrisiko, am höchsten bei Borderline-PS (~ 10%), am niedrigsten bei paranoider PS (~ 1%). Allgemein verschlechtern comorbide Persönlichkeitsstörungen den Verlauf von anderen psychiatrischen Erkrankungen sowie den Behandlungserfolg.

Symptomatik der einzelnen Persönlichkeitsstörungen nach ICD

F60.0: Paranoide Persönlichkeitsstörung

1. übertriebene Empfindlichkeit bei Rückschlägen und Zurücksetzung
2. Neigung zu ständigem Groll wegen der Weigerung Beleidigungen, Verletzungen und Missachtung zu verzeihen.
3. Misstrauen und eine starke Neigung, Erlebtes zu verdrehen in dem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missgedeutet werden.
4. Streitsüchtiges und beharrliches, situationsunangemessenes Bestehen auf eigenen Rechten.
5. Häufiges ungerechtfertigtes Misstrauen gegenüber der sexuellen Treue des Ehe oder Sexualpartners.
6. Tendenz zu stark überhöhtem Selbstwertgefühl, dass sich in ständiger Selbstbezogenheit zeigt.
7. Inanspruchnahme durch ungerechtfertigte Gedanken an Verschwörungen als Erklärungen für Ereignisse in der näheren Umgebung und in aller Welt.

F 60.1: schizoide Persönlichkeitsstörung

1. Wenige oder überhaupt keine Tätigkeiten bereiten Vergnügen.
2. Emotionale Kühle, Distanziertheit oder flache Affektivität.
3. Geringe Fähigkeit, warme, zärtliche Gefühle oder auch Ärger anderen gegenüber zu zeigen.
4. Anscheinende Gleichgültigkeit gegenüber Lob oder Kritik.
5. Wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen mit an einer anderen Person.

6. Übermäßiger Vorliebe für einzelgängerische Beschäftigungen.
7. Übermäßige Inanspruchnahme durch Phantasie und Introspektion.
8. Mangel an engen Freunden oder vertrauensvollen Beziehungen (oder höchstens eine Person) und fehlender Wunsch nach solchen Beziehungen.
9. Deutlich mangelnde Sensibilität im Erkennen und Befolgen gesellschaftliche Regeln.

F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Diskrepanz zwischen dem Verhalten und den geltenden sozialen Normen

1. herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer.
2. Deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen.
3. Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, aber keine Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen.
4. Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives und gewalttätiges Verhalten.
5. Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein oder zum Lernen aus Erfahrung besonders aus Bestrafung.
6. Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten, durch welches die Personen in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist.

F60.3 Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung

F60.30 impulsiver Typ, F60.31 Borderline-Typ

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“).
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

F60.4 Histrionische Persönlichkeitsstörung

1. Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, theatralisches Verhalten, übertriebener Ausdruck von Gefühlen.
2. Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere Personen oder Umstände.
3. Oberflächliche und labile Affektivität.
4. Andauerndes Verlangen nach Aufregung, Anerkennung durch andere und Aktivitäten, bei denen die betreffende Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht.
5. Unangemessen verführerisch in Erscheinung und Verhalten.
6. Übermäßiges Interesse an körperlicher Attraktivität.

F60.5 Anankastische Persönlichkeitsstörung

1. Übermäßiger Zweifel und Vorsicht. Ständige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen.
2. Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert.
3. Leistungsbezogene Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit, unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen.
4. Übermäßige Pedanterie und Befolgung von Konventionen.
5. Rigidität und Eigensinn.
6. Unbegründetes Bestehen auf der Unterordnung anderer unter eigene Gewohnheiten oder unbegründetes Zögern, Aufgaben zu delegieren.
7. Andrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse.

F60.6 Ängstlich-(vermeidende) Persönlichkeitsstörung

1. Andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und besorgtest.

2. Überzeugung selbst sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein.
3. Ausgeprägte Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden.
4. Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen, außer man ist sicher, gemocht zu werden.
5. Eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit.
6. Vermeidung sozialer und beruflicher Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung.

F60.7 Abhängige Persönlichkeitsstörung

1. bei den meisten Lebensentscheidungen wird dann die Hilfe anderer appelliert oder die Entscheidung wird anderen überlassen.
2. Unterordnung eigener Bedürfnisse und die andere Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht, und unverhältnismäßige Nachgiebigkeit gegenüber den Wünschen anderer.
3. Mangelnde Bereitschaft zur Äußerung angemessener Ansprüche gegenüber Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht.
4. Unbehagliches Gefühl beim Alleinsein aus übertriebener Angst, nicht für sich allein sorgen zu können.
5. Häufige Angst von einer Person verlassen zu werden, zu der eine enge Beziehung besteht, und auf sich selbst angewiesen zu sein.
6. Eingeschränkte Fähigkeit, Alltagsentscheidungen zu treffen ohne ein hohes Maß an Ratschlägen und Bestätigung von anderen.

