

Grunderkrankung Bulimie: Was der Zahnarzt wissen sollte

In der Behandlung von Essstörungen bei Patienten kommt dem Zahnarzt eine wichtige Rolle bezüglich Ersterkennung und Beratung zu. Je umfangreicher das Wissen über die Grunderkrankung Bulimie ist, desto besser kann er Zahnschäden infolge der Erkrankung erkennen und (be-)handeln. Von Prof. Dr. Peter Keel, Basel, Schweiz.



Foto: Tomasz Trojanowski

Mit Bulimie, auch Ess-Brechsucht genannt (Syn. Bulimarexie oder Bulimia nervosa), wird eine Essstörung bezeichnet, die vor allem bei Frauen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter auftritt (Durchschnittsalter 24,8 Jahre).⁶ Die Angaben über die Häufigkeit der Störung bei jungen Frauen schwanken von 1 bis 10 %.¹ Hauptcharakteristikum der Störung (**Tabelle 1**) sind wiederkehrende Phasen von Heißhunger, die zur schnellen Aufnahme von großen Nahrungsmengen führen, verbunden mit einem Gefühl der fehlenden Kontrolle über das Essverhalten während der Heißhungerattacken. Aus einer übertriebenen Sorge um Körpergewicht und Figur heraus fühlen sich die Patientinnen anschließend gezwungen, die befürchtete Gewichtszunahme durch Gegenmaßnahmen zu vermeiden. Sie setzen dafür vor allem selbstinduziertes Erbrechen unmittelbar nach der Heißhungerattacke ein, aber auch Fasten, Einnahme von Diuretika oder Laxantien und intensives Körpertraining.

Damit gelingt es ihnen in der Regel, im Gegensatz zu den Anorektikerinnen (**Tabelle 3** zeigt die Merkmale der zwei verwandten Störungen) oder reinen „binge eaters“ (Fressanfälle ohne Gegenmaßnahmen), ein mehr oder weniger normales Körpergewicht zu halten. Selbstinduziertes Erbrechen im Anschluss an Mahlzeiten ist bereits seit Langem als Symptom der An-

orexia nervosa bekannt und galt als Anzeichen für einen eher ungünstigen Krankheitsverlauf (im Gegensatz zur Anorexie mit reiner Nahrungseinschränkung).

Die Bulimie wurde erst 1980 in der amerikanischen psychiatrischen Nosologie (DSM-III) als ei-

geprägte weibliche Schönheitsideal das Auftreten dieser Störung begünstigt.

Verlauf & Folgeerscheinungen

Das Leiden beginnt bei Frauen (selten auch bei Männern) meist in den Pubertätsjahren (mittleres Al-



Abb. 1: Oberkiefer eines 29-jährigen Mannes (!) mit einer jahrelangen Essstörung. – Abb. 2: Das Bild zeigt eine ca. 25-jährige Frau mit massiven Substanzverlusten an den Palatinalflächen am Oberkiefer, sodass bereits die Pulpa rosa durchscheint. (Fotos: Justus-Liebig-Universität Gießen, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Präventive Zahnheilkunde)

genständige Krankheit beschrieben und hat später auch Eingang in die ICD-10 gefunden (**Tabelle 1**). Seit her ist eine rapide Zunahme der Häufigkeit dieses Leidens festzustellen, wobei unklar ist, ob die Patientinnen, bedingt durch die größere Bekanntheit des Leidens, sich jetzt wagen, für eine Behandlung zu melden, oder ob die Störung effektiv häufiger auftritt.^{1,4} Möglicherweise hat das von Schlankheit

ter bei Krankheitsbeginn 18 Jahre).⁶ Oft geht der Krankheit eine Phase von Übergewicht voraus, die dann in ein – unter Umständen schweres – Untergewicht umschlägt (eigentliche Anorexie), worauf sich aber das Körpergewicht wieder einigermaßen normalisiert.⁷ Wäh-

rend anfangs dem gelegentlichen Auftreten der Symptome (Heißhungerattacken und selbstinduziertes Erbrechen) noch wenig Beachtung geschenkt wird, folgt darauf eine Phase, in welcher die Symptome immer häufiger auftreten. In dieser Phase verleugnen die Patientinnen ihr Verhalten vor sich selbst und verheimlichen ihr Tun vor ihrer Umgebung. Die Erkenntnis um das anormale Verhalten dringt gewöhnlich erst nach mehreren Jahren in ihr Bewusstsein. So beginnen die Betroffenen sich zu schämen und sich mit Selbstvorwürfen zu überhäufen.

Sichtbare Begleiterscheinungen als Folge des Erbrechens

In der Regel versuchen sich die Patientinnen vorerst selbst zu helfen. Sie versuchen ihren zügellosen Appetit mit Diät oder speziellen Essplänen in Schranken zu halten und setzen für sich Belohnungen oder Bestrafungen aus. Da sie aber – wie andere Suchtkranke – immer wieder scheitern, verstärken sich ihre Selbstvorwürfe und Schuldgefühle. Verzweiflung und Depression machen sich breit. Auch können sie auf ihr Suchtmittel nicht völlig verzichten, denn Essen ist unumgänglich. In der scheinbaren Ausweg-

Bulimia nervosa: Diagnostische Kriterien (ICD-10)

- andauernde Beschäftigung mit Essen und unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln
- Fressattacken mit Aufnahme großer Mengen Nahrung („binge eating“)
- Vermeidung des Dickwerdens durch Methoden wie selbstinduziertes Erbrechen, Hungern, Missbrauch von Abführmitteln oder Diuretika u.a.m. (nicht bei „binge eating disorder“)
- krankhafte Furcht dick zu werden, tiefe subjektiv gesetzte Gewichtsgrenze
- frühere Episoden von Anorexia und/oder Adipositas

Tabelle 1

Bulimie: Sichtbare Begleitsymptome

- Halsschmerzen (Oesophagitis)
- geschwollene Wangen (Parotitis)
- Zahnprobleme (Karies, Schmelzschäden)
- Mundwinkelrhagaden
- Fingerkallus

Tabelle 2

chung. Sie wollen niemandem eine Last sein.

Sichtbare Begleiterscheinungen der Krankheit (**Tabelle 2**) sind verschiedene Folgen des rezidivierenden Erbrechens.⁷ Dazu gehören Zahnschäden, Mundwinkelrhagaden, Parotisschwellungen, Rachenentzündungen und Ösophaguserosionen mit Blutungstendenz. Auch kann sich am Finger, der zum Auslösen des Würgerreflexes verwendet wird, ein Kallus bilden. Zu den Schäden an Zähnen und in der Mundhöhle gehören Schmelz-Dentin-Erosionen, palatinale Erosionen an den Oberkieferzähnen und Mundschleimhautveränderungen. Des Weiteren wird von entzündlichen Parodontopathien berichtet. Bei allen erkrankten Patienten besteht ein erhöhtes Kariesrisiko.

Psychodynamischer Hintergrund

Nebst der erwähnten Neigung zu Selbstvorwürfen und Depres-

Anorexie – Bulimie: Unterschiede, Gemeinsamkeiten

Merkmal	Anorexie	Bulimie
Geschlecht	80% Frauen	95% Frauen
Alter	typisch in Pubertät	junge Erwachsene
Lebenssituation	meist im Elternhaus	selbstständig, ev. mit Partner
Krankheitsthema	Machtdemonstration	Sklavin des Über-Ichs
weibliche Rolle	Verleugnung	perfekte Frau
Körperideal	„schlanker Jüngling“	„Mannequin“ (kein Gramm Fett)
Essverhalten	Verweigerung oder Überessen/Erbrechen	Überessen/Erbrechen, Fasten
Krankheitseinsicht	Verleugnung	Scham, Selbstverachtung
Körpergewicht	BMI unter 17.5	BMI normal

Tabelle 3



Das weibliche Schlankheitsideal künstlerisch dargestellt. (Skulptur: Hafenpromenade in Heraklion, Kreta. Foto: Prof. Dr. Peter Keel)

ANZEIGE

Die Vorzüge von Flexibilität. Das neue CS 9300 System:
Die ultimative „All-In-One“-Lösung mit „Flexi-Field-Of-View“

Carestream Dental Innovation Tour
Tourdaten und weitere Infos unter:
www.carestreamdental.com oder
Tel.: +49 (0)711 20707306

© Carestream Health, Inc. 2011.

sionen sind die meisten Bulimiepatientinnen gut ausgebildete und pflichtbewusste Frauen. Sie neigen dazu, sich in Beziehungen übermäßig anzupassen und unterzuordnen. Bulimiekranken hegen nicht nur bezüglich Körpergewicht und Aussehen sehr hohe Erwartungen an sich selbst, sondern auch bezüglich ihrer Leistungen in anderen Lebensbereichen. Hintergrund für die erwähnten Störungen bildet meist eine Kindheitskonstellation, wie sie von der Psychoanalytikerin Alice Miller treffend als „Drama des begabten Kindes“ beschrieben worden war.⁵ Sie fühlten sich als Kinder nicht richtig geliebt und kämpften dauernd um die Anerkennung der Eltern. Vor allem hofften sie, aufgrund von guten Leistungen und der Erfüllung aller Erwartungen der Eltern von diesen Zuwendung zu erhalten, was ihnen aber nie richtig gelingen konnte. Oft liegen schwere Selbstwert- und Beziehungsstörungen (z.B. Borderlinestörung) als Folge psychischer Traumatisierungen (Missbrauch) vor.

Therapiemöglichkeiten

Lange Zeit galt die Bulimie als schwierig zu behandeln und war mit schlechter Prognose behaftet, wohl vor allem, weil nur sehr chronifizierte Formen – meist ursprünglich Anorexiikerne – zur Behandlung kamen. Unterdessen hat sich gezeigt, dass Patientinnen, die erst seit wenigen Jahren an der Krankheit leiden und keine schwerwiegende Persönlichkeitsstörung aufweisen, mit gutem Erfolg (70 % Remissionen) behandelt werden können.^{3,8,9} Geeignet sind in erster Linie verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch orientierte Verfahren. Von besonderem Vorteil ist die Behandlung in einer Gruppe von Gleichbetroffenen.⁹ Unter den Psychopharmaka können vor allem Antidepressiva (z. B. Fluoxetin) eine Unterstützung sein, insbesondere wenn ausgeprägte depressive Symptome bestehen. Die ausgeprägten Schamgefühle hindern aber viele Patientinnen daran, eine Behandlung auf sich zu nehmen, oder führen bald wieder zum Abbruch einer Therapie.

Empfehlungen für den Zahnarzt

Da Patientinnen mit bulimischer Symptomatik häufig einen schlechten dentalen Status ausweisen, kann davon ausgegangen werden, dass diese relativ häufig in Zahnarztpraxen vorstellig werden. Zahnärzte müssen für die Symptome der Bulimie hellhörig werden und bei Patienten mit ungewohnten Schmelzschäden und weiteren Symptomen schonungsvoll, aber gezielt nach dem Vorliegen einer Bulimie fahnden. Sie erweisen den Betroffenen einen großen Dienst, wenn die Bulimie als ein psychisches Leiden anerkannt wird und der Patient motiviert werden kann, sich in Therapie zu begeben. Um ihnen Enttäuschungen zu ersparen, wäre es wünschenswert, wenn der Zahnarzt Anlaufstellen empfehlen könnte, die in der Behandlung von Bulimie erfahren sind (siehe auch **Linktipps**).

Der Zahnarzt selbst kann die Zahnhartsubstanz durch Anfertigung von Kronen und Brücken aus

Keramik optimal schützen und so die natürlichen Bissverhältnisse wieder rehabilitieren. Auch wird von Autoren ein weniger invasives Vorgehen mit adhäsiv befestigten Overlays/Onlays/Veneers oder direkten Kompositen vorgeschlagen.² Gründliche Fluorid-Spülungen sollten durchgeführt werden. Auf jeden Fall muss eine schonende Zahntechnik (Bass) erlernt werden, um die Zahnschmelzdefekte gering zu halten und nicht durch schädigende „Schrubbtechniken“ zu begünstigen.¹⁰ Die Patienten sollten alle drei

Linktipps

- www.netzwerk-essstoerungen.at
- www.bzga.de
- www.bulimie-online.de/index.php
- www.aedweb.org

Monate einem engmaschigen Recallprogramm von Kontrolluntersuchungen unterzogen werden, um einer Verschlechterung des Gebisszustandes entgegen zu können. Zusammengefasst kommt Zahnärzten in der Behandlung von Patientinnen

mit bulimischen Essstörungen eine wichtige Rolle bezüglich Ersterkennung, Beratung in der Zahnhygiene sowie Weitervermittlung im Gesundheitssystem zu. Insbesondere der letztgenannte Punkt erfordert eine starke interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten und Experten auf dem Gebiet der Essstörungen. In diesem Zusammenhang wäre auch der weitere Ausbau essstörungsspezifischer Lerninhalte in der Zahnarzt Ausbildung sowie -weiterbildung wichtig. **DI**



Prof. Dr. Peter Keel
Klinik für Psychiatrie & Psychosomatik Bethesda-Spital
Postfach, 4020 Basel, Schweiz
Tel.: +41 61 3152379
Fax: +41 61 3152503
peter.keel@bethesda.ch



ANZEIGE

ACE – PRODUKTE FÜR CHIRURGIE UND IMPLANTOLOGIE

JETZT HABEN SIE DIE WAHL!

RCP™, RCF™, RCT™
Resorbierbares Kollagen



NuOss™
Collagen



truFIX™
Befestigungssystem



NuOss™ Spongiosa- und Kortikalisgranulat



Praktische und einfache Entnahmemöglichkeit!

RCM6™ und **conFORM™**
Kollagenmembrane

In drei verschiedenen Größen erhältlich!



Fordern Sie jetzt Ihren ACE-Katalog an!

Hotline: 05/9992 – 2222*

FreeFax: 05/9992 – 9999*

*Zum Ortstarif (a. d. österr. Festnetz)

www.henryschein-dental.at

Erfolg verbindet.

HENRY SCHEIN®
DENTAL