

Marcus Mery

Prüfungsvorbereitung

Heilpraktiker Psychotherapie

Lehrbuch 3



**Persönlichkeitsstörungen,
Essstörungen und Sexualstörungen**

**heilpraktiker
psychotherapie**

Marcus Mery

Lehrbuch 3

Prüfungsvorbereitung

Heilpraktiker Psychotherapie

**Persönlichkeitsstörungen,
Essstörungen und Sexualstörungen**

**heilpraktiker
psychotherapie**

Marcus Mery
Lehrbuch 3
Prüfungsvorbereitung
Heilpraktiker Psychotherapie
Persönlichkeitsstörungen,
Essstörungen und Sexualstörungen

*Bibliografische Information der Deutschen
Bibliothek –*

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbiblio-
grafie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

3. überarbeitete und erweiterte Auflage

Herausgeber: Verlag Heilpraktiker Psycho-
therapie, Marcus Mery, Offenbach, 2009.

Umschlaggestaltung: bitpublishing,
Schwalbach

Bildnachweis: Archiv des Verlages
Illustrationen: Renate Robu
Grafiken: bitpublishing

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

© 2009 Verlag Heilpraktiker Psychotherapie
Lübecker Straße 4, 63073 Offenbach
Printed in Germany

Satz: bitpublishing, Schwalbach
Druck: Verlag Heilpraktiker Psychotherapie,
Offenbach

ISBN 978-3-941356-83-2

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile,
ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwer-
tung außerhalb der engen Grenzen des
Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustim-
mung des Verlages unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen,
Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die
Einspeicherung und Verarbeitung in elektro-
nischen Systemen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8
Kontakt	8
Einführung	10
Die Infos zur rechtlichen Situation	10
Benötigte Unterlagen und Voraussetzungen	11
Berufsbezeichnung	12
Inhalte der schriftlichen Prüfung	13
1 Persönlichkeitsstörungen	16
1.1 Einleitung	16
1.2 Geschichte	19
1.3 Persönlichkeitsstörungen	21
1.4 Gruppe A (sonderbare, exzentrische)	22
1.4.1 Paranoide Persönlichkeitsstörung	22
1.4.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung	24
1.4.3 Schizotype Persönlichkeitsstörung	25
1.5 Gruppe B	27
1.5.1 Dissoziale Persönlichkeitsstörung	27
1.5.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung	32
1.5.3 Histrionische Persönlichkeitsstörung	34
1.5.4 Narzisstische Persönlichkeitsstörung	35
1.6 Gruppe C	37
1.6.1 Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung	37
1.6.2 Abhängige Persönlichkeitsstörung	39
1.6.3 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	40
1.7 Diagnostik / Differenzialdiagnose	41
1.8 Epidemiologie	45
1.9 Verlauf	46
1.10 Therapie	46
Lernkontrolle 1	52
Musterlösungen zur Lernkontrolle 1	53
2 Nicht-organische Schlafstörungen	58
2.1 Schlaf und seine einzelnen Stadien	59
2.2 Schlafstadien	60
2.3 Dyssomnien	64
2.3.1 Insomnie	64

2.3.2	Hypersomnie.....	65
2.3.3	Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	65
2.4	Parasomnien	66
2.4.1	Somnambulismus.....	66
2.4.2	Pavor nocturnus	66
2.4.3	Alpträume	67
2.5	Diagnose / Differenzialdiagnose.....	68
2.6	Therapie / Verlauf.....	69
	Lernkontrolle 2.....	71
	Musterlösungen zur Lernkontrolle 2	72
3	Essstörungen.....	76
3.1	Klinische Subtypen	77
3.1.1	Anorexia nervosa.....	78
3.1.2	Bulimia nervosa	82
3.1.3	Zusammenfassung der wichtigsten Begleiterscheinungen von Essstörungen.....	86
3.1.4	Binge-Eating-Störung (BED)	89
3.1.5	Body Mass Index (BMI)	90
	Lernkontrolle 3.....	101
	Musterlösungen zur Lernkontrolle 3	102
4	Sexualstörungen.....	108
4.1	Der sexuelle Reaktionszyklus.....	112
4.2	Sexuelle Funktionsstörungen (Dysfunktionen).....	113
4.2.1	Störung der sexuellen Appetenz	114
4.2.2	Störung mit sexueller Aversion.....	114
4.2.3	Störung der sexuellen Erregung.....	116
4.2.4	Orgasmusstörungen	118
4.2.5	Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen.....	120
4.3	Störungen der Geschlechtsidentität	122
4.3.1	Transsexualität	122
4.3.2	Transvestismus	123
4.4	Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien)	123
4.4.1	Fetischismus.....	124
4.4.2	Exhibitionismus.....	124
4.4.3	Voyeurismus	125
4.4.4	Pädophilie.....	125
4.4.5	Sexueller Masochismus.....	126
4.4.6	Sexueller Sadismus.....	126
4.5	Therapie der sexuellen Funktionsstörungen	131
	Lernkontrolle 4.....	133
	Musterlösungen zur Lernkontrolle 4	134