F60.8 Narzisstische Persönlichkeitsstörung

1. Hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt z.B. die eigenen Leistungen und Talente; erwartet, ohne entsprechende Leistungen als überlegen anerkannt zu werden).
2. Ist stark eingenommen von Fantasien grenzenlosen Erfolges, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe.
3. Glaubt von sich, besonders und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen oder angesehenen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können.

4. Verlangt nach übermäßiger Bewunderung.
5. Legt ein Anspruchsdenken an den Tag, d.h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen
6. Ist in zwischenmenschlichen Beziehung ausbeuterisch, d.h. zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen.
7. Zeigt einen Mangel an Empathie: ist nicht willens, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren.
8. Ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie.
9. Zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Haltungen.

Persönlichkeitsstruktur (Blüml & Doering 2017)

Otto Kernberg (*1928), ein in Wien geborener Psychoanalytiker und Psychiater, entwickelte ein einflussreiches Modell der Persönlichkeitsorganisation, in welchem das Ausmaß der Stabilität und Reife einer Persönlichkeitsstruktur beurteilt werden kann (Kernberg 1985). Er unterschied dabei drei Strukturniveaus: (1) Normale / Neurotische Persönlichkeitsorganisation, (2) Borderline – Persönlichkeitsorganisation, (3) Psychotische Persönlichkeitsorganisation. Als wichtigste Kriterien zur Differenzierung der Strukturniveaus definierte Kernberg drei Funktionen: (1) Identitätsintegration, (2) Abwehrmechanismen, (3) Realitätsprüfung. Eine neurotische Persönlichkeitsstruktur ist durch eine integrierte Identität, d.h. eine stabile, auch Widersprüche aushaltende Vorstellung von sich selbst und von wichtigen anderen, den Einsatz von reifen Abwehrmechanismen, bspw. Verdrängung und Sublimierung, sowie eine funktionierende Realitätsprüfung im Sinne einer klaren Getrenntheit von Psychiatrie 2B | Victor Blüml 10 Selbst und Objekt charakterisiert. Demgegenüber beschrieb Kernberg bei der Borderline-Persönlichkeitsstruktur das Phänomen der Identitätsdiffusion bzw. -spaltung, wobei eine fehlende Integration von guten und schlechten Aspekten von Selbst und Objekt beobachtet werden kann (s.o.). Ebenso kommt es bei auf dem Borderline-Strukturniveau zum übermäßigen Einsatz primitiver Abwehrmechanismen wie Spaltung und projektive Identifizierung (s.o.), wobei jedoch die Realitätsprüfung erhalten bleibt. Schließlich ist das psychotische Organisationsniveau durch einen noch stärker fragmentierten Zustand der Identitätsorganisation charakterisiert, wobei auch die Unterscheidung von Selbst und Objekt oftmals nicht sicher gelingt und primitive Abwehrmechanismen oft exzessiv

eingesetzt werden. Der Ansatz Kernbergs stellt eine Integration verschiedener objektbeziehungs- und triebtheoretischer Konzeptionen dar und die Bedeutung von strukturellen Aspekten für die Beurteilung insbesondere von Persönlichkeitsstörungen wurde zuletzt auch durch deren Berücksichtigung in Sektion III des DSM-5 unterstrichen, und findet in der ICD-11 Niederschlag.

ICD-11

Begrifflichkeiten wie Selbst und Identität werden als zentrale Konstrukte eingeführt. Eine dimensionale Schweregradeinteilung steht im Zentrum, die durch die Vergabe von Persönlichkeitsmerkmalen weiter beschrieben werden kann.

