Bulimia nervosa F50.2

Definition

- regelm. Essanfälle, hochkalorische Nahrungsmittel, gezieltes Erbrechen > Scham, Schuld, depressive Verstimmung
- Laxanzien/Diuretika, Kontrollverlust, Fastenperioden
- körperliche Probleme, rezidivierendes Erbrechen
- hohe Komorbidität mit Angststörungen, depressiven Syndromen, Substnzmissbrauch und PS
- vorher anorektische Phasen bei 1/3
- „Ochsenhunger" (aus dem Griechischen)
- kontrovers diskutiert: „Bulimarexie"

Klassifikation

ICD-10

- Essanfälle, über 3 Mo., mindest. 2 x Wo.
- andauern. Beschäftigung mit der Nahrungsaufnahme; Verlangen und Zwang, große Mengen ohne Hungergefühl zu essen
- gegensteuerndes Verhalten > selbstinduziertes Erbrechen, Hungerperioden, Einnahme von Abführmitteln oder Medikamenten
- Selbstwahrnehmung als zu dick, übergroße Furcht

DSM-5

Schweregrad (Anzahl der Essanfälle usw.), Diagnosezeitpunkt teil- oder vollremittierter Zustand

Symptomatik

- normal-/leicht übergewichtig
- hochstrukturierte Rituale, z. B. Musik während des Essens
- Selbstwertproblematik, Schlankheitsideal
- extrovertierter, impulsiver als Frauen mit asketischer Anorexia nervosa, Behandlung meist erst nach langjähriger quälender Symptomatik (häufige wg. depressiver Sympt.)
- Komorbidität: Angsterkrankungen (v.a. soziale Phobie), affektive Störungen, Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit, PTBS, Boderline-PS, ängstlich-vermeind. PS, AD(H)S,
- psychosoziale Probleme: Zeitaufwand, Verheimlichung, finanzielle Schwierigkeiten (erhöhter Bedarf an ESSEN)
- körperl. Komplikationen: schwere Hypokaliämie > Herzrhythmusstörungen, Niereninsuffizienz; Parotitis, schwere Karies, Speicheldrüsenschwellungen, Schwielen an Fingern/ Handrücken, diabet. Entgleisungen, Elektrolytverschiebungen, Diabetes mellitus Typ 1

Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz 0,2 - 1,6%, w>m
- Beginn: später als Anorexie, selten vor Pubertät oder über 40 Lj. bei w
- 20-30% anorektische Phase vorher

Ätiologie

- ähnlich wie bei Anorexia nervosa
- gestörtes Essverhalten als Endstrecke multipler Faktoren > Vulnerabilität-Stress-Modells
- Familie: überzufällig häufig affektive Störungen, Angsterkrankungen, Alkoholabhängigkeit, Übergewicht, Essstörungen

Diagnostik

- körperl. Komplikationen sorgfältig erfassen
- durch gründliche Anamnese- und Befunderhebung i. d. R. Diagnose gut zu stellen

Differenzialdiagnostik

- somatische Erkrankungen: Diabetes mellitus, Hyperthyreose, hypothalamischer/hypophysärer Tumor, Kleine-Levin-Syndrom (meist bei Männern, periodische HYpersomnie, Rückzug, Verlangsamung, Negativismus)
- psychische Erkrankungen: andere Essstörungen, affekive Störungen (v.a. atypische Depression), Schizophrenie, Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen

Therapie

- Ernährungsrehabilitation
- Psychosoziale Rehabilitation: meist ambulant, stationär bei schweren körperl. Komplik./hoher Komorbidität; störungsspezifische KVT: Motivation, individuelles Störungsmodell, Perfektionismus, Selbstwert, Essverhalten, Körperwahrnehmung, interpersonelle Fertigkeiten; IPT oder psychdynamische Verfahren, psychoedukative Selbsthilfeprogramme (Gruppe, Internet)
- Medikamentöse Therapie: SSRIs (Fuoxetin) > reduziert Heißhungerattacken, mindest. 4 Wo., 6-12 Mo., lange Halbwertszeit > Plasmaspiegel

Verlauf /Prognose

- chronisch-flukturierend > ohne Behandlung
- bei Behandlung günstiger: 2/3 remittieren (7-12 Jahren), 1/3 Rezidive/Chronifizierung
- ungünstig: psychische Komorbidität, ggf. Impulsivität, mäßig erhöhtes Mortalitäts -und Suizidrisiko in den ersten 10 Jahren