

## Bulimia nervosa

Journalclub 12. Juni 2008  
Andreas Rüggeberg

www.sonnenhalde.ch

## Bulimia nervosa



www.sonnenhalde.ch

## Bulimie – der Name

- βους – Ochse/Stier
- λιμος – Hunger
- Deutsch: Ess-Brech-Sucht

www.sonnenhalde.ch

## Geschichte

- 1976 Beumont et al. (Kapstadt): „Vomitters and purgers“ vs „dieters“ unter Anorexie-Patientinnen (14/31 stat. Pat.) Psychological Medicine, 1976, 6, 617-22
  - „Outgoing in respect to personality“
  - „did less well in treatment“
  - „vomiting and purgation was habitual and excessive“
  - „relied on these methods to control their weight“
  - längerer Verlauf vor Behandlung (4,4 vs 1,1 Jahre), längere Behandlungsdauer (5,4 vs 2,0 Jahre)
  - Signifikante Unterschiede in Ausgangsgewicht, Sexualleben
  - Unterschiede in Persönlichkeitszügen: Mehr histrionisch + Alkoholabusus, weniger zwanghaft + zurückgezogen + Konkurrenzdenken
  - „Nevertheless, the diagnosis of anorexia nervosa is justified“

www.sonnenhalde.ch

## Geschichte

- 1979 Russell (London): „Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa“ Psychological Medicine, 1979, 9, 429-48
  - 30 Pat. (28f, 2m), die AN ähneln, aber nicht alle Kriterien erfüllen
  - Essanfälle UND Erbrechen und/oder Laxantienabusus UND krankhafte Angst vor Fettwerden
  - häufiges Fasten, gelegentlich exzessiver Sport, Diuretika, Amphetamine
  - Starke Scham
  - **Komplikationen**
    - Kaliummangel
    - Harnwegsinfekte
    - Nierenversagen bis zur Dialysepflicht
    - Epileptische Anfälle
    - Tetanie
    - Schwellung der Speicheldrüsen

www.sonnenhalde.ch

## Geschichte

- **Psychopathologie**
  - Beschäftigung mit Essen
  - Beschäftigung mit Gewicht und Figur
  - „Hysterical features“ (Trance bis Dissoziation)
  - Kampf gegen die Krankheit
  - Auffällig hoher Funktionslevel
  - Menstruation und Sexualleben deutlich „normaler“ als bei AN, bis 3 Kinder
  - Oft depressiver, hohes Suizidrisiko
- Folgt oft einer AN
- „extremely difficult to treat“, „intractable nature of (the) disorder“
- „Dr (Patrick) Campbell suggested the name ‚bulimia nervosa‘“

www.sonnenhalde.ch

## Geschichte

- Bereits 1980 Aufnahme in die Diagnoseklassifikation DSM-III-R
- 1981 KVT (Fairburn)
- 1982 Expositionstherapie (Rosen & Leitenberg)
- 1982 Antidepressiva als wirksam beschrieben (Pope & Hudson, Walsh et al.)
- 1994 Aufnahme in ICD-10

www.sonnenhalde.ch

## Diagnostische Kriterien der BN nach ICD-10

- Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln;
- Essattacken, bei denen in kurzer Zeit sehr große Mengen an Nahrung konsumiert werden (**Forschungskriterien: 3 Monate lang 2x/Woche\***);
- Versuch, dem dick machenden Effekt von Nahrungsmitteln durch verschiedene (**eine oder mehrere**) ausgleichende Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Einnahme von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Bei Diabetikerinnen kann es zur Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
- **Selbstwahrnehmung als „zu fett“ mit sich aufdrängender krankhafter Furcht dick zu werden.**
- **Häufig ging Anorexia nervosa voraus.\*\***

\* im Schnitt 2000, max. 8500 kcal pro Anfall (Woell et al., 1989)

\*\* nach Eddy et al., 2008 entwickeln ca. 30% der Anorektikerinnen eine BN

www.sonnenhalde.ch

## Diagnostische Kriterien der BN nach DSM-IV

- Wiederkehrende Episoden von Essanfällen. Eine Episode ist charakterisiert durch beide folgenden Merkmale:
  - Essenaufnahme in einem bestimmten Zeitraum (bis zu 2 Stunden), die Nahrungsmenge ist erheblich größer, als die meisten Menschen in einer vergleichbaren Zeit unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
  - Ein Gefühl des Kontrollverlustes während des Essanfalles (das Essen nicht stoppen oder nicht kontrollieren zu können, was bzw. wie viel gegessen wird)
- Wiederkehrendes, unangemessenes Kompensationsverhalten, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, wie selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderer Medikation, Fasten oder exzessive sportliche Übungen.
- Essanfälle und unangemessene Kompensationsmechanismen treten im Schnitt mindestens zweimal<sup>a</sup> wöchentlich für drei Monate auf.
- Figur und Körpergewicht haben übermäßigen Einfluss auf Selbstbewertung.
- Die Störung tritt nicht ausschließlich während Episoden einer Anorexia Nervosa auf.

Unterscheide „Purging“-Typus (Missbrauch von Abführmitteln, Erbrechen etc.) und „Nicht-Purging“-Typus (Exzessiver Sport und Fasten, kein regelmäßiges Erbrechen oder Laxantien-/Diuretika-/Klistierabusus).

<sup>a</sup>Nach Willfley et al., 2007, erscheint es sinnvoll, dieses Kriterium auf 1 x pro Woche zu reduzieren und die Aufteilung in Untertypen aufzugeben.

www.sonnenhalde.ch

## Differentialdiagnose

### Psychisch

- Bulimische AN (Grenze = BMI 17,5)
- Psychogenes Erbrechen
- Minderintelligenz
- Ess-„Komponente“ bei Borderline-PS

### Somatisch

- M. Addison
- Gastritis, Pylorospasmus
- Hirntumor, Schädelhirntrauma
- Hyperemesis gravidarum
- Diabetisches Koma
- Hepatisches Koma
- Urämie
- Phäochromozytom
- Hyperparathyreoidismus
- Medimenten-NW
- Drogen
- Herzinsuffizienz
- Schwermetallvergiftung

www.sonnenhalde.ch

## Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz 1,0 - 4,2% bei Frauen, Prävalenz bei jungen Frauen bis 7%, bei Männern ca. 0,5%
- Purging = 98,6%? 30%?
- Nur 10% werden behandelt
- durchschnittlicher Verlauf vor Erstbehandlung: 5 Jahre
- F:M = 6:1 bis 10:1
- Inzidenz: Gesamtbevölkerung 7-25/100 000 x Jahr, bei 20-24-j. Frauen 82/100 000 x Jahr
- Häufigkeitsgipfel 18-20 Jahre (50% vor 18. LJ)
- Aufgrund von Zwillingen- und Familienstudien wird genetische Komponente postuliert
  - Varianz 54-83%
  - Rel. Risiko für weibl. Verwandte 3,7
- Bei nichtwestlichen Minderheiten in westlichen Ländern: Höherer Ausgangs-BMI, sonst wenig Unterschiede in Therapie & Prognose

Zeeck et al., 2006; APA, 2006; Blinder et al., 2006; Hay et al., 2007; Hoek & van Hoeken, 2003; NCCMH, 2004; Soundy et al., 1995; Woodside, 1995; Chui et al., 2007

www.sonnenhalde.ch

## Prädisponierende Faktoren

- Genetische Prädisposition (S-Allel des Serotonin-Transporter-Promoter-Gens, 5HTTLPR)
- Niedriger Selbstwert
- Kontrollbedürfnis, hohes Leistungsideal, Perfektionismus
- Impulsivität
- Heftige, offen ausgetragene Konflikte ohne Lösung
- Intrafamiliäre konfliktverdrängende Beziehungsstrukturen
- emotionale Verbundenheit innerhalb Familie niedriger als Durchschnitt
- „kognitive Defizite“ (negative Selbstschemata)
- Depression und Alkoholabusus in der Familie (rel. Risiko = 3)
- Traumata (Sexueller Missbrauch in Vorgeschichte 20-50%)
- Soziokulturelle Einflüsse (Peers, Gesellschaftsnormen)

ENES, 2006; NCCMH, 2006, Legenbauer & Vocks, 2006; Steiger et al., 2007

www.sonnenhalde.ch

### Auslösende Faktoren

- Kritische Lebensereignisse
  - Trennung, Verlust (70%)
  - Umzug
  - Überforderungssituationen
- Hänseleien wegen Übergewicht (20-40%)

Legenbauer & Vocks, 2006

### Aufrechterhaltende Faktoren

- („Zauberlehrlingssyndrom“, Solyom et al., 1982;  
„Weg in den goldenen Käfig“, Jacobi et al., 2000)
- Hunger- und Sättigungsgefühl wird nicht (mehr) wahrgenommen
  - Gezügeltes Essverhalten
  - Stress und Stress-Coping
    - Geringere Fähigkeit, negative Gefühlszustände auszuhalten
  - Dysfunktionale Informationsverarbeitungsprozesse
    - Selbstabwertung
    - Dichotomisierung von Nahrungsmitteln als gut/schlecht

Legenbauer & Vocks, 2006

### Entstehungsmechanismen

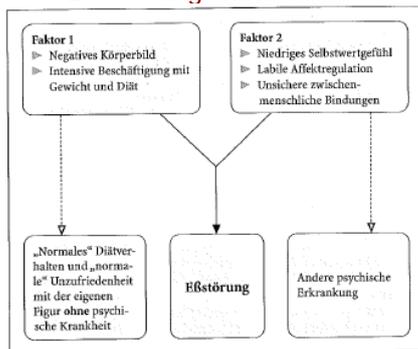


Abbildung 1. Ein 2-Faktoren-Modell zur Ätiologie der Anorexia und Bulimia nervosa (in Anlehnung an Connors 1996)

Jacobi et al., 2000

### Aufrechterhaltungsmechanismen

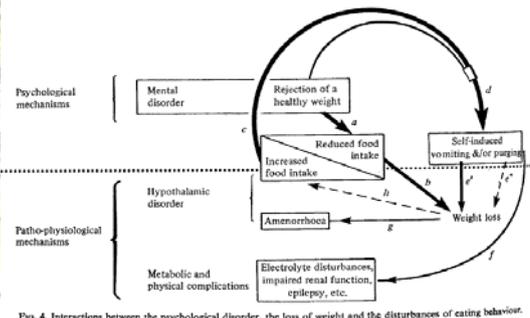


Fig. 4. Interactions between the psychological disorder, the loss of weight and the disturbances of eating behaviour. The thickness of the lines represents the strength of the evidence favouring each interaction.

Russell, 1979

### Aufrechterhaltungsmechanismen

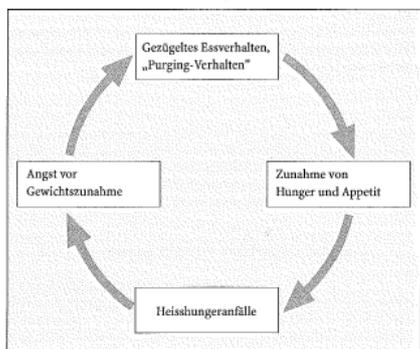
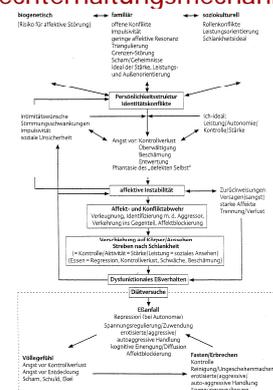


Abbildung 2. Modell zur Aufrechterhaltung des pathologischen Essverhaltens mit Heißhungeranfällen

Jacobi et al., 2000

### Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmechanismen



Reich & Ciepta



### Russell-Zeichen



www.sonnenhalde.ch

### Körperliche Zeichen (2)

- Schwellung einer oder mehrerer Speicheldrüsen
  - Meist Parotiden betroffen
  - Vorübergehend, rekurrend
  - Bei 29% der Bulimiepatientinnen (Herrlinger & Gundlach, 2001)
  - Histologisch: Vergrößerte Azini mit Zymogen-Granula (Coleman et al., 1999)
  - Mögliche Ursache: autonome Dysfunktion (Riad et al., 1991)
  - Pilocarpin wirksam (Mehler & Wallace, 1993)
  - Keine Entzündung
  - Keine Hypertrophie

www.sonnenhalde.ch

### Geschwollene Submandibulärdrüse



www.sonnenhalde.ch

### Körperliche Zeichen (3)

- Erosion der Zähne und des Zahnfleisches durch Magensäure



www.sonnenhalde.ch

### Körperliche Zeichen (4)

- Bradykardie
- Hypothermie
- Mitralprolaps
- Trockene Haut
- Glanzloses Haar
- Verletzungen im Mund (Kratzspuren am Gaumen)

www.sonnenhalde.ch

### Komplikationen

- Mangelernährung
- Dehydration, Hyponatriämie
- Elektrolyt-Entgleisung mit Arrhythmien und Herzstillstand
- Kardiomyopathie durch Ipecacuanha-Abusus
- Schaden an Stimmbändern und Stimme
- Vitaminmangelzustände
- Zahnerosion, Karies
- Parodontose
- Sialadenose
- Magenruptur bei Essanfall oder bei Erbrechen
- Gastroösophagealer Reflux

www.sonnenhalde.ch

### Komplikationen

- Irritation, Entzündung und Ruptur des Ösophagus, Sodbrennen, Hämatemesis
- Laxantienabhängigkeit
- Ulcus duodeni und Pankreatitis
- Gesichtsschwellung, besonders der Unterlider durch Überdruck beim Erbrechen, Konjunktivalblutungen
- Fingerverletzungen oder -verhornungen
- Trockene, schuppige Haut, Haare und Nägel, Haarausfall
- Lanugo
- Ödeme
- Muskelatrophie und -krämpfe
- Reduzierte oder erhöhte Darmperistaltik
- Auslösung von Darmerkrankungen wie Zöliakie und M. Crohn

www.sonnenhalde.ch

### Komplikationen

- Arterielle Hypotonie
- Orthostatische Hypotonie
- Arterielle Hypertonie
- Eisenmangel, Anämie
- Hormonstörungen, Amenorrhö
- Hyperaktivität
- Depression, Apathie, Konzentrationsschwäche
- Insomnie
- Infertilität
- Hochrisikoschwangerschaften, Fehl- und Totgeburten
- Diabetes mellitus, Ketoazidose

www.sonnenhalde.ch

### Verlauf

- 25-30% verbessern sich spontan innerhalb 2 Jahren
- 33% werden pro Jahr rückfällig
- Nach 6 Jahren:
  - 50-60% „good outcome“
  - 29% „intermediate outcome“
  - 10% „poor outcome“
  - 1-5% verstorben (cave hohe Dunkelziffer)
- Nach 20 Jahren: 32-71% „recovered“

Woodside, 1995; APA, 2006  
www.sonnenhalde.ch

### Prognose

- 50-70% verbessern sich unter Therapie
- Rückfallrate 30-85% in 6 Jahren

www.sonnenhalde.ch

### Ungünstige prognostische Faktoren

NCCMH, 2006; Speranza et al., 2007

- Impulsivität
- Borderline-PS
- Substanzabusus
- Adipositas in der Vorgeschichte
- Hohe Frequenz von Essanfällen
- Alexithymie
- Krankheitsdauer
  - Umstritten:
    - Dagegen Turnbull et al., 1997
    - Unentschieden Reas et al., 2001
    - Dafür ENES 2006

www.sonnenhalde.ch

### Komorbiditäten

■ Achse I (alle)	ambulante Jugendliche <b>62,5%</b> stationäre Jgdl. + Erwachsene <b>97%</b>
■ Substanzabusus (alle)	bis 40%
■ Alkoholabusus	bis 26%
■ Cannabisabusus	10%
■ Angststörungen	40-80%
■ PTSD	6-45%
■ Major Depression und Dysthymie	50-92%
■ Bipolare affektive Störung	bis 13%
■ Persönlichkeitsstörung	21-77%
■ Borderline-PS	2-47%
■ „Cluster B“- und „Cluster C“-Persönlichkeitsstörungen	je 44%
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ können einer Essstörung vorausgehen</li> <li>■ halten sich gegenseitig aufrecht</li> <li>■ verschlechtern Essproblematik nicht im Vergleich zu Pat. ohne PS</li> <li>■ führen zu häufigeren Therapieabbrüchen</li> <li>■ „Integral part of the ED syndrome“</li> </ul>	

Zeeck et al., 2006; APA, 2006; Blinder et al., 2006; Bruce & Steiger, 2005; Fischer & Le Grange, 2007  
www.sonnenhalde.ch

## Unterformen?

### Gruppe A (58-66%)

- Depression
- (GAF ↑)
- Kein 5HTTLPR-S-Allel

### Gruppe B (33-42%)

- Alkohol-, Cannabis- und Kokainabhängigkeit
- Antisoziale PS
- Depression, Suizidalität (Angststörung)
- (Nikotinkonsum ↑)
- 5HTTLPR-S-Allel

Duncan et al., 2005;  
Richardson et al., 2008

www.sonnenhalde.ch

## Therapie

- Agras et al., 2000: Vergleich KVT und IPT
  - KVT wirkt schneller
  - Nach 4, 8 und 12 Monaten kein signifikanter Unterschied mehr
- Bailer et al., 2004:
  - Selbsthilfemanual (Schmidt/Treasure) > Gruppentherapie

www.sonnenhalde.ch

## Therapie

- Hay et al. (Cochrane Library 2007, 40 Studien); Shapiro et al. (2007, Metaanalyse, 47 Studien)
  - KVT verbesserte Frequenz von Essanfällen am besten
  - Konfrontationstherapie brachte keinen zusätzlichen Nutzen
  - Selbsthilfemanual möglicherweise ausreichend
  - Fluoxetin allein oder in Kombination mit KVT wirksam

www.sonnenhalde.ch

## Therapie

- National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH, UK), *Eating Disorders* („Full guidelines“), 2004
  - Als erster Schritt Selbsthilfprogramm
  - Gleichzeitig oder alternativ Antidepressivum (Fluoxetin 60mg)
  - Bei Erwachsenen KVT (16-20 Sitzungen), bei Jugendlichen angepasst und um Familiengespräche ergänzt
  - Bei Nichterfolg oder Ablehnung andere Psychotherapieformen erwägen, insbes. IPT.
  - Stationäre Behandlung bei Suizidalität/Selbstgefährdung
  - Schwangerschaften gut überwachen

www.sonnenhalde.ch

## Therapie

- American Psychiatric Association (APA, USA) Guidelines, 2006:
  - Therapeutische Beziehung
  - Interdisziplinäre Zusammenarbeit
  - Psychoedukation
  - Ernährungsstrukturierung
  - KVT im Einzelsetting als 1. Wahl, mit oder ohne Fluoxetin
  - Bei Nichterfolg: Wechsel auf IPT, Fluoxetin (60mg/d), Familientherapie, Gruppentherapie
  - Konfrontationstherapie umstritten
  - Psychodynamische und/oder psychoanalytische Ansätze hilfreich, wenn Essverhalten verbessert
  - Selbsthilfeprogramme oft hilfreich
  - Falls Psychotherapie nicht verfügbar: Fluoxetin > Sertralin, 9-12 Monate
  - Selbsthilfegruppen und 12-Punkte-Programm von Overeaters Anonymous wirksam, aber nicht ausreichend
  - Fallberichte/kleine Studien über Lichttherapie, transkranielle Magnetstimulation, Odansetron (5HT<sub>2</sub>-Antagonist)

www.sonnenhalde.ch

## Selbsthilfemanuale

- C. Fairburn & I. Erckenbrecht, *Ess-Attacken stoppen*. Bern: Verlag Hans Huber, 2004.
- U. Schmidt & J. Treasure. *Die Bulimie besiegen*. 3. Aufl. Frankfurt/Main: Campus-Verlag. 1999.



www.sonnenha

Kognitive Verhaltenstherapie der Bulimie:  
Manual von Legenbauer & Vocks, 2006



Dem Buch liegt eine CD-ROM mit Arbeitsblättern bei.

Kognitive Verhaltenstherapie der Bulimie: Therapiemodule

- Motivierung
- Vermittlung eines individuellen Störungsmodells und Ableitung der Therapieziele
- Interventionen zur Normalisierung des gestörten Essverhaltens und Abbau von Heisshungerattacken und Erbrechen
- Kognitive Interventionen
- Interventionen zur Affektregulation
- Techniken zur Verbesserung sozialer Kompetenzen
- Interventionen zur Veränderung des Körperbildes
- Förderung von Ressourcen
- Rückfallprophylaxe

[www.sonnenhalde.ch](http://www.sonnenhalde.ch)

KVT der Bulimie:  
Modul „Motivierung“

Phasenmodell nach Prochaska und DiClemente aus Suchttherapie kann auf Essstörungen angewendet werden  
Gruppe kann förderlich oder hinderlich sein

- Psychoedukation
- Abwägen der Vor- und Nachteile der Essstörung

[www.sonnenhalde.ch](http://www.sonnenhalde.ch)

KVT der Bulimie:  
Modul „Vermittlung eines individuellen Störungsmodells und Ableitung der Therapieziele“

- Erarbeiten eines individuellen Störungsmodells
  - Prädisponierende Faktoren (familiär, soziokulturell, individuell)
  - Makroanalyse der auslösenden Bedingungen
  - aufrechterhaltende Bedingungen
- Ableiten der Therapieziele und therapeutische Interventionen: „8 Stufen zur Genesung“

[www.sonnenhalde.ch](http://www.sonnenhalde.ch)

KVT der Bulimie: Modul „Interventionen zur Normalisierung des gestörten Essverhaltens und Abbau von Heisshungerattacken und Erbrechen“

- Interventionen zur Normalisierung des Essverhaltens
  - Motivierung zur Veränderung des Essverhaltens
  - Einführung und Auswertung der Mahlzeitenprotokolle
  - Etablierung strukturierter Esstage
- Wahrnehmung von Hunger und Sättigung
- Gemeinsames Kochen (mit gemeinsamem Einkaufen) als Expositionstraining
- Interventionen zur Verhinderung von Heisshungerattacken und Erbrechen
  - Analyse von Auslösesituationen
    - Diätverhalten und Fasten als Auslöser von Essanfällen
    - dysfunktionale Affektregulation
    - automatisierte Abläufe und Gewohnheiten
  - Interventionen zur kurzfristigen Affektregulation
    - Gefühlsreaktion
    - Ablenkung
  - Nahrungsmittelaexposition

[www.sonnenhalde.ch](http://www.sonnenhalde.ch)

KVT der Bulimie:  
Modul „Kognitive Interventionen“

- Identifikation des zugrundeliegenden Wertesystems (vertikale Verhaltensanalyse, siehe Handout)
- Modifikation des zugrundeliegenden Wertesystems
- Identifikation automatischer Gedanken
- Modifikation automatischer Gedanken

[www.sonnenhalde.ch](http://www.sonnenhalde.ch)



**KVT der Bulimie:  
Modul „Interventionen zur  
Affektregulation“**

- Wahrnehmung von Gefühlen
- Bewältigung von negativen Gefühlen
  - Einführung eines Stressmodells
  - palliativ-regenerative Techniken
    - Spontanentspannung
    - kontrollierte Abreaktion
  - kognitive Techniken
    - Wahrnehmungslenkung auf innere Reize
    - Führen positiver Selbstgespräche

SONNENHALDE  
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

www.sonnenhalde.ch



**KVT der Bulimie: Modul „Techniken zur  
Verbesserung sozialer Kompetenzen“**

- Kommunikationstraining
- Aufbau selbstsicheren Verhaltens

SONNENHALDE  
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

www.sonnenhalde.ch



**KVT der Bulimie: Modul „Interventionen  
zur Veränderung des Körperbildes“**

- Imaginationübungen
  - Körperreise
  - Gedanken sammeln
- Abtast- und Zeichnungsübungen
- Modellierübungen
- Spiegel- und Videokonfrontationsübungen

SONNENHALDE  
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

www.sonnenhalde.ch



**KVT der Bulimie:  
Modul „Förderung von Ressourcen“**

- Interventionen zur Steigerung des Selbstwertgefühls
- Etablierung einer ausgewogenen Energiebilanz
- Interventionen zur Steigerung der Genuss- und Entspannungsfähigkeit

SONNENHALDE  
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

www.sonnenhalde.ch



**KVT der Bulimie:  
Modul „Rückfallprophylaxe“**

- Bilanzierung
- Identifikation zukünftiger Risikosituationen
- Erarbeitung von Strategien zur Überwindung von Risikosituationen

SONNENHALDE  
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

www.sonnenhalde.ch



**Weitere Therapien**

- Maltherapie (Steinbrenner et al., 2002)
- Therapie per e-mail (Robinson & Servaty, 2008)
  - Deutschsprachig: [www.Hungrig-online.de](http://www.Hungrig-online.de)
  - Achtsprachig: <http://www2.salut-ed.org>
- KVT per Telemedizin (Mitchell et al., 2008)