6D10 Persönlichkeitsstörung

Eine Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch Probleme in der Funktionsweise von Aspekten des Selbst (z. B. Identität, Selbstwert, Genauigkeit der Selbsteinschätzung, Selbststeuerung) und/oder zwischenmenschliche Störungen (z. B. die Fähigkeit, enge und für beide Seiten befriedigende Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, die Sichtweise anderer zu verstehen und mit Konflikten in Beziehungen umzugehen), die über einen längeren Zeitraum (z. B. zwei Jahre oder länger) bestehen. Die Störung äußert sich in maladaptiven (z. B. unflexiblen oder schlecht regulierten) Mustern der Kognition, des emotionalen Erlebens, des emotionalen Ausdrucks und des Verhaltens und zeigt sich in einer Reihe von persönlichen und sozialen Situationen (d. h. sie ist nicht auf bestimmte Beziehungen oder soziale Rollen beschränkt). Die Verhaltensmuster, die die Störung charakterisieren, sind entwicklungsmäßig nicht angemessen und können nicht in erster Linie durch soziale oder kulturelle Faktoren, einschließlich sozialpolitischer Konflikte, erklärt werden. Die Störung ist mit erheblichem Stress oder einer signifikanten Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden.

6D10.0 Leichtgradige Persönlichkeitsstörung

Alle allgemeinen diagnostischen Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung sind erfüllt. Die Beeinträchtigungen betreffen einige Funktionsbereiche der Persönlichkeit, aber nicht andere (z. B. Probleme mit der Selbststeuerung bei fehlenden Problemen mit der Stabilität und Kohärenz der Identität oder des Selbstwerts), und können in einigen

Kontexten nicht offensichtlich sein. Es gibt Probleme in vielen zwischenmenschlichen Beziehungen und/oder bei der Erfüllung erwarteter beruflicher und sozialer Rollen, aber einige Beziehungen werden aufrechterhalten und/oder einige Rollen ausgeübt. Die spezifischen Manifestationen der Persönlichkeitsstörung sind im Allgemeinen von geringem Schweregrad. Eine leichte Persönlichkeitsstörung geht in der Regel nicht mit einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung einher, kann aber mit erheblichem Leidensdruck oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen einhergehen, die entweder auf bestimmte Bereiche beschränkt sind (z. B. Liebesbeziehungen, Berufstätigkeit) oder in mehreren Bereichen auftreten, aber weniger ausgeprägt sind.

6D10.1 Mittelgradige Persönlichkeitsstörung

Alle allgemeinen diagnostischen Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung sind erfüllt. Die Störungen betreffen mehrere Bereiche der Persönlichkeitsfunktion (z. B. Identität oder Selbstwertgefühl, Fähigkeit, intime Beziehungen einzugehen, Fähigkeit zur Impulskontrolle und Verhaltensanpassung). Einige Bereiche der Persönlichkeitsfunktion können jedoch relativ wenig beeinträchtigt sein. In den meisten zwischenmenschlichen Beziehungen treten deutliche Probleme auf, und die Erfüllung der meisten erwarteten sozialen und beruflichen Rollen ist zu einem gewissen Grad beeinträchtigt. Die Beziehungen sind wahrscheinlich von Konflikten, Vermeidung, Rückzug oder extremer Abhängigkeit geprägt (z. B. es werden nur wenige Freundschaften aufrechterhalten, anhaltende Konflikte in Arbeitsbeziehungen und daraus resultierende berufliche Probleme, Liebesbeziehungen sind durch ernsthafte Brüche oder unangemessene Unterwürfigkeit gekennzeichnet). Die spezifischen Erscheinungsformen der Persönlichkeitsstörung sind im Allgemeinen von mittlerem Schweregrad. Eine mittelschwere Persönlichkeitsstörung geht manchmal mit einer Selbst- oder Fremdgefährdung einher und ist mit einer deutlichen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden, auch wenn die Funktionsfähigkeit in umschriebenen Bereichen erhalten bleiben kann.

6D10.2 Schwergradige Persönlichkeitsstörung

Alle allgemeinen diagnostischen Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung sind erfüllt. Es bestehen schwerwiegende Störungen der Selbstfunktion (z. B. kann die Selbstwahrnehmung so instabil sein, dass die Personen angeben, kein Gefühl dafür zu haben, wer sie sind, oder so starr sind, dass sie sich weigern, an irgendeiner Situation oder wenn nur an einem extrem engen Spektrum von Situationen teilzunehmen; die Selbstwahrnehmung kann durch Selbstverachtung gekennzeichnet sein oder grandios oder höchst exzentrisch sein). Probleme im zwischenmenschlichen Bereich beeinträchtigen praktisch alle Beziehungen ernsthaft, und die Fähigkeit und Bereitschaft, die erwarteten sozialen und beruflichen Aufgaben zu erfüllen, ist nicht vorhanden oder stark beeinträchtigt. Die spezifischen Manifestationen der Persönlichkeitsbeeinträchtigung sind schwerwiegend und betreffen die meisten, wenn nicht alle Bereiche der Persönlichkeitsfunktion. Eine schwere Persönlichkeitsstörung geht häufig mit Selbst- oder Fremdgefährdung einher und ist mit schweren Beeinträchtigungen in allen oder fast allen Lebensbereichen verbunden, einschließlich persönlicher, familiärer, sozialer, schulischer, beruflicher und anderer wichtiger Funktionsbereiche.

