

Bulimia nervosa

Seit 1979 wird die Bulimie als eigenständige Erkrankung beschrieben. Magersucht und Bulimie haben viele Gemeinsamkeiten. Die Bulimie ist ein Störungsbild, das wie die Magersucht durch viele Faktoren beeinflusst wird. Ebenso wie bei der Magersucht handelt es sich meist um weibliche Jugendliche bzw. junge Frauen mit Selbstzweifeln und Selbstwertproblemen. Im Durchschnitt ist das Erkrankungsalter gegenüber Patientinnen mit einer Magersucht etwas höher.

Patientinnen mit einer Bulimie versuchen, möglichst schlank zu sein, z. B. um gemocht und anerkannt zu werden. Das führt zu einem rigiden und restriktiven Essverhalten, was wiederum zu Heißhunger und Essanfällen führt, ein wahrer Teufelskreis. Der innere Drang schlank zu sein, ist ein wichtiger auslösender Faktor der Erkrankung.

Andere regulieren ihre Gefühle und Anspannungssituationen über vermehrtes Essen, über das sie die Kontrolle verlieren. Um nicht zuzunehmen, greifen sie zu gewichtsregulierendem Verhalten wie Hungerphasen, selbst herbeigeführtem Erbrechen oder intensivem Sport.

Hauptsymptom der Bulimie sind Essanfälle. Ein Essanfall ist die Aufnahme einer als sehr groß empfundenen Nahrungsmenge in einer kurzen Zeit, die deutlich größer ist, als die Menge, die andere Menschen in ähnlichen Situationen zu sich nehmen. Gleichzeitig besteht das Gefühl, nicht kontrollieren zu können, was und wieviel man isst. Aus Schamgefühl erfolgen Essanfälle meistens heimlich.

Weil die Vorstellung zuzunehmen für viele Patientinnen unerträglich ist, führen sie selbst Erbrechen herbei oder wenden andere gewichtsvermindernde Maßnahmen an. Das kann schwere gesundheitliche Folgen haben (siehe Seiten 12 und 13).

Viele Patientinnen haben ein geringes Selbstwertgefühl und neigen zu depressiven Verstimmungen. Sie schämen sich für ihr Verhalten und halten die Krankheit gegenüber der Umwelt oft geheim.

Häufigkeit der Bulimia nervosa

Etwa 15 von 1000 Menschen (meist Frauen, aber auch Männer) erkranken im Verlauf ihres Lebens an Bulimie. Bulimie ist eine Erkrankung, die hauptsächlich Jugendliche und junge Erwachsene haben. In dieser Zeit gibt es große körperliche Veränderungen und Lebensänderungen (zum Beispiel Ausbildung, Beruf, neue Beziehungserfahrungen, Partnerschaft, Sexualität, etc.). Ein Drittel aller Patientinnen mit Bulimie hatte früher bereits eine Magersucht.

Krankheitsverlauf

Untersuchungen an unbehandelten Patientinnen konnten zeigen, dass bei vielen Betroffenen mit Bulimie die Symptome ein ‚Auf und Ab‘ zeigen. Viele Patientinnen haben mehrere Monate gar keine Symptome und dann wieder Rückfälle. Mit psychotherapeutischer Behandlung kann jedoch eine deutliche Verbesserung der Symptome und auch eine Heilung erreicht werden.

Patientinnen mit einer geringen Behandlungsmotivation, Substanzmissbrauch und Übergewicht in der Vorgeschichte sowie sehr ausgeprägten Essanfällen und Erbrechen zu Beginn der Behandlung haben häufiger ein schlechteres Therapieergebnis.

Behandlung der Bulimia nervosa

In der Behandlung der Bulimie geht es zunächst darum, den ‚Teufelskreis‘ von Essanfällen und Diäten zu durchbrechen. Die Patientinnen

sollen lernen, wieder normal zu essen. Deshalb ist es wichtig, die Faktoren die zu Essanfällen geführt haben oder sie auslösen und somit das ‚normale‘ Essen beeinflussen herauszuarbeiten. Diese Faktoren und weitere Problembereiche (zum Beispiel das Selbstwerterleben) sind im weiteren Verlauf Thema der Therapie. Wichtig ist auch hier, dass Patientinnen mit Bulimie möglichst frühzeitig eine Behandlung erhalten um eine Chronifizierung der Essprobleme zu vermeiden. Einige Patientinnen befürchten, dass sie durch die Behandlung zunehmen. Es ist aber so, dass in den meisten Fällen keine Gewichtszunahme durch die Behandlung erfolgt. Vorübergehende Gewichtsschwankungen können bei Patientinnen mit häufigem Erbrechen oder Abführmittelmissbrauch dadurch bedingt sein, dass der Wasserhaushalt wieder ausgeglichen wird.

Zum Behandlungssetting

Auch zur Behandlung der Bulimie stehen grundsätzlich drei Behandlungssettings zur Verfügung: ambulante Behandlung, stationäre Behandlung und tagesklinische Behandlung. Die Mehrzahl der Patientinnen mit Bulimie kann und sollte ambulant behandelt werden.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zum Behandlungssetting bei Bulimia nervosa

- Patientinnen mit Bulimie sollten vorwiegend ambulant behandelt werden. Bei Vorliegen bestimmter Indikationskriterien ist eine stationäre oder tagesklinische Behandlung indiziert (*angezeigt*).

Als Kriterien für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung gelten:

- psychische bzw. physische Komorbidität (*Begleiterkrankungen*), die eine Indikation für eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung darstellt (z. B. Suizidalität, schwere Selbstverletzung, Drogen oder Alkoholabhängigkeit).
- hoher Krankheitsschweregrad der Essstörung (erheblich entgleistes Essverhalten).
- Versagen oder fehlende Möglichkeiten für eine ambulante Therapie.
- therapieverhindernde Umstände im Umfeld der Patientin.

Stationäre bzw. teilstationäre (tagesklinische) Behandlungen sollten in Einrichtungen erfolgen, die Erfahrungen in der Therapie mit Bulimie haben und entsprechende essstörungsspezifische Therapieprogramme vorhalten.

- Die behandelnde Institution sollte spezifische Expertise (*Erfahrungen, Spezialkenntnisse*) in der Behandlung von Essstörungen haben.
- Die Behandlung sollte störungsorientiert erfolgen.
- Für eine tagesklinische Behandlung spricht das Training im Umfeld der Patientin, für eine vollstationäre Behandlung das Herausnehmen der Patientin aus einem unter Umständen problematischen Umfeld und die Notwendigkeit der ganztägigen ärztlichen Betreuung.



**Meine
Fragen
dazu:**


Behandlungsbausteine der Bulimia nervosa

Zu den Behandlungsbausteinen bei der Bulimie gehören die Psychotherapie, die angeleitete Selbsthilfe und die medikamentöse Behandlung.

Psychotherapie

Die Psychotherapie ist bei der Bulimie die Behandlung der ersten Wahl. Die meisten Wirksamkeitsnachweise liegen für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) vor.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur Psychotherapie bei Bulimia nervosa

- Bei Vorliegen einer Bulimie soll den Patientinnen frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden.
- Erwachsene und Jugendliche mit Bulimie soll als Behandlungsverfahren der ersten Wahl eine Psychotherapie angeboten werden.
- Psychotherapeutische Behandlungen sind wirksamer als alleinige Pharmakotherapie.
- Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) stellt die am meisten beforschte Psychotherapiemethode mit der höchsten Evidenz dar, daher sollte sie Patientinnen mit Bulimie als Therapie der ersten Wahl angeboten werden. Diese sollte dem individuellen Entwicklungsstand angepasst sein. Bei Kindern und Jugendlichen mit Bulimie sollten die Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden.
- Andere Psychotherapieverfahren (Interpersonelle Psychotherapie, psychodynamische Therapie) sind verfügbar und kommen beispielsweise infrage, wenn KVT nicht zur Verfügung steht, sich im Einzelfall als nicht wirksam erweist oder nicht gewollt wird.
- Bei bulimischen Patientinnen mit Komorbiditäten (Begleiterkrankungen), zum Beispiel  Borderline-Symptomatik, sollte die Therapie um störungsorientierte therapeutische Elemente ergänzt werden.



Angeleitete Selbsthilfe

Als angeleitete Selbsthilfe werden Möglichkeiten der durch einen professionellen Helfer begleiteten Selbstbehandlung bezeichnet. Die Selbsthilfe erfolgt zum Beispiel mit Unterstützung von Therapieanleitungen (Therapiemanualen). Solche Manuale gibt es als Bücher oder Internetprogramme. Sie beruhen auf der kognitiven Verhaltenstherapie und werden durch regelmäßige Rückmeldungen (Feedback) eines Therapeuten begleitet. Die Wirksamkeit der angeleiteten Selbsthilfe konnte wissenschaftlich nachgewiesen werden. Im Anhang sind Bücher zur angeleiteten Selbsthilfe aufgeführt, die man im Buchhandel erwerben kann.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur angeleiteten Selbsthilfe bei Bulimia nervosa


- Für einige Patientinnen mit BN kann die Teilnahme an einem evidenzbasierten (*wissenschaftlich belegten*) Selbsthilfeprogramm, das unter Anleitung erfolgt („angeleitete Selbsthilfe“) und auf Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie beruht, eine ausreichende Therapie darstellen.

Medikamentöse Behandlung

Bestimmte Antidepressiva ( „Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer“ (SSRI)) helfen den „Essdruck“ zu senken und können eine psychotherapeutische Behandlung ergänzen. Von den  SSRI-Medikamenten ist Fluoxetin der einzige Wirkstoff, der in Deutschland zur Behandlung der Bulimia nervosa zugelassen ist.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur medikamentösen Therapie bei Bulimia nervosa

- Wenn eine Pharmakotherapie angeboten wird, dann sollte Fluoxetin eingesetzt werden. Nur dieser Wirkstoff ist in Deutschland in Kombination mit Psychotherapie für die Indikation der Bulimie und nur für die Behandlung von Erwachsenen zugelassen.

-  SSRIs stellen bezogen auf Symptomreduktion, Nebenwirkungsprofil und Akzeptanz die medikamentöse Therapie der ersten Wahl in der Behandlung der Bulimie dar. Die wirksame Dosis von Fluoxetin bei der Bulimie liegt bei 60 mg/Tag. Ein Behandlungsversuch sollte mit einer Mindestdauer von vier Wochen unternommen werden. Bei Therapieerfolg ist von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen.