



Diagnostik und Therapie von Anorexia und Bulimia nervosa Wenn Essen zum Problem wird

CHRISTINE POPPE, KILCHBERG ZH


Dr. med. Christine Poppe

 christine.poppe@
 sanatorium-kilchberg.ch

Zusammenfassung

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen und Diätverhalten können in Verbindung mit Störungen des Selbstwerts, der Emotionsregulation und Problemen in Beziehungen das Auftreten von Essstörungen in kritischen Lebensphasen begünstigen. Aktuelle Studien weisen auf eine zunehmende Häufigkeit von psychisch bedingten Essstörungen hin. Die ICD-10 unterscheidet die Anorexia (AN) und Bulimia nervosa (BN), die Binge-Eating-Störung und nicht näher bezeichnete Essstörungen. Eine frühe Diagnose ist in Anbetracht der Risiken notwendig. Eine suffiziente Behandlung umfasst Psychoedukation, störungsorientierte Elemente und die Bearbeitung von Hintergrundkonflikten unter Beachtung der Therapiemotivation. Dabei ist eine integrative Zusammenarbeit aller Beteiligten unabdingbar.



Credits online

 Beantworten Sie die CME-Fragen online
 unter www.primemedic.ch

■ Essstörungen betreffen mehr Frauen als Männer und kommen in den entwickelten Industrienationen häufiger vor als in Entwicklungsländern. In einer Studie im Auftrag des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit zeigten sich mit internationalen Studien vergleichbare Lebenszeitprävalenzen von Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN)

bei Frauen von 1,2% und 2,4% sowie 0,2% und 0,9% bei Männern [1]. Zu den Risikogruppen gehören Sportler in den ästhetisch geprägten und Ausdauersportarten und Diabetes mellitus Typ I-Patienten im Zusammenhang mit BN. Essstörungen beginnen meistens im Jugendalter mit einem Erkrankungsgipfel für AN von ca. 16 Jahren und für BN von 18–19 Jahren. Die 10-Jahresmortalität ist mit ca. 5% (Suizide, Infektionen, Herz-Kreislauf-Komplikationen) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um mehr als das Zehnfache erhöht. Der langfristige Verlauf ist bei der BN insgesamt günstiger als bei der AN, wobei häufig essstörungstypische Einstellungen und ein auffälliges Essverhalten persistieren.

Störungsbilder

Der Anorexia und Bulimia nervosa gemeinsam ist eine deutliche Angst, zu dick zu sein und ein ausgeprägtes Streben nach «Schlankheit».

Bei der **Anorexia nervosa** liegt das Körpergewicht 15% unter dem für Geschlecht, Grösse und Alter zu erwartende Gewicht (Erwachsene BMI <17,5 kg/m²). Der Gewichtsverlust wird selbst herbeigeführt und durch eine Beschränkung der Nahrungsmenge, das Vermeiden von hochkalorischen Nahrungsmitteln und weiteren Massnahmen wie einer exzessiven sportlichen Betätigung aufrechterhalten. Die Fehl- und Mangelernährung führt zu einer endokrinen Störung, insbesondere der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Es wird unterschieden zwischen einer restriktiven und einer bulimischen Form der AN, bei der es zu Essanfällen, gefolgt von gegenregulierenden Massnahmen kommt.

Im Vordergrund der **Bulimia nervosa** stehen eine andauernde Beschäftigung mit Nahrungsmitteln und eine unwiderstehliche Gier nach Essen, die in als unkontrollierbar erlebten Essanfällen münden. Dabei werden innerhalb kürzester Zeit exzessive Mengen an Nahrungsmitteln konsumiert. Aufgrund der Befürchtung, an Gewicht zuzunehmen, steuern Patienten durch selbstinduziertes Erbrechen, rest-



Prime Public Media
8005 Zürich
044/ 250 28 70
www.primemedic.ch

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 8'200
Erscheinungsweise: 6x jährlich

Themen-Nr.: 531.30
Abo-Nr.: 1084854
Seite: 8
Fläche: 153'505 mm²

riktives Essverhalten, Missbrauch von Medikamenten und exzessiven Sport dagegen. Das Selbstwertgefühl ist dabei in starkem Masse von dem eigenen Körperbild abhängig.

Früherkennung und psychiatrische Diagnostik

Das frühzeitige Erkennen einer Essstörung ist entscheidend für den weiteren Behandlungserfolg. Neben der Bestimmung von Körpergrösse und -gewicht eignen sich Screeningfragen wie:

- Sind Sie mit Ihrem Essverhalten zufrieden?
- Machen Sie sich Sorgen wegen Ihres Gewichts oder Ihrer Ernährung?
- Beeinflusst Ihr Gewicht Ihr Selbstwertgefühl?
- Machen Sie sich Gedanken wegen Ihrer Figur?
- Essen Sie heimlich?
- Übergeben Sie sich, wenn Sie sich unangenehm voll fühlen?
- Machen Sie sich Sorgen, weil Sie manchmal mit dem Essen nicht aufhören können?

Die Diagnose einer behandlungsrelevanten Essstörung sollte entsprechend der Kriterien der ICD-10 (Tab. 1 und 2), beziehungsweise DSM-IV gestellt werden.

Für eine vertiefende Erfassung der spezifischen Psychopathologie empfiehlt sich der Einsatz von strukturierten Interview-Leitfäden, z.B. die Eating-Disorder-Examination [2] oder das Eating-Disorder-Inventory [3].

Differenzialdiagnose und Komorbidität

Symptome von Essstörungen wie Gewichtsverlust und auffällige Essgewohnheiten können auch im Rahmen von anderen psychiatrischen Erkrankungen auftreten, z. B. bei affektiven Störungen, Schizophrenien oder Zwangsstörungen. Der Gewichtsverlust ist in solchen Fällen ungewollt. Ebenso fehlen die Störung des Körperschemas und die Bedeutung von Figur und Gewicht für das Selbstwertgefühl.

Komorbid liegen bei AN und BN häufig affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Substanzmissbrauch sowie Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-, ängstlich-vermeidenden und zwanghaften Typ vor, die Entstehung und Verlauf beeinflussen.

Medizinische Komplikationen und Diagnostik

Die andauernde Fehl- und Mangelernährung, Ess-

anfälle und Erbrechen führen zu zahlreichen körperlichen Folgeerscheinungen (Tab. 3). Um die vitale Gefährdung und etwaige Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und körperliche Ursachen auszuschliessen, sollte zu Beginn eine umfangreiche medizinische Diagnostik vorgenommen werden (Tab. 4).

Als ein wesentlicher Gefahrenindikator wird ein Gewicht mit einem BMI unter 13 kg/m², bzw. eine rasche Gewichtsabnahme von mehr als 30% des Ausgangsgewichts innerhalb von drei Monaten betrachtet.

Risikofaktoren und Störungsmodelle

Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen werden multifaktoriell erklärt. Eine Zusammenfassung gibt das transdiagnostische Modell von Fairburn [4] (Abb. 1). Als wesentliche Risikofaktoren gelten dabei das soziokulturell vorgegebene Schlankheitsideal, Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen und der Figur sowie Diätverhalten.

Körperliche Attraktivität stellt eine wesentliche Quelle für das weibliche Selbstwertgefühl dar. Während der Entwicklung einer eigenen Identität in der Adoleszenz, kann Schlanksein für einige Frauen zu einer ausschliesslichen Quelle des Selbstwernerlebens werden.

Ein negatives Selbstwertkonzept ist, ebenso wie ein perfektionistisches Leistungsstreben, als Risikofaktor gut belegt. Schwierigkeiten in der Emotionsregulation können eine Essstörung mitbedingen und durch diese kompensiert werden, entweder durch das Vermeiden unangenehmer Emotionen bei einem niedrigen Gewicht oder durch deren Bewältigung durch Essanfälle.

Auf der individuellen Ebene gelten Lernerfahrungen (z.B. frühkindliche Fütterstörungen), biologische Faktoren, eine Körperschemastörung und kognitive Besonderheiten als Risikofaktoren. Es wird ein vorbestehender und überdauernder Denkstil beschrieben, der von Detailversessenheit, Rigidität und geringer Flexibilität gekennzeichnet ist.

Dem nahrungsbezogenen Verhalten liegen irrationale Denkmuster in Form von selektiver Abstraktion, Generalisieren, Übertreibung und magischem Denken zugrunde. Schliesslich werden bestimmte familiäre Beziehungsmuster (Verstrickung, Rigidität, Überbehütung, Konfliktvermeidung und wechselnde Koalitionsbildung) im Zu-



Prime Public Media
8005 Zürich
044/ 250 28 70
www.primemedic.ch

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 8'200
Erscheinungsweise: 6x jährlich

Themen-Nr.: 531.30
Abo-Nr.: 1084854
Seite: 8
Fläche: 153'505 mm²

sammenhang mit Essstörungen diskutiert.

Dem Beginn einer AN oder BN gehen häufig externe Ereignisse voraus (z. B. Trennungs- und Verlusterebnisse, Angst vor Leistungsversagen, körperliche Erkrankungen, kritische Bemerkungen von nahestehenden Personen, sportliche Ziele), die mit Anpassungsleistungen verbunden sind, denen der Betroffene sich zu diesem Zeitpunkt nicht gewachsen fühlt.

Das veränderte Essverhalten bei AN und BN verursacht ausgeprägte psychische und körperliche Veränderungen, die ihrerseits zu einer Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Studien an diätaltenden Probanden haben gezeigt, dass eine Mangelernährung alleine bereits zu einer starken gedanklichen Beschäftigung mit Essen und einem bizarren Umgang mit Nahrungsmitteln führt. Physiologische Reaktionen infolge der Mangelernährung verstärken das Gefühl von Heisshunger und lösen somit vermehrt Essanfälle aus. Dies verstärkt bei essgestörten Patienten die Angst vor einer Gewichtszunahme und das daraus resultierende restriktive Essverhalten. Psychisch entwickeln sich mit der Zeit eine depressive Stimmung und Reizbarkeit sowie kognitive Beeinträchtigungen. Aufgrund des abnormen Essverhaltens und ausgeprägter Schamgefühle ziehen sich die Betroffenen sozial zurück und schränken ihre sonstigen Interessen ein, so dass selbstwertfördernde Erlebnisse ausbleiben und den Versuch verstärken, den Selbstwert durch die Kontrolle von Figur und Aussehen zu stabilisieren.

Therapie von Anorexia und Bulimia nervosa

Zur Behandlung von Essstörungen wurde die Wirksamkeit von verschiedenen Therapieverfahren in Studien untersucht: kognitive Verhaltenstherapie, Familientherapie, psychodynamisch orientierte Verfahren, interpersonelle Psychotherapie und die Dialektisch-Behaviorale-Therapie. Aufgrund von kleinen Stichproben, einer hohen Drop-out-Rate, Ausschluss von Patienten mit ausgeprägtem Untergewicht und fehlenden Vergleichsstudien ist derzeit eine eindeutige Beurteilung nicht möglich. Ein störungsorientiertes Vorgehen erwies sich jedoch einem unspezifischen Vorgehen als überlegen. Die nachfolgenden Empfehlungen stützen sich im Wesentlichen auf die S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Essstörungen [5].

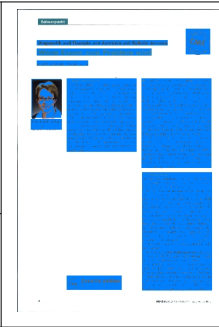
Motivation und Therapiebeziehung

Seitens der Patienten besteht meist eine ausgeprägte Ambivalenz gegenüber therapeutischen Veränderungen in Anbetracht früherer erfolgloser Therapien, Gefühlen von Stolz über die eigene Disziplin, dem identitätsstiftenden Charakter der Essstörung sowie Gefühlen von Scham und Angst. Dies erfordert die dauerhafte Stützung der Therapiemotivation. Hilfreich sind die gemeinsame Herleitung eines individuellen Störungsmodells sowie die offene und wertfreie Diskussion von Chancen und Risiken einer Therapie auf der Basis detaillierter Informationen. In der Therapiebeziehung gilt es, eine Balance zu finden zwischen empathischem Verstehen einerseits und Grenzsetzung bzw. Konsequenzen andererseits. Angestrebt wird eine Kooperation mit dem Patienten im Rahmen einer gemeinsamen Behandlungsplanung. Die vorhandenen intellektuellen und kreativen Ressourcen sollten wertschätzend aufgegriffen werden.

Behandlungselemente

Die Behandlung von Essstörungen sollte psychoedukative und störungsorientierte Elemente enthalten. Um eine rasche Rückbildung von somatischen und psychischen Folgeerscheinungen zu erreichen, wird bei der AN kurzfristig eine möglichst schnelle Normalisierung des Gewichts und bei der BN des Essverhaltens angestrebt. Die Körperbildtherapie setzt an der verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers, negativen körperbezogenen Emotionen und Kognitionen zu Figur, Aussehen und Gewicht sowie dysfunktionalem körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhalten an, die die Essstörung prognostisch ungünstig beeinflussen. Langfristig sind die Bearbeitung der zugrundeliegenden Problembereiche entscheidend für eine effektive Behandlung. Dazu gehören ein niedriges Selbstwertgefühl, perfektionistisches Leistungsstreben, Bedürfnis nach Autonomie, mangelnde Selbstständigkeit, Probleme in der Ablösung vom Elternhaus und in Beziehungen zu anderen Menschen sowie Störungen der Emotionsregulation. Die Patienten werden unterstützt, ausgebliebene Entwicklungsschritte nachzuholen, um eine soziale Integration zu erreichen.

Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sollte die Familie in die Behandlung miteinbezogen werden, bei Erwachsenen die Partner, um konkre-



Prime Public Media
8005 Zürich
044/ 250 28 70
www.primemedic.ch

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 8'200
Erscheinungsweise: 6x jährlich

Themen-Nr.: 531.30
Abo-Nr.: 1084854
Seite: 8
Fläche: 153'505 mm²

te Hilfestellungen im Umgang mit dem gestörten Essverhalten zu geben und funktionale Aspekte zu klären und zu bearbeiten.

Behandlungssetting

Aus der aktuellen Studienlage lassen sich keine klaren Kriterien für die bevorzugte Wahl eines Behandlungssettings ableiten. Grundsätzlich sollte zunächst eine ambulante Behandlung angestrebt werden. Bei Patienten mit einem ausgeprägten Untergewicht (BMI <15 kg/m²) bzw. einem raschen Gewichtsverlust von mehr als 30% des Ausgangsgewichts innerhalb der letzten sechs Monate, ist eine stationäre Behandlung vorzuziehen. Während dieser sollte möglichst eine komplette Gewichtsrestitution angestrebt werden, um das Risiko einer erneuten Gewichtsabnahme zu minimieren. Als weitere Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung gelten:

- Unzureichende Veränderung im ambulanten oder teilstationären Rahmen
- Fehlen ambulanter Behandlungsmöglichkeiten in Wohnortnähe
- Ausgeprägte psychische oder körperliche Komorbidität, Suizidalität
- Krankheitsschwere (ausgeprägte Habituation, chaotisches Essverhalten)
- Erhebliche Konflikte im sozialen und familiären Umfeld.

Anorexia nervosa

Die Studienlage zur Behandlung der AN zeigt eine mässige bis geringe Evidenz bezüglich einer Gewichtszunahme.

In der Behandlung der AN muss berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess in der Regel über einen längeren Zeitraum geht und mehrere Behandlungsepisoden umfasst. Dies erfordert eine integrative Zusammenarbeit aller Beteiligten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans.

Die Behandlung muss an den Status der Patienten angepasst werden. Anfangs sind eine klare Strukturierung und die Fokussierung auf Gewicht und Essen erforderlich. Erst bei einem ausreichenden Gewicht und der notwendigen Konzentrationsfähigkeit können emotional bedeutsame Themen aufgegriffen werden. Bei chronischen Verläufen mit einer Dauer über sieben Jahre empfiehlt es sich, den Fokus auf die Minimierung von psychischen und somatischen Komplikationen und die Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität zu legen.

Primäres Ziel ist die Normalisierung des Gewichts, wobei ein Zielgewicht mit einem BMI von mindestens 18,5 kg/m² angestrebt wird. Im stationären Rahmen werden wöchentliche Gewichtszunahmen von 500–1000 g, im ambulanten von 200–500 g empfohlen. Die Nahrungsmengen orientieren sich am Gewichtsverlauf. Dazu sollten die Patienten regelmässig morgens in leichter Kleidung gewogen werden. Bezüglich der Nahrungszusammensetzung gelten die üblichen Empfehlungen der Ernährungsgesellschaft. Vermiedene Nahrungsmittel sollten stufenweise wieder in den Speiseplan integriert werden.

Anfänglich kann eine deutliche Ödemneigung auftreten im Rahmen eines Pseudo-Bartter-Syndroms, was eine Gewichtszunahme ohne substanziale Änderung der Körpermasse bedingt. Bei Patienten mit langandauernden Hungerzuständen kann es bei Wiedereinsetzen der Nahrungszufuhr zu einer Hypophosphatämie (<2,5 mg/dl) kommen mit dem Risiko eines lebensgefährlichen Refeeding-Syndroms (Myelose, Herzversagen, Rhythmusstörungen, Bewusstseinstörung), was regelmässige Kontrollen und ggf. eine orale Substitution erfordert. Eine zusätzliche Trinknahrung kann zu Beginn erwogen werden. Sondenernährung sollte nur in kritischen Einzelfällen kurzfristig eingesetzt werden, um einen ausreichenden Ernährungszustand zu erreichen.

Für die Phase der Gewichtszunahme werden mit den Patienten Therapieverträge abgeschlossen, in denen klare Vereinbarungen getroffen werden bezüglich der geforderten Gewichtszunahme und den Konsequenzen bei deren Erreichen bzw. Nichterreichen im Sinne eines Kontingenzmanagements.

Psychopharmaka haben keinen nachweislichen Effekt auf die Gewichtszunahme, bei einem ständigen Gedankenkreisen oder ausgeprägter Hyperaktivität kann die vorübergehende Gabe von Neuroleptika in niedriger Dosierung erwogen werden. Antidepressiva können bei persistierenden depressiven Verstimmungen eingesetzt werden.

Bulimia nervosa

Patienten mit BN haben häufig eine biografische Vorgeschichte mit emotionaler Vernachlässigung, körperlicher und sexueller Gewalterfahrung, problematischen familiären Kommunikationsmustern sowie eine familiäre Belastung mit psychiatrischen Störungen. Die Essstörung ist meist Teil eines



Prime Public Media
8005 Zürich
044/ 250 28 70
www.primemedic.ch

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 8'200
Erscheinungsweise: 6x jährlich

Themen-Nr.: 531.30
Abo-Nr.: 1084854
Seite: 8
Fläche: 153'505 mm²

komplexen psychiatrischen Störungsbildes, was in der Therapieplanung berücksichtigt werden sollte.

Die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren wird als gut beurteilt bezüglich der Reduktion von Essanfällen, Erbrechen, Laxanzienabusus und Depressivität. Mittlere Effekte zeigen sich bezüglich des Strebens nach Schlantheit und der Unzufriedenheit mit Figur und Aussehen.

Selbsthilfeansätze, meist auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis, stellen im Sinne eines Stepped Care Ansatzes eine weitere Alternative dar mit zwar geringeren aber deutlich nachweisbaren Effekten.

Primäres Ziel in der Behandlung der BN ist es, das gezügelte Essverhalten zwischen den Essanfällen so zu verändern, dass keine physiologischen und psychologischen Deprivationszustände auftreten, die das Auftreten von Essanfällen begünstigen. Mit den Patienten wird schrittweise eine ausgewogene, an dem Eigenbedarf orientierte Ernährung aufgebaut. Sie werden mit Methoden der Selbstbeobachtung (Essprotokollen) angeleitet, psychische und psychosoziale Auslöser von Essanfällen und gegenregulierenden Massnahmen zu erkennen, und erlernen alternative Bewältigungsstrategien im Umgang mit unangenehmen Emotionen. Ergänzend werden Expositionen bezüglich der Lebensmittel durchgeführt, die vormals Essanfälle auslösten.

Pharmakotherapeutisch kann insbesondere auf dem Hintergrund von häufigen depressiven Verstimmungen und Ängsten die Gabe von Serotoninwiederaufnahmehemmern in Betracht gezogen werden, wobei nur eine geringe Wirkung auf die Kernsymptomatik mit einer leichten Reduktion von Essanfällen zu erwarten ist. Zugelassen für diese Indikation ist in der Schweiz einzig Fluoxetin mit einer Dosisempfehlung von 60 mg/Tag. Ein Behandlungsversuch sollte für mindestens vier Wochen erfolgen und bei gutem Ansprechen über 9 bis zwölf Monate fortgesetzt werden.

Dr. med. Christine Poppe

Psychiatrische Privatklinik

Alte Landstrasse 70-84

8802 Kilchberg/ZH

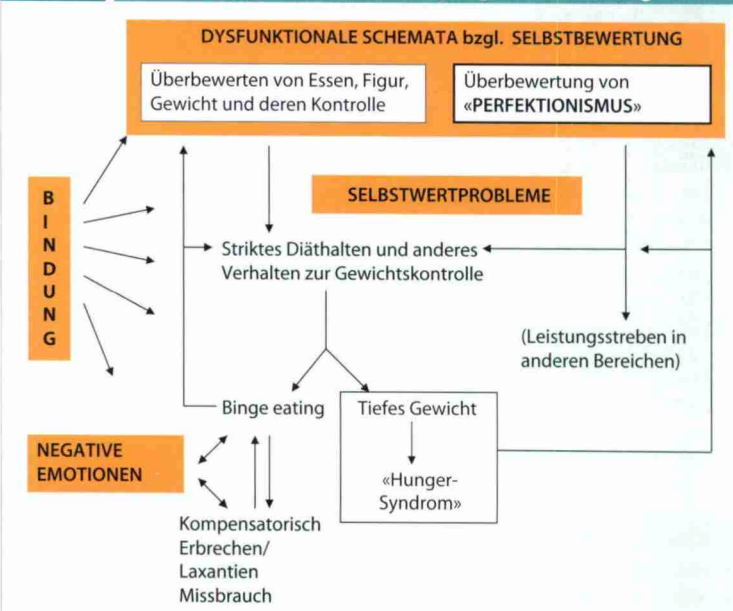
christine.poppe@sanatorium-kilchberg.ch

Literatur:

1. Schnyder U, et al.: Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). 2012. Vertrags-Nr. 09.006170/204.001/-675 und 10.005736/204.0001/-782.

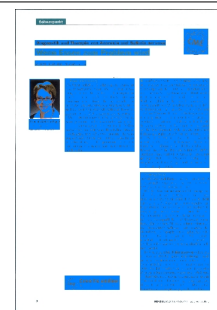
2. Hilbert A, et al.: Eating Disorder Examination: Deutschsprachige Version des strukturierten Essstörungsinterviews. Diagnostica 2004. 50: 98-106.
3. Paul T, Thiel A.: EDI-2. Eating Disorder Inventory-2. Göttingen Hogrefe, 2004.
4. Fairburn CG.: Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen. Schattauer Verlag, 2011.
5. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen. 2010 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0261_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen.pdf.

Abb. 1 Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen



Tab. 1 ICD-10 Diagnosekriterien für Anorexia nervosa (F50.0)

- Körpergewicht mind. 15% unter dem zu erwartenden Gewicht (BMI <17,5 kg/m²) bei Erwachsenen bzw. unter dem 10. Altersperzentil bei Kindern.
- Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust durch Vermeiden von hochkalorischer Nahrung und zusätzlich mindestens eine der folgenden Möglichkeiten:
 - Selbstinduziertes Erbrechen
 - Selbstinduziertes Abführen
 - Übertriebene körperliche Aktivität
 - Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.
- Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung.
- Endokrine Störungen, bei Frauen manifestiert als Amenorrhoe, bei Männern als Libido- und Potenzverlust.
- Bei Beginn vor der Pubertät gestörte Abfolge der pubertären Entwicklung (Wachstumsstopp, fehlende Brustentwicklung).



Prime Public Media
8005 Zürich
044/ 250 28 70
www.primemedic.ch

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 8'200
Erscheinungsweise: 6x jährlich

Themen-Nr.: 531.30
Abo-Nr.: 1084854
Seite: 8
Fläche: 153'505 mm²

Tab. 2 ICD-10 Diagnosekriterien für Bulimia nervosa (F50.2)

- Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln.
- Essanfälle, bei denen in kurzer Zeit sehr grosse Menge an Nahrungsmitteln konsumiert werden.
- Versuch, dem dickmachenden Effekt von Nahrungsmitteln durch verschiedene ausgleichende Verhaltensweisen entgegenzusteuern wie etwa durch:
 - Selbst herbeigeführtes Erbrechen
 - Missbrauch von Abführmitteln
 - Zeitweilige Hungerperioden
 - Einnahme von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika
 - Vernachlässigung der Insulinbehandlung bei Diabetes.
- Krankhafte Angst, zu dick zu werden und eine scharf definierte Gewichtsgrenze, die weit unter dem Prämorbidem medizinisch als «gesund» betrachtet wird.
- Häufig Vorgeschichte einer Episode mit Anorexia nervosa.

Tab. 3 Körperliche Folgeerkrankungen

- Bradykardie, Tachykardie, orthostatische Dysregulation, Herzrhythmusstörungen
- Hypothermie, Akrozytose
- Verlangsamung der Magen-Darmpassage, Völlegefühl, Magendilatation, Obstipation, Ösophaguserosionen
- Zahnschäden, Vergrösserung der Speicheldrüsen
- Trockene Haut, Haarverlust, Lanugobehaarung, Ekzeme, Schwielen am Handrücken bei selbstinduziertem Erbrechen
- Anämie, Leukopenie, Thrombozytopenie
- Erniedrigte Konzentrationen von Kalium, Natrium, Kalzium, Magnesium, Phosphat und Vitaminen (B1, B2, B6)
- Hypoglykämie, Erhöhung der Leberenzyme
- Hyperkortisolismus, Störungen der Schilddrüsenfunktion, verminderte Knochendichte, Störungen der Sexualhormonsekretion
- Erweiterung der äusseren und inneren Liquorräume
- Infektionsneigung

Tab. 4 Empfohlene medizinische Basisdiagnostik

- Körpergrösse und -gewicht
- Blutdruck und Puls
- Körpertemperatur
- Inspektion der Körperperipherie (Durchblutung, Ödeme)
- Auskultation des Herzens, Orthostasetest
- Labor
 - Blutbild und Blutsenkung
 - Harnstoff, Kreatinin, Elektrolyte
 - Leberfunktionstest (z.B. GGT)
 - Blutglukose
 - Urinstatus
 - Vitamine
- Elektrokardiogramm