6D11 Ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale oder -muster

Qualifizierende Merkmalsbereiche können auf Persönlichkeitsstörungen oder Schwierige Persönlichkeiten angewandt werden, um die Persönlichkeitsmerkmale einer Person zu beschreiben, die am stärksten ausgeprägt sind und zur Persönlichkeitsbeeinträchtigung beitragen. Die Merkmalsbereiche liegen auf einem Kontinuum mit normalen Persönlichkeitsmerkmalen bei Personen, die keine Persönlichkeitsstörung oder Schwierige Persönlichkeit haben. Merkmalsbereiche sind keine diagnostischen Kategorien, sondern stellen vielmehr eine Reihe von Dimensionen dar, die der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur entsprechen. Es können so viele Merkmalsbereiche als Qualifizierungsmerkmale verwendet werden, wie zur Beschreibung der Persönlichkeitsfunktion erforderlich sind. Personen mit einer schwereren Persönlichkeitsstörung weisen in der Regel eine größere Anzahl auffälliger Merkmalsbereiche auf.

6D11.0 Negative Affektivität bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik

Das Hauptmerkmal des Merkmalsbereichs negative Affektivität ist die Tendenz, ein breites Spektrum an negativen Emotionen zu erleben. Zu den häufigen Erscheinungsformen der negativen Affektivität, die bei einer bestimmten Person nicht alle zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhanden sein müssen, gehören: Das Erleben eines breiten Spektrums negativer Emotionen mit einer Häufigkeit und Intensität, die in keinem Verhältnis zur Situation stehen, emotionale Labilität und schlechte Emotionsregulation, negativistische Einstellungen, geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sowie Misstrauen.

6D11.1 Distanziertheit bei Persönlichkeitsstörung oder schwieriger Persönlichkeit

Das Kernmerkmal des Merkmalsbereichs "Distanziertheit" ist die Tendenz, zwischenmenschliche Distanz (soziale Distanziertheit) und emotionale Distanz (emotionale Distanziertheit) zu wahren. Häufige Manifestationen der Distanziertheit, die bei einer bestimmten Person nicht in allen Fällen zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhanden sein müssen, gehören: Soziale Distanziertheit (Vermeidung sozialer Interaktionen, Mangel an Freundschaften und Vermeidung von Intimität) und emotionale Distanziertheit (Zurückhaltung, Unnahbarkeit und eingeschränkter emotionaler Ausdruck und Erfahrung).

6D11.2 Dissozialität bei Persönlichkeitsstörung oder schwieriger Persönlichkeit

Das Hauptmerkmal des Merkmalsbereichs Dissozialität ist die Missachtung der Rechte und Gefühle anderer, was sowohl Egozentrik als auch mangelndes Einfühlungsvermögen umfasst. Zu den häufigen Ausprägungen von Dissozialität, die bei einer bestimmten Person nicht alle zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhanden sein müssen, gehören: Egozentrik (z. B. Anspruchsdenken, Erwartung der Bewunderung anderer, positives oder negatives aufmerksamkeitsheischendes Verhalten, Beschäftigung mit den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und dem eigenen Wohlbefinden und nicht mit denen anderer); und mangelnde Empathie (d. h., Gleichgültigkeit gegenüber der Tatsache, dass die eigenen Handlungen anderen Unannehmlichkeiten bereiten oder sie verletzen, was sich in betrügerischem, manipulativem und ausbeuterischem Verhalten gegenüber anderen, Gemeinheit und

körperlicher Aggression, Gefühllosigkeit gegenüber dem Leiden anderer und Rücksichtslosigkeit bei der Durchsetzung der eigenen Ziele äußern kann).

6D11.3 Enthemmung bei Persönlichkeitsstörung oder Schwieriger Persönlichkeit

Das Hauptmerkmal des Merkmalsbereichs Enthemmung ist die Tendenz, aufgrund unmittelbarer äußerer oder innerer Reize (d. h. Empfindungen, Emotionen, Gedanken) unüberlegt zu handeln, ohne mögliche negative Folgen in Betracht zu ziehen. Zu den häufigen Ausprägungen der Enthemmung, die bei einer bestimmten Person nicht alle zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhanden sein müssen, gehören: Impulsivität, Ablenkbarkeit, Verantwortungslosigkeit, Rücksichtslosigkeit und mangelnde Planung.