Schriftliche Amtsarztfragen	140
Lösungen.....	148
Kleines psychologisches Lexikon	150
Schlagwortregister	186

Kapitel 3

Essstörungen

3 Essstörungen

Im Gegensatz zu früheren Zeiten machen sich die meisten Menschen in der westlichen Welt heutzutage keine Sorgen mehr darüber, ob genug Nahrung vorhanden ist. Ganz im Gegenteil, sie haben Angst, zu viel zu essen. Sie beobachten, kontrollieren und schränken ihr Essverhalten ein, um ihr individuelle s Bild einer Wunschfigur zu halten oder zu erreichen.

Das Essen verliert seine normale Funktion. Es werden Abmagerungskuren, Diäten, Fastenkuren und Pillen, die den Appetit schmälern, eingesetzt, sowie exzessiver Sport getrieben und sogar Abführmittel oder entwässernde Medikamente verwendet. Viele Menschen leben so, ohne dadurch ernsthaft Schaden zu nehmen, aber es kann schon nach einigen Wochen restriktiven Essens eine ernsthafte Störung entstehen. Alles Denken kreist nur noch um das Thema Essen, immer mehr Speisen lösen Angst vor dem Dicksein aus und werden ganz vermieden, das eigene Selbstwertgefühl hängt mehr und mehr vom Körpergewicht und von der Figur ab. Aber nicht nur das Verhalten und Erleben, auch der Körper verändert sich.

Verantwortlich dafür ist nicht immer das Streben nach Gesundheit, sondern sehr häufig ein übertriebenes Schlankeitsideal. Der Druck der Mitmenschen und Vorbilder aus Mode und Medien lassen glauben, nur schlanke Menschen sind schön und werden anerkannt. Aber es ist nicht nur die Gefahr gegeben, selbst an einer Essstörung zu erkranken, ebenso birgt die Vorbildfunktion von Eltern ihren Kindern gegenüber eine Gefahr.

Wer diesen schlechten Vorbildern nacheifert und viel Mühe in die Kontrolle seines Essverhaltens investiert, bei dem können schon geringe Abweichungen in Körpergewicht und Figur regelrechte Panik auslösen, zu dick zu sein. Doch jede Diät kann der Beginn einer Essstörung sein!

Die Lebensumstände in der heutigen Zeit sind für eine geregelte Nahrungsaufnahme schwieriger geworden. Der übliche Zeitplan von Frühstück – Mittagessen – Abendessen ist dadurch durcheinander geraten, da wir in unserer Leistungsgesellschaft keine Zeit fürs Essen und seine Zubereitung haben und es ganz schnell, eben mal zwischendurch, in uns hineinschlingen. Schließlich ist immer etwas zu essen verfügbar und es ist auch noch handlich verpackt. Allerdings geht bei dieser Art der Ernährung auch die Kontrolle über das, was und wie viel wir essen, verloren. Durch diese Art der Ernährung kann es leicht dazu kommen, dass das Gefühl entsteht, tagelang nichts mehr „richtiges“ gegessen zu haben.

Allgemeines

1873 beschrieben als erste der französische Arzt Ernest-Charles Lasègue und der Engländer William Gull die „Anorexia hysterica“ als ein eigenständiges Krankheitsbild. Lasègue verwies auf den primären Krankheitsgewinn sowie die Krankheitsverleugnung und brachte diese Krankheit mit den „hysterischen“ Krankheitsbildern in Verbindung.

Im 19. Jahrhundert wurden ähnliche Beschwerdebilder unter den Begriffen „nervöse Dyspepsie“ oder auch „Magenneurosen“ zusammengefasst.

Die ersten diagnostischen Kriterien kamen von Dally 1969. Die Beschreibung der Bulimia nervosa als eigenständige Form erfolgte erstmals 1980.

Hilde Bruch (1973), Pionierin der Erforschung von Essstörungen, beschreibt als gemeinsames Merkmal von essgestörten Menschen die Störung der Körperwahrnehmung, Wahrnehmungsstörungen im Gefühlsbereich und ein tiefes Gefühl eigener Unzulänglichkeit. Da in unserer heutigen Gesellschaft die Bedeutung des Körpergewichtes und des Körperbildes zugenommen hat, ist das Bewusstsein für Essstörungen gewachsen sowie die Behandlungsrate anorektischer und bulimischer Störungen gestiegen.

Im medizinischen Sinn handelt es sich bei Essstörungen um eine seelische Krankheit. Unter dem Oberbegriff der Essstörungen sind im wesentlichen drei Störungsbilder zu unterscheiden. Zum einen die Anorexie (Magersucht) zum anderen die Bulimie (Ess-/Brechsucht) sowie die Binge-Eating-Disorder (BED). Die beiden ersteren Störungen sind die bedeutsamsten, sie zeigen trotz Unterschiede in der Leitsymptomatik Gemeinsamkeiten und weisen Übergänge auf. Die Bulimie gilt aber eher als gutartiger, weniger dramatisch und weist einen günstigeren Verlauf auf.

Die Ursachen von Essstörungen haben eine multifaktorielle Genese und spiegeln eine komplizierte Wechselwirkung zwischen soziokulturellen, psychodynamischen und biologischen Faktoren wieder.

3.1 Klinische Subtypen

Anorexie bedeutet wörtlich übersetzt „Appetitverlust“ oder „Appetitverminderung“. Diese beiden Begriffe sind eher irritierend, da es sich bei den magersüchtigen Patienten nicht um einen Verlust des Appetits handelt, sondern um eine Veränderung des Körpergefühls sowie auffälliges Essverhalten.

Bulimie hingegen bedeutet wörtlich übersetzt „Ochsenhunger“ und soll auf das Symptom des Heißhungers hinweisen.

Der Zusatz „nervosa“ drückt aus, dass es sich hier um Krankheitsbilder mit seelischen Ursachen handelt.

Die Essstörungen sind im ICD 10 unter F5 „Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren“ zu finden. Sie sind in folgender Weise klassifiziert:

- F50 Essstörungen
- F50.0 Anorexia nervosa
- F50.1 Atypische Anorexia nervosa
- F50.2 Bulimia nervosa
- F50.3 Atypische Bulimia nervosa
- F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen
- F50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen
- F50.8 Sonstige Essstörungen
- F50.9 Essstörung, nicht näher bezeichnet

3.1.1 Anorexia nervosa

Das folgende Beispiel soll einen einleitenden Eindruck über das Krankheitsbild der Anorexia nervosa verschaffen:

„Andrea Müller war 1,55 Meter groß und wog 28 Kilo. Andrea hatte im Alter von zwölf Jahren und mit knapp 52 Kilo Gewicht mit einer Diät begonnen, weil ihre Familie und Freunde kritisierten, sie sei „pummelig“. Sie setzte ihre begrenzte Nahrungsaufnahme zwei Jahre lang fort und wurde immer dünner, bis sich ihre Eltern Sorgen wegen ihres Essverhaltens machten.

