

# Der heimliche Teufelskreis aus Fasten und Futtern

## So kommen Sie Bulimie-Patienten auf die Spur

VON W. KÖPP

Viele Patienten mit Bulimie verschweigen beim Arztbesuch ihre Essstörung. Sie schildern stattdessen Beschwerden wie Obstipation, Bauchschmerz oder Schwäche. Das Körpergewicht ist meist ganz normal; auch das erschwert die Diagnose. Lesen Sie, welche Symptome und Befunde Sie auf die richtige Spur führen, welche Auslöser das Krankheitsbild bedingen und welche Komponenten eine interdisziplinäre Therapie beinhaltet.

— Die Bulimie tritt typischerweise in der späten Adoleszenz (um das 17. Lj.) bei Frauen in den technisch hoch entwickelten Länder auf. Nur 5–10% der Erkrankten sind Männer, allerdings mit leicht zunehmender Tendenz. Die Bulimie zeigt keine Schichtspezifität. Mit dem Vollbild (klinische Diagnose nach ICD-10, s. u.) ist in Deutschland bei ca. 3% der Frauen zwischen dem 15. und 35. Lj. zu rechnen. Daneben kommt es oft zu bulimischen Verhaltensweisen, ohne dass das Vollbild erreicht wird.

### Definition

Die drei Hauptkriterien der Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2) sind in Tabelle 1 festgehalten. Bei den Maßnahmen, mit denen eine mögliche Gewichtszunahme abgewendet werden soll, werden außer dem selbst induzierten Erbrechen (85% der Betroffenen) häufig folgende Praktiken zusätzlich oder alternativ angewendet:

- Exzessives Sporttreiben,
- Fastenkuren,
- Laxanzienabusus,
- Diuretikaabusus,
- Appetitzüglerabusus.

Die Betroffenen streben in der Regel kein Untergewicht, sondern ein ideales Körpergewicht an.

Die Nahrungsmenge während eines Essanfalls kann mehrere tausend Kalorien betragen. Manchmal münden Ess-

anfälle in quälende „Fressorgien“, in denen die Betroffenen hilflos ausgeliefert sind.

### Abgrenzung zur Anorexie

Während den Anorektikerinnen die asketische Triebunterdrückung weitgehend gelingt, findet bei den Bulimikerinnen ein ständiger Kampf zwischen Triebkontrolle und Triebdurchbruch statt. Anders als die Anorektikerinnen wollen die Bulimikerinnen das gesellschaftlich herrschende Schlankeitsideal nicht übererfüllen, sondern ihm genau entsprechen. Sie wollen weiblich aussehen und finden auch Bestätigung darin, sexuell begehrt zu werden – etwas, wovor Anorektikerinnen eher Angst haben. Die Unterlegenheit gegenüber der Impulsivität des eigenen Esstriebes wird als beschämende Schwä-

**Priv.-Doz. Dr. med. Werner Köpp**

Facharzt f. Psychosomatik u. Psychotherapie, Facharzt f. Innere Medizin, Psychoanalytiker, Berlin



che bzw. Niederlage erlebt und schuldgefühlhaft verarbeitet.

### Der Circulus vitiosus der Bulimie

Vermindertes Selbstwertgefühl, negatives Körpererleben, Diätverhalten und aktuelle Konflikte (z. B. in Partnerschaft und Familie) führen bei jungen Frauen sehr oft zu einem Circulus vitiosus, bei dem die einzelnen Wirkkomponenten miteinander in Wechselwirkung treten und zur bulimischen Symptomatik führen können.

Diese Wirkkomponenten sind Ansatzpunkte für therapeutische Maßnahmen (s. u.).

### Wie kommt es zum gestörten Essverhalten?

Obwohl das Erscheinungsbild der Bulimie sich als gestörtes Essverhalten präsentiert, kann nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es auch den Schwerpunkt der Psychopathologie darstellt. So können Konflikte aus anderen Antriebsgebieten (z. B. Aggression, Sexualität, überwertige und ständig frustrierte Anlehnungswünsche) auf das Essverhalten verschoben und auf diesem Kampffeld zum Ausdruck gebracht werden.