6D11.4 Anankasmus bei Persönlichkeitsstörung oder Schwieriger Persönlichkeit

Das Hauptmerkmal des Merkmalsbereichs Anankasmus ist eine enge Fokussierung auf den eigenen starren Standard von Perfektion und von richtig und falsch sowie auf die Kontrolle des eigenen Verhaltens und des Verhaltens anderer und die Kontrolle von Situationen, um die Übereinstimmung mit diesen Standards zu gewährleisten. Zu den häufigen Erscheinungsformen von Anankasmus, die bei einer bestimmten Person nicht alle zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhanden sein müssen, gehören: Perfektionismus (z. B. Beschäftigung mit sozialen Regeln, Verpflichtungen und Normen von richtig und falsch, akribische Aufmerksamkeit für Details, rigide, systematische, tägliche Routinen, übertriebene Terminplanung und Planmäßigkeit, Betonung von Organisation, Ordnung und Sauberkeit); und emotionale und verhaltensbezogene Beschränkungen (z. B. rigide Kontrolle über den Ausdruck von Emotionen, Sturheit und Inflexibilität, Risikovermeidung, Beharrlichkeit und Bedachtsamkeit).

6D11.5 Borderline-Muster

Das Borderline-Muster kann auf Personen angewandt werden, deren Persönlichkeitsstörung durch ein durchdringendes Muster der Instabilität zwischenmenschlicher Beziehungen, des Selbstbilds und der Affekte sowie durch eine ausgeprägte Impulsivität gekennzeichnet ist, die sich in vielen der folgenden Punkte äußert: Verzweifelt Bemühen, eine tatsächliche oder eingebildete Verlassenheit zu

vermeiden; ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen; Identitätsstörung, die sich in einem ausgeprägten und anhaltend instabilen Selbstbild oder Selbstwertgefühl manifestiert; eine Tendenz zu unüberlegtem Handeln in Zuständen starker negativer Affekte, die zu potenziell selbstschädigenden Verhaltensweisen führen; Wiederkehrende Episoden von Selbstverletzung; emotionale Instabilität aufgrund ausgeprägter Stimmungsreaktivität; chronische Gefühle der Leere; unangemessen starke Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren; vorübergehende dissoziative Symptome oder psychoseähnliche Züge in Situationen hoher affektiver Erregung.

Therapie

Psychotherapie gilt als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Für viele einzelne Persönlichkeitsstörungen liegen keine ausreichenden Studiendaten zur Überprüfung der Wirksamkeit vor. Am besten untersucht ist die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Für diese haben 4 spezifische, manualisierte Therapieformen ihre Wirksamkeit bestätigen können:

- 2 psychoanalytische Ansätze:
 - o Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP, Kernberg)
 - o Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT, Fonagy)
- 2 verhaltenstherapeutische Ansätze
 - o Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT, Linehan)
 - o Schema-Therapie (Young)

Psychopharmaka kommen zur Symptombesserung, bspw. bei comorbider depressiver Störung, zum Einsatz. Es gibt jedoch keinen Hinweis auf eine Besserung der Kernsymptomatik der Persönlichkeitsstörungen.

Cave: Menschen mit Persönlichkeitsstörungen lösen oft heftige Gegenübertragungsgefühle in den Behandlern aus, was bei nicht ausreichender Durcharbeitung zum Ausagieren auf Seiten der Behandler führen kann, das sich u.a. in der Verschreibung von hohen Dosen von Psychopharmaka äußern kann.

Literatur

ICD-10-WHO, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, WHO-Ausgabe, Version 2019, Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Entwurfsfassung der deutschen Übersetzung der ICD-11, erarbeitet vom BfArM unter anderem in Kooperation mit dem Schweizer Bundesamt für Statistik (<https://www.bfarm.de>), abgerufen im April 2024

Böker, H., Hartwich, P., & Northoff, G. (Eds.). (2016). Neuropsychodynamische Psychiatrie. Heidelberg: Springer

Blüml, V., Doering, S. (2017): Psychoanalyse. In: Slunecko, T. (Hg.) Psychotherapie. Eine Einführung. facultas.

Kernberg, O. (1985): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta.

L. Tebartz van Elst, E. Schramm, M. Berger (2024): Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik und Therapie psychischer Erkrankungen. Urban und Fischer, 7. Auflage

Zeeck, A. (2018). Anorexia nervosa: Diagnostik und Behandlung. PSYCH up2date, 12(01), 59-73.