



Brunna Tuschen-Caffier · Irmela Florin

# Teufelskreis Bulimie

Ein Manual zur psychologischen Therapie

2., aktualisierte und ergänzte Auflage



HOGREFE



# Teufelskreis Bulimie



# Teufelskreis Bulimie

Ein Manual zur psychologischen Therapie

2., aktualisierte und ergänzte Auflage

von

Brunna Tuschen-Caffier und Irmela Florin†

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO  
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

*Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier*, geb. 1957. 1976-83 Studium der Psychologie in Heidelberg. 1990 Promotion. 1989-2000 (Ober-)Studienrätin am Fachbereich Psychologie der Universität Marburg. 1998 Habilitation. 2000-2003 Professorin für Klinische Psychologie an der Universität Siegen. 2003-2007 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Bielefeld. Seit 2007 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Freiburg.

*Prof. Dr. Irmela Florin*, geb. 1938, gest. 1998. Studium der Psychologie in München, Tübingen und Paris. 1972 Promotion. 1973-1976 Leiterin des Augsburger Zentrums für Studien- und Konfliktberatung (ZSK). 1976-1978 Inhaberin einer Professur am Fachbereich für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Tübingen. 1978-1998 Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Psychologie an der Universität Marburg.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

© 2002 und 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto  
Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm  
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

**Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

---

Satz: Beate Hautsch, Göttingen  
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2372-2

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagungen .....	7
--------------------------------	---

## I. Theoretischer Hintergrund

<b>Kapitel 1 Einleitung und Beschreibung des Störungsbildes .....</b>	<b>11</b>
---	-----------

1.1 Erscheinungsbild und Klassifikation .....	11
1.2 Epidemiologie und Verlauf .....	13
1.3 Körperliche Folgeprobleme .....	14
1.4 Komorbidität .....	14

<b>Kapitel 2 Diagnostik .....</b>	<b>16</b>
-----------------------------------	-----------

2.1 Strukturierte Interviews .....	16
2.2 Fragebögen .....	17

<b>Kapitel 3 Befunde und Modelle zur Ätiologie und Aufrechterhaltung der Bulimia Nervosa .....</b>	<b>19</b>
--	-----------

3.1 Genetische Faktoren .....	19
3.2 Biobehaviorale Faktoren .....	19
3.3 Sozialisation .....	20
3.4 Gesellschaftliche Faktoren .....	21
3.5 Sexuell traumatische Erlebnisse .....	21
3.6 Andere Belastungsfaktoren .....	21
3.7 Integration verschiedener Forschungsannahmen und Befunde .....	22

<b>Kapitel 4 Behandlungsansätze .....</b>	<b>24</b>
---	-----------

4.1 Kognitive-behaviorale Therapie .....	24
4.1.1 Ernährungsumstellung .....	24
4.1.2 Veränderung von Körperschemastörungen und negativen Gefühlen und Einstellungen gegenüber der Figur .....	24
4.1.3 Veränderung des funktionalen Zusammenhangs zwischen Belastungen und Essverhalten .....	26
4.2 Interpersonelle Therapie .....	26
4.3 Psychopharmakotherapie .....	26
4.4 Therapieempfehlung auf Basis der AWMF-S3-Leitlinie .....	26

## II. Therapiemanual

<b>Kapitel 5 Therapeutisches Vorgehen</b> .....	31
5.1 Therapieziele .....	31
5.2 Vorbereitung der Behandlung .....	31
5.2.1 Erstgespräch .....	31
5.2.2 Medizinische Diagnostik .....	32
5.2.3 Psychologische Diagnostik .....	32
5.2.4 Kognitive Vorbereitung .....	33
5.3 Konkretes Vorgehen bei der Therapie .....	42
5.3.1 Rahmenbedingungen der Therapie .....	43
5.3.2 Regeln für die therapeutische Gesprächsführung .....	43
5.3.3 Ernährungstraining zum Aufbau eines normalgesunden Essstils .....	47
5.3.4 Exposition gegenüber Figur und Gewicht .....	52
5.3.5 Exposition gegenüber Nahrungsmitteln („binge food“) und gegenüber Belastungssituationen .....	57
5.3.6 Ein idealtypischer Ablauf der Therapie .....	62
5.4 Stabilisierung und Rückfallprophylaxe .....	63
 <b>Kapitel 6 Wirksamkeit der Behandlung</b> .....	 64
 <b>Literatur</b> .....	 66
 <b>Anhang</b> .....	 71
Checkliste möglicher körperlicher Folgeerscheinungen bei Bulimia Nervosa .....	73
Informationsbroschüre über körperliche Folgen der Mangelernährung bei Bulimia Nervosa .....	76
Bestimmung des Körpergewichts .....	79
Hinweise zum Ausfüllen des Marburger Ernährungsprotokolls .....	80
Marburger Ernährungsprotokoll .....	81
Hinweise zum Ausfüllen des Essanfall-Tagebuchs .....	82
Anleitung Marburger Essanfall-Tagebuch .....	83
Marburger Essanfall-Tagebuch .....	84
Ärztliches Zeugnis .....	85
Leitfaden zur Figurexposition .....	87

### CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien der Arbeitsmaterialien, die zur Durchführung des Therapieprogrammes notwendig sind.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter [www.adobe.com/products/acrobat](http://www.adobe.com/products/acrobat) erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

## Vorwort und Danksagungen

Das hier beschriebene Behandlungskonzept für Patientinnen mit Bulimia Nervosa ist in langjähriger Zusammenarbeit mit Irmela Florin entstanden. Wir sind u. a. zusammen in die USA geflogen, haben uns mit Experten für Essstörungen über unsere Ideen zur Behandlung der Bulimia Nervosa ausgetauscht und unseren Ansatz schließlich Schritt für Schritt in der Praxis erprobt. Schon mehrfach glaubten wir, dass das Behandlungsmanual nun eine Form erlangt habe, in der es der Fachwelt zugänglich gemacht werden könnte. Aber ein wichtiger Aspekt fehlte noch, auf den insbesondere Irmela Florin immer wieder hingewiesen hat: Auch wenn wir uns auf viele Studien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapie der Bulimia Nervosa stützen konnten und unser Ansatz vor dem Hintergrund des Forschungsstandes entwickelt wurde, war es uns dennoch wichtig, die Wirksamkeit des hier beschriebenen Vorgehens mit den jeweiligen Besonderheiten (z. B. eine spezielle Form der Körperbildexposition, eine zeitlich sehr dichte Abfolge der Therapiesitzungen) zu überprüfen. Ich bin froh, dass unser Therapiekonzept empirisch gestützt werden konnte. Schade ist, dass Irmela Florin das Endprodukt unserer gemeinsamen Arbeit nicht mehr hat miterleben können. Sie ist im Dezember 1998 gestorben.

Beim Schreiben bzw. Überarbeiten des Manuals waren mir Irmela Florins Stil und ihre Argumentationsweise beim Verfassen wissenschaftlicher und praxisorientierter Texte sehr gegenwärtig, und ich habe versucht, auch Ihrer Sichtweise Rechnung zu tragen. Ich hoffe, dass das Buch Irmela Florins Zustimmung gefunden hätte. Sicher bin ich, dass sie sich über die Ergebnisse zur Wirksamkeit des Behandlungskonzeptes gefreut hätte.

Das Therapiemanual zur psychologischen Behandlung von Patientinnen mit Bulimia Nervosa soll der praktischen Anleitung von Therapeutinnen und Therapeuten dienen. Da diese Essstörung überwiegend bei weiblichen Personen vorkommt, wurde das vorliegende Manual für die Behandlung von Patientinnen entwickelt und überprüft; dementsprechend wird einheitlich von *Patientinnen* die Rede sein.

In den derzeit gültigen Klassifikationssystemen psychischer Störungen – d. h. in der revidierten vierten Auflage des amerikanischen Diagnose-

schlüssels (American Psychiatric Association [APA], 1994) und dem internationalen Klassifikationsschlüssel psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) – wird der diagnostische Begriff *Bulimia Nervosa* gebraucht. In dem Manual wird einheitlich dieser Terminus verwendet, obwohl die Behandlung auch für diejenigen Patientinnen entwickelt worden ist, bei denen nicht alle Kernmerkmale der Bulimia Nervosa vorliegen.

Um das Manual leichter lesbar zu machen, werden Patientinnen mit Bulimia Nervosa bzw. mit atypischer Bulimia Nervosa einheitlich als *Bulimikerinnen* bezeichnet. Es wird also nicht zwischen Patientinnen mit typischer Bulimia Nervosa und Patientinnen, bei denen nicht alle Kernmerkmale der Bulimia Nervosa erfüllt sind, unterschieden werden.

Darüber hinaus ist das gleichzeitige Nennen der weiblichen und männlichen Form von *Therapeut* aufwendig und wenig leserfreundlich. Da hierfür gebräuchliche Formen der Sprachregelung wenig überzeugend sind, wird im Text *Therapeut* als Bezeichnung für männliche und weibliche Therapeuten verwendet werden.

Das Manual beginnt mit einem kurzen Überblick über das Erscheinungsbild und über Erklärungs- sowie Behandlungsansätze zu der Essstörung Bulimia Nervosa. Vor dem Hintergrund der Forschungsstandes wird schließlich ein Arbeitsmodell vorgestellt, das wir für die therapeutische Praxis hilfreich finden, um Patientinnen die Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Probleme zu erklären sowie darauf aufbauend Handlungsanleitungen für die Psychotherapie abzuleiten. Es wird auch auf diagnostische Instrumente eingegangen, die sich für die Therapieplanung bei Patientinnen mit Bulimia Nervosa eignen und es wird der bisherigen Forschungsstand zur Behandlung der Bulimia Nervosa dargestellt. Schließlich werden die Grundprinzipien der expositionsbasierten Psychotherapie erläutert, und es wird das konkrete therapeutische Vorgehen detailliert beschrieben.

Wichtig ist mir auch, all jenen zu danken, die uns bei der Entwicklung und Erprobung des Behandlungskonzeptes unterstützt haben. Mein Dank gilt Reinhold Hohler, Yvonne Kullbartz-Klatt, Andrea Ried und Corinna Schwedler, die uns als Stipendiaten der Christoph-Dornier-Stiftung

für Klinische Psychologie vielfach konstruktive Rückmeldungen zur praktischen Umsetzbarkeit unserer Ideen gegeben haben; sie waren auch an der Ausarbeitung des *Ärztlichen Zeugnisses* beteiligt. Birgitta Both-Ortmann gebührt Dank für die Mitwirkung an der *Informationsbroschüre über körperliche Folgen der Mangelernährung bei Bulimia Nervosa*. Anja Hilbert hat uns bei der Erstellung des Leitfadens zur Figurkonfrontation unterstützt. Monika Frank hat uns als Leiterin des Marburger Institutes der Christoph-Dornier-Stiftung in allen Phasen der Erprobung unseres Behandlungsansatzes wohlwollend und kons-

truktiv unterstützt. Wolfgang Fiegenbaum verdanken wir wertvolle Anregungen für die Gestaltung der therapeutischen Gesprächsführung. Für die Unterstützung beim Korrekturlesen und für die Manuskriptgestaltung bedanke ich mich vielmals bei Judith Hesse und Marlene Keil-Tomaschek. Die Aktualisierung des Literaturverzeichnisses bei der neuen Auflage des Buches hat Katharina Langrock übernommen. Herzlichen Dank!

Freiburg, April 2011

Brunna Tuschen-Caffier

# **I. Theoretischer Hintergrund**



# Kapitel 1

## Einleitung und Beschreibung des Störungsbildes

### 1.1 Erscheinungsbild und Klassifikation

Ein typisches Merkmal der Essstörung Bulimia Nervosa sind episodisch auftretende Essanfälle, während derer die Patientinnen relativ große Mengen an kalorienreichen Nahrungsmitteln essen. Viele der Betroffenen führen anschließend willentlich Erbrechen herbei. Solche Verhaltensmuster sind schon seit langem bekannt. So schreibt Seneca über die Römer:

„Sie speien, um zu fressen, sie fressen, um zu speien, und die Genüsse, die sie auf der ganzen Welt zusammensuchen, ruhen sie nicht einmal zu verdauen“ (Seneca in Fink, 1992, S. 307).

Im Unterschied zu den genussorientierten Festgelagen, bei denen sich die Römer mit Freude dem Essen und Trinken hingeeben haben sollen, erleben essgestörte Personen ihre Essanfälle kaum als Genuss, sondern vielmehr als krankhafte Gier, derentwegen sie häufig starke Scham- und Schuldgefühle ausbilden. Das folgende Fallbeispiel veranschaulicht einige zentrale Symptome der Bulimia Nervosa.

#### Beispiel: Essanfall

„Gestern habe ich versucht, mich auf die Prüfungen vorzubereiten. Das ist für mich ziemlich stressig, denn wenn von mir Leistungen erwartet werden, kriege ich sofort die Panik, dass ich das nicht schaffe. So war es auch gestern. Als ich am Schreibtisch saß, wurde ich ziemlich nervös. Ich bin dann in die Küche gegangen und habe mich am Kühlschrank „vergriffen“. Zuerst habe ich mir ein dickes Stück Käse abgeschnitten und dazu drei Tomaten gegessen. Ich wollte dann eigentlich an den Schreibtisch zurück, aber dann habe ich noch zwei Schälchen Vanillepudding gegessen, die mittags übrig geblieben waren. Eigentlich ist dadurch meine Gier nach Essen sogar noch stärker geworden. Ich musste dann ein Toastbrot nach dem anderen essen. Jedes habe ich ganz dick mit Nutella bestrichen. Dazu habe ich einen ganzen Liter Milch getrunken. Ich hatte dann immer mehr das Gefühl, nicht mehr aufhören zu können. Dann habe ich mir ge-

sagt, dass es ja jetzt sowieso egal ist und habe weiter gegessen: ein großes Glas Fruchtjoghurt, drei Fischfrikadellen, zwei Tafeln Schokolade, ein halbes Glas Marmelade, eine halbe Fleischwurst und eine halbe Familienpackung Schokoladeneis. Ich hatte keine Kraft mehr, diese Fresserei zu stoppen. Als dann nichts mehr 'reinging, bin ich ins Bad gegangen und habe so lange erbrochen, bis ich Stücke von den Tomaten entdeckt habe, die ich zu Beginn des Fressanfalls gegessen habe. Das ist für mich dann ein Zeichen, dass jetzt nichts mehr im Magen sein kann und dass ich mit dem Erbrechen aufhören kann. Ich war danach ziemlich müde, aber auch traurig, dass ich mich wieder nicht zusammenreißen konnte.“

In dem Fallbeispiel wird deutlich, dass Essanfälle teilweise die Funktion haben können, von Belastungssituationen abzulenken bzw. innere Spannung abzubauen. Ähnlich wie in dem Fallbeispiel setzen viele Bulimikerinnen aus Angst vor Gewichtszunahmen Erbrechen oder andere Mittel zur Magen-Darm-Entleerung bzw. zur Entwässerung ein (Laxantien, Diuretika, Einläufe). Diese Form der Bulimia Nervosa wird im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) der American Psychiatric Association [APA] (1994) als „Purging“-Typus bezeichnet. Bei einer weiteren Form der Bulimia Nervosa („Nicht-Purging“-Typus) setzen die Betroffenen ausschließlich solche Strategien ein, die mittelfristig zur Kalorienreduktion und damit zur Gewichtskontrolle beitragen (z.B. ein gezügelter bzw. kalorienreduzierter Essstil, Schlankheitskuren und/oder exzessives Sporttreiben).

Allerdings wird in dem Entwurf zur Revision des DSM ([www.dsm.org](http://www.dsm.org)) vorgeschlagen, die Unterscheidung in Subgruppen (purging or non-purging type) aufzugeben, da es bisher kaum Hinweise darauf gibt, dass diese Subgruppen klinisch sinnvoll sind. Es scheint eher so zu sein, dass sich große Überschneidungen zur Binge-Eating-Störung ergeben, wenn die Bulimia nervosa als „non-purging type“ klassifiziert wird.

Entsprechend den bis zur Revision des DSM noch gültigen Richtlinien der APA (1994) müssen fünf

Kriterien erfüllt sein, um die Diagnose Bulimia Nervosa stellen zu können (vgl. Kasten 1).

Entsprechend den Richtlinien der APA (1994) müssen fünf Kriterien erfüllt sein, um die Diagnose Bulimia Nervosa stellen zu können.

Essanfälle stellen ein notwendiges Kriterium dar, um von Bulimia Nervosa sprechen zu können (Kriterium A). Allerdings ist nach wie vor unklar, wie groß die gegessene Menge sein muss, damit von einem „objektiven“ – und nicht nur subjektiv empfundenen – Essanfall gesprochen werden kann. So ist nicht definiert, was mit den Kontextbedingungen gemeint ist, die als Vergleichsmaßstab herangezogen werden. Es stellt sich z.B. die Frage, ob auch der biologische Ernährungszustand als Kontextbedingung mitgemeint sein kann und inwiefern Menschen ohne Essstörungen bei vergleichbarer Mangelernährung weniger essen würden.

Kompensatorische Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme vorzubeugen, stellen ein weiteres Diagnosekriterium dar (Kriterium B). Sie müssen, ebenso wie die Essanfälle, nach den aktuellen Klassifikationskriterien im Durchschnitt zweimal pro Woche über einen Mindestzeitraum von drei Monaten vorkommen (Kriterium C). Da es mit Blick auf klinische Merkmale der Störung keinen Unterschied zu machen scheint, ob das gestörte Essverhalten und die Kompensationsmaßnahmen regelmäßig einmal oder zweimal pro Woche auftreten, wird mit Blick auf die Revision der DSM-Kriterien vorgeschlagen, das Häufigkeitskriterium auf einmal pro Woche (Essanfälle und Kompensationsmaßnahmen) zu reduzieren (vgl. [www.dsm.org](http://www.dsm.org)).

Das D-Kriterium weist auf dysfunktionale Einstellungen gegenüber der Figur und dem Gewicht hin: Obwohl die an der Bulimia Nervosa leidenden Personen in der Regel normalgewichtig sind, machen sie sich oft Sorgen um ihre Figur, und ihre Selbstbewertungen scheinen sehr davon abzuhängen, wie zufrieden bzw. unzufrieden sie mit ihrem Körpergewicht bzw. ihrer Figur sind (APA, 1994). Das D-Kriterium ermöglicht auch eine differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Störungen (z.B. einer Schweren Depressiven Störung und den Schizophrenien) sowie bestimmten neurologischen Erkrankungen (z.B. Tumore des ZNS; Kleine-Levin-Syndrom), bei denen ebenfalls ungewöhnliche Essgewohnheiten bis hin zu Essanfällen vorkommen können, ohne dass sich jedoch die spezifischen dysfunktionalen Einstellungen

**Kasten 1:** Diagnosekriterien zur Bulimia Nervosa nach dem DSM-IV (APA, 1994)

- A. Wiederholte Essanfälle. Ein Essanfall ist charakterisiert durch folgende Merkmale: In einer begrenzten Zeit (z.B. innerhalb von 2 Stunden) wird eine größere Nahrungsmenge gegessen, als die meisten Menschen unter ähnlichen Kontextbedingungen essen würden. Während des Essanfalls besteht ein Gefühl von Kontrollverlust über das Essen (z.B. das Gefühl, dass man nicht aufhören kann zu essen oder dass man nicht steuern kann, was und wie viel man isst).
- B. Wiederholt unangemessenes kompensatorisches Verhalten, um einem Gewichtsanstieg vorzubeugen; z.B. willentliches Erbrechen, Einläufe, Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder anderen Medikamenten, Fasten oder exzessives Sporttreiben.
- C. Sowohl die Essanfälle als auch die kompensatorischen Verhaltensweisen sind drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche aufgetreten.
- D. Die Selbstbewertung wird in übertriebenem Maße von Körperfigur und Gewicht beeinflusst.
- E. Die Störung tritt nicht ausschließlich während anorektischer Phasen auf.

**Spezifikation**

„*Purging*“-*Typus*: Die Patientin führt regelmäßig Erbrechen herbei oder setzt als Abführmittel Diuretika, Laxantien oder Einläufe ein.

„*Nicht-Purging*“-*Typus*: Die Patientin setzt als Maßnahmen zur Gewichtskontrolle exzessiven Sport, Fastenkuren etc. ein; sie setzt weder Abführmittel ein, noch führt sie Erbrechen herbei.

gegenüber der Figur und dem Gewicht nachweisen lassen.

Mit dem E-Kriterium wird festgelegt, dass die Diagnose Bulimia Nervosa nur dann vergeben wird, wenn die betreffende Patientin aktuell keine Anorexia Nervosa hat. Für den Fall, dass eine Patientin auch die Kriterien für die Anorexia Nervosa erfüllt, hat diese Diagnose Vorrang. Maßgeblich für diese Entscheidung bei der Festlegung der DSM-IV-Kriterien war, dass beim Vorliegen einer Anorexia Nervosa die Gewichtszunahme

eine zentrale therapeutische Implikation darstellt (Fairburn & Wilson, 1993).

Die Klassifikationskriterien für Bulimia Nervosa nach dem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) entsprechen weitgehend denen des DSM-IV (APA, 1994). Nach dem Klassifikationssystem des ICD-10 (vgl. Kasten 2) stellt allerdings der Kontrollverlust kein diagnostisches Kriterium für Bulimia Nervosa dar, und es werden im ICD-10 keine operationalen Kriterien (Häufigkeit, Zeitdauer) dafür angegeben, ab wann von einem Essanfall gesprochen werden soll bzw. wie häufig Essanfälle und kompensatorische Gegenmaßnahmen vorkommen müssen, damit von einer Essstörung im Sinne der Bulimia Nervosa gesprochen werden kann. Auch die Unterscheidung unterschiedlicher Subgruppen von Bulimikerinnen („Purging“-Typus vs. „Nicht-Purging“-Typus) fehlt im ICD-10. Demgegenüber wird im ICD-10

darauf hingewiesen, dass sich bei Bulimikerinnen in der Vorgeschichte häufig Episoden einer Anorexia Nervosa nachweisen lassen.

## 1.2 Epidemiologie und Verlauf

Die Lebenszeitprävalenzen für irgendeine Essstörung liegen – bezogen auf bundesdeutsche Bevölkerungsstichproben – bei 0,8 bis 3,0 % (Jacobi et al., 2004; Wittchen, Nelson & Lachner, 1998). Die durchschnittliche Lebenszeitprävalenzrate für das Vollbild der Bulimia Nervosa liegt bei rund 1 % für Frauen bzw. Mädchen und bei 0,1 % für Männer bzw. Jungen (z. B. Fairburn & Beglin, 1990; Hoek & Hoeken, 2003). In bundesdeutschen Stichproben wurde eine Lebenszeitprävalenz der Bulimia Nervosa von ca. 1,7 % für Mädchen bzw. Frauen ermittelt (Wittchen, Nelson & Lachner, 1998).

Ferner gibt es einige empirische Hinweise darauf, dass die Bulimia Nervosa häufiger in höheren sozioökonomischen Schichten vorkommen soll als in niedrigeren (Mitchell et al., 1985). Andere Studien haben dagegen eine höhere Auftretensrate der Bulimia Nervosa in niedrigen sozioökonomischen Schichten gefunden (Pope, Champoux & Hudson, 1987; Rand & Kuldau, 1990). Gard und Freeman (1996) kommen in einer guten Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass die empirischen Daten nicht dafür sprechen, dass die Bulimia Nervosa häufiger in höheren sozioökonomischen Schichten als in niedrigen vorkommt. Die Autoren weisen auf verschiedene methodische Probleme bisheriger epidemiologischer Studien hin und betonen, dass epidemiologische Studien an größeren Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung notwendig sind, in denen gut bewährte diagnostische Verfahren (z. B. klinische Interviews) und international vergleichbare Kriterien zur Bestimmung des sozioökonomischen Status herangezogen werden.

Die Bulimia Nervosa beginnt in der Regel im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter; ca. 70 bis 80 % der Betroffenen erkranken vor dem 22. Lebensjahr (Fairburn, Cooper & Cooper, 1986).

Das durchschnittliche Gewicht der Bulimikerinnen liegt meistens im unteren Bereich des Normalgewichts (Pyle, Mitchell & Eckert, 1981). Allerdings berichten die Patientinnen über ausgeprägte Gewichtsschwankungen. Ferner hat sich gezeigt, dass Bulimikerinnen und deren Familienangehörige eine Tendenz zum Überge-

### Kasten 2: ICD-10 Kriterien für die Diagnose der Bulimia Nervosa

1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
2. Die Patientin versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbst-induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
3. Die psychopathologische Auffälligkeit besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder gesund betrachteten Gewicht.
4. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia Nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.