

Bulimia nervosa (ICD 10: F50.2)

1. Diagnostische Kriterien

Hauptsymptome:

- Unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmittel und Eßattacken.
- Gegensteuernde Maßnahmen: Erbrechen, Laxantien, Diuretika, Fasten, Sport
- Krankhafte Furcht, zu dick zu werden (b. Normalgewicht o. leichtem Untergewicht)
- Weitere Symptome: intensive Beschäftigung mit Nahrung, deren Zubereitung und Aufnahme;
- Körperlich: Karies, Haarausfall, Speicheldrüsenschwellung, Elektrolytstörungen, sek. Amenorrhoe, Ösophagitis, bei Teilgruppe: anorektische Phasen o. Anorexie in der Vorgeschichte

Weitere diagnostische Kategorien:

- Atypische Bulimie (ICD 10 50.3): ein Hauptsymptom zum typischen Bild fehlt (z. B. ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme)
- „Purging“ Subtyp (DSM IV): Erbrechen oder Laxantien- bzw. Diuretikaabusus
- „Non-purging“ Subtyp (DSM IV): kein Erbrechen oder Laxantienabusus, sondern Fasten o. Sport
- Differentialdiagnostik: Binge Eating Störung (nur Eßanfälle), andere Ursachen von Erbrechen, z. B. psychogenes Erbrechen

Psychische Komorbidität: Affektive Störungen, Angststörungen, Substanzmißbrauch, Sucht, histrionische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen

2. Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz: bei Frauen zwischen 1,1 % und 4,2 %
- Prävalenz in Risiko-Altergruppe (18.-35. Lebensjahr): ca. 3 %
- Geschlechterverhältnis: ca. 10: 1 Frauen : Männer
- Erstmanifestation: Erkrankungsgipfel um das 18. LJ
- Risikogruppen: Sportlerinnen, Ballett-Tänzerinnen, männliche Body Builder, Pat. mit Diabetes mellitus
- Verlauf: insgesamt unsteter Verlauf und hohes Chronifizierungsrisiko, ca. 50 % symptomfrei nach 10 Jahren, 20 % bulimische Symptome, 15 % Bulimie, ca. 30 % Wechsel Symptomfreiheit-Rückfälle, Mortalitätsrisiko insgesamt noch nicht abschätzbar.

3. Ätiologie, Störungsmodell

Genetische Faktoren durch Zwillingsstudien nahe gelegt. Art der Einflüsse bislang unklar.

Soziale Einflüsse, insbesondere das Schlankheitsideal, Leistungsorientierung und hiermit verbundene weibliche Rollenkonflikte

Es können **verschiedene biographische und Konfliktskonstellationen** zu Grunde liegen. Bei uneinheitlicher **Persönlichkeitsstruktur** zeigen sich oft prämorbid starke Leistungsorientierung und Perfektionismus, Versagensängste, starkes Bedürfnis nach sozialer Akzeptanz, Probleme in der Affektregulierung und Impulskontrolle. Insbesondere dysphorische Affekte und Angst werden schlecht ertragen.

Psychodynamische Sicht: Auslösende Konflikte i. d. R. um weibliche Identität, Zurückweisungserleben und Versagensängste zentriert. Nach außen wird oft ein kompetentes, stabiles, „starkes“ Verhalten gezeigt, das massive Selbstwertzweifel verdeckt. Als „schwach“ erlebte

Selbstanteile bleiben unintegriert. Selbstwertprobleme und Identitätskonflikte werden auf die Nahrung und den Körper verschoben. Essen repräsentiert hier Regression, Zuwendung und Intimität. Schlankheit repräsentiert Stärke, Selbstkontrolle, Leistungsfähigkeit, Attraktivität. Diätversuche und restriktives Eßverhalten begünstigen Eßanfälle. Scham-, Schuld- und Ekelgefühle führen zu Gegenregulierung und zum Verbergen der bulimischen Impulshandlung. Durch die Heimlichkeit des Symptoms wird die emotionale Bedürftigkeit der Patientin nicht sichtbar.

Lerntheorie: Bei einer affektlabilen Persönlichkeit führt der soziale Schlankheitsdruck zu Diätversuchen und restriktivem Eßverhalten. Dieses begünstigt zusammen mit emotionalen Spannungen Heißhunger und Eßanfälle, wegen des Schlankheitsdruckes setzt die Gegenregulation ein, die wiederum dysfunktionales Eßverhalten und neue Eßanfälle hervorrufen.

4. Behandlung

Drei „Säulen“:

- Stabilisierung des Eßverhaltens (z.T. regelmäßige ärztliche Kontrolle)
- Bearbeitung der seelischen Konflikte
- Einbeziehung der Familie (bei noch im Elternhaus lebenden Pat.)

Wahl des Therapiesettings (ambulant o. stationär) abhängig von Schwere und Verlauf.

Stationäre Psychotherapie bei häufigen Eßanfällen (mehrfach täglich), ausgeprägter Komorbidität (z. B. Depressionen, Substanzmißbrauch), festgefahrener familiärer Interaktion, gescheiterten ambulanten Behandlungsversuchen

Antidepressive Medikation kann zur Behandlung depressiver Komorbidität und zur Steuerung von Heißhungerattacken hilfreich sein.

5. Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

- Behandlung wird oft erst nach jahrelangen Selbstheilungsversuchen gesucht. Oft starke Scham wegen der Bulimie, die als „Versagen“ erlebt wird.
- „Alles oder nichts“ – Denken führt zu Euphorie in der Behandlung und rascher Enttäuschung.
- Bei schwereren Störungen: Heimlichkeiten, Manipulationen, Lügen
- Typische Interventionsfehler:
 - Vermeiden von Konfrontationen bezüglich der Symptomatik oder zu starke Rigidität bei Nichteinhalten von Vereinbarungen.
 - Völliges Vermeiden schambesetzter Erlebensbereiche oder zu schnelles Eindringen in diese.

6. Literatur:

Reich G, Cierpka M (2001) Psychotherapie der Eßstörungen. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl.

Reich G (2003) Familientherapie der Essstörungen. Hogrefe, Göttingen

Reich G, Götz-Kühne C, Killius U (2004) Magersucht, Bulimie, Binge Eating. Trias, Stuttgart