

### Definition

Die Bulimia nervosa (BN, auch Ess-Brech-Sucht) äußert sich durch **impulsiv-zwanghafte Essattacken** (hochkalorische Speisen werden in kurzer Zeit aufgenommen) und anschließende **gegenregulative Maßnahmen** (meist selbst induziertes Erbrechen). Wie bei der Anorexia nervosa (► Kap. 20) gibt es auch hier eine andauernde Beschäftigung mit Essen und Nahrungsmitteln, eine Furcht vor dem Dickwerden und ein angestrebtes Maximalgewicht unter der Altersnorm.

### Epidemiologie

Die Erkrankung ist mit ca. 3 % häufiger als die Anorexia nervosa (vermutlich hohe Dunkelziffer) und beginnt meist später als die Anorexie, oft im Alter zwischen 16 und 19 Jahren. Durch das spätere Ersterkrankungsalter und durch oft lange Verheimlichung der Erkrankung werden die Patienten deutlich seltener in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Mädchen sind 20-fach häufiger betroffen als Jungen.

### Ätiologie

Siehe auch Ätiologie der Anorexia nervosa (► Kap. 20).

In einem Teil der Fälle entwickelt sich eine BN aus einer vorangegangenen Anorexia nervosa oder einer Adipositas. Eine zugrunde liegende Störung der Impulsivitätskontrolle und allgemein der Emotionsregulation findet sich häufig bei Patientinnen mit Bulimia nervosa und scheint die Entstehung dieser Erkrankung zu begünstigen.

### Klinisches Bild

Die Essattacken treten meist in folgenden Situationen auf:

- emotionale Verstimmung, Einsamkeit
- zwischenmenschliche Belastungssituationen (Streit, Liebeskummer etc.)
- Hungergefühl bei Diäten
- oft im späteren Tagesverlauf: Während des Tags hat sich das Gefühl einer inneren Spannung mehr und mehr aufgebaut.

Nach der Aufnahme von großen Mengen hochkalorischen Essens folgen meist heftige Schuldgefühle, Völlegefühl und Gewichtsphobie, die sich erst mit kompensatorischen Maßnahmen wie selbst induziertes Erbrechen, Medikamentenmissbrauch (Laxanzien, Schilddrüsenhormone, Appetitzügler; z. B. Methylphenidat, Diuretika), aber auch Fasten oder extremer körperlicher Aktivität reduzieren lassen. Den Betroffenen ist das Abnorme ihres Verhaltens bewusst und sie zeigen große Fähigkeiten im Verheimlichen der Symptomatik.

Das **impulsive Verhalten** äußert sich gelegentlich auch in Form von begleitendem impulsivem Substanzmissbrauch, selbstverletzendem Verhalten, unkontrolliertem Geldausgeben und Diebstählen (meist von Lebensmitteln), was als multiimpulsiver Bulimie-Typus bezeichnet wird.

**Körperliche Folgeschäden** des rezidivierenden Erbrechens sind in ► Abbildung 21.1 zusammengefasst.

Durch wiederholtes manuelles Auslösen des Würgereflexes entstehen manchmal Schwielen an den Fingern oder Läsionen am Handrücken (*engl.* Russell sign). Der wiederholte Kontakt der Zähne mit Magensäure verursacht oft ausgeprägte Karies, und die Ohrspeicheldrüsen schwellen bei wiederholtem Erbrechen beidseitig an.

Die Bulimia nervosa gehört zu den „heimlichen Erkrankungen“ und bleibt selbst engen Bezugspersonen oft lange Zeit unbemerkt.

**Komorbid** findet sich häufig eine begleitende depressive Symptomatik. Des Weiteren zeigen sich vermehrt Zwangs- und Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und des Sozialverhaltens, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. Gelegentlich stehlen die Patientinnen große Mengen an hochkalorischen Speisen (z. T. auch Geld oder wertvolle Gegenstände, um ihre Krankheit finanzieren zu können).

### Diagnostik

Das Leitsymptom des rezidivierenden Erbrechens wird meist erfolgreich vor der Familie und selbst engen Freunden verheimlicht. Da kein extremes Untergewicht besteht, fällt diese Essstörung durch das körperliche Erscheinungsbild kaum auf.

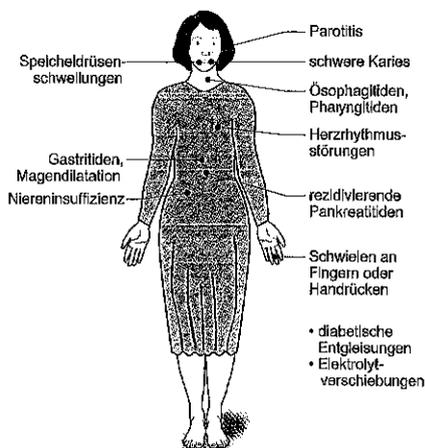


Abb. 21.1: Körperliche Komplikationen der Bulimia nervosa. [L141]

Daher sollte bei dem geringsten Verdacht gezielt nach Symptomen gefragt werden. Meist ist die gesamte Diagnostik auf die **Angaben der Patienten** angewiesen.

In einem Teil der Fälle finden sich diagnostische Hinweise durch die **körperliche Untersuchung** (Parotisschwellung, Zahnstatus, Schwielen an Händen und Fingern = Russell-Sign; ► Abb. 21.1) oder die **laborchemische Untersuchung** (unklare Amylaseerhöhung oder Hypokaliämie durch gehäuftes Erbrechen).

Beide Untersuchungen sind auch deshalb diagnostisch wichtig, um die Entscheidung zwischen ambulanter oder stationärer Therapie zu treffen.

Eine große diagnostische Hilfe ist es, wenn Patienten dazu motiviert werden können, über 14 Tage ein **Essprotokoll** zu führen.

Hier werden normale Mahlzeiten, Heißhungeranfälle, Erbrechen und weitere besondere Ereignisse verzeichnet.

Zur vollständigen Diagnostik gehört weiterhin eine umfassende Abklärung auf psychische Begleitstörungen.

### Differenzialdiagnose

► **Binge eating disorder (BED):** Heißhungerattacken, aber fehlende kompensatorische Maßnahmen, daher zunehmende Entwicklung von Übergewicht und Adipositas

► **Anorexia nervosa mit bulimischer Symptomatik:** Erbrechen, bei definitionsgemäß extremem Untergewicht (► Kap. 20)

► **emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ:** Impulsivität und Selbstverletzung, aber keine konstante gedankliche Beschäftigung mit Essen und Gewicht (► Kap. 22)

► **Störung des Sozialverhaltens:** auch hier evtl. Ladendiebstähle, aber keine konstante gedankliche Beschäftigung mit Essen und Gewicht (► Kap. 27)

► **organische Ursachen:** Heißhungerattacken und Erbrechen bei Hirntumoren, Epilepsien, Kleine-Levin-Syndrom; rezidivierendes Erbrechen bei gastroösophagealem Reflux; andere Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltrakts; bei allen: fehlende konstante gedankliche Beschäftigung mit Essen und Gewicht.

### Therapie

Die oft gering ausgeprägte Erkrankungseinsicht der Patientinnen erschwert die Therapie erheblich. Eine ambulante Therapie ist zu bevorzugen. Indikationen zur stationären Aufnahme bestehen bei Elektrolytentgleisung (v. a. Hypokaliämie durch Erbrechen), Versagen der ambulanten Therapie (nach ca. 12 Wochen), depressiver Symptomatik mit Suizidrisiko, selbstverletzendem Verhalten, Substanzmissbrauch, destruktiv-

vem Familienklima oder bei mehrmals täglichem Auftreten von Ess- und Brechanfällen.

#### **Normalisierung des Essverhaltens**

Erstes Therapieziel ist zunächst eine Normalisierung des Essverhaltens. Dies gelingt gelegentlich schon durch eine Protokollierung der Ess- und Brechanfälle und der regelmäßigen Mahlzeiten mit Verzicht auf weitere Zwischenmahlzeiten. In Gegenwart des Therapeuten wird die Patientin in wiederkehrenden Abständen gewogen, gemeinsam werden **individuelle Alternativstrategien bei Frustrations- oder Hungergefühlen** erarbeitet. Es erfolgt eine sorgfältige Situationsanalyse von Auslösern und Konsequenzen der Ess-/Brechanfälle. In diesem Zusammenhang sollte die Anwendung alternativer Strategien konsequent durch unterschiedliche Belohnungsmechanismen verstärkt werden.

Daran anschließend werden eine Verbesserung des Selbstwerts sowie eine Reduktion der Gewichtsphobie und der Impulsivität mit psychotherapeutischen Maßnahmen angestrebt.

tisch bearbeitet. Die Patientin entwickelt ein adäquates Selbstbild mit erreichbaren Leistungsansprüchen. Insbesondere hier sollten nach Möglichkeit Familie und relevante Gleichaltrige in die Therapie mit einbezogen werden.

#### **Medikamentöse Therapie**

Zeigt ein Therapieversuch mit reiner psychotherapeutischer Behandlung keinen Erfolg, sollte zusätzlich eine medikamentöse Behandlung eingesetzt werden. Der Einsatz von SSRI, v. a. Fluoxetin, gilt als Therapie der Wahl. Der Effekt zeigt sich oft sehr schnell (1–2 Wochen) als deutliche Abnahme der Heißhungerattacken und des Erbrechens bzw. Abführmittelmissbrauchs. Die Dosierung sollte deutlich höher liegen als bei depressiven Erkrankungen (z. B. Fluoxetin 60 mg, Fluvoxamin 100–200 mg).

Im Gegensatz zur Anorexia nervosa gibt es bei der Bulimia nervosa eine effektive psychopharmakologische Therapie der Essstörung mit Antidepressiva (SSRI).

#### **Behandlung vorhandener Begleitstörungen**

Auch die Behandlung einer evtl. begleitenden Komorbidität (Depression, Angststörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung) ist wichtiger Therapiebaustein.

#### **Prognose**

Die Spontanremissionsrate ist häufiger als bei der Anorexia nervosa. Man nimmt an, dass sich Essattacken und Erbrechen im Verlauf zurückbilden können. Ein auffälliges Essverhalten persistiert aber in den meisten Fällen. Seltene Todesfälle entstehen durch Magen-/Speiseröhrenblutungen und -rupturen (Mallory-Weiss-Syndrom, Boerhaave-Syndrom) und durch Elektrolytentgleisungen (kardiologische Auswirkungen der Hypokaliämie).

#### **Kognitive Therapie**

Dabei werden krankheitserhaltende (dysfunktionale) Gedanken psychotherapeu-

- ▶ Bei der Bulimia nervosa finden sich wie bei der verwandten Anorexia nervosa auch die ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen und Gewicht und ein angestrebtes Gewicht unterhalb der Norm.
- ▶ Die Patienten zeigen bei Hungergefühlen und Frustration impulsive Essattacken mit Aufnahme großer Mengen an Nahrung. Nachfolgend kommt es zu Schuld-, Völle-, Angstgefühlen und dadurch bedingten gegenregulatorischen Maßnahmen, meist selbst induziertes Erbrechen und/oder Medikamenteneinnahme.
- ▶ Betroffen sind meist normalgewichtige Patientinnen im späten Jugendalter (bei Mädchen 20-fach häufigeres Krankheitsbild).
- ▶ Die Patientinnen verheimlichen die Erkrankung oft lange Zeit und sind häufig wenig krankheitseinsichtig, was eine effektive (möglichst ambulante) Therapie erschwert.
- ▶ Therapeutische Maßnahmen sind verhaltenstherapeutisches Esstraining, kognitives Training am Selbstbild und ggf. der ergänzende Einsatz von Antidepressiva (SSRI).
- ▶ Die Prognose ist insgesamt besser als bei der Anorexia nervosa.