SONNENHALDE  
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

www.sonnenhalde.ch

## Wann stationäre Behandlung?

- Suizidalität
- Fehlendes Ansprechen der ambulanten Therapie
- Zusammenbruch des psychosozialen Umfeldes
- Zustandsverschlechterung
- Gefühl der Patientin, es nicht mehr zu schaffen



www.sonnenhalde.ch

## Behandlung bei Komorbiditäten

- Unbedingt Perfektionismus, Impulsivität und Instabilität beachten und mit behandeln (DBT, kognitiv)!
  - Verbesserung des Ernährungszustandes verbessert Gesamtfunktionieren
  - Cave Medikamentenresorption!
  - Therapeutische Beziehung nicht nur „vehicle“, sondern „direct ingredient of change“
- Woodside & Staab, 2006; Bruce & Steiger, 2005

www.sonnenhalde.ch

## Zahnpflege

- Nach Erbrechen nicht Zähne bürsten, sondern spülen mit Wasser oder fluordhaltiger Mundspülung (Act, Binaca, Candida rot, Emofluor).
- Vertikal mit wenig Druck bürsten, weiche ZB, z.B. Gaba Meridol, Trisa Ultra Super Sensitive
- elektrische ZB Philips „Sonicare“ oder Waterpik „Sonicmax“ (Schall-ZB mit wischender Bewegung)
- Keine abrasive Zahnpasta, kein Gel, kein Weissmacher, sondern Candida Parodin, Candida Sensitive, Elmex Rot, Elmex Sensitive PLUS, Emofluor, Mentadent C Active
- Zur Remineralisierung in Zwischenräumen Fluorid-Gel einbringen, 1-2x/Wo.
- Wenig Säuren (Fruchtsäfte, Bonbons, Soft Drinks...)
- Regelmässiger Zahnarztbesuch (wird von KK bezahlt nach KVG Art. 31 (explizit Essstörungen), Urteil Eidgen. Versicherungsgericht K4/98 vom 19.10.98)
- Attest des Psychotherapeuten zuzunehmenden Vertrauensarzt, Gesuch um Kostenübernahme, Bitte um rekursfähige Verfügung im Falle der Ablehnung

Uni Zürich Zentrum für ZMK, 2004; ENES, 2006

www.sonnenhalde.ch

## Literatur

- Agras, W. Stewart, B. Timothy Walsh, Christopher G. Fairburn, G. Terence Wilson, Helena C. Kraemer. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 57: 459-466, 2000.
- APA (American Psychiatric Association). Steering committee on practice guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 2006. Zitiert aus [www.psych.org/psych\\_pract/treat/pe/EatingDisorders3ePG\\_04-28-06.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treat/pe/EatingDisorders3ePG_04-28-06.pdf) vom 3.12.2007.
- Bailer, Ursula, Martina de Zwaan, Friedrich Leisch, Alexandra Strnad, Claudia Lennkh-Wolfsberg, Nadia El-Giamal, Kurt Hormik, Siegfried Kasper. Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. Int J Eat Disord 35: 523-537, 2004.
- Beumont PJ, GCW George, DE Smart. "Dieters" and "vomitters and purgers" in anorexia nervosa. Psychol Med 6: 617-622, 1976.
- Blinder, Barton J., Edward J. Cumelia, Visant A. Sanathara. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. Psychosomatic Medicine 68: 454-462, 2006.
- Bruce, Kenneth R., Howard Steiger. Treatment implications of Axis-II comorbidity in eating disorders. Eating Disorders, 13: 93-108, 2005.
- Chui W, Safer DL, Bryson SW, Agras WS, Wilson GT. A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa. Eating Behaviors 8 (2007) 485-491.
- Coleman H, Altini M, Navley S, Richards A. Sialadenosis: a presenting sign in bulimia. Head Neck. 1998 Dec;20(8):758-62.
- Duncan, Alexis E., Rosalind J. Neuman, John Kramer, Samuel Kupermann, Victor Hesselbrock, Theodore Reich, Kathleen K. Buchholz. Are there subgroups of bulimia nervosa based on comorbid psychiatric disorders? Int J Eat Disord 37: 19-25, 2005.

www.sonnenhalde.ch

## Literatur

- Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahlilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. Am J Psychiatry 2008; 165: 245-250.
- ENES (Experten-Netzwerk Essstörungen Schweiz). Behandlungsempfehlungen: Essstörungen. 2006. Zitiert aus [www.netzwerk-essstoerungen.ch/pdf\\_doc/1189164980.pdf](http://www.netzwerk-essstoerungen.ch/pdf_doc/1189164980.pdf) vom 14.11.2007.
- Fischer, Sarah, Daniel le Grange. Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. Int J Eat Disord 40: 751-753, 2007.
- Hay PJ, J Bacaltchuk, S Stefano. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. Cochrane Database of Systematic Reviews 4, 2007.
- Herrlinger P, Gundlach P. Hypertrophy of the salivary glands in bulimia. HNO. 2001;49(7):557-9.
- Hoek, Hans Wijbrand, Daphne van Hoeken. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord 34: 383-396, 2003.
- Jacobi C, A Thiel, T Paul. Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimia nervosa. Beltz, Weinheim, 2000.
- Laessle, Reinhold G., Harald Wurmsler, Karl M. Pirke. EBStörungen. In Jürgen Margraf (Hr.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 2. 2. Aufl., 1. Nachdruck. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 2003. 223-246.
- Legenbauer, Tanja, Silja Vocks. Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 2006.

www.sonnenhalde.ch

## Literatur

- Meermann, Rolf, Ernst-Jürgen Borgart. Essstörungen: Anorexie und Bulimie: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Leitfaden für Therapeuten. Störungsspezifische Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, 2006.
- Mehler PS, Wallace JA. Sialadenosis in bulimia. A new treatment. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1993;119(7):787-8.
- Mitchell JE, Crosby RD, Wonderlich SA, Crow S, Lancaster K, Simonich H, Swan-Krepieter L, Lysne C, Cook Myers L. A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. Behav Res Ther. 2008 May;46(5):581-92.
- NCCMH (National Collaborating Centre for Mental Health). Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester: The British Psychological Society / London: The Royal College of Psychiatrists / Gaskell. 2004. Zitiert aus [www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file\\_name=C1173310-7E96-C67E-D396-ADF1B891F5A3&ext=pdf](http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_name=C1173310-7E96-C67E-D396-ADF1B891F5A3&ext=pdf) vom 24.11.2007.
- Reas, Deborah L., Caspar Shoemaker, Stephan Zipfel, Donald A. Williamson. Prognostic value of duration of illness and early intervention in bulimia nervosa: A systematic review of the outcome literature. Int J Eat Disord 30: 1-10, 2001.

www.sonnenhalde.ch



### Literatur

- **Riad M, Barton JR, Wilson JA, Freeman CP, Maran AG.** Parotid salivary secretory pattern in bulimia nervosa. *Acta Otolaryngol.* 1991;111(2):392-5.
- **Richardson J et al.** Relevance of the 5-HTTLPR Polymorphism and Childhood Abuse to Increased Psychiatric Comorbidity in Women with Bulimia-Spectrum Disorders. *J Clin Psychiatry* 2008:e1-e10.
- **Robinson P, Serfaty M.** Getting better byte by byte: a pilot randomised controlled trial of email therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Eur Eat Disord Rev.* 2008 Mar;16(2):84-93.
- **Russell, Gerald.** Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9: 429-48. 1979.
- **Shapiro, Jennifer R, Nancy D Berkman, Kimberly A. Brownley, Jan A. Sedway, Kathleen N. Lohr, Cynthia M. Bulik.** Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 40: 321-336. 2007.
- **Soundy, TJ, AR Lucas, VJ Suman, JL Melton 3rd.** Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota, from 1980-1990. *Psychol Med* 25: 1065-1071. 1995.
- **Steiger H et al.** The 5HTTLPR polymorphism, prior maltreatment and dramatic-erratic personality manifestations in women with bulimic syndromes. *J Psychiatry Neurosci* 2007; 32(5):354-362.

 [www.sonnenhalde.ch](http://www.sonnenhalde.ch)



### Literatur

- **Steinbrenner B, M Steinbauer, M Schönauer-Cejpek, A. Martischinig, Ilse,** a patient with bulimia nervosa on integrative painting therapy. *Bulimia nervosa. Manifestation of avoiding conflicts?* *Eat Weight Disord* 7: 152-160. 2002.
- **Turnbull, Susan J., Ulrike Schmidt, Nicholas A. Troop, Jane Tiller, Gill Todd, Janet L. Treasure.** Predictors of outcome for two treatments for bulimia nervosa: short and long-term. *Int J Eat Disord* 21: 17-22. 1997.
- **Wilfley DE, Bishop ME, Wilson GT, Agras WS.** Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *Int J Eat Disord* 2007; 40:S123-S129.
- **Woodside, D. Blake.** A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Probl Pediatr* 25: 67-89. 1995.
- **Woodside, Blake D., Randolph Staab.** Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *CNS Drugs* 20: 655-663. 2006.
- **Zeeck A., A. Hartmann, A. Sandholz, A. Joos.** Bulimia nervosa. *Therapeutische Umschau* 63: 535-538. 2006.

 [www.sonnenhalde.ch](http://www.sonnenhalde.ch)