

ZOOM: BULIMIA NERVOSA – STATE OF THE ART

SYMPTOMATIK



- Essanfälle mit anschließenden gegensteuernden Maßnahmen wie Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln (seltener Diuretika), negatives Körperbild, niedriger Selbstwert, Angst zu dick zu sein, Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation, Scham und Verheimlichung

PRÄVALENZ UND VERSORGUNGSSITUATION



- Beginn meist in Adoleszenz und frühem Erwachsenenalter
- Lebenszeitprävalenz: 0,9–2,6 % (Frauen), 0,1–0,5 % (Männer)
- Hohe Versorgungslücke: 85–94 % suchen keine Behandlung oder erst nach 4–5 Jahren
- Betroffene sind i. d. R. normalgewichtig oder leicht übergewichtig, was die Diagnostik erschwert

ÄTIOPATHOGENESE



- Genetische Komponente zwischen 28–83 %
- Hinweise auf Veränderungen in Belohnungs- und Kontrollnetzwerken (Insula, Striatum, präfrontale Areale); neurobiologische Befunde insgesamt heterogen

Risikofaktoren:

- Extremes Schlankheitsideal
- Adipositas in der Kindheit/Familie
- Überbewertung von Figur und Gewicht bzgl. Selbstbild
- Negativer Affekt und dysfunktionale Emotionsregulation
- Belastende Ereignisse (interpersonelle Stressoren, hohe Alltagsbelastungen)

KLINISCHE MANIFESTATION UND DIAGNOSTISCHE KRITERIEN



In der körperlichen Untersuchung gelegentlich Russell Sign (Hyperkeratosen bzw. Hornschwielen) über den Fingergrundgelenken. Diese entstehen bei häufigem selbstinduziertem Erbrechen durch den Kontakt der Haut über den Knöcheln mit den Zähnen.
Bei einem Teil Parotisschwellungen („Hamsterbacken“).

Diagnosekriterien

DSM-5

- Wiederholte Essanfälle + Kontrollverlust
- Kompensatorische Verhaltensweisen: Erbrechen, Laxanzien, Diuretika, Fasten, exzessiver Sport
- Frequenz: $\geq 1 \times$ /Woche über 3 Monate
- Selbstwert übermäßig abhängig von Figur/Gewicht
- Symptome treten nicht ausschließlich im Rahmen einer Anorexia Nervosa auf

ICD-10

- Wiederholte Episoden von Essanfällen mit Aufnahme großer Nahrungsmengen in kurzer Zeit
- Kompensatorische Verhaltensweisen, um Gewichtszunahme zu vermeiden: typischerweise selbstinduziertes Erbrechen, Laxanzienabusus, zeitweiliges Fasten, Gebrauch von Appetitzüglern/Diuretika

· Krankhafte Furcht, dick zu werden; ausgeprägte Beschäftigung mit Essen, Gewicht und Figur

- Häufig vorausgehende oder begleitende Anorexia nervosa in der Vorgeschichte
- Gewicht meist im Normbereich (keine deutliche Untergewichtigkeit)
- Symptome treten nicht ausschließlich im Rahmen einer Anorexia nervosa auf (bei bestehender Untergewichtigkeit $\rightarrow$ Diagnose Anorexia nervosa, bulimischer Typ)

Neuerungen im DSM-5

- Schweregrade: 1–3 (mild), 4–7 (moderat), 8–13 (schwer), ≥ 14 (extrem) kompensatorische Maßnahmen/Woche

Neuerungen in der ICD-11

- Frequenz: ≥ 1 Essanfall/Woche objektiv und (NEU) subjektiv
- Dauer: ≥ 1 Monat (statt 3 Monate)
- Menge der Nahrung nicht entscheidend $\rightarrow$ zentral sind Kontrollverlust & Leidensdruck

KOMORBIDITÄTEN UND DIFFERENTIALDIAGNOSTIK



Häufige psychische Komorbiditäten:

- Depression, Angststörungen, Substanzkonsum, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen
- Suizidalität deutlich erhöht
- Standardisierte Mortalität (SMR): 2,20 (1,77–2,73), damit mehr als doppeltes Risiko zu sterben als Personen gleichen Alters und Geschlechts
- Somatische Komplikationen: Hypokaliämie, Herzrhythmusstörungen, Zahnschäden, Parotishypertrophie (Vergrößerung der Glandula parotis), Aspirationspneumonie, gastrointestinale Probleme, langfristig erhöhtes Risiko für koronare Herzkrankheit
- Differenzialdiagnostik: Anorexia nervosa, Binge/Purge subtype $\rightarrow$ Abgrenzung über Körpergewicht
- Binge-Eating-Störung $\rightarrow$ Keine kompensatorischen Verhaltensweisen

EVIDENZBASIERTE THERAPIEEMPFEHLUNGEN



Psychotherapie – Therapie der 1. Wahl (NICE, Deutsche S3-Leitlinie, APA Practice Guideline 2022/23)

- KVT am besten evidenzbasierte Psychotherapie und leitlinienempfohlene Behandlung 1. Wahl; wirksam in Kurz- & Langzeitverlauf (Evidenzgrad Ia); Stationäre multimodale Therapie bei starker Ausprägung und ausbleibender Wirksamkeit ambulanter Therapie in Kliniken mit spezialisierten Essstörungensettings empfohlen; Fokus der KVT bei Bulimia nervosa: Normalisierung des Essverhaltens, Abbau kompensatorischer Verhaltensweisen, Arbeit an Perfektionismus & Selbstwert, Arbeit am Körperbild, Emotionsregulation, Bearbeitung der Überbewertung von Figur und Gewicht
- Dialektisch-behaviorale Psychotherapie (DBT); Reduktion von Ess-Brechanfällen durch Verbesserung der Emotionsregulation, besonders sinnvoll bei Borderline-Persönlichkeitsmerkmalen und ausgeprägter Emotionsdysregulation (Evidenzgrad Ib)
- Interpersonelle Psychotherapie (IPT); Alternative, besonders bei sozialen Auslösern, wirkt oft langsamer als KVT (Evidenzgrad IIa)
- Psychodynamische Therapie (Evidenzgrad IIb)
- Familienbasierte Therapie (FBT) – besonders bei Jugendlichen (Evidenzgrad IIb)
- Begleitete Selbstmanagementprogramme (Evidenzgrad Ib)

PHARMAKOTHERAPIE



Pharmakotherapie nur ergänzend im Zusammenhang mit Psychotherapie

- **Fluoxetin (SSRI)**: reduziert Binge/Purging; wirksam v. a. bei komorbider Depression. Am besten evidenzbasiert! Einziges bei BN zugelassenes Antidepressivum (bis zu 60 mg pro Tag)
- **Erhaltungstherapie**: begrenzte Evidenz, Wirkungsverlust möglich
- **Topiramate**: kann Essanfälle reduzieren; Nebenwirkungen begrenzen Einsatz
- **Bupropion**: kontraindiziert (Risiko Krampfanfälle)

Referenzen: 1. American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). 2. Arcelus et al. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry. 68(7):724–31. 3. Berner LA & Marsh R (2014). Frontostriatal circuits and the development of bulimia nervosa. Frontiers in Behavioral Neuroscience, 8, 395. 4. Bronleigh et al. (2022). Neural correlates associated with processing food stimuli in anorexia nervosa and bulimia nervosa: An activation likelihood estimation meta-analysis of fMRI studies. Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 5. Bulik et al. (2022). Genetics and neurobiology of eating disorders. American Journal of Psychiatry, 179(1), 19–36. 6. de Zwaan M, Herpertz-Dahlmann B

(2025). Essstörungen. ICD-10 F50. In Voderholzer U (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen: S. 413–433. Elsevier. 7. Donnelly et al. (2018). Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: A systematic review. Journal of Eating Disorders, 6, Article 3. 8. Frank GKW (2019). The neurobiology of eating disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 28(4), 629–640. 9. Hail L, Le Grange D (2018). Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. Adolesc. Health Med. Ther. 9, 11–16. 10. Herpertz et al. (Hrsg.) (2015). Handbuch Essstörungen und Adipositas (2., vollständig überarb. Aufl.). Springer. 11. Hudson et al. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry. 61(3): 348–358. 12. Krug et al. (2025). A meta-analysis of mortality rates in eating disorders: An

update of the literature from 2010 to 2024. Clin Psychol Rev. 116:102547. 13. McElroy et al. (2003). „Topiramate in the treatment of bulimia nervosa and binge-eating disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.“ American Journal of Psychiatry, 160(2), 255–261. 14. Mitchell JE, Crow S (2006). Medical complications of bulimia nervosa and their treatment. International Journal of Eating Disorders, 39(51): 52–56. 15. Nitsch et al. (2021). Medical complications of bulimia nervosa. Cleve. Clin. J. Med. 88, 333–343. 16. Solmi et al. (2021). Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. Braz J Psychiatry. 43(3):314–323. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1099. 17. Wilson GT, Kagabo R (2024). Evidence-Based Treatments for Eating Disorders: Revisiting the State of the Science. Frontiers in Psychology, 15, Article 1386347.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer
Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien am Chiemsee
UVoderholzer@schoen-klinik.de