

Newsletter No. 2

[März 2013]



DGESS
Deutsche Gesellschaft für
Esstörungen e.V.

Liebe Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen!

5 Das Night-Eating-Syndrom:
Eine neue Diagnose.

8 Die Revision der Anorexia
Nervosa in persönlicher Sicht.

12 Wissenschaftliche Informations-
website zu Stigmatisierung.

13 Die DGESS-Website. Wie man
sie nutzen kann

Der zweite Newsletter der DGESS steht im Zeichen der für Mai 2013 angekündigten Veröffentlichung der revidierten diagnostischen Kriterien für Essstörungen in der 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-5.

Bei der Überarbeitung des DSM wurden ja Diagnosen und spezifische diagnostische Kriterien hinsichtlich ihrer Validität und ihres diagnostischen Nutzens einer empirischen Überprüfung unterzogen. Dazu wurden zunächst umfangreiche Literatursichtungen durchgeführt. Ein wesentliches Anliegen war es, die diagnostischen Kriterien so zu verändern, dass die Restkategorie der nicht näher bezeichneten Essstörungen, die etwa die Hälfte der nach DSM-IV diagnostizierten



Der 4. Wissen-
schaftliche Kon-
gress der DGESS
findet am
20.-22.03.2014
zum Thema
Essstörungen über
die Lebensspanne
in Leipzig statt.

Essstörungspatienten umfasst, verkleinert wird, um mehr Personen aufgrund einer klinisch signifikanten Essstörung Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewähren. Grundlegende Veränderungen im DSM-5 werden die Anorexia Nervosa und auch die Residualkategorie, nunmehr als „Feeding or Eating Disorders not Elsewhere Classified“ benannt, erfahren. Darin ist nun erstmals das Night-Eating-Syndrom beschrieben, während die Binge-Eating-Störung als eigenständige Diagnose vorgeschlagen wurde. Weitere wichtige Veränderungen beinhalten, die Fütter- und Essstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter unter die Essstörungen zu fassen. Darin ist die „Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder“ erstmals als neue Kategorie enthalten.

Die vorläufigen, auf <http://www.dsm5.org/> veröffentlichten und dort auch zur Diskussion gestellten Kriterien (aktuell nicht mehr abrufbar) wurden sodann in umfangreichen DSM-5-Feldstudien einer empirischen Überprüfung unterzogen. Bei den Essstörungen betraf dies die Binge-Eating-Störung und die „Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder“. Erste Ergebnisse wurden bereits veröffentlicht, danach wurde die Interraterreliabilität für beide Essstörungen als gut bewertet (American Journal of Psychiatry, January 1, 2013). Mit Spannung werden nicht nur weitere Ergebnisse, sondern auch eventuelle Veränderungen in den finalen diagnostischen Kriterien erwartet.

In diesem Newsletter beschreibt Prof. Stephan Herpertz die neue Residualdiagnose des Night-Eating-Syndroms in ihrer Entwicklung im DSM auf S. 5. Auf S. 8 beschreibt Prof. Johannes Hebebrand den Revisionsprozess der diagnostischen Kriterien für die Anorexia Nervosa aus persönlicher Sicht.



Gern möchte ich Sie einladen, die Revision von DSM und ICD in Bezug auf Essstörungen zu kommentieren, bspw. im nächsten Newsletter oder über unsere Website <http://www.dgess.de/>. Sonstige Neuigkeiten finden Sie am Ende des Newsletters, darunter einen Bericht zu einer wissenschaftlichen Informationswebsite zum Adipositasstigma, zur DGEES-Website und zu aktuellen Veranstaltungen.

Die Bebilderung in diesem Newsletter stammt von Prof. Elmar Brähler, der den meisten von uns wahrscheinlich nicht als Fotograf, sondern als Wissenschaftler und Wissenschaftspolitiker, auch im Essörungsbereich, und Lehrstuhlinhaber für Medizinische Psychologie an der Universität Leipzig bekannt sein dürfte. Er wird Ende dieses Monats in die wohlverdiente Pension gehen. Lieber Elmar, und das geht jetzt nur persönlich, Du wirst uns fehlen!