Mehr als 30% der Betroffenen weisen neben ihrer Essstörung eine Persönlichkeitsstörung auf. Hieran ist zu denken, wenn außer der Bulimie noch

Tabelle 1	
Definitionskriterien der Bulimia nervosa (nach ICD-10)	
–	Heißhungeranfälle mit unkontrollierbaren Essattacken (> 1 x/Wo.)
–	Maßnahme(n) zur Abwendung von Gewichtszunahme (z. B. Erbrechen)
–	Überwertige Sorge um Figur und Gewicht, teilweise mit Zwangsgedanken

andere, vor allem substanzgebundene Abhängigkeiten bestehen.

**Ausdruck eines Ablösungskonflikts**

Im Unterschied zur Anorexie sind die eigene Triebhaftigkeit, die inneren und äußeren Konflikte den Betroffenen erlebnisnäher. Die Bulimie tritt oft im Rahmen eines spannungsreichen Ablösungskonflikts während der späten Adoleszenz auf. In dieser Lebensphase sind Heranwachsende seelisch besonders vulnerabel. Die Coping-Fähigkeiten werden dabei auf eine harte Probe gestellt, an der Betroffene mit einer schwächeren Ich-Struktur in konfliktbeladenen Familien scheitern. Das geht oft mit depressiven Verstimmungen einher.

**Der Jojo-Effekt: zwischen Hungern und Futtern**

Das Körpergewicht der Bulimikerinnen kann mehrere Kilogramm um das Normalgewicht schwanken. Der häufige Wechsel von Diätmaßnahmen und Essdurchbrüchen führt oft zu dem sogenannten Jojo-Effekt: Er ist durch zwischenzeitlich erfolgreiche Gewichtsreduktion gekennzeichnet, die aber niemals durchgehalten werden kann und letztlich zu einem Gewicht führt, das über dem unerwünschten Ausgangsgewicht liegt. Manche Patientinnen drängen dann sogar auf chirurgische Eingriffe. Weil sie es unerträglich finden, nicht wie ein Katalogmannequin auszusehen, hassen sie ihre eigenen Körperformen.

**Medizinische Folgen**

In vielen Fällen wird das pathologische Essverhalten beim Arztbesuch verheimlicht. Stattdessen werden unspezifische Symptome und Beschwerden geklagt (s. Tabelle 2), die häufig diagnostische und therapeutische Umwege nach sich ziehen. Bei oraler hormoneller Kontrazeption muss beachtet werden, dass u. U. durch das Erbrechen keine ausreichende Verhütung stattfindet.

Laborchemisch sind häufig die Serumelektrolyte verändert (Verminderung von Kalium, Natrium und Chlorid) (Tabelle 4). Außerdem lassen sich



Foto: Plainpicture/Fotofinder

**Abb. 1 Der Macht des Kühlschranks erlegen.**

oft eine Hyperamylasämie (durch Erhöhung der Speicheldrüsenamylase, nicht der Pankreasamylase!) und eine metabolische Alkalose (durch H-Ionenverlust beim Erbrechen) nachweisen. Die Hypokaliämie ist einer der zuverlässigsten

Laborparameter, wenn man bedenkt, dass oft verschiedene Praktiken zur Gewichtsreduktion mit teilweise gegensätzlichen Effekten parallel angewendet werden (s. Tabelle 4).

**Die Behandlung der Bulimia nervosa**

Die Therapie ist prinzipiell interdisziplinär, d. h. neben der psychotherapeutischen Behandlung muss immer eine hausärztlich-internistische Mitbehandlung stattfinden. Mindestens einmal im Vierteljahr sollen die relevanten körperlichen Befunde (inkl. Körpergewicht und Körpergröße) und die o. g. Laborparameter ärztlich überprüft werden.

**Stationär – ja oder nein?**

Für die Einschätzung, ob zunächst eine stationäre Behandlung stattfinden muss, spielen außer der Schweregrad-einschätzung, die sich an der Anfallshäufigkeit und den medizinischen Folgeerscheinungen orientiert, auch eine mögliche Komorbidität und psychosoziale Kriterien eine Rolle.

Jegliche organische Komorbidität (z. B. ein parallel bestehender Diabetes mellitus Typ I oder ein Asthmaleiden) erfordert bei einer neu diagnostizierten Bulimia nervosa eine stationäre Behandlung. Zusätzlich können akute Folgen der Bulimia nervosa – z. B. Magenparese oder das versehentliche Verschlucken von Gegenständen, die bei der Pharynxreizung (zum Erbrechen)

Tabelle 2	
Geklagte Beschwerden bei Bulimia nervosa*	
<b>Symptome</b>	
- Unregelmäßiger Zyklus	+
- Amenorrhö	(+)
- Obstipation	(+)
- Bauchschmerz	(+)
- Schwächegefühl	+
- Diffuser Spannungskopfschmerz	(+)
- Schwindel	(+)
* Oft ohne Mitteilung der Essstörung; +: vorhanden; (+): fakultativ vorhanden	

Tabelle 3	
Häufige Untersuchungsbefunde bei Bulimia nervosa	
<b>Untersuchungsbefunde</b>	
- Ödeme	(+)
- Arrhythmie	(+)
- Hypotension	(+)
- Sialadenose	+
- Zahnschmelzschäden	+
+: vorhanden; (+): fakultativ vorhanden	

**Tabelle 4**

**Typische Veränderungen der Serumelektrolyte bei Erbrechen, Laxanzien- und Diuretikaabusus**

	Natrium	Kalium	Chlorid	Bikarbonat	pH
Erbrechen	n ↑↓	↓	↓	↑	↑
Laxanzien	n ↑	↓	n ↑	n ↓	↓
Diuretika	n ↓	↓	↓	↑	↑

(↑: erhöht, ↓: erniedrigt, n: normal)

verwendet wurden – eine notfallmäßige stationäre Behandlung erzwingen. Elektrolytstörungen können nicht nur kardiale Arrhythmien, sondern auch eine zuvor bestehende bislang unbekannte Bereitschaft zu zerebralen Krampfanfällen begünstigen.

Häufig stehen aber auch psychische und psychosoziale Indikationskriterien für eine initial stationäre Behandlung im Vordergrund: Eine festgefahrene familiäre Situation, kleptomanische Verhaltensweisen zur Lebensmittelbeschaffung, akut zugespitzte Partnerschaftskrisen und eine allgemeine Perspektivlosigkeit in beruflicher Hinsicht sind hierbei die häufigsten Gründe. Die o. g. Wirkfaktoren spielen auch für die Behandlung eine wichtige Rolle und werden in einer psychosomatischen Therapie adressiert.

**Poststationäre Psychotherapie**

Nach einer stationären Behandlung – gleich ob der Behandlungsschwerpunkt zunächst ausschließlich internistisch oder mehr psychotherapeutisch war – ist eine weiterführende ambulante Psychotherapie unerlässlich. Rückfälle in den ersten zwei Jahren nach Beginn einer Therapie sind eher die Regel als die Ausnahme.

In manchen Fällen kann eine Fluoxetinmedikation helfen, die Häufigkeit der Essanfälle zu senken. Sie muss dann aber meistens in höheren als nur antidepressiven Dosen verabreicht werden (bis zu 60 mg/die) und ist niemals ein Ersatz für die Psychotherapie, sondern immer nur eine Ergänzung.

**Realitätsprüfung**

Am Anfang der psychotherapeutischen Bemühungen steht die Realitätsprüfung

– also die genaue Erfassung der körperlichen und seelischen Störungen – im Vordergrund. Es geht dabei nicht nur darum, dass ärztlicherseits die verschiedenen Dimensionen des Beschwerdebilds erkannt und verstanden werden, sondern auch darum, der Patientin ihre eigene Situation näher zu bringen. Das bedeutet, geduldig und nicht vorwurfsvoll bereits zu diesem Zeitpunkt an den oft vorhandenen Verleugnungstendenzen der Patientin zu arbeiten. Die Realitätsprüfung stellt auch einen therapeutischen Umgang mit der Abwehr (eigener Selbstwahrnehmung) der Patientin und ihrem Widerstand (gegen die Therapie) dar.

**Verhaltensmodifikation**

Als nächster Schritt steht die Arbeit am Symptom im Vordergrund. Dabei wird die Therapie stärker durch verhaltensmodifikatorische als durch psychodynamische Techniken bestimmt: Esstagebuch, Pläne über Frequenz und Zusammensetzung der Mahlzeiten sowie die Organisierung anderer, vom Essen unabhängiger Maßnahmen sollen die fehlende Selbstkontrolle durch vorübergehende Außensteuerung substituieren. Selbsthilfegruppen können sehr oft durch die Gewährung eines sozialen Netzes den Fortgang der Psychotherapie unterstützen.

**Psychodynamische Therapie**

Erst nach der Bewältigung dieser ersten Schritte findet eine Psychotherapie statt, die im engeren Sinne psychodynamisch ist – d. h. einsichtsorientiert im Kontext bislang verdrängter Affekte. Das bedeutet auch, dass nun die reine Symptomebene verlassen (nicht vergessen!) werden kann. Stattdessen

werden stärker eigene Verhaltens- und Erlebnisweisen innerhalb und außerhalb der Therapie beleuchtet. Selbstwahrnehmung und Körpererleben innerhalb der therapeutischen Beziehung und bei Begegnungen mit anderen Menschen spielen dann eine immer wichtigere Rolle.

Unabhängig von der jeweils aktuell eingesetzten psychotherapeutischen Methode ist das oberste Ziel jedes Verfahrens, den Betroffenen mit therapeutischer Hilfe einen neuen Weg zu eröffnen, der ihrem Streben nach Autonomie, Anerkennung und Geborgenheit eine ich-gerechte Ausdrucksform ermöglicht und nicht mehr die Destruktion des eigenen Körpers benötigt.

Langzeitstudien zeigen, dass ca. 70% der BN-Kranken im Verlauf von vier bis sechs Jahren durch Psychotherapie geheilt werden können. Die Erfolgchancen hängen von der Motivierbarkeit der Betroffenen, aber auch von den bereits eingetretenen Folgen bzw. von Begleiterkrankungen ab.

**Literatur beim Verfasser**

**Anschrift des Verfassers:**

Priv.-Doz. Dr. med. Werner Köpp  
 Facharzt f. Psychosomatik u. Psychotherapie,  
 Facharzt f. Innere Medizin, Psychoanalytiker  
 Maaßenstr. 8, D-10777 Berlin  
 E-Mail: koepw@zedat.fu-berlin.de

**Summary**

**Bulimia Nervosa – A Modern Eating Disorder**

Bulimia nervosa is characterized by episodes of compulsive eating of large amounts of food that are followed by measures undertaken to avoid weight gain, and an exaggerated concern about one's figure and weight. Bulimic symptomatology comprises a complex of various interacting components such as poor self-esteem, a negative attitude towards one's own body, eating behavior and current conflicts. Treatment must take account of all of these factors, and involves both internistic and psychotherapeutic elements. The severity of the condition, possible comorbidities, and psychosocial criteria are crucial for deciding whether treatment should be on an ambulatory or an inpatient basis.

**Keywords:** Bulimia nervosa – Eating disorder – Psychotherapy

## **Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!**

### **Wir wollen mehr Informationsqualität für Sie.**

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**MMW**  
Fortschritte der Medizin  
**LA-MED**