



Kongress Essstörungen 2004

Congress Eating Disorders 2004

*Anorexia & Bulimia nervosa, Binge Eating
Disorder, Adipositas/Obesity*

12. Internationale Wissenschaftliche Tagung
*The 12th International Conference
on Eating Disorders*

21. - 23. Oktober 2004

**Congress Centrum Alpbach,
Tirol / Österreich**

Kongressprogramm & Vorkongress-Workshop

Abstracts

Final Program & Pre-Congress Clinical Workshop

www.netzwerk-essstoerungen.at

www.eced-innsbruck2005.at

www.uibk.ac.at/oeges

Sehr geehrte KongressteilnehmerInnen! Liebe KollegInnen!

Es ist mir eine besondere Freude Sie namens des Vorstandes und der MitarbeiterInnen des Netzwerk Essstörungen auf der 12. Internationalen Wissenschaftlichen Tagung **Kongress Essstörungen 2004** im Congress Centrum Alpbach zu begrüßen.

Seit der Gründung 1990 sind wir darum bemüht, neben Beratung und Betreuung Betroffener und Angehöriger, die Öffentlichkeit für die speziellen Probleme von Menschen mit Essstörungen und deren Angehörigen zu sensibilisieren, die Glamourisierung und Stigmatisierung von Essstörungen abzubauen und uns für eine adäquate Behandlung der Betroffenen und Unterstützung ihrer Angehörigen einzusetzen. Wir arbeiten für Betroffene und Angehörige weit über den regionalen Bereich hinaus. Dazu dient u.a. **unser jährlicher Kongress, der größte Essstörungskongress im deutschsprachigen Raum**. Von Anfang an war er auch für Betroffene und Angehörige zugänglich. Ein gleichberechtigter Dialog ist die Grundvoraussetzung einer hilfreichen Kommunikation von Betroffenen, Angehörigen und BehandlerInnen.

Inhaltliche Schwerpunkte dieses Kongresses sind u.a.:

- Essstörungen, Neueste Erkenntnisse & Behandlungen
- Frauengesundheit – Männergesundheit
- Medizinische Aspekte und Adipositas
- Psychologische Forschung
- Früherkennung & Primäre Gesundheitsvorsorge
- Therapie der Adipositas & Körpererfahrung
- Therapie & Verlauf von Essstörungen

Erstmals bei diesem Kongress findet ein **Vorkongress-Workshop mit führenden ExpertInnen für die Behandlung von Essstörungen (Hubert Lacey, London, Gerry Butcher, Dublin & Christopher Fairburn, Oxford statt**. Besonders mache ich Sie auf den **Adipositas- und Körperbild-Schwerpunkt am Samstag (Zafra Cooper & Deborah Hawker, Oxford, Michel Probst, Leuven)** aufmerksam, um die Zusammenarbeit von Essstörungs- und Adipositas-ExpertInnen weiter zu vertiefen. Darüberhinaus finden 21 klinische Workshops und eine Postersitzung statt.

Dieser Kongress wird vom Netzwerk Essstörungen (www.netzwerk-essstoerungen.at) in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (**ÖGES**; www.uibk.ac.at/oeges) und der Medizinischen Universität Innsbruck, Univ.Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie organisiert.

Sehr gerne nehme ich den Anlass wahr, um allen öffentlichen und privaten Förderern und Sponsoren, die die Arbeit des Netzwerk Essstörungen und die Durchführung dieses Kongresses ermöglichen, unseren allerherzlichsten Dank auszusprechen. Ganz prominent möchte ich hier die **Gesundheitslandesrätin von Tirol, Frau Dr. Zanon-zur Nedden**, nennen. Ebenso danke ich **Frau Bürgermeister Hilde Zach** und dem **Vizebürgermeister der Stadt Innsbruck Dipl. Ing. Eugen Sprenger** sowie dem **Bundesministerium für Gesundheit & Frauen (Frau Bundesministerin Rauch-Kallat)** bzw. dem **Bundesministerium für Soziale Sicherheit & Generationen (Frau Staatssekretärin Haubner)**. Ohne deren kontinuierliche Förderung wäre unsere Arbeit unmöglich.

Unsere langjährige Arbeit wird auch international gewürdigt. Ich freue mich, sie als Gastgeber & wissenschaftlicher Leiter zu dem 2005 in Innsbruck stattfindenden Europäischen Kongress des European Council on Eating Disorders (ECED) einzuladen (www.eced-innsbruck2005.at).