Der nächste Newsletter wird etwa im September 2013 erscheinen. Vor dem Erscheinen werden wir wieder alle Mitglieder anschreiben, um Inhalte zu sammeln. Der Newsletter ist auch auf der DGEES-Website einsehbar!

Schöne Osterfeiertage und einen baldigen tatsächlichen Frühlingsbeginn wünscht Ihnen im Namen des Vorstands

Anja Hilbert

Anschließend an die Revision des DSM befindet sich auch die International Classification of Diseases in der 11. Überarbeitung. Seit Neuerem kann die Beta-Version der **ICD-11** zu „Eating and Feeding Disorders“ online eingesehen und kommentiert werden. Im Moment betrifft dies die Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Pica, erwartet wird eine vollständigere Beta-Version in Kürze. Zum Kommentieren kann man sich über die WHO-Website einloggen:
<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>.

DGESS

Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e.V.

gestiftet von der
Schweizerischen Anorexia Nervosa Stiftung (SANS)

Hilde Bruch Forschungspreis der DGESS e.V. zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Die Deutsche Gesellschaft für Essstörungen DGESS e.V. vergibt zum zweiten Mal einen Preis für Forschungsarbeiten zum Thema anorektische bzw. bulimische Essstörungen. Der Preis richtet sich vorzugsweise an den wissenschaftlichen Nachwuchs. Höhe des Preises € 5.000,00.

Bewerbungsfrist:

Anträge von Interessenten (≤ 37 Jahre zum Jahresende 2013) mit Lebenslauf und wissenschaftlichem Werdegang bis spätestens 1. November 2013 in fünffacher Ausfertigung an

Prof. Dr. M. Fichter

Schön Klinik Roseneck, 83209 Prien, Am Roseneck 6

MFichter@schoen-kliniken.de

Preiswürdig sind veröffentlichte oder zur Veröffentlichung eingereichte eigene wissenschaftliche Arbeiten (oder Äquivalentes) zum Themenbereich anorektische bzw. bulimische Essstörungen.

Der Vorstand der DGESS e.V.
www.dgess.de

Das Night Eating Syndrome.

von
Stephan Herpertz

Albert Stunkard, ein Psychiater aus Pennsylvania beschrieb 1955 erstmalig das Night Eating Syndrome (NES). Im Gegensatz zur ca. 20 Jahre später erstmalig beschriebenen Bulimia nervosa schenkte man dem NES anfangs nicht viel Aufmerksamkeit. Die damaligen Diagnosekriterien des NES waren: (1) Aufnahme einer Kalorienmenge von mindestens 25% nach dem Abendessen, (2) Schlafstörungen und (3) Appetitlosigkeit morgens, wobei zum Frühstück nicht mehr als eine Tasse Kaffee oder Saft verzehrt werden durfte. Auch sahen Stunkard et al. (Stunkard et al. 1955) einen Zusammenhang dieses Verhaltens mit psychischem Stress. Bis zu den 55 Jahre später im International Journal of Eating Disorders (Allison et al. 2010) veröffentlichten Diagnosekriterien hatte es immer wieder Veränderungen dieser Kriterien gegeben, bestehende Kriterien wurden verändert oder neue Kriterien aufgenommen bzw. verworfen.

- A. Zunahme der Nahrungsmenge am Abend und/oder in der Nacht:
 - × Mindestens 25% der Nahrungsmenge wird im Rahmen des Abendessens aufgenommen
 - × während mindestens zweier abendlicher/nächtlicher Episoden während der Woche.
- B. Der oder die Betroffene kann sich an das abendliche bzw. nächtliche Ereignis erinnern.
- C. Dem klinischen Bild liegen mindestens drei der folgenden Kriterien zugrunde:
 - × Geringer Nahrungsmittelkonsum am Morgen und/oder Auslassen des Frühstücks an vier oder mehr Tagen in der Woche
 - × Ausgeprägter Drang zur Nahrungsaufnahme zwischen dem Abendessen und dem Einschlafen und/oder während der Nacht
 - × Einschlaf- und Durchschlafstörungen an vier oder mehr Nächten in der Woche
 - × Überzeugung, ohne Nahrungsaufnahme keinen Schlaf mehr zu finden
 - × Häufig depressive Stimmung und/oder Stimmungsabfall am Abend
- D. Die Störung geht mit erheblichem psychischem Stress und einem Leistungsabfall einher.
- E. Das gestörte Essverhalten besteht seit mindestens drei Monaten.
- F. Die Störung ist nicht Folge eines Substanzabusus oder -abhängigkeit, somatischer Krankheiten, Arzneimittelnebenwirkungen oder psychischer Störungen.

Forschungskriterien des NES

Epidemiologie

Angaben zur Prävalenz des NES schwanken erheblich nicht zuletzt aufgrund der sich in der Vergangenheit häufig ändernden diagnostischen Kriterien. In der Allgemeinbevölkerung wird die Prävalenz des NES auf etwa 1,5% geschätzt, bei Patienten in Gewichtsreduktionsprogrammen wurden Prävalenzraten zwischen 6% (Ceru-Bjork et al. 2001) und 51% (Aronoff et al. 2010) gefunden. Auch die Prävalenzangaben bei adipösen Teilnehmern von Gewichtsreduktionsmaßnahmen schwanken erheblich zwischen 6% und 64% (Colles & Dixon 2012). Der Zusammenhang zwischen NES und Übergewicht bzw. Adipositas, wonach NES ein Risikofaktor für eine

positive Energiebilanz und damit für die Entwicklung von Übergewicht bzw. Adipositas darstellt, wird kontrovers diskutiert (Adami et al. 2002, Napolitano et al. 2001, Marshall et al. 2004, Stunkard et al. 2004, Mühlhans et al. 2009).

Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen

Komorbidie psychische Störungen sind bei Patienten mit NES nicht selten. Lundgren et al. (2008) berichten von einer Lebenszeitprävalenz von 73,7% psychischer Störungen der Achse I, wobei die Diagnose einer depressiven Störung im Vordergrund steht. So geben de Zwaan et al. (2006) die Lebenszeitprävalenz einer komorbiden depressiven Störung mit 56% in ihrer untersuchten Stichprobe von NES-Patienten an. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen z.B. auch Boseck und Mitarbeiter (2007) mit 57,1%. Einschränkend ist zu sagen, dass fast alle Studien adipöse Probanden untersuchten. Auch ohne das Vorliegen einer Essstörung ist insbesondere bei adipösen Frauen von einer hohen Prävalenz depressiver Störungen auszugehen.

Auch der Zusammenhang von NES und Binge Eating Störung wurde in der Vergangenheit untersucht. Die Überlappung beider Essstörungen scheint jedoch nicht so groß zu sein, wobei die Studien zwischen 7% (Allison et al. 2006) und 26,5% (Napolitano et al. 2003) schwanken.

Erhebungsinstrumente

Neben einer sorgfältigen Anamnese und der differentialdiagnostischen Erwägung eines NES kann insbesondere im Rahmen von wissenschaftlichen Fragestellungen der „Night Eating Questionnaire“ (NEQ) eingesetzt werden. Der NEQ ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit 14 Items, deren Intensität/Ausprägung auf einer 5-stufigen Skala eingeschätzt werden kann (Werte 0±4) (Marshall et al. 2004, Allison et al. 2007, 2008). Die Fragen des NEQ umfassen beispielsweise die Häufigkeit von nächtlichem Erwachen, die Häufigkeit des Essens beim Erwachen oder der Bewusstseinsgrad beim nächtlichen Essen.

Ätiologie

Die Genese und Ätiologie des NES sind noch weitgehend unbekannt, wobei die Forschung der letzten Jahre psychobiologische Faktoren für die Entwicklung, aber auch Aufrechterhaltung des NES betont (O`Reardon et al. 2004, Rosenhagen et al. 2005). So scheint es zu einer Desynchronisation des zirkadianen Ess- und Schlafrythmus zu kommen, was die Tagesstruktur der Nahrungsaufnahme dahingehend verändert, dass sich der Konsum von Nahrungsmitteln in spätere Stunden des Tages verlagert (O`Reardon et al. 2004). NES kann durch größere Stressfaktoren ausgelöst werden, was zu einer Vielzahl von Untersuchungen der HPA-Achse in der Vergangenheit führte (Allison et al. 2005). Auch Hormone wie Ghrelin, Leptin und Insulin wurden untersucht, allerdings mit widersprüchlichen Befunden (Allison et al. 2005, Birketvedt et al. 2012). Andere Studien beobachteten niedrige nächtliche Melatoninkonzentrationen, die im Zusammenhang mit der Schlafstörung und dem nächtlichen Essen diskutiert werden (Goel et al. 2009). Es besteht die Annahme, dass eine wichtige Ursache des NES die Entkopplung von zentralen Zeitgebermechanismen (suprachiasmatischer Nucleus) und Oszillatoren im ZNS oder peripheren Gastrointestinaltrakt ist (Goel et al. 2009).

Therapie

Nur wenige Therapiestudien sind bisher im Hinblick auf das NES durchgeführt worden. Als Goldstandard in der Behandlung der Bulimia nervosa und der Binge Eating Störung gilt die kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Von daher bot es sich an, die KVT auch bei Patienten mit NES zu untersuchen. Allison et al. (2010) führten eine unkontrollierte Pilotstudie mit 10 einstündigen Behandlungen über eine Zeit von 12 Wochen durch. Trotz einer hohen Abbrecherquote erscheinen die Therapieergebnisse vielversprechend. Der abendliche Konsum großer Mengen von Nahrungsmitteln konnte signifikant reduziert, die Häufigkeit nächtlichen Erwachens und Episoden nächtlichen Essens vermindert werden.

Sowohl klinische wie auch Plazebo-kontrollierte Studien insbesondere mit SSRI wurden in der Vergangenheit, allerdings mit kleinen Stichproben publiziert. O`Reardon et al. (2006) führten eine Plazebo-kontrollierte, randomisierte Studie mit Sertralin bei 34 Patienten mit NES durch. Gegenüber Plazebo war die Responderrate (Clinical Global Impression of Improvement, CGI) in der Verum-Gruppe viermal besser und der Gewichtsverlust signifikant größer. Auch im Hinblick auf die sekundären Outcome-Parameter (z.B. Häufigkeit nächtlichen Essens, Anzahl der konsumierten Kalorien nach dem Abendessen) zeigte sich die Verum- der Plazebogruppe überlegen.

Ausblick

Obwohl die NES schon Mitte der 50er Jahre erstmals beschrieben wurde, hat die Erforschung dieser Essstörung erst in den letzten 10 Jahren einen gewissen Aufschwung erlebt. Nachteilig stellen sich immer noch die uneinheitlichen Diagnosekriterien dar. Auf der Grundlage der publizierten Daten kann jedoch immer mehr von einem eigenen „Cluster“ von Verhaltensweisen ausgegangen werden, was zumindest die Annahme eines „Syndroms“ gerechtfertigt erscheinen lässt. [Die zukünftige Forschung wird zeigen, ob auch die NES ähnlich der BES zunächst als Forschungskriterien, später als eigenständige Essstörungsentität ihren Weg in die Diagnosemanuale ICD bzw. DSM finden wird.](#)

Literatur

- Adami GF, Campostano A, Marinari G, Ravera G, Scopinaro N. Night eating in obesity: A descriptive study. *Nutrition* 2002;18: 587-589.
- Allison KC, Ahima RS, O`Reardon JP, Dinges DF, Sharma V, Cummings DE, Heo M, Martino NS, Stunkard AJ. Neuroendocrine profiles associated with energy intake, sleep, and stress in the night eating syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:6214-7.
- Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14,Suppl 2:77S-82S.
- Allison KC, Crow SJ, Reeves RR et al. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15:1287-1293.
- Allison K, Lundgren J, O`Reardon J et al. The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eating Behaviors* 2008;9(1):62-72.
- Allison KC, Lundgren JD, O`Reardon JP, Geliebter A, Gluck M, Vinai P. et al. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 2010;43:241-247.
- Aronoff NJ, Geliebter A, Zammit G. Gender and body mass index as related to the night-eating syndrome in obese outpatients. *J Am Diet Assoc* 2001;101:102-104.
- Birketvedt GS, Geliebter A, Kristiansen I, Firsengschau Y, Goll R, Florholmen JR. Diurnal secretion of ghrelin, growth hormone, insulin binding proteins, and prolactin in normal weight and overweight subjects with and without the night eating syndrome. *Appetite* 2012;59:688-92.

- Ceru-Bjork C, Andersson I, Rossner S. Night eating and nocturnal eating – two different or similar syndromes among obese patients? *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:365-372.
- Colles SL, Dixon JB. The relationship of night eating syndrome with obesity, bariatric surgery and physical health. In: Lundgren JD, Allison KC, Stunkard AJ. *Night Eating Syndrome. Research, Assessment, and Treatment*. The Guilford Press, NY, London 2012, 85-107.
- Goel N, Stunkard AJ, Rogers NL, Van Dongen HP, Allison KC, O'Reardon JP, Ahima RS, Cummings DE, Heo M, Dinges DF. Circadian rhythm profiles in women with night eating syndrome. *Biol Rhythms* 2009;24:85-94.
- Lundgren JD, Allison KC, Crow S, O'Reardon JP, Stunkard AJ. A descriptive study of non-obese persons with night eating syndrome and a weight-matched comparison group. *Eating Behaviors* 2008;9:343-351.
- Marshall HM, Allison KC, O'Reardon JP et al. Night eating syndrome among nonobese persons. *Int J Eat Disord* 2004; 35: 217-222.
- Mühlhans B, Olbrich K, de Zwaan M. Night Eating Syndrom und nächtliches Essen. Was ist das eigentlich? *PPmP* 2009;59:50-56.
- Napolitano MA, Head S, Babyak MA, Blumenthal JA. Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *Int J Eat Disord*. 2001;30(2):193-203.
- O'Reardon JP, Ringel BL, Dinges DF, Allison KC, Rogers NL, Martino NS, Stunkard AJ. Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome. *Obes Res* 2004;12:1789-96.
- O'Reardon JP, Allison KC, Marino NS, Lundgren JD, Heo M, Stunkard AJ. A randomized, placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *Am J Psychiatry* 2006;163:893-898.
- Rosenhagen MC, Uhr M, Schüssler P, Steiger A. Elevated plasma ghrelin levels in night-eating syndrome. *Am J Psychiatry* 2005;162:813.
- Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med* 1955;19:78-86.
- Stunkard AJ, Allison KC, O'Reardon JP. The night eating syndrome: a progress report. *Appetite* 2005; 45: 182-186.

Die DSM 5 Kriterien für Anorexia nervosa: Ein persönlicher Rückblick.

von
Johannes Hebebrand



Die DSM 5 Kriterien für Anorexia nervosa werden sich deutlich von den DSM-IV TR Kriterien unterscheiden. Als aus unserer Sicht wesentliche Veränderung werden die Begriffe Weigerung (DSM IV A Kriterium) und Leugnung (C Kriterium) im zukünftigen Manual nicht mehr auftauchen. Auch das bisherige Gewichtskriterium (A Kriterium) wird im DSM 5 abgeschafft. Es war für mich spannend zu verfolgen, wie nach unserer initialen Kritik an diesen Begriffen und dem Gewichtskriterium im Jahre 2004 (Hebebrand et al., 2004) die Diskussion verlaufen ist. Darüber hinaus habe ich gelernt, wie sehr man sich als Kliniker und Wissenschaftler an die Definition psychiatrischer Störungen gewöhnt bzw. wie wenig sie letztlich hinterfragt werden.

1994 haben wir erstmalig BMI-Perzentilen Kurven für Deutschland publiziert (Hebebrand et al., 1994). Mich beschäftigte damals die Frage, wie viel Prozent der Normalbevölkerung das Gewichtskriterium für Anorexia nervosa erfüllen (Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichtes). Wir haben zeigen können, dass 85% des erwarteten Gewichts in etwa dem 10. BMI-Perzentil entspricht (Hebebrand et al., 1994) und somit 10% der Allgemeinbevölkerung ein Gewicht aufweist, das dem DSM-IV TR Kriterium entspricht. Erst 10 Jahre später begann ich aufgrund unserer molekulargenetischen und endokrinologischen Arbeiten, die Begriffe Weigerung und Leugnung zu hinterfragen. Nach zahlreichen und langen mir gut in Erinnerung gebliebenen Diskussionen haben Ulrich Schweiger (Lübeck), Regina Caspar (Stanford) und Janet Treasure (London) beschlossen, unsere Kritik in einer Publikation zusammen zu fassen. Die entsprechende Arbeit haben wir bei mehreren amerikanischen Zeitschriften eingereicht. Die Reviews waren jeweils, gelinde gesagt, vernichtend. Schließlich entschied ich mich, die Arbeit beim Journal of Neural Transmission einzureichen; Prof. Warnke war zu diesem Zeitpunkt Editor für die Sektion Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie in dieser Zeitschrift. Tatsächlich wurde die Arbeit angenommen, die ich selbst als eine meiner wichtigsten wissenschaftlichen Arbeiten ansehe. Leider sah das sonst niemand auf der Welt, da die Arbeit zunächst nicht rezipiert bzw. zitiert wurde.

Im Jahre 2008 hielt ich auf Einladung der American Eating Disorders Academy in Boston einen kurzen Plenarvortrag zur Anorexia nervosa. Mein Vorredner hatte aufgezeigt, dass immer weniger amerikanische Krankenversicherungen bereit seien, die stationäre Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa zu finanzieren. Ich begann dann meinen Vortrag mit der Feststellung, dass ich als Krankenkasse auch nicht die Kosten für die Behandlung einer Störung übernehmen würde, die auf einer Weigerung, ein normales Gewicht zu halten, fußt. Damals ging ein Raunen durch den Saal: Das war eindeutig verstanden worden. Tatsächlich wurde von Becker et al. (2011) in ihrer Zusammenfassung der bis dato vorgeschlagenen Veränderungen für DSM 5 unsere Forderung aufgegriffen, die Begriffe Weigerung und Leugnung fallen zu lassen. Erstaunlich ist, dass die Kritik an diesen Begriffen in einer Arbeit zu den zukünftigen ICD 11 Kriterien für Essstörungen aus dem Jahre 2012 nicht aufgegriffen wird (Uher & Rutter, 2012).

Da die ersten Versionen, die für die DSM 5 Kriterien zirkulierten, aus meiner Sicht hoch problematisch waren, begab ich mich abermals an eine Arbeit und spekulierte nun darauf, dass sie ein breiteres Publikum erreichen würde. Zufällig hatte ich damals Kontakt mit Cindy Bulik, mit der ich die Kriterienvorschläge der DSM 5 Arbeitsgruppe diskutierte. Sie zeigte sich interessiert, so dass ich ihr mein Skript zusandte. In den darauffolgenden Wochen haben wir die 2004 initial aufgestellten alternativen Kriterien überarbeitet; Cindy hat mir gezeigt, wie wichtig es ist, die Kritik und Kriterienvorschläge sprachlich auf den Punkt zu bringen. Die entsprechende Arbeit (Hebebrand & Bulik, 2011) wurde ohne größere Probleme beim International Journal of Eating Disorders angenommen. Wir haben wiederum alternative Kriterien vorgeschlagen, die aus unserer Sicht geeignet erscheinen, den beobachtbaren Kernphänotyp dieser Essstörung zu beschreiben.

Unsere Kritik an den DSM IV und den bisherigen DSM 5 Versionen hatte ich wiederholt über die entsprechende Website der American Psychiatric Association eingegeben. Von der DSM 5 Arbeitsgruppe wurde ich nie eingeladen oder offiziell kontaktiert; mit Tim Walsh hatte ich im Rahmen eines Symposiums zu den neuen Kriterien für

Essstörungen allerdings einen kleinen „Schlagabtausch“ im Jahre 2010 zu dem Gewichtskriterium. Die DSM 5 Arbeitsgruppe erhielt von Cindy Bulik und mir unsere damals eingereichte Arbeit; die Gruppe hat unsere Vorschläge zumindest teilweise aufgegriffen.

Kritisch bleibt aus unserer Sicht weiterhin die pseudowissenschaftliche Definition des A Kriteriums im DSM 5 (restriction of energy intake relative to requirements; siehe unten); nur wenige Laboreinrichtungen in der Welt können halbwegs präzise Energieaufnahme und -verbrauch messen; der Begriff Restriktion suggeriert weiterhin eine relativ aktive Komponente bei den entsprechenden Patientinnen. Ich hoffe, dass in dem die Kriterien begleitenden bzw. erklärenden Haupttext auf das 10. BMI-Perzentil hingewiesen werden wird. Auch hatten wir begründet, warum ein BMI von 18,5 kg/m² als Schwellenwert im Erwachsenenalter sinnvoller erscheint als der gegenwärtig im ICD 10 bzw. DSM IV TR verankerte BMI von 17,5 kg/m². Die somatischen und psychologischen Auswirkungen der Starvation sollten unseres Erachtens in den Kriterien Berücksichtigung finden. Dies wäre aus unserer Sicht präziser, als allgemein auf körperliche Gesundheit (Siehe A Kriterium) hinzuweisen. Weiterhin problematisch erachten wir die Begriffe „significantly low“, „minimally normal“, „minimally expected“ und „current low body weight“ zur Umschreibung des Untergewichts im Rahmen der Anorexia nervosa. Gerade bei den entsprechenden Patientinnen – aber auch in den Industriegesellschaften insgesamt – sollten wir darauf hinweisen, dass das Körpergewicht individuell unterschiedlich ist und Begriffe wie normales bzw. erwartetes Gewicht in diesem Kontext wenig hilfreich erscheinen. Befremdlich wirkt auch das Wiederholen des geforderten und jeweils unterschiedlich formulierten Untergewichts in allen drei Kriterien. Diagnostische Kriterien sollten kurz und prägnant sein; insofern ist diese Redundanz wenig hilfreich. Letztlich scheint diese Wiederholung auf eine gewisse Unsicherheit im Hinblick auf die Spezifität der psychopathologischen Symptome hinzuweisen.

Mit der Aufgabe des Worts Weigerung geht eine 150 jährige Geschichte zuende. Schon Lasegue hatte in seiner Originalarbeit aus dem Jahre 1873 den Begriff „refusal“ herangezogen (Übersetzung der Originalarbeit von Lasegue in Vandereycken & van Deth, 1990). Es ist erstaunlich, dass sich dieser Begriff solange hat halten können. Ich freue mich, dass wir nun unseren Patientinnen offener gegenüber treten können. Wir müssen ihnen keine Weigerung oder Leugnung mehr unterstellen.

- Becker AE, Eddy KT, Perloe A. Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *Int J Eat Disord* 2009;42:611-9.
- Föcker M, Knoll S, Hebebrand J. Anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Feb;22 Suppl 1:29-35.
- Hebebrand J, Casper R, Treasure J, Schweiger U. The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa. *J Neural Transm* 2004; 111:827-40.
- Hebebrand J, Bulik CM, Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *Int J Eat Disord*. 2011; 44(8):665-78.
- Knoll S, Bulik CM, Hebebrand J. Do the currently proposed DSM-5 criteria for anorexia nervosa adequately consider developmental aspects in children and adolescents? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Feb; 20(2):95-101.
- Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2012 Jun;11(2):80-92.
- Vandereycken W, van Deth R. A tribute to Lasègue's description of anorexia nervosa (1873), with completion of its English translation. *Br J Psychiatry*. 1990 Dec;157:902-8.

A. Restriction of energy intake relative to requirements leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. Significantly low weight is defined as a weight that is less than minimally normal, or, for children and adolescents, less than that minimally expected.

B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.

C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.

Specify current type:

Restricting Type: during the last 3 months, the individual has not engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).

Binge-Eating/Purging Type: during the last 3 months, the individual has engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).

Die vorläufigen DSM 5 Kriterien für Anorexia Nervosa, April 2012, www.dsm5.org

Eine neue Informationswebsite zum Adipositasstigma.

<http://www.adipositasstigma.de/>

von
Anja Hilbert

Stark übergewichtige Menschen gelten als dumm, faul und willensschwach. Die Mehrheit in der Bevölkerung und sogar der medizinischen Berufe glaubt, die überflüssigen Pfunde seien selbst verschuldet. Entsprechend leiden adipöse Menschen in vielen verschiedenen Lebensbereichen unter Vorurteilen und Benachteiligungen. Diese reichen vom Anstarren über unaufgeforderte, gut gemeinte Ratschläge bis hin zu manifesten Nachteilen in Ausbildung oder Beruf einschließlich von Gehaltseinbußen. Die Stigmatisierten selbst haben die Tendenz, das Stigma anzunehmen: Es vermindert ihren Selbstwert, verstärkt psychisches Leid, darunter Essstörungen, Ängste, Depressivität und Suizidalität. Die neue Webseite www.adipositasstigma.de informiert über diese Formen der Stigmatisierung und Diskriminierung und darüber, wie sie abgebaut werden können.

Neben Wissenswertem zu Entstehung, Prävention und Behandlung von Adipositas bietet die neue Website – erstmals im deutschen Sprachraum – eine ausführliche Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zu gewichtsbezogener Stigmatisierung und Diskriminierung sowie zur Stigmareduktion. So finden Angehörige medizinischer Berufe beispielsweise praxistaugliche Hinweise, wie sie adipöse Patienten vorurteilsfrei behandeln können, und ein Anti-Stigma-Curriculum gibt angehenden Ärzten dabei vertiefend Anleitung. Auch für Eltern, Lehrkräfte und Lebenspartner bietet die Website Tipps für einen faireren Umgang. Ein Selbsttest kann außerdem dazu genutzt werden, die eigene Haltung adipösen Menschen gegenüber zu prüfen. Ähnlich wie es bei AIDS oder psychischen Erkrankungen wie der Depression bereits gelungen ist, soll die neue Webseite durch fundierte wissenschaftliche Information und Hilfe für die Praxis dazu beitragen, auch bei Adipositas die Stigmatisierung langfristig abzubauen.

Ein neues Essstörungsjournal.

Das *Journal of Eating Disorders* ist das erste open access, peer-reviewed Journal das grundlagenorientierte und klinische Essstörungsforschung publiziert.

<http://www.jeatdisord.com/>

Die Website der DGESS.

von
Manfred M. Fichter

Upcoming:

2013 International Conference on Eating Disorders
May 2-4, 2013
Montreal, Canada

European Council on Eating Disorders General Meeting
September 12-14, 2013
Oslo, Norway

19th Annual Meeting
Eating Disorders Research Society
September 19-21, 2013
Bethesda, MD, USA

29. Jahrestagung
Deutsche Adipositas-Gesellschaft
3.-5.10.2013
Hannover

21. Internationale Wissenschaftliche Tagung –
Kongress Essstörungen
17.-19.10.2013
Alpbach, Österreich

Obesity Week 2013
Obesity Society and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery
November 11-16, 2013
Atlanta, GA, USA

Unter der Internetadresse www.dgess.de können Sie Wesentliches zu unserer Fachgesellschaft und auch aktuelle Sachen abfragen. Der Webmaster (MFichter@schoen-kliniken.de) freut sich jedes Mal, wenn er von Mitgliedern der DGESS Anregungen und Informationen zum Einstellen ins Netz erhält. Es gibt eine Rubrik „Laufende Forschungsarbeiten“ auf der Website, auf der auch Sie eigene laufende Forschungsprojekte in strukturierter Form eingeben lassen können (über den Webmaster). Bitte daran denken, abgeschlossene Forschungsprojekte als abgeschlossen zu melden, damit sie dann wieder rausgenommen werden können, zumal in der Annahme, dass sie dann auch bald veröffentlicht sind. Sie finden dort auf der Startseite auch das Wesentliche zu dem nächsten DGESS-Kongress (Leipzig 2014) und dem Hilde-Bruch-Forschungspreis mit 5.000,- Euro dotiert und Stellungnahmen der DGESS zu verschiedenen relevanten Themen im Bereich Essstörungen. Schreiben Sie mir, wenn Sie Fehler entdecken oder wenn Sie Anregungen haben oder selbst etwas haben, was auf die Internetseite sollte.

Die Website kann ein gutes und wichtiges Kommunikationsmedium für Mitglieder der DGESS sein.

Impressum

[Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e.V.
Prof. Dr. Anja Hilbert
Universitätsmedizin Leipzig
Philipp-Rosenthal-Straße 27
04103 Leipzig]

4. DGESS-Kongress
20-22.03.2014
in Leipzig