

Bulimia nervosa

Jennifer Svaldi
Brunna Tuschen-Caffier

Fortschritte der
Psychotherapie

 hogrefe

Bulimia nervosa

Fortschritte der Psychotherapie
Band 71

Bulimia nervosa

Prof. Dr. Jennifer Svaldi, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Jennifer Svaldi
Brunna Tuschen-Caffier

Bulimia nervosa



Prof. Dr. Jennifer Svaldi, seit 2014 Lehrstuhlinhaberin für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Tübingen und Leiterin der an den Lehrstuhl angegliederten psychotherapeutischen Hochschulambulanz für psychische Störungen des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters. Zudem ist sie Mitglied im Leitungsgremium der Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie (TAVT gGmbH) und der Tübinger Akademie für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (TAKT gGmbH).

Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier, seit 2007 Lehrstuhlinhaberin für Klinische Psychologie und Psychotherapie und Leiterin der entsprechenden Abteilung am Institut für Psychologie der Universität Freiburg sowie Leiterin der Psychotherapeutischen Ambulanzen für psychische Störungen des Erwachsenenalters sowie für Kinder, Jugendliche und Familien. Leiterin des Freiburger Ausbildungsinstitutes für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Fakip GmbH) und Mitglied im Leitungsgremium des Freiburger Ausbildungsinstitutes für Verhaltenstherapie (FAVT GmbH).

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte 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 handelt.

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.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Matthias Lenke, Weimar
Format: EPUB

1. Auflage 2018

© 2018 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2192-6; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2192-7)

ISBN 978-3-8017-2192-3

<http://doi.org/10.1026/02192-000>

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

Einführung	1
1 Beschreibung	3
1.1 Symptomatik und Klassifikation	3
1.2 Differenzialdiagnose	5
1.3 Epidemiologie	6
1.3.1 Erwachsenenalter	6
1.3.2 Kindes- und Jugendalter	7
1.4 Komorbidität	7
1.4.1 Erwachsenenalter	7
1.4.2 Kindes- und Jugendalter	8
1.5 Verlauf und Prognose	9
1.5.1 Erwachsenenalter	9
1.5.2 Kindes- und Jugendalter	10
2 Störungswissen und Erklärungsmodelle	11
2.1 Entstehung und Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa	12
2.1.1 Prädisponierende Faktoren	12
2.1.2 Auslösende Faktoren	20
2.1.3 Aufrechterhaltende Faktoren	23
2.1.3.1 Beschreibung des Problemverhaltens	24
2.1.3.2 Situative Merkmale	26
2.1.3.3 Organismusvariablen	35
2.1.3.4 Konsequenzen des Problemverhaltens	36
2.2 Konzeptuelle Relevanz und empirische Evidenz des kognitiv-behavioralen Modells	36
3 Diagnostik	39
3.1 Ziele und Gesprächsführung im Erstgespräch	39
3.2 Abklären der diagnostischen Kriterien	43
3.3 Differenzialdiagnostische Abklärungen	46
3.4 Abklärung von assoziierten Problemen	47

3.5	Verfahren zur Erfassung der Bulimia nervosa und assoziierter Psychopathologie	47
3.5.1	Interviews zur Erfassung psychischer Störungen	47
3.5.2	Interviews zur Erfassung von Essstörungen	48
3.5.3	Fragebogenverfahren zum Selbstbericht über Essstörungen	48
3.5.4	Tagebücher	49
3.5.5	Medizinische Diagnostik	57
3.5.6	Vorbereitung auf die Therapie	58
3.5.7	Abfolge der diagnostischen Erhebungen	62
4	Behandlung	65
4.1	Therapeutische Gesprächsführung	65
4.2	Interventionen zur Normalisierung des Essverhaltens	69
4.3	Interventionen der Körperbildtherapie	73
4.3.1	Figurkonfrontation	73
4.3.2	Kognitive Interventionen der Körperbildtherapie	75
4.4	Therapie dysfunktionaler Stressreaktionen	75
4.5	Selbstmanagement und Vorbereitung auf Rückfälle	79
4.6	Idealtypischer Ablauf einer Therapie	81
4.7	Andere Interventionen	81
4.7.1	Interpersonelle Therapie	81
4.7.2	Psychodynamische/tiefenpsychologische Therapie, Psychoanalyse	82
4.7.3	Selbsthilfeprogramme	82
4.8	Effektivität und Prognose	83
4.8.1	Kognitive Verhaltenstherapie	84
4.8.2	Interpersonelle Therapie	84
4.8.3	Psychodynamische Therapie	85
4.8.4	Pharmakotherapie	85
4.8.5	Selbsthilfeprogramme	86
4.9	Behandlungssetting	86
5	Fallbeispiel	87
6	Weiterführende Literatur	93
7	Literatur	94

8	Anhang	98
	Vorgehen bei der Figurkonfrontation	98
	Ernährungsprotokoll	101
	Essanfallprotokoll	102
	Körperbildtagebuch	104

Karten

Kurzanleitung zur ersten Exploration der Essstörungssymptomatik
 Möglichkeiten zur Erfassung der Funktionalität der Essproblematik

Einführung

Die Essstörung Bulimia nervosa ist zwar im Vergleich zu anderen psychischen Störungen (z. B. Angststörungen, Depressionen) keine sehr häufig auftretende psychische Störung, aber sie ist mit gravierenden psychischen und körperlichen Problemen verbunden und nimmt unbehandelt einen chronischen Verlauf. Auch stellt die Behandlung dieser psychischen Störung Therapeutinnen und Therapeuten vor große Herausforderungen. So haben die Patientinnen und Patienten zumeist eine ausgeprägte ambivalente Therapiemotivation: Sie wollen einerseits die lästigen Symptome wie Essanfälle und Erbrechen hinter sich lassen, andererseits zeigen sie wenig Toleranz gegenüber Änderungen in ihrem Essstil, der sich als restriktiver bzw. hoch kognitiv kontrollierter und wenig an Hunger- und Sättigungssignalen orientierter Stil beschreiben lässt. Ebenso zeigen sie wenig Toleranz gegenüber etwaigen Zunahmen oder Schwankungen des Körpergewichtes und streben nicht selten sogar an, ihr Körpergewicht zu reduzieren.

In diesem Spannungsfeld der unterschiedlichen Therapieziele und Änderungsmotivationen ist ein Behandlungskonzept erforderlich, das mit Blick auf die vorliegenden empirischen Evidenzen einerseits die stringente Arbeit an den Symptomen vorsieht, aber andererseits die Änderungsambivalenz und die Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten gegenüber Veränderung, aber auch für Stagnation, in den Blick nimmt und immer wieder herausarbeitet, ob die Ziele, die zu Beginn der Behandlung formuliert wurden, tatsächlich noch die relevanten Ziele der Patientinnen und Patienten sind. Dies erfordert auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten zunächst profundes Störungswissen sowie Kenntnisse und Kompetenzen in der Umsetzung einer störungsorientierten kognitiv-behavioralen Therapie, die als Goldstandard für die Behandlung der Bulimia nervosa gilt. Darüber hinaus müssen Therapeutinnen und Therapeuten über Gesprächsführungsstile verfügen, die bei der Bearbeitung von ambivalenter Änderungsmotivation, Zielkonflikten oder Motivationseinbrüchen erfolgsversprechend sind. Des Weiteren ist es gerade auch bei der Behandlung der Bulimia nervosa erforderlich, dass Behandlerinnen und Behandler zwischen ihren eigenen Therapiezielen für die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten und denen der Patientin bzw. des Patienten klar unterscheiden und es aushalten, wenn die Behandlung einen anderen Verlauf nimmt als in Büchern, wie auch diesem, beschrieben.

Ziel des vorliegenden Buches ist, den Stand der Forschung leserfreundlich für die Praxis aufzubereiten und die Implikationen für die Psychotherapie der

Bulimia nervosa herauszuarbeiten. Entsprechend dem Stil dieser Buchreihe werden wir daher wissenschaftliche Aussagen, die zumeist aus zahlreichen empirischen Studien gewonnen wurden, auf die wesentlichen Inhalte und deren Relevanz für die Praxis reduzieren. Des Weiteren werden wir im Unterschied zu einem wissenschaftlichen Schreibstil auf das Belegen jeder der Aussagen durch entsprechende Referenzen verzichten bzw. nur wenige Referenzen angeben.

Beginnen werden wir mit der Beschreibung und Klassifikation der Störung Bulimia nervosa. Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung werden wir die Risikofaktoren und aufrechterhaltenden Faktoren vor dem Hintergrund kognitiv-behavioraler Annahmen einordnen. Dies entspricht dem aktuellen Stand der Therapieforschung, demzufolge die kognitiv-behaviorale Therapie Methode der Wahl bei der Behandlung der Bulimia nervosa darstellt. Für die Praxis ist es wichtig, dass das vermittelte Ätiologie- bzw. Aufrechterhaltungsmodell mit der Veränderungstheorie bzw. dem Therapieansatz kompatibel ist.

Wir werden auch diagnostische Instrumente vorstellen, die für die diagnostischen Abklärungen und die Therapieevaluation von Bedeutung sind und konkrete therapeutische Behandlungsmodule und Techniken darstellen.

Um das Buch leichter lesbar zu machen, werden wir auf das gleichzeitige Nennen der weiblichen und männlichen Form von *Patient* und *Therapeut* fortan verzichten. *Therapeut* werden wir als Bezeichnung für männliche und weibliche Therapeuten verwenden; aufgrund des deutlich häufigeren Vorkommens der Störung bei Frauen, werden wir dagegen den Begriff *Patientin* verwenden, ohne zwischen männlichen und weiblichen Patienten zu unterscheiden.

Tübingen und Freiburg, im April 2018

Jennifer Svaldi und
Brunna Tuschen-Caffier

1 Beschreibung

1.1 Symptomatik und Klassifikation

Fallbeispiel: Julia M.

Die 22-jährige Julia M. berichtet im Erstgespräch von täglichen Essanfällen mit darauffolgendem selbstinduzierten Erbrechen: Begonnen habe ihr Essproblem etwa im Alter von 16 Jahren. Damals habe sie sich viel zu dick gefühlt und die Figur sei ein Dauerthema für sie gewesen. Schließlich habe sie aufgehört, Süßigkeiten und andere Lebensmittel mit viel Fett und Zucker zu essen. Das habe sie eine Weile gut durchgehalten, aber plötzlich sei es zu einem Essanfall gekommen, bei dem sie sehr viel Schokolade und andere Sachen wie Honigbrote und Frikadellen mit Ketchup gegessen habe. Das habe ihr ziemlich viel Angst gemacht, denn sie habe ja schließlich nicht zunehmen wollen. Es habe sie zwar Überwindung gekostet, aber sie habe sich dann den Finger in den Hals gesteckt und erbrochen. Das sei zwar eklig gewesen, aber andererseits habe sie das auch als Erleichterung empfunden, dass die Dickmacher wieder draußen gewesen seien. Solche Essanfälle seien dann allerdings immer häufiger vorgekommen und sie habe danach immer erbrochen. Seit ungefähr 5 Jahren esse sie tagsüber eher wenig, oft komme sie erst am Nachmittag dazu, etwas zu essen. Da esse sie immer allein in ihrer studentischen Wohngemeinschaft. Aber das sei keine normale Mahlzeit, sondern sie könne da einfach nicht mit dem Essen aufhören, rutsche sozusagen immer in einen Essanfall hinein, obwohl sie sich immer vornehme, das nicht zu tun. Dann erbreche sie mehrfach, bis sie das Gefühl habe, wieder vollständig leer zu sein. Wegen ihrer Probleme mit dem Essen ziehe sie sich auch immer mehr zurück, treffe sich kaum noch mit Freundinnen und mache sich große Sorgen, ihr Studium nicht mehr bewältigen zu können.

Wie im Fallbeispiel erläutert, stellen wiederkehrende Essanfälle, die aus Angst vor einer Gewichtszunahme mit gegensteuernden Maßnahmen wie Erbrechen kompensiert werden, Kernsymptome der Bulimia nervosa (BN) dar.

Wiederkehrende
Essanfälle

Um die Diagnose einer BN nach den Kriterien des DSM-5 zu vergeben, müssen u. a. wiederkehrende Essanfälle vorliegen (Kriterium A). Die Charakteristika eines Essanfalls beinhalten den Verzehr einer allgemein als groß anzusehenden Nahrungsmenge innerhalb einer Zeitspanne von zwei Stunden (Kriterium A1), der von einem subjektiven Gefühl des Kontrollverlusts begleitet wird (Kriterium A2). Um einer drohenden Gewichtszunahme entgegenzusteuern, werden unangemessene kompensatorische Maßnahmen wiederholt eingesetzt (Kriterium 2). Solche Maßnahmen beinhalten selbstinduziertes Erbrechen, den Missbrauch von Laxantien, Entwässerungsmitteln oder anderen Medikamenten (Schilddrüsenpräparate), Fasten oder die übermäßige körperliche Bewegung. Bei Patientinnen mit BN und komorbidem Diabetes mellitus wird oftmals eine reduzierte Verabreichung oder gänzliche Unterlassung der verschriebenen Insulinmenge als Maßnahme der Gewichtskontrolle eingesetzt. Für die Diagnose einer BN müssen die Essanfälle im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten vorkommen (Kriterium C). Des Weiteren gilt, dass Figur und Körpergewicht einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung der Betroffenen haben (Kriterium D), und dass die Störung nicht ausschließlich im Rahmen einer Anorexia nervosa (AN) auftritt (Kriterium E).

Gefühl des
Kontrollverlusts

Unangemessene
kompensatorische
Maßnahmen

Essanfälle müs-
sen im Durch-
schnitt mindes-
tens einmal pro
Woche über
einen Zeitraum
von drei Monaten
vorkommen

Figur und Körper-
gewicht haben
einen über-
mäßigen Einfluss
auf die Selbst-
bewertung

Der Schweregrad der BN wird nach dem DSM-5 anhand der wöchentlich eingesetzten unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen eingestuft. Bis zu drei Episoden unangemessener kompensatorischer Maßnahmen gelten als leichte Form der BN, vier bis sieben als mittelgradige, acht bis 13 als schwere und 14 oder mehr als extreme Form der BN.

Werden nach vorab erfülltem Vollbild der BN nur noch einige Kriterien einer BN über einen längeren Zeitraum erfüllt, gilt die Störung als teilremittiert; wird über einen längeren Zeitraum keines der Kriterien mehr erfüllt, gilt die Störung als vollremittiert.

Die Kriterien der BN nach den Klassifikationskriterien der ICD-10 entsprechen weitgehend denen des DSM-5, allerdings stellt der Kontrollverlust kein Kriterium für die BN dar. Darüber hinaus fehlen operationale Kriterien hinsichtlich der notwendigen Dauer und Häufigkeit der Essanfälle für eine entsprechende BN-Diagnose sowie Kriterien für die Einstufung des Schweregrades der BN. Demgegenüber wird aber in den ICD-10-Kriterien darauf hingewiesen, dass in der Vorgeschichte der BN häufig eine AN auftritt.

Kriterien für die Diagnose der Bulimia nervosa¹ nach ICD-10 (vgl. deutsche Fassung der ICD-10 von Dilling, Mombour & Schmidt, 2013)

1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, starkes Verlangen (Gier) nach Nahrungsmitteln, Essanfälle, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
2. Dem dickmachenden Effekt der Nahrung wird durch verschiedene Verhaltensweisen entgegengewirkt: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimia nervosa bei Diabetes auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
3. Krankhafte Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem, als optimal oder gesund betrachteten Gewicht. 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.

1.2 Differenzialdiagnose

Differenzialdiagnostisch abzugrenzen ist die BN insbesondere von den anderen Essstörungen, den depressiven Störungen sowie von der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung.

BN versus AN, Binge-Eating/Purging-Typ. Hier stellt v. a. das Gewicht ein wichtiges Kriterium dar. Weist eine Patientin Essanfälle und unangemessene kompensatorische Maßnahmen bei zeitgleich vorhandenem signifikant niedrigem Gewicht auf, so ist die Diagnose einer AN, Binge-Eating/Purging-Typ zu stellen; eine zusätzliche Vergabe der BN ist in diesem Fall nicht vorgesehen.

BN versus AN,
Binge-Eating/
Purging-Typus

BN versus Binge-Eating-Störung. Im Unterschied zur Binge-Eating-Störung (BES) sind Beginn und Ende der Essanfall-Episoden bei Betroffenen mit BN in der Regel klarer umgrenzt, wenngleich auch im DSM-5 für das Vorhandensein eines Essanfalls keine Gesamtkalorienanzahl angegeben wird. Orientieren sollten sich Diagnostiker an einer Essensmenge, die üblicherweise in vergleichbaren Situationen gegessen werden würde. Von der BES grenzt

BN versus BES

¹ sprachlich leicht geändert von den Autorinnen dieses Buches

sich die BN über den regelmäßigen Einsatz unangemessener kompensatorischer Maßnahmen ab, die bei der BES kaum oder gar nicht vorkommen. Patientinnen mit BN sind in der Regel normal- bis leicht übergewichtig, während Patientinnen mit BES in der Regel übergewichtig bis adipös sind. Allerdings ist der Gewichtsstatus weder ein diagnostisches Kriterium der BN noch der BES.

BN versus Major Depression mit atypischen Merkmalen

BN versus Major Depression mit atypischen Merkmalen. Appetitsteigerung (u. a. auch Heißhunger) zählt sowohl zu den Klassifikationskriterien der depressiven Episode, als auch zu den atypischen Merkmalen für depressive Störungen. Im Unterschied zur BN wenden allerdings Personen mit depressiver Störung keine unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen an. Darüber hinaus fehlt die für die BN typische Überbewertung von Figur und Gewicht in Bezug auf den Selbstwert. Sind die Kriterien für beide Diagnosen erfüllt, sollten beide vergeben werden.

BN versus emotional instabile Persönlichkeitsstörung

BN versus emotional instabile Persönlichkeitsstörung. Essanfälle kommen auch im Rahmen des impulsiven Verhaltens in potenziell schädigenden Bereichen bei Personen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vor. Beim Vorliegen der Diagnosekriterien für beide Störungen ist es sinnvoll, beide Diagnosen zu vergeben.

BN versus Kleine-Levine-Syndrom

BN versus Kleine-Levine-Syndrom. Heißhungeranfälle kommen auch im Rahmen des Kleine-Levine-Syndroms – einer Erkrankung, die durch ein periodisch vermehrtes Schlafbedürfnis (Hypersomnie) gekennzeichnet ist – vor; allerdings fehlen die für die BN typischen unangemessenen Kompensationsmaßnahmen und die Überbewertung von Figur und Gewicht in Bezug auf den Selbstwert.

1.3 Epidemiologie

1.3.1 Erwachsenenalter

Epidemiologischen Studien zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz der BN bei europäischen Frauen bei 0.88 % und bei Männern bei 0.12 % und über Männer und Frauen hinweg bei 1.0 % (s. Tab. 1). Im Zusammenhang mit den geänderten Diagnosekriterien im DSM-5 (ein Essanfall anstelle von zwei Essanfällen wöchentlich) wurde in einer neueren Studie an einer Erwachsenenpopulation ein Anstieg der Prävalenz von 1.2 auf 1.6 % beschrieben. Im Vergleich zu anderen psychischen Störungen ist die BN damit keine häufig vorkommende Störung, aber es handelt sich um eine schwere psychische Erkrankung, die mit erheblichen psychischen und körperlichen Problemen einhergeht. Wenngleich es eine höhere Prävalenz von essstörungsbezogenen

Schwere psychische Erkrankung

Symptomen in bestimmten Berufsgruppen, in denen ein starker Schlankeitsdruck vorliegt (z. B. Models, Leistungssportlerinnen, Balletttänzerinnen), gibt, ist die Prävalenz für das Vollbild der BN in diesen Gruppen im Vergleich zur Normalbevölkerung nicht erhöht. Allerdings gibt es eine deutliche geschlechtsspezifische Verteilung der BN; demnach leiden Frauen deutlich häufiger an BN als Männer. Anzumerken ist jedoch, dass die geschlechtsspezifische Verteilung je nach epidemiologischer Studie mit einem drei- bis zehnfach erhöhten Erkrankungsrisiko für Frauen stark schwankt.

1.3.2 Kindes- und Jugendalter

Lebenszeitprävalenzen der BN (s. Tab. 1) in adoleszenten Stichproben weisen mit 1.6 % auf ein mit erwachsenen Stichproben vergleichbares Vorkommen hin. Durch die Veränderung der diagnostischen Kriterien im DSM-5 (d. h. Reduktion der notwendigen Häufigkeit von Essanfällen von zwei auf einen Essanfall wöchentlich) zeigte sich in einer adoleszenten Stichprobe eine vergleichsweise höhere Lebenszeitprävalenz von 2.6 %.

Tabelle 1: Lebenszeitprävalenz der Bulimia nervosa im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Population	Diagnosesystem	Prävalenz
Erwachsenenalter	DSM-IV	1.0 %
	DSM-5	1.6 %
Kindes- und Jugendalter	DSM-IV	1.6 %
	DSM-5	2.6 %

1.4 Komorbidität

1.4.1 Erwachsenenalter

Psychische Komorbiditäten sind bei der BN sehr häufig. Nach einer repräsentativen direkten Befragung in den USA erfüllen 94.5 % der Personen mit BN die Kriterien für mindestens eine weitere DSM-IV-Diagnose (Lebenszeit). Dabei stellen Angststörungen (v. a. die Spezifische und die Soziale Phobie), gefolgt von affektiven Störungen (v. a. die Major Depression) und Impulskontrollstörungen (v. a. die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung [ADHS]) den größten Anteil dar. Unter den Störungen im Zusammenhang

Psychische Komorbiditäten sind bei der BN sehr häufig