Unsere jährlicher Kongress Essstörungen 2005 wird direkt davor stattfinden, wir werden also **im Herbst 2005 eine „Essstörungswoche“ in Österreich** haben.

Schließlich darf ich Sie noch **zur Mitgliedschaft beim Netzwerk Essstörungen** und bei der **Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES) einladen**, damit wir unsere Arbeit fortzusetzen und auszuweiten können.

Wir wünschen Ihnen einen fachlich bereichernden Kongress, interessante Diskussionen, neue Kontakte und natürlich auch erholsame und entspannende Stunden hier in dieser schönen Gegend. Es würde uns sehr freuen und in unserer Arbeit bestätigen, Sie im kommenden Jahr wieder auf unserer **13. Internationalen Tagung „Kongress Essstörungen 2005“** zu begrüßen. Wir hoffen, dass unsere nächsten Kongresse hier im Herzen Europas noch stärker ein Forum des Dialogs mit unseren europäischen Nachbarn werden.

Innsbruck, im Oktober 2004

Günther Rathner

Dear colleagues,

*On behalf of the Board of the **Netzwerk Essstörungen** and the **Austrian Society on Eating Disorders (ÖGES/ASED)** I would like to welcome you all at this 12th International Congress in the Congress Centre Alpbach. This annual conference is the largest congress on Eating Disorders in German speaking countries. We are glad that now we could organize this meeting a dozen times (a number we never thought of when we started!) because this number seems to point out that our format is useful for all participants.*

The general focus of the Congress is to translate research findings and clinical wisdom into clinical practice. It is aimed at presenting the current status of research, treatment, and prevention of eating disorders and obesity and to promote scientific and clinical contacts. Having regard for the policy of the Netzwerk Essstörungen, (Austrian Network & Clearinghouse for Eating Disorders, founded in 1990), all sessions are open to sufferers, carers/relatives and clinicians/researchers.

The programm includes State-of-the-Art lectures on treatment, women's health – men's health, somatic aspects, CBT treatment of obesity, body-image, early detection & health promotion, and course and outcome of eating disorders; in addition, 21 Clinical Workshops and a Guided Poster Session. We particularly welcome the obesity focus at the Saturday morning session. In addition to speakers from all German speaking countries we could attract a number of European colleagues, a fact we especially appreciate.

This Congress has been organized by the Netzwerk Essstörungen (www.netzwerk-essstoerungen.at) in cooperation with the Austrian Society on Eating Disorders (ASED; www.uibk.ac.at/oeges) and the Innsbruck Medical University, Dept. of Psychological Medicine & Psychotherapy.

We are grateful for the international recognition of this meeting which is also reflected by the fact that the 9th General Meeting of the European Council on Eating Disorders (ECED) was given to Innsbruck. It's my honour to convene and chair this ECED meeting in September 7-9, 2005 (see www.eced-innsbruck2005.at). Our annual International Eating Disorders Congress will take place just in the days before that meeting, thus creating some form of "Eating Disorders Awareness Week" in Austria.

Finally, we do hope that the presentations, discussions and contacts at this Congress are stimulating to you and that you find at least some time to enjoy the amazing scenery of Alpbach. We hope we meet again to strengthen the European spirit of cooperation.

Günther Rathner

Innsbruck, October 2004

**Ehrenschutz: Dr. Elisabeth Zanon-zur Nedden, Landesrätin für Gesundheit
Tiroler Landesregierung**

Wissenschaftliche Leitung:

Univ.-Prof. Dr. Günther Rathner

Medizinische Universität Innsbruck
Univ.-Klinik f. Medizinische Psychologie &
Psychotherapie
Sonnenburgstr. 16
A-6020 Innsbruck
☎ +43-512-507 3623
guenther.rathner@uibk.ac.at

**Zentrum für Essstörungen
ZfE**

Weierburggasse 1 A
A-6020 Innsbruck
Tel. +43-664-39 66 700
Fax: +43-512-29 10 84

Kongressorganisation:

Mag. Susanne Leeb

Netzwerk Essstörungen
Fritz-Pregl-Straße 5
A-6020 Innsbruck

☎ +43-512-57 60 26
Fax: +43-512-58 36 54

E-mail: info@netzwerk-essstoerungen.at

Diese Tagung soll den **Dialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und BehandlerInnen** fördern. Sämtliche Vorträge, Workshops und Postersitzungen sind für Betroffene, Angehörige und ExpertInnen zugänglich.



