



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

EIFERSUCHTSSPRECHSTUNDE

**Department für Psychiatrie und
Psychotherapie
Univ.-Klinik Psychiatrie I**

OA Dr. Harald Oberbauer

Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck

Tel.Nr.: 0043/512-504-81641

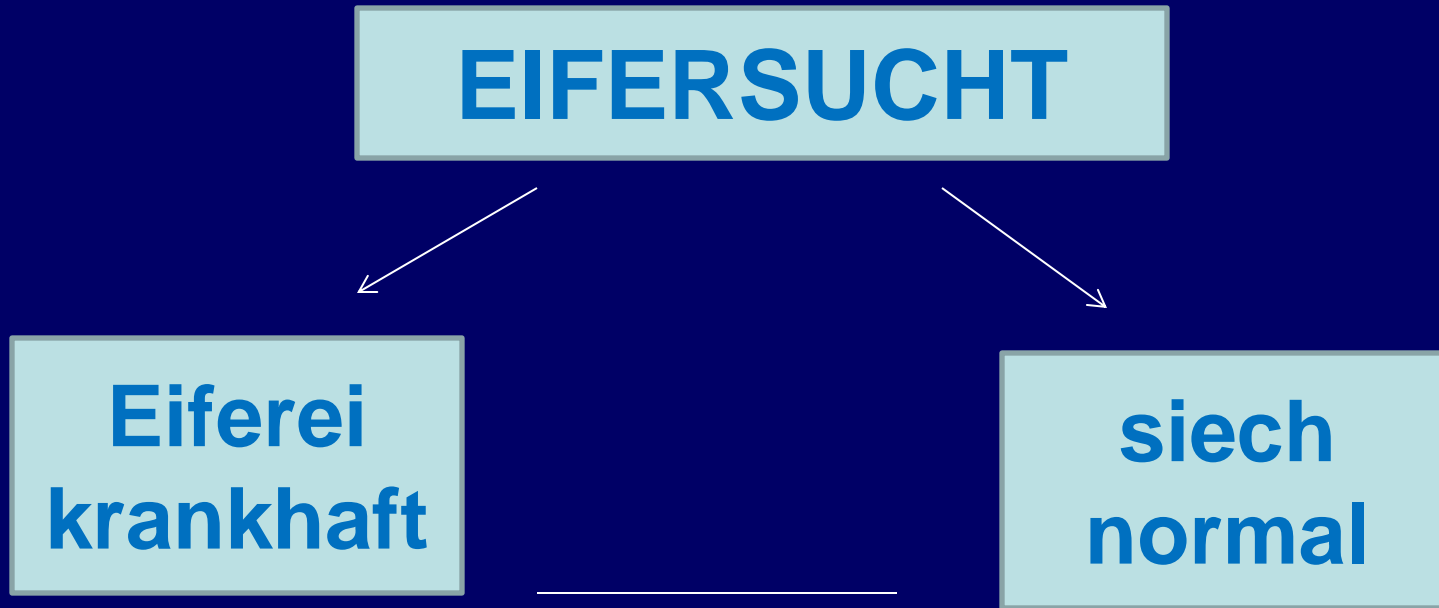
E-Mail: harald.oberbauer@tirol-kliniken.at

I. Entstehung der Eifersuchtssprechstunde

- Facharztausbildung
- Psychotherapieausbildung
- Fakultätsgutachten

Vor 18 Jahren kam es zur
Gründung der Eifersuchts-
sprechstunde im Rahmen
der „Allgemeinen-
Psychiatrischen Ambulanz“

II. Begriffserklärung



(Tautologie)

Eifersucht ist nach Marcuse eine „biologische Grundausstattung des Menschen“. Sie ist also demnach nicht pathologisch, kann jedoch in bestimmten Situationen krankhaften Charakter erreichen.

Krankhafte Eifersucht

Der Krankheitswert der Eifersucht ist unseres Erachtens dann erreicht, wenn die Lebensqualität des Betroffenen, aber auch die des Angehörigen auf den sich Eifersucht konzentriert, beeinträchtigt wird.

Normale Eifersucht



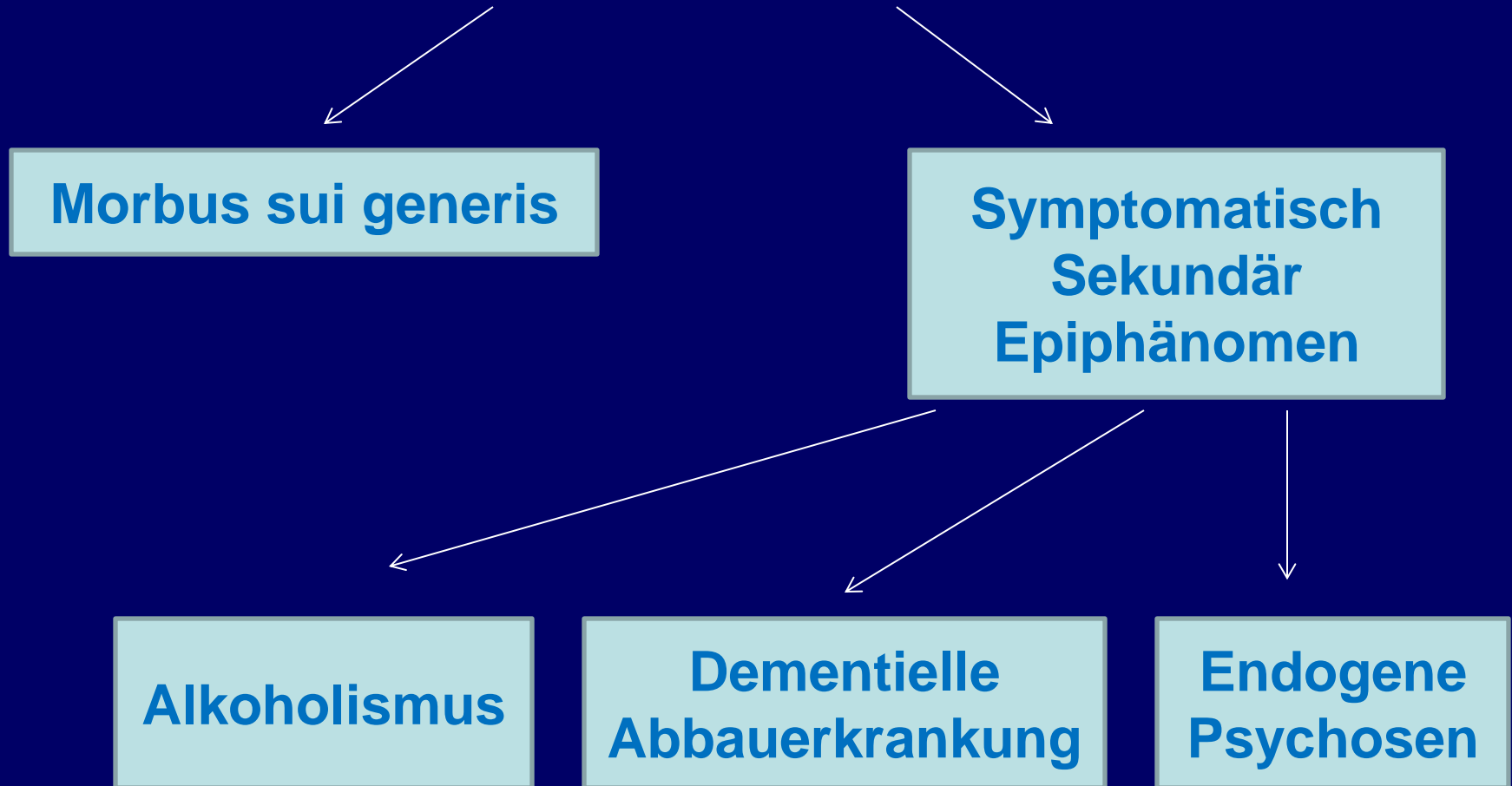
Krankhafte Eifersucht

(übersteigerte Eifersucht)



Eifersuchtswahn

Eifersuchtswahn



Tiefenpsychologische Erklärungsansätze krankhafter Eifersucht

- Psychotische Eifersucht als Symptom einer verdrängten Homosexualität (Projektion: „Ich liebe ihn nicht, sie liebt ihn“)
- Projektion eigener Phantasien (Untreue) oder Ängste (Schwäche, Schuldgefühle)
- Eifersucht als Symptom einer narzistischen Persönlichkeit
- Eifersucht als Symptom einer histrionen Persönlichkeit
- Othello-Syndrom als Ausdruck eines geringen Selbstwertgefühls



III. Klinik

Eifersuchtswahn als „Morbus sui generis“ entsprechend der „anhaltend wahnhaften Störung“ (ICD 10 – F 22)

(Diese Gruppe enthält eine Reihe von Störungen, bei denen ein lang andauernder Wahn das einzige oder das auffälligste klinische Charakteristikum ist, und die nicht als organisch, schizophren oder affektiv klassifiziert werden können. Sie bilden wahrscheinlich keine Einheit und stehen auch mit der Schizophrenie nicht in sicherem Zusammenhang. Die Bedeutung von genetischen Faktoren, Persönlichkeitsmerkmalen und Lebensumständen bei ihrer Entstehung ist unsicher und wahrscheinlich unterschiedlich.)

Diagnostische Leitlinien der anhaltend wahnhaften Störung

Wahnvorstellungen sind das auffälligste oder einzige klinische Charakteristikum. Sie müssen:

- mindestens seit 3 Monaten bestehen
- eindeutig auf die Person bezogen und nicht subkulturell bedingt sein
- depressive Symptome oder sogar eine voll entwickelte depressive Episode (F 32) können zwischenzeitlich auftreten
- nicht damit vereinbar sind
 - cerebrale Erkrankung
 - ständiges Stimmen hören
 - schizophrene Symptome in der Vorgeschichte

Entsprechend dem DSM ist folgendes festzuhalten

- Prävalenzrate 0.03%
- Frauen häufiger als Männer betroffen
- Prädisponierende Faktoren sind:
 - körperliche Gebrechen
 - sonstige schwere Belastungsmomente
 - niedriger sozioökonomischer Status
 - Personen mit paranoider, schizoider oder selbstunsicherer Persönlichkeitsstruktur
- Manifestationsalter – 4. bis 5. Lebensjahrzehnt
- Familiäre Häufung fraglich
- Verlauf kann episodisch bis chronisch prozesshaft mit der Möglichkeit der Restitutio ad integrum sein

Wahnkriterien nach K.Jaspers

- Die unvergleichliche subjektive Gewissheit
- Die Unbeeinflussbarkeit durch Erfahrung und zwingende Schlüsse
(= Unkorrigierbarkeit)
- Die Unmöglichkeit des Inhalts

ad I. = Ausschluss des Zufalls

ad II. = Die Unkorrigierbarkeit ist im Grunde nur eine Ausdehnung der subjektiven Gewissheit über längere Zeit und daher

ad III. nicht bei allen Wahnideen gegeben, somit kein obligatorisches Kennzeichen des Wahns

Weitere psychopathologische Symptome sind:

- Denken und Urteilsvermögen (Wahn, Zwangsgedanken)
- Affekt (Depression, Trauer, Anspannung)
- Gefühle (Minderwertigkeitsgefühle)
- Verhalten (spionieren, kontrollieren, durchsuchen – checking)
- Partnerschaft und Ehe (Streit, Ärger, Aggression)

Pathologische Eifersucht als EPI- Phänomen anderer psychischer Störungen

1. Depression
2. Angststörung
3. Neurotische Störung
4. Alkoholismus
5. Hirnorganische Störung

Klinische Charakteristika krankhafter Eifersucht

- **Auftreten im Kontext mit einer psychischen Störung** (z.B. im Rahmen einer Major-Depression)
- **Wahnhafte Eifersucht**
- **Weitere psychopathologische Symptome mit Beeinträchtigung von**
 - Denken und Urteilsvermögen (Wahn, Zwangsgedanken)
 - Affekt (Depression, Trauer, Anspannung)
 - Gefühle (Minderwertigkeitsgefühle)
 - Verhalten (spionieren, kontrollieren, durchsuchen – „checking“)
 - Partnerschaft und Ehe (Streit, Ärger, Aggression)

Fördernde Faktoren (Bedingungen) für pathologisch eifersüchtiges Verhalten

- Paranoide Reaktionsbereitschaft
- Einschlägige Erfahrungen (Wiederholung)
- Gestörtes Beziehungsmuster (pathologische Eifersucht als ein Symptom der gestörten Beziehungsstruktur)
- Bestimmte Beziehungskonstellation (z.B. hoher Altersunterschied oder körperliches Gebrechen eines Partners)
- Somatische Erkrankungen (Impotenz)
- Latente Homosexualität

IV. Therapie des Eifersuchtswahns und der pathologischen Eifersucht

Therapie des Wahns I

Viele der Wahnpatienten stehen einer psychiatrischen Behandlung primär ablehnend gegenüber. Selten besteht ein ausdrücklicher Wunsch zur Therapie. Das erste Ziel der Behandlung ist der Aufbau einer „stabilen Arzt-Patient-Beziehung“. Dies erfordert meist mehrfache Sitzungen vor dem eigentlichen Beginn der Behandlung.

Therapie des Wahns II

Die psychotherapeutische Behandlung des Wahns stellt eine „Gradwanderung zwischen Konfrontation und Bestärkung“ dar. Einerseits muss vermieden werden, den Patienten mit der Unsinnigkeit oder Falschheit seiner unkorrigierbaren Interpretation zu früh zu konfrontieren (Folge: Therapieabbruch), andererseits kann der Kranke durch Vermeidung von Konfrontation in seinen Wahnideen bestärkt werden.

Therapie des Wahns III

Wohl wichtigstes Teilziel der psychotherapeutischen Behandlung des Wahns ist die Erreichung einer sog. „Juxtaposition“. Das bedeutet, dass die Wahnideen dann nicht mehr wie beim polarisierten Wahn im Zentrum des Lebens und Erlebens stehen. Der Patient hält zwar weiterhin an seinen Wahnideen unkorrigierbar fest, es ist ihm nun aber möglich, sich auch mit anderen, wahnunabhängigen Themen zu beschäftigen.

Psychotherapie krankhafter Eifersucht

- Individuelle Gesprächstherapie
(Stärkung des Selbstwertgefühls)
- Psychoanalyse
- Ehe-/Paartherapie
- Verhaltenstherapie bzw. kognitive
Therapien
- Alkoholtherapie

Ziele der Psychotherapie

- Bearbeitung frühkindlicher Erlebnisse und Konflikte
- Bewusstmachen kritischer Persönlichkeitsanteile
- Bewusstmachen konflikthafter Verhaltensmuster
- Erzielen eines besseren Selbstwertgefühles

Medikamentöse Therapie krankhafter Eifersucht I

Die psychopharmakologische Behandlung richtet sich in erster Linie nach der psychiatrischen Grunderkrankung, wobei bei wahnhaften Eifersuchtsformen in der Regel eine antipsychotische Therapie versucht werden sollte.

Mooney et al:

Von 65 längerfristig behandelten Patienten zeigen etwa 35% eine tendentielle Besserung der Wahnideen

Nach Kasuistiken von Kaschka und Hercey erweist sich „Pimozid“ als relativ wirksame Substanz.

Medikamentöse Therapie krankhafter Eifersucht II

In den allermeisten Fällen ist die Verwendung von Antipsychotika unabdingbar. Erst eine differenzierte Therapie mit Antipsychotika wird die Basis für eine kritische geschwätztherapeutische Auseinandersetzung mit den wahnhaften Gewissheiten schaffen. Dabei ist jedoch vor allem darauf zu achten, dass durch unbedachte Dosierung oder Wahl des Antipsychotikums eine kritische Auseinandersetzung mit den Wahnideen nicht unmöglich gemacht wird (kognitive Beeinträchtigung, EPMS-Symptomatik, etc.)

Einige Charakteristika der Klientel

n = 1218 (Stand 17.01.2020)

Alter: 19-74 Jahre

Geschlechtsverteilung: Frauen 55%
Männer 45%

Kontaktfrequenz: einmaliger Kontakt 17%
mehrfacher Kontakt 83%

Notwendigkeit einer stat. Aufnahme: 9%

Kontaktaufnahme v. Patienten: 83%

Kontaktaufnahme v. Angehörigen: 17%

Häufigkeit von Eifersuchtswahn bei psychischen Störungen

(nach Soyka et al. 1991)

Diagnose:	n	Häufigkeit (%)
Organische Psychosen (Demenz)	86	6,9%
Alkoholpsychosen	198	5,6%
Schizophrenien	2.084	2,5%
Paranoide Störungen	195	6,7%
Affektive Erkrankungen	2.086	> 0,1%
Neurosen	519	0,1%
Persönlichkeitsstörungen	250	> 0,1 %
Psychogene Reaktion	539	> 0,1 %

Wissenschaftliche Tätigkeit I

Dissertation Dr. Viktor Weichbold

„Gewalttätigkeit bei krankhafter Eifersucht“

1. Wie häufig kommt Gewalttätigkeit bei krankhafter Eifersucht vor und in welcher Form manifestiert sie sich?

a) Verbale Gewalttätigkeit:

- Beschimpfen des Partners kommt (den Angaben der Angehörigen zu folge) in jedem Fall vor
- Drohungen mit Trennung und Scheidung kommen in ca. 2/3 der Fälle vor
- Androhung von (physischer) Gewalt findet in knapp der Hälfte der Fälle statt

Dissertation Dr. Viktor Weichboldt

„Gewalttätigkeit bei krankhafter Eifersucht“

b) Physische Gewalttätigkeit

- Dem Partner gegenüber eine drohende Körperhaltung einnehmen ist die häufigste Form physischer Gewalttätigkeit – sie kommt in ca. der Hälfte der Fälle vor
- In 1/3 der Fälle wurde der Partner vom Erkrankten geschlagen und verletzt
- Ebenfalls in 1/3 der Fälle wurde der Patient vom Erkrankten mit einer Waffe bedroht

c) Strukturelle Gewalt:

Dass der Erkrankte seinen Partner nicht alleine weggehen lässt, wird von allen Angehörigen als häufiges Ereignis genannt

Dissertation Dr.Viktor Weichboldt

„Gewalttätigkeit bei krankhafter Eifersucht“

d) Gewalt gegen Außenstehende:

Das Beschimpfen bzw. Bedrohen des (vermeindlichen) Rivalen scheint eine nahezu regelmäßig auftretende Verhaltensweise des Erkrankten zu sein. Auch unbeteiligte Personen (z.B. Kinder oder Nachbarn) sind in ca. 50% der Fälle vom gewalttätigen Verhalten des Erkrankten betroffen. Sachbeschädigungen treten eher seltener, doch immerhin in $\frac{1}{4}$ der Fälle auf.

Dissertation Dr. Viktor Weichboldt

„Gewalttätigkeit bei krankhafter Eifersucht“

2. Gibt es Prädiktoren der Gewalttätigkeit bei krankhafter Eifersucht, die es erlauben „gefährliche“ Formen der Erkrankung von „harmlosen“ zu unterscheiden?

- Die prämorbidie Gewalttätigkeit des Erkrankten zeigt eine hohe positive Korrelation mit Gewalttätigkeit
- Das Alter des Erkrankten zeigt eine schwache negative Korrelation mit Gewalttätigkeit
- Die Angst des Angehörigen vor Gewalttätigkeit des Partners korreliert hoch positiv mit dessen realer Gewalttätigkeit

Wissenschaftliche Tätigkeit 2

Dissertation Dr. Jan Di Pauli

„The epidemiology of jealousy“ (Br.J.Psychiatry, in press)

- Eifersüchtige Männer zeigen erhöhtes Suizidrisiko
- Unterschiedliche Coping-Strategien
- Signifikanz bzw. Alkoholkonsum und aggressivem Verhalten
- Alkoholismus als Coping-Strategie eher bei jüngeren eifersüchtigen Männern

Allgemeine Forschung

Lindberg et al., 1985:

5 HIAA-Mangel bei Menschen, die ihren Beziehungspartner töteten

Marazzati et al., 2003:

Verminderte serotonerge Transporterproteine bei Menschen mit krankhafter Eifersucht (Paroxetin)

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1

Patient: W.S.

Geschlecht: männlich

Alter: 32 Jahre

Beruf: Elektroinstallateur

Symptomatik:

Der Pat. kommt gemeinsam mit seiner Lebensgefährtin zum Erstgespräch. Die Lebensgefährtin vereinbarte den Termin, da sie ihm ein Ultimatum setzen will. Der Patient sei seit einem Jahr zunehmend misstrauisch, kontrolliere sie, stelle sie ständig zur Rede anderen Männern schöne Augen zu machen, etc. Es käme zu zum Teil massiven Auseinandersetzungen. Bisher zweimal tätlich gewesen. Im Nachhinein täte es ihm immer leid, doch sie könne mittlerweile seine Entschuldigungen nicht mehr länger akzeptieren. Die Lebensgefährtin sieht einen direkten Zusammenhang seiner Verhaltensauffälligkeiten und tendentiellen Aggression mit Alkohol

Fallbeispiel 1

Eigenanamnese:

Schwierige Geburt (Nabelschnur zweimal umwickelt), ansonsten wird eine regelrechte frühkindliche Entwicklung beschrieben.

Lernschwierigkeiten in der Schule (verminderte Aufmerksamkeit und Nervosität hätten zu zweimaliger Repetition und Verletzung in den zweiten Klassenzug der Hauptschule geführt). Im Beruf (Elektroinstallateur) keine Schwierigkeiten, seit neun Jahren bei einer Firma beschäftigt.

Seit zwei Jahren Lebensgemeinschaft mit der jetzigen Verlobten (gleichaltrige Vietnamesin, welche im Alter von 2 Jahren mit den Eltern nach Österreich kam), Heirat ist beabsichtigt.

Frühere Krankheiten:

Abgesehen von den üblichen Kinderkrankheiten bland.

Familienanamnese:

Vater – Potator mit Gewalttätigkeit, an Herzversagen verstorben

Fallbeispiel 1

Konsumanamnese:

Erstkontakt mit Alkohol im Pubertätsalter, während des Grundwehrdienstes vermehrter Konsum dann jahrelang keiner. Seit ca. 1 Jahr deutlich vermehrter Konsum, angeblich ohne Abhängigkeit und ohne Entzugsphänomene. Keine Palimpseste, unter Alkoholeinfluss jedoch subjektiv merkbare Wesensveränderung im Sinne von quälenden Gedanken, betrogen zu werden und daraus resultierender, steigender Aggression.

Durchgeführte Untersuchungen:

Labor: Keine Auffälligkeiten

Cerebrales CT ohne Kontrastmittel: Keine Raumforderung, Erweiterung der subarachnoidalen Räume, die Altersnorm überschreitend.

Psychologische Testung: Intelligenzniveau im Streubereich der Norm, die visuelle Merkfähigkeit ist merkbar herabgesetzt, in der

Persönlichkeitsuntersuchung präsentiert sich der Proband nach außen hin als angepasst, gerechtigkeitsliebend und freundlich, es fällt jedoch ein deutlich ambivalentes Aggressionspotential auf sowie paranoide Züge.

Fallbeispiel 1

Verdachtsdiagnose:

Pathologisches Rauschgeschehen auf dem Boden einer vermutlich Perinatalläsion mit resultierender tendentieller Wahnhaftigkeit im Sinne pathologischer Eifersucht

Konsumanamnese:

- a) Verhaltenstherapeutische Intervention bzgl. des pathologischen Konsumverhaltens
- b) Einstellung auf atypisches (neues) Antipsychotikum
- c) Fallweise Miteinbeziehung der Partnerin zu Paargesprächen

Fallbeispiel 2

Patient: G.M.

Geschlecht: weiblich

Alter: 51 Jahre

Beruf: Hausfrau

Symptomatik:

Die Pat. schildert eine sie quälende Ungewissheit. Ihr Gatte, welcher beruflich oft auswärts ist, beteuere zwar absolute Treue, doch sie selbst leidet unter Selbstzweifel. Dies führe zu sozialem Rückzug, Insuffizienzgefühl, depressiven Begleitsymptomen wie Appetitmangel verbunden mit Gewichtsverlust, Schlafstörungen in Form von Ein- und Durchschlafstörungen sowie frühmorgendlichem Erwachen, tageszeitlicher Rhythmik im Sinne eines absoluten Morgenpessimismus. Dies wiederum verstärkt negatives Selbstbild. Teilweise bestehen SM-Gedanken, jedoch ohne Konkretisierung.

Fallbeispiel 2

Eigenanamnese:

Jüngste einer achtköpfigen Geschwisterreihe, in ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen, die Eltern werden zwar als treusorgend, jedoch emotional nicht erreichbar und erfolgsorientiert beschrieben. Mit 18 Jahren Verlassen der elterlichen Wohnung, Übersiedelung von der Steiermark nach Innsbruck (dies als Flucht bezeichnet). Mit 20 Jahren Hochzeit (dies wird als die bisher einzige Beziehung beschrieben). Insgesamt vier, nunmehr erwachsene Kinder. Keinerlei finanzielle Schwierigkeiten, jedoch zunehmend soziale Isolation.

Frühere Krankheiten:

1992 Hysterektomie bei Uterus Myomatosus, sonst bland.

Fallbeispiel 2

Familienanamnese:

Hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen soweit bekannt bland.

Verdachtsdiagnose:

Entwicklung eines depressiven Syndroms mit somatischer Symptomatik bei selbstunsicherer Persönlichkeitsstruktur – pathologische Eifersucht als Epiphänomen der psychiatrischen Grunderkrankung.

Therapeutische Intervention:

- a) Ichstützende psychotherapeutische Behandlung
- b) Gezielte antidepressive Behandlung mittels eines SSRI

Fallbeispiel 3

Biographie des Patienten:

42-jähriger Wirtschaftsjurist in leitender Position tätig, seit 12 Jahren verheiratet, Vater dreier Kinder (11, 7 und 5 Jahre). Beschreibt seit ca. ½ Jahr zunehmende plagende „Ungewissheit“. Zunehmende quälende Gedanken der Untreue der Gattin mit resultierendem „Checking“. Entdeckt immer wieder zum Teil für ihn eindeutige SMS und E-Mails. Versuch mit seiner Frau diesbezüglich konstruktive Klärungsgespräche, die für ihn jedes Mal unbefriedigend verlaufen.

Bemerkt zunehmende Unkonzentriertheit, Fehler in der Arbeit, zunehmende allgemeine Losigkeitssymptomatik mit im Vordergrund stehender Schlaflosigkeit und Interessenslosigkeit. Deutliche Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit und zunehmende dysphorische Stimmungslage am Arbeitsplatz mit diesbezüglicher Resonanz von Kollegen.

Fallbeispiel 3

Prämorbide Persönlichkeitsstruktur:

V.a. Pseudounabhängigkeit, leicht narzißstisch kränkbar, sehr erfolgsorientiert in Beruf und Sport, bisher „keine Probleme“.

Frühere Krankheiten:

Übliche Kinderkrankheiten, diverse Sportverletzungen, Pfeiffer´ches Drüsenfieber im 19.Lebensjahr, sonst o.B.

Familienanamnese:

Einzelkind einer Akademikerfamilie, Vater tendenziell erhöhtes Konsumverhalten, vermutlich resultierend aus depressiver Stimmungslage und Stress am Arbeitsplatz. Mutter, Mittelschullehrerin, warmherzig und sozial engagiert. Kein Hinweis auf psychiatrische oder neurologische Erkrankungen in der Kollaterale.

Fallbeispiel 3

Beschriebenes Verhalten der Gattin:

37-jährige Wirtschaftspädagogin. Abgesehen von den Karenzzeiten berufstätig. Seit einem Jahr Aufstockung der Teilzeitbeschäftigung und vermehrtes berufliches Engagement mit deutlich objektivierbarem Erfolg. Bislang waren offene und konstruktive Gespräche möglich, auch „nicht einmal der Gedanke an außereheliche Beziehungen“.

Gattin erzählte zu Hause mehr und mehr von einem neuen Kollegen und intensiverer Zusammenarbeit. Sie war sich anfangs seiner sexuellen Orientierung nicht sicher, nunmehr erhalte sie „gut tuende Komplimente“.

Für den Patienten als eindeutig zu interpretierende SMS werden von der Gattin als harmlos abgetan.

Sie verbringe nun auch Freizeit mit ihrem Kollegen und auch die Kinder nehme sie zum Teil nachmittags in seine Wohnung mit. Sie könne seine „unbegründete Eifersucht“ nicht verstehen.

Fallbeispiel 3

Diagnostische Überlegungen:

Bedingt durch einerseits deutlich narzißtische Kränkung (ich bin nicht der Einzige) und andererseits Verlustangst und Angst vor Eingeständnis von Abhängigkeit Entwicklung einer doch deutlich depressiven Symptomatik in Form von Schlaflosigkeit, Interessensverlust, dysphorische Stimmungslage und zunehmendem paranoiden Gedankengut.

Therapeutische Empfehlung:

1. Klassisch antidepressive Therapie – Sertralin
2. Stützende und ichstärkende Einzelpsychotherapie
3. Vorerst keine Paargespräche, lediglich Auftrag an den Patienten, die Gattin über den Besuch bei mir und die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen in Kenntnis zu setzen

Fallbeispiel 4

Angehörigenbetreuung:

58-jährige Klientin, seit 15 Jahren mit einem 92-jährigen Mann zusammen lebend, seit 3 Jahren verheiratet. Mutter zweier erwachsener Töchter, gebürtige Polin, seit 35 Jahren in Österreich lebend. Seit kurzem pensionierte Diplomkrankenschwester.

Fallbeispiel 4

Vorgetragene Symptomatik des Gatten:

In ausgezeichneter psychophysischer Verfassung befindlicher ehemaliger Berufssoldat der amerikanischen Armee mit Doppelstaatsbürgerschaft. Bislang sehr vital und eine „imposante Erscheinung“. Seit 20 Jahren verwitwet, Vater zweier Kinder. Sowohl eigenes Vermögen in den USA als auch ererbtes Vermögen der Gattin (Kinder und Enkel arbeiten allesamt in der familieneigenen Drogeriekette).

Zunehmende Eifersuchtsgedanken mit wohl deutlich wahnhaftem Charakter und Ausweitung.

Cave:

Fremdgefahr

Fallbeispiel 4

Weitere Entwicklung:

Die Klientin wurde supportiv beraten. Es war lediglich ein Kontakt zum Patienten möglich.

Rasche Einbindung meiner Person in sein Wahnsystem.

Suizid

Noch andauernde Erbstreitigkeiten.

Fallbeispiel 5

Biographie der Patientin:

44-jährige Volksschullehrerin, beamtet, vor über 20 Jahren längere stationäre Behandlung an der Psychosomatischen Klinik wegen Anorexia nervosa. Diesbezüglich gelegentlich im Verein „Netzwerk“ zur Gruppen- und Einzeltherapie. Subjektives Befinden bzgl. der Essstörung relativ befriedigend bei deutlich erniedrigtem BMI.

Während der letzten 15 Jahre drei längerdauernde Partnerschaften. Derzeitige Partnerschaft seit 6 Jahren. Jeweils gekennzeichnet durch deutlich quälende Eifersucht, eher im Sinne der Verlustangst.

Deutliche Zunahme der typischen „Eifersuchtsreaktion“ mit Zunahme des Alkoholkonsums und deutlich zunehmender „positiver Trias“:

- Alkohol
- Eifersucht
- Hetero- und Autoaggression

Fallbeispiel 5

Diagnostische Überlegungen:

Neben den Kriterien der Anorexia nervosa erfüllt die Patientin aktuell auch die Kriterien einer chronischen Alkoholkrankheit sowie einer unsicher, abhängigen Persönlichkeitsstruktur.

Therapeutisches Procedere:

Vorerst Versuch einer ambulanten kombinierten Therapie

- medikamentös (Entzugsmedikation, Antidepressivum)
- verhaltenstherapeutischer Ansatz
- Psychoedukation

Fallbeispiel 5

Unter der beginnenden Therapie zwar Reduktion des Alkoholkonsums, jedoch deutliche Zunahme der Selbstverletzungen und nun auch zunehmend promiskues Verhalten – BORDERLINE-STRUKTUR