Andrea war der Meinung, ihre Gewichtsprobleme hätten mit der Pubertät begonnen. Sie sagte, ihre Familie und ihre Freundinnen hätten ihren ersten Versuch, im Alter von zwölf Jahren neun Pfund abzunehmen, unterstützt. Andrea hielt keine bestimmte Diät ein. Sie aß einfach bei den Mahlzeiten weniger, mied allgemein Kohlehydrate und Eiweiß, aß viel Salat und nahm zwischen den Mahlzeiten grundsätzlich nichts mehr zu sich. Zuerst fand sie ihren zunehmenden Gewichtsverlust erfreulich und konnte ihre Hungergefühle ignorieren, indem sie sich immer den Gewichtsverlust vor Augen hielt, den sie sich vorgenommen hatte. Doch jedes Mal, wenn sie die beabsichtigte Anzahl Pfunde verloren hatte, beschloss sie, noch ein paar mehr abzunehmen. Sie setzte sich also immer neue Ziele. Auf diese Weise sank ihr Gewicht im ersten Jahr ihrer Gewichtsreduktion von 52 auf 40 Kilo.

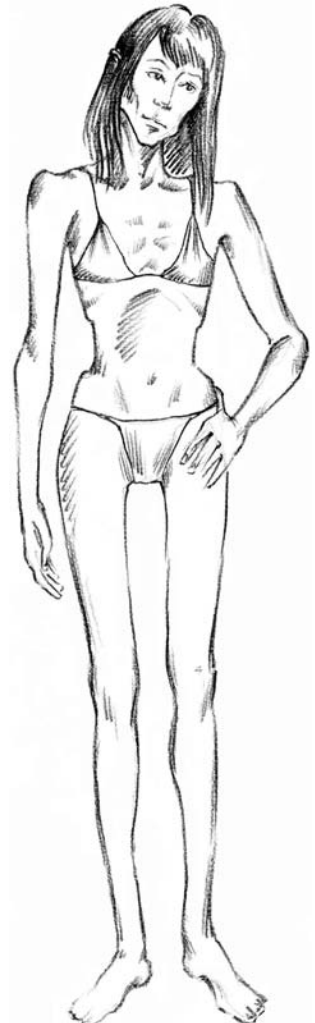
Andrea hatte den Eindruck, dass sich ihr Gewichtsverlust im zweiten Jahr jenseits ihrer Kontrolle fortgesetzt hatte. Ihre Menstruation hatte kurz nach Beginn ihres Abnehmens aufgehört, und dies fiel mit dem Punkt zusammen, an dem sie sehr schnell abzunehmen begonnen hatte. Doch da sie erst zwei- oder dreimal ihre Periode gehabt hatte, machte sie sich bis letztes Jahr, als ihr Gewichtsverlust und verändertes Aussehen überdeutlich geworden waren, keine Sorgen wegen ihres Ausbleibens. Sie kam zu der Überzeugung, es sei etwas in ihrem Inneren, das sie nicht zunehmen ließ. Andrea berichtete, dass sie zwar in

den letzten Jahren einige Male „down“ oder unglücklich gewesen sei, sie aber immer noch das Gefühl hatte, weiter abnehmen zu müssen. Sie ging oft spazieren, machte Besorgungen für die Familie und wandte viel Zeit dafür auf, ihr Zimmer zu putzen und es peinlich ordentlich und stets in gleicher Weise aufgeräumt zu halten.

Als Andreas Gewichtsverlust über das erste Jahr hinaus weiterging, bestanden ihre Eltern darauf, dass sie den Hausarzt aufsuchte, und Frau Müller begleitete Andrea zu dem Termin. Der Arzt erschrak sehr über Andreas Aussehen und verordnete eine hochkalorische Diät. Andrea berichtete, dass ihre Mutter die meiste Zeit auf sie einredete, mehr zu essen, und Frau Müller plante die verschiedensten Mahlzeiten, von denen sie glaubte, dass sie Andrea Appetit machen würden. Auch redete sie viel mit Andrea über die Wichtigkeit guter Ernährung. Herrn Müller dagegen gingen diese Diskussionen auf die Nerven; er befahl Andrea eher zu essen. Andrea versuchte dann, etwas zu essen, doch oft musste sie weinen und aus dem Zimmer rennen, weil sie das ihr vorgeschriebene Essen nicht schlucken konnte. Das Mädchen berichtete, dass es auf die flehentlichen Bitten ihrer Eltern, zu essen, oft antwortete, sie habe gegessen, doch sie hätten es nicht gesehen. Sie zählte oft Nahrungsmittel auf, die sie angeblich verzehrte, in Wirklichkeit jedoch die Toilette hinuntergespült hatte. Sie schätzte, dass sie nur etwa 300 Kalorien pro Tag zu sich nahm.“

Das klinische Bild ist durch restriktives Diäthalten bis hin zur völligen Nahrungsverweigerung gekennzeichnet. Von den von Anorexia nervosa Betroffenen weigern sich mehr als 85 % ihr normales Körpergewicht zu halten. Der Kern des Strebens ist die Angst vorm Dickwerden, dem wachsenden Wunsch, zu essen, nachzugeben und die Kontrolle über das Gewicht und die Figur zu verlieren. Anorektische Menschen weisen kognitive Störungen auf. Sie haben eine verzerrte Wahrnehmung und eine niedrige Meinung über ihr Gewicht, ihre Körperform und halten sich für sehr unattraktiv. Der wirkliche Körperumfang wird überschätzt, sodass die Betroffenen in den Spiegel schauen und ihr „Dünnsein“ nicht sehen, aber durch Hinweise von außen oder durch das Spüren der einzelnen Knochen wissen, dass sie zu dünn sind. Durchschnittlich nehmen diese Personen ungefähr 45 % von ihrem Ausgangsgewicht ab.

Anorexiepatienten beschäftigen sich übermäßig mit Essen und verwenden sehr viel Zeit damit, an Essen zu denken, darüber zu lesen oder ihre spärlichen Mahlzeiten zu planen. Das Essverhalten der Betroffenen ist sehr auffällig. Für geringe Nahrungsmengen brauchen sie sehr viel Zeit. Häufig werden die Speisen zerpfückt oder geradezu zwanghaft zubereitet, indem das Essen strengen Regeln unterliegt





oder in bestimmte Formen geschnitten wird. Die Kombination der einzelnen Nahrungsmittel ist meist sehr unpassend und durcheinander. Es wurde festgestellt, dass anorektische Menschen, ähnlich wie Menschen mit einer Zwangsstörung, zum Perfektionismus neigen.

Zu Beginn der Erkrankung wird die Nahrungsaufnahme rigide überwacht. Es werden Nachspeisen, Süßigkeiten und kalorienreiche Zwischenmahlzeiten weggelassen. Später werden von den Betroffenen Kalorienpläne angelegt, die sich auf Lebensmittel mit viel Eiweiß und wenig Kalorien beschränken. Das gemeinsame Essen in der Familie wird meist vermieden.

Es gibt sogar Aussagen darüber, dass anorektische Patienten von Lebensmitteln bzw. Essen träumen.

Die Hälfte der Anorexiepatienten nimmt ab, indem die Nahrungsaufnahme eingeschränkt und übermäßig viel Sport getrieben wird. Dieses Muster wird als restriktiver Typus der Anorexia nervosa bezeichnet und ist besonders hartnäckig in der Abwehr gegenüber therapeutischen Angeboten.

Andere Menschen dieses Störungsbildes nehmen durch absichtlich herbeigeführtes Erbrechen nach den Mahlzeiten oder durch Gebrauch von Abführ- oder Entwässerungsmitteln ab. Hierbei handelt es sich um den „Purging-Typus“. Ungefähr 60 % der restriktiven Magersüchtigen können ihr reines Hungersystem nicht lange aufrechterhalten, sodass es zunächst gelegentlich und dann öfters zu Heißhungeranfällen kommt, es zeigt sich also ein bulimisches Verhalten. Dieses Muster wird als „Binge-purging-Typus“ beschrieben.

Medizinische Probleme

Medizinische Probleme sind bei Essstörungen sehr häufig, auch wenn sie sich in ihrem Schweregrad unterscheiden. Das Erkennen einer Essstörung stellt sich im Alltag eines Arztes als unglaublich schwierig heraus, da die Betroffenen ihre körperlichen Symptome entweder bestreiten, bagatellisieren oder verheimlichen. Zum anderen ist ihnen nicht bewusst, dass durch diese Krankheit irreparable Schäden auftreten können. Der Gedanke, dass diese Störung lebensgefährlich sein kann bzw. auch zum Tode führen kann, wird als völlig absurd hingestellt. Das Ausmaß und die Art der organischen Komplikationen ist ganz davon abhängig, um was für einen Typus der Essstörung es sich handelt und ob zu

dem Krankheitsbild noch ein Missbrauch von Abführ- und Entwässerungsmitteln, Alkoholismus oder eine übersteigerte sportliche Betätigung hinzukommt.

Krankheitsverlauf innerhalb von sieben Jahren

Das Symptom der Amenorrhö ist bei Anorexiepatientinnen sehr typisch und ergibt eine gute Chance, eine Anorexie nervosa frühzeitig zu erkennen. Amenorrhö ist einer der häufigsten Gründe, warum sich die anorektischen Mädchen zum ersten Mal in ärztliche Behandlung begeben.

Zu weiteren Symptomen bei Magersucht zählen:

- ein verlangsamter Herzschlag
- niedriger Blutdruck
- erniedrigte Körpertemperatur
- verlangsamter Puls

Der verlangsamte Puls (40 /Minute möglich) und die Herzfrequenz (weniger als 60/Minute möglich), die besonders in der Nacht festgestellt werden können, sind lebensgefährlich und müssen medizinisch überwacht werden.

Des Weiteren kann als Folge starker Abmagerung ein Schwung in der Herzmuskulatur auftreten und ein Verlust des Herzgewichts, was wiederum zu Störungen der Herzfunktion führen kann. Alle diese Symptome sind Ausdruck eines reduzierten Stoffwechsels. Dadurch kommt es auch zu einer Senkung des Hormonspiegels. Dies kann durch Bluttests festgestellt werden. Leider kommt es hierbei häufig zu Fehldiagnosen, wobei Schilddrüsenhormone verordnet werden, die in diesem Fall völlig unnötig sind und sogar gefährlich werden können.

Ein weiteres Symptom ist der geschwollene Bauch bei Magersüchtigen, da es nach der Nahrungsaufnahme zu Verstopfungen, Blähungen und Völlegefühl kommen kann. Die Störung des Stoffwechsels und Elektrolythaushaltes nimmt Einfluss auf das Herz, die Nieren und die Muskulatur, sodass es zu einem Kreislaufkollaps, Herzstillstand oder -versagen kommen kann. Beginnt die Magersucht vor der Pubertät, muss mit einem unvollständigen Knochenwachstum gerechnet werden.

Durch die Unterernährung kommt es zu deutlichen Veränderungen im Erscheinungsbild der Haut und Haare. Die Haut wird rau, rissig, trocken und kann auch eine gelbliche Farbe bekommen. Manche Betroffenen leiden unter einem starken Haarausfall oder Lanugobehaarung. Die Nägel werden brüchig und die Hände können kalt und blau anlaufen.

Zusammenfassung / diagnostische Leitlinie von Anorexia nervosa

- niedriges Körpergewicht (mindestens 15 % unter dem zu erwartenden Gewicht; BMI 17.5 oder weniger)
- Angst vor Gewichtszunahme

- Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt
- Körperschemastörung in Form von spezifisch psychischer Störung (Gewicht hat Einfluss auf Selbstwert)
- Amenorrhö, Hormonstörungen
- Subtypen: restriktive, Binge-purging

3.1.2 Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa ist erst seit den 70er Jahren als eigenständige Krankheit beschrieben. Ein wesentlicher Unterschied zur Anorexia nervosa besteht darin, dass das Gewicht nicht in den Diagnosekriterien auftritt und bei den Betroffenen oft ein normales Gewicht vorliegt, das aber innerhalb seines Rahmens beträchtlich schwanken kann. So kann man in der Regel den bulimischen Frauen nicht ansehen, dass sie an dieser Krankheit leiden.

Bulimische Menschen werden von episodischen unkontrollierbaren Heißhungerattacken eingeholt. Diese „Fressattacken“ dehnen sich meist in einer Zeitspanne von einer Stunde aus, in der die Betroffenen eine Nahrungsmenge konsumieren, die die meisten Menschen in einer vergleichbaren Zeit nicht zu sich nehmen können. Gleichzeitig jedoch werden nach den „Fressattacken“ gegensteuernde Maßnahmen zur Gewichtsreduktion getroffen. Zu diesen kompensatorischen Verhaltensweisen zählen

- Erbrechen
- Laxativa
- Diuretika
- Klistiere

Hierbei handelt es sich um den „Purging-Typus“. Wichtig ist, dass dieser Typ nicht mit dem „Binge-Purging-Typ“ verwechselt wird, da dieser Typ zur Anorexia nervosa zählt und das Gewicht als Diagnosekriterium im Vordergrund steht. Fasten oder übermäßige körperliche Bewegung gehört ebenfalls zu den kompensatorischen Maßnahmen, dieser Typ von bulimischen Menschen wird als „Nicht-Purging-Typus“ bezeichnet. Wiederum andere bulimische Personen werden durch ihre „Fressattacken“ übergewichtig, da sie keine kompensatorischen Gegenmaßnahmen anwenden. Diese Störungsform wird auch als „Binge-Eating-Störung“ bezeichnet.



Bulimische Personen können zwischen zwei und vierzig Fressattacken pro Woche haben. Der Durchschnitt liegt bei etwa zehn. Meist finden diese Fressanfälle im Geheimen statt, da sich die Betroffenen dafür schämen. Das Essen wird

Lernkontrolle 3

zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

1. Was ist eine Körperschemastörung?
2. Welche Störungen des Essverhaltens kennen Sie?
3. Nennen Sie diagnostische Kriterien einer Bulimia nervosa!
4. Was ist eine Anorexia nervosa?
5. Was ist eine Binge-Eating-Störung?
6. Erläutern Sie kurz das typische Familienklima bei Anorexiepatienten!
7. Nennen Sie körperliche Begleiterscheinungen bei Essstörungen!
8. Worin liegen die Unterschiede der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa?
9. Was versteht man unter dem BMI?

Schreiben Sie hier Ihre Fragen zu diesem Kapitel auf!

Musterlösungen zur Lernkontrolle 3

1. Was ist eine Körperschemastörung?

Die Betroffenen nehmen ihren Körper oder einzelne Körperteile als entstellt wahr. Sie haben eine verzerrte Wahrnehmung und eine niedrige Meinung über ihr Gewicht, ihre Körperform und halten sich für sehr unattraktiv. Der wirkliche Körperumfang wird überschätzt, sodass die Betroffenen in den Spiegel schauen und ihr „Dünnein“ nicht sehen.

2. Welche Störungen des Essverhaltens kennen Sie?

Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung. Der ICD-10 differenziert die Essstörungen in Anorexia nervosa, Atypische Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Atypische Bulimia nervosa, Essattacken bei anderen psychischen Störungen, Erbrechen bei anderen psychischen Störungen, Sonstige Essstörungen und Essstörung, nicht näher bezeichnet.

3. Nennen Sie diagnostische Kriterien einer Bulimia nervosa!

Bulimia nervosa ist ein Syndrom, das durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert ist. Die Figur und das Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf das Selbstwertgefühl. Zugleich besteht eine andauernde Beschäftigung mit dem Thema Essen und eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln. Die wiederholten Episoden von Fressattacken führen zu kompensatorischen Massnahmen zur Vermeidung einer Gewichtszunahme durch Erbrechen oder den 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 zeitliche Mindest-Diagnosekriterium besteht in Fressattacken und kompensatorischen Maßnahmen zweimal pro Woche über drei Monate.

4. Was ist eine Anorexia nervosa?

Die Anorexia nervosa ist durch einen selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenden Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten findet sich die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen. Doch können auch heranwachsende Jungen und junge Männer, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause betroffen sein. Die Anorexia nervosa ist durch die tiefverwurzelte überwertige Idee und die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen

Schriftliche Amtsarztfragen

Schriftliche Amtsarztfragen

Frage 1

Welche der folgenden Aussagen zur Bulimia nervosa treffen zu?

- A. Bei der eigenständigen Form sind meist untergewichtige Frauen betroffen.
 - B. In der Regel kann man bulimischen Frauen nicht ansehen, dass sie an dieser Krankheit leiden.
 - C. Eine Bulimia nervosa schließt eine Anorexia nervosa aus.
 - D. Es handelt sich um eine Ess- und Brechsucht, bei der das Erbrechen selbst ausgelöst wird.
 - E. Sie ist eine Störung, die durch anfallsweise auftretendes Verschlingen großer Mengen von Nahrungsmitteln und anschließendes Erbrechen gekennzeichnet ist.
-

Frage 2

Differenzialdiagnostisch ist die „paranoide Persönlichkeitsstörung“ abzugrenzen gegen:

- A. Süchte
 - B. Sensitive Persönlichkeitsstörung
 - C. Paranoide Schizophrenie
 - D. Querulantenwahn
-

Frage 3

Welche der folgenden Aussagen treffen zu?

Die abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (nach ICD 10) ist durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet:

- A. Ermunterung an andere, die meisten wichtigen Entscheidungen für das eigene Leben zu treffen.
- B. Andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit.
- C. Persönliche Kontakte nur, wenn die Sicherheit besteht, gemocht zu werden.
- D. Häufiges Beschäftigtsein mit der Furcht, verlassen zu werden und auf sich selbst angewiesen zu sein.
- E. Mangelnde Bereitschaft zur Äußerung selbst angemessener Ansprüche gegenüber Personen, von denen man abhängt.

Lösungen

Frage	Lösung
1	B, D, E
2	B, C, D
3	A, D, E
4	B
5	A,B,C,D
6	A,B,C,D
7	A,D,E
8	E
9	C
10	C,D,E
11	A, B, C, D
12	E
13	A, B, C,D, E
14	B, C, D
15	A, B, C, D
16	D
17	D
18	D
19	A,B
20	C
21	A, B, C, D
22	B, C, D
23	A
24	B
25	A, D, E
26	B, D, E
27	B
28	A, B, D, E

Kleines Lexikon



Marcus Mery

Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und Sexualstörungen

Vorbereitung auf die Prüfung zum Heilpraktiker Psychotherapie

Das Buch differenziert die Persönlichkeitsstörungen anhand des ICD-10. Sie lernen hier nicht nur etwas über das für die Amtsarztprüfung sehr bedeutende Thema Persönlichkeitsstörung, sondern lernen auch diese differenzialdiagnostisch von anderen Erkrankungen zu unterscheiden.

Essstörungen sind nicht nur zunehmend prüfungsrelevant, sondern auch gesellschaftlich zunehmend problematisiert. Die Themen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa fehlen in kaum einer Prüfung. Abgerundet wird dieser dritte Teil des Lernsystems zur Vorbereitung auf die auf Psychotherapie eingeschränkte Heilpraktikerprüfung durch die Themen Schlaf- und Sexualstörungen.

Lernthemen dieses Buches sind:

- Persönlichkeitsstörungen (schizoide, schizotype, Borderline, histrionische, narzisstische, ängstlich-vermeidende, anhängige, zwanghafte)
- Nicht-organische Schlafstörungen (Schlafstadien, Dyssomnien, Insomnien, Hypersomnien, Pavor nocturnus, Albträume u.v.m.)
- Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störungen)
- Sexualstörungen (Sexuelle Funktionsstörungen, Orgasmusstörungen, Störung der sexuellen Appetenz, Störung der sexuellen Erregung u.v.m.)

Jedes Kapitel enthält eine Lernkontrolle, die aus Fragen besteht, die so in der mündlichen Amtsarztprüfung gestellt werden. Die Beantwortung der Fragen dient Ihnen zur Überprüfung des Verständnisses des soeben Gelernten. Am Ende des Buches finden Sie 28 schriftliche Amtsarztfragen, die Sie nach Bearbeitung des Buches beantworten können sollten. Am Ende dieses Buches finden Sie ein umfangreiches psychologisches Nachschlagewerk, das alle wichtigen verwendeten Fremdwörter erläutert.

3. überarbeitete und erweiterte Auflage

ISBN-13

978-3-941356-83-2




9 783941 356832

€ 41,99



**heilpraktiker
psychotherapie**

 Besuchen Sie uns im Internet
www.heilpraktiker-psychotherapie.de