Die Österreichische Ärztekammer hat den Kongress Essstörungen 2004 als **Ausbildungsprogramm gemäß den Richtlinien für das ÖÄK-Fortbildungsdiplom** approbiert.

Weiters haben der **Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)** und der Verband der diplomierten DiätassistentInnen & ernährungsmedizinischen BeraterInnen Österreichs den Kongress als Fortbildungsveranstaltung anerkannt; Fortbildungsveranstaltung gemäß dem Österreichischen Psychologengesetz. Nähere Informationen im Tagungsbüro.

Wir bitten Sie um **umgehende Anmeldung** zu den am Freitag und Samstag stattfindenden **Workshops** mit dem in Ihrer Kongressmappe enthaltenen Anmeldeformular im Tagungsbüro. Ihre Wünsche werden in der Reihenfolge des Einlangens berücksichtigt.

Unser **Kongressbüro** steht jederzeit für Ihre Anfragen zur Verfügung. Zur **Evaluation unseres Kongresses** bitten wir Sie, den in der Kongressmappe enthaltenen **Fragebogen** auszufüllen.

Die Tagungsgebühr beinhaltet Kongressmappe, Abstractband, Teilnahme am wissenschaftlichen Programm und die Teilnahme am Kongressempfang.

Ausstellungen:

Ort: Otto Molden-Foyer, durchgehend während der gesamten Kongressdauer

- Informationsstand des Netzwerk Essstörungen
- Büchertisch Essstörungen: Wagner'sche Universitätsbuchhandlung, Innsbruck

Zeitplan

Donnerstag, 21. Oktober 2004

Vorkongress-Workshop / *Pre-Congress Workshop*

- 08.00 – 09.00 Uhr Anmeldung/Registrierung Vorkongress Workshop /
Pre-Congress Workshop Registration
(separate Registrierung, nur KongressteilnehmerInnen
vorbehalten)
- 09.00 – 18.00 Uhr **Vorkongress-Workshop / *Pre-Congress Workshop***
15.00 – 18.00 Uhr Kongressanmeldung / *Congress Registration*

Freitag, 22. Oktober 2004

Kongress / *Congress*

- 08.00 – 09.00 Uhr Kongressanmeldung / *Congress Registration*
09.00 – 09.15 Uhr Begrüßung und Eröffnung / *Opening Ceremony*
09.15 – 13.15 Uhr Vorträge mit Diskussion / *Paper Session*
13.15 – 14.30 Uhr Mittagspause / *Lunch Break*
14.30 – 16.00 Uhr Vorträge mit Diskussion / *Parallel Paper Sessions*
16.30 – 18.00 Uhr Parallele Workshops / *Parallel Workshops*
- 19.00 – 21.00 Uhr **Kongressempfang des Netzwerk Essstörungen im
Foyer des Kongresszentrums / *Welcome Reception of
the Netzwerk Essstörungen, Congress Center Alpbach***

Samstag, 23. Oktober 2004

Kongress / *Congress*

- 08.00 – 09.00 Uhr Kongressanmeldung / *Congress Registration*
09.00 – 12.30 Uhr Vorträge mit Diskussion / *Paper Sessions*
12.30 – 14.00 Uhr Mittagspause / *Lunch Break*
14.00 – 15.30 Uhr Parallele Workshops / *Parallel Workshops*
16.00 – 16.30 Uhr Postersitzung / *Poster Sessions*
16.30 – 18.00 Uhr Parallele Workshops / *Parallel Workshops*
- 18.00 – 19.00 Uhr **Generalversammlung der Österr. Gesellschaft für
Essstörungen (ÖGES) / *General meeting of the
Austrian Society on Eating Disorders (ASED)***
- 19.00 Uhr Ende der Tagung / *Farewell until 2005*

Zeitplan

Donnerstag, 21. Oktober 2004

Vorkongress-Workshop

- 08.00 – 09.00 Uhr Anmeldung/Registrierung Vorkongress Workshop /
Congress Registration
(separate Registrierung, nur KongressteilnehmerInnen vorbehalten)
- 09.00 – 18.00 Uhr** **Vorkongress-Workshop / Pre-Congress Workshop**
Ort: Congress Centrum Alpbach
- 09.00 – 10.30 Uhr **J. Hubert LACEY, London, UK**
- 10.30 – 11.00 Uhr Pause
- 11.00 – 12.30 Uhr **Gerard J. BUTCHER, Dublin, IR**
- 12.30 – 14.30 Uhr Mittagspause
- 14.30 – 16.00 Uhr **Christopher G. FAIRBURN, Oxford, UK**
- 16.00 – 16.30 Uhr Pause
- 16.30 – 18.00 Uhr **Christopher G. FAIRBURN, Oxford, UK**
- 15.00 – 18.00 Uhr Kongressanmeldung/*Congress Registration*

Freitag, 22. Oktober 2004

Kongress

- 08.00 – 09.00 Uhr Kongressanmeldung / *Congress Registration*
- 09.00 – 09.15 Uhr Begrüßung und Eröffnung (Saal Erwin Schrödinger, Ebene II)
- 09.15 – 10.45 Uhr **Plenarsitzung:**
Essstörungen, Neueste Erkenntnisse & Behandlungen
- 10.45 – 11.15 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung
- 11.15 – 11.45 Uhr Pause
- 11.45 – 12.45 Uhr **Parallelsitzung Ia:**
Frauengesundheit – Männergesundheit (Saal Erwin Schrödinger, Ebene II)
- 12.45 – 13.15 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung
- 11.45 – 12.45 Uhr **Parallelsitzung Ib:**
Medizinische Aspekte und Adipositas (Saal Liechtenstein - Hayek Ebene I)

- 12.45 – 13.15 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung
- 13.15 – 14.30 Uhr Mittagspause
- 14.30 – 15.30 Uhr **Parallelsitzung IIa:**
Psychologische Forschung (Saal Erwin Schrödinger, Ebene II)
- 15.30 – 16.00 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung
- 14.30 – 15.30 Uhr **Parallelsitzung IIb:**
Früherkennung & Primäre Gesundheitsvorsorge (Saal Liechtenstein - Hayek Ebene I)
- 15.30 – 16.00 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung
- 16.00 – 16.30 Uhr Pause
- 16.30 – 18.00 Uhr **Parallele Workshops** (Säle Ebene I und Ebene II & Hotel Alphof)
- 19.00 – 21.00 Uhr **Empfang des Netzwerk Essstörungen (Foyer, Ebene II) / Welcome Reception of the Netzwerk Essstörungen, Congress Center Alpbach**

Samstag, 23. Oktober 2004

Kongress

- 08.00 – 09.00 Uhr Kongressanmeldung / *Congress Registration*
- 09.00 – 10.00 Uhr **Plenarsitzung II:**
Therapie der Adipositas & Körpererfahrung (Saal Erwin Schrödinger, Ebene II)
- 10.00 – 10.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung
- 10.30 – 11.00 Uhr Pause
- 11.00 – 12.00 Uhr **Parallelsitzung IIIa:**
Therapie von Essstörungen (Saal Erwin Schrödinger, Ebene II)
- 12.00 – 12.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung
- 11.00 – 12.00 Uhr **Parallelsitzung IIIb:**
Therapie und Verlauf von Essstörungen (Saal Liechtenstein - Hayek, Ebene I)
- 12.00 – 12.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung
- 11.00 – 12.00 Uhr **Parallelsitzung IIIc:**
Neue Bereiche der Forschung (Saal Koestler-Von-Einem, Ebene I)

12.00 – 12.30 Uhr	Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung
12.30 – 14.00 Uhr	Mittagspause
14.00 – 15.30 Uhr	Parallele Workshops (Säle Ebene I und Ebene II & Hotel Alphof)
15.30 – 16.00 Uhr	Pause
16.00 – 16.30 Uhr	Postersitzung (Otto Molden-Foyer, Ebene II)
16.30 – 18.00 Uhr	Parallele Workshops (Säle Ebene I und II & Hotel Alphof)
18.00 – 19.00 Uhr	Generalversammlung der Österr. Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES) (Saal Erwin Schrödinger, Ebene II) / <i>General meeting of the Austrian Society on Eating Disorders (ASED)</i>
19.00 Uhr	Ende der Tagung / <i>Farewell until 2005</i>

Kongressprogramm

Freitag, 22. Oktober 2004

Ort: Saal Erwin Schrödinger, Ebene II, Congress Centrum Alpbach

9.00 Uhr: Eröffnung und Begrüßung

Elisabeth Zanon-zur-Nedden, Landesrätin für Gesundheit, Tirol

Günther Rathner, Obmann des Netzwerk Essstörungen & Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES)

Plenarsitzung Esstörungen, Neueste Erkenntnisse & Behandlung

Ort: Saal Erwin Schrödinger, Ebene II, Congress Centrum Alpbach

Vorsitz: Günther Rathner, Innsbruck

09.15 – 09.45 Uhr

Martina deZWAAN, Erlangen, D

Dissoziation und Essstörungen

09.45 – 10.15 Uhr

J. Hubert LACEY, London, UK

State-of-the-Art Treatment of Eating Disorders / *Simultanübersetzung: Die Behandlung von Essstörungen nach dem neuesten Stand der Wissenschaft*

10.15 – 10.45 Uhr

Christopher FAIRBURN, Oxford, UK

Evidence-based Treatment of Eating Disorders: Problems and Solutions /

Simultanübersetzung: Evidence-based Therapie für Essstörungen: Probleme und Lösungen

10.45 – 11.15 Uhr: Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung

11.15 – 11.45 Uhr: Pause

Parallelsitzung Ia: Frauengesundheit - Männergesundheit

Ort: Saal Erwin Schrödinger, Ebene II

Vorsitz: Beate Wimmer-Puchinger

11.45 – 12.00 Uhr:

Beate WIMMER-PUCHINGER, Wien, A

Essstörungen: Ein großes „Sorgenkind“ der Frauengesundheit?! Strategien für ein gemeinsames multiprofessionelles Anliegen

FREITAG

12.00 – 12.15 Uhr

Kathrin SEYFAHRT, München, D

Leib und Seele im Wandel

12.15 – 12.30 Uhr

Bernhard WAPPIS, Ferndorf, A

Essstörungen bei Männern

12.30 – 12.45 Uhr

Martina NÖSTER; Wien, A

Und wenn Du Dich damit beschäftigst ...: Ein Film von Betroffenen

12.45 – 13.15 Uhr: Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung

Parallelsitzung Ib: Medizinische Aspekte und Adipositas

Ort: Saal Liechtenstein – Hayek Ebene I

Vorsitz: Jörn von Wietersheim

11.45 – 12.00 Uhr:

Walburga WÜNSCH-LEITERITZ, Bad Bodenteich, D

Medizinische Komplikationen des Hungerzustandes bei Anorexia nervosa

12.15 – 12.30 Uhr

Peter LEIBERICH, Claas LAHMANN, Alexandra GANTNER-SINZ, Andrea HESSE, Karin TRITT, Thomas LOEW, Regensburg, D

Informationsverhalten bei schwerer Adipositas

12.30 – 12.45 Uhr

Sabine STUDENT, Martina deZWAAN, Erlangen, D

Adipositas: Operation als Lösung aller Probleme?

12.45 – 13.15 Uhr: Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung

13.15 – 14.30 Uhr: Mittagspause

FREITAG

Parallelsitzung IIa: Psychologische Forschung

Ort: Saal Erwin Schrödinger, Ebene II

Vorsitz: Burkard Jäger

14.30 – 14.45 Uhr

Andreas REMMEL, Heidelberg-Mannheim, D

Körperbild- & Körperschemastörungen bei PatientInnen mit Essstörungen

14.45 – 15.00 Uhr

Ana Paula COSTA, Ken ROTENBERG, Paul LATTIMORE, Staffordshire, UK

The Relationship between Eating Disorder Symptoms and Attribution Styles / *Das Verhältnis von Essstörungssymptomen und Attributionsstilen*

15.00 – 15.15 Uhr

Franz Laurens WOJCIECHOWSKI, Mieke deJONG, Maastricht, NL

Anorexia nervosa subtypes and personality co-morbidity: results of an empirical, dimensional study / *Anorexia nervosa Subgruppen und Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen: Resultate einer empirischen dimensionalen Studie*

15.15 – 15.30 Uhr

Karin WALDHERR, Angela FAVARO, Paolo SANTONASTASO, Tatjana vanSTRIEN, Günther RATHNER, Wien, Innsbruck, A; Padova, I; Nijmegen, NL

Ein interkultureller Vergleich des Eating Disorder Inventory-2: Holland, Italien & Österreich

15.30 – 16.00 Uhr: Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Plenarsitzung

16.00 – 16.30 Uhr: Pause

Parallelsitzung IIb: Früherkennung & Primäre Gesundheitsvorsorge

Ort: Saal Liechtenstein – Hayek Ebene I

Vorsitz: Maria Seiwald

14.30 – 14.45 Uhr

Beate WIMMER-PUCHINGER, Christine BISCHOF, Alexandra KOSCHIER, Wien, A

6 Jahre Hotline für Essstörungen des Wiener Programms für Frauengesundheit: Entwicklung – Erfahrungen – Fallbeispiele

14.45 – 15.00 Uhr

Christine KÖNIG, Wimpassing, A

Essstörungen aus schulärztlicher Sicht

15.00 – 15.15 Uhr

Katja ASCHENBRENNER, Florian ASCHENBRENNER, Bernhard STRAUß, Dresden, Jena, D

Störungen des Essverhaltens bei weiblichen und männlichen Schülern und Studenten

FREITAG

15.15 – 15.30 Uhr

Antje FUHRMEISTER & Hartmut IMGART, Bad Wildungen, D

Ernährungsberatung und gemeinsames Kochen mit jugendlichen Essgestörten

15.30 – 16.00 Uhr: Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Plenarsitzung

16.00 – 16.30 Uhr: Pause

Parallele Workshops

Ort: Säle in der Ebene I und Ebene & Hotel Alphof

Zeit: 16.30 – 18.00 Uhr

1. Martina GMEREK, Berlin, D

Essstörungen in der Kunsttherapie

2. Inke JOCHIMS, Berlin, D

Serotonin und Heißhunger

3. Günther RATHNER, Innsbruck, A

Weiterbildungs-Curriculum 2005/2007 „Therapie von Essstörungen“

4. Andreas REMMEL, Martina WOLF, Carmen BARTHOLOTH, Heidelberg-Mannheim, D

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) bei Anorexie, Bulimie und Binge-Eating Disorder

5. Ulley ROLLES, Spittal an der Drau, A

Der Weg zum Wunschgewicht – eine verhaltenstherapeutische Trainingsgruppe für Übergewichtige

6. Astrid VLAMYNCK, Berlin; D

Energetische Psychotherapie (EP) in der Behandlung von Essstörungen

7. Walburga WÜNSCH-LEITERITZ, Bad Bodenteich, D

Therapeutische Strategien zum Umgang mit anorektisch essgestörten Patienten

19.00 – 21.00 Uhr

Ort: Foyer, Ebene II, Congress Centrum Alpbach

Empfang des Netzwerk Essstörungen / *Welcome Reception of the Netzwerk Essstörungen, Congress Center Alpbach*

Samstag, 23. Oktober 2004

Plenarsitzung II
Therapie der Adipositas & Körpererfahrungen

Ort: Saal Schrödinger, Ebene II
Vorsitz: Martina de Zwaan

09.00 – 09.30 Uhr

Zafra COOPER, Oxford, UK

Cognitive-Behavioural Treatment (CBT) of Obesity: Background and Theory /

***Simultanübersetzung:* Kognitive Verhaltenstherapie der Adipositas: Grundlagen und Theorie**

09.30 – 10.00 Uhr

Michel PROBST, Leuven, BE

Bodily and movement experiences in eating disordered and obese patients: methods for

operationalization. / *Simultanübersetzung:* Körper- und Bewegungserfahrungen bei essgestörten und adipösen PatientInnen: Methoden zur Operationalisierung

10.00 – 10.30 Uhr: Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Plenarsitzung

10.30 – 11.00 Uhr: Pause

Parallelsitzung IIIa
Therapie von Essstörungen

Ort: Saal Schrödinger, Ebene II
Vorsitz: Karin Waldherr

11.00 – 11.15 Uhr

Annemarie RETTENWANDER, Innsbruck, A

Anorexia Nervosa und subjektive Krankheitstheorien

11.15 – 11.30 Uhr

Ferenc TÚRY, Andrea DÚLL, Budapest, HU

Home visits in eating disorders – the role of the environmental psychology in the family

therapy / *Simultanübersetzung:* Hausbesuche bei Essstörungen – Die Rolle der Umweltpsychologie in der Familientherapie

11.30 – 11.45 Uhr

Klaus LOGEMANN, Bremen, D

Von der Verzweiflung zur Hoffnung – ein betroffener Vater beschreibt die verschiedenen Phasen des familiären Zusammenlebens mit seiner magersüchtigen Tochter

11.45 – 12.00 Uhr

Andreas REMMEL, Heidelberg- Mannheim, D

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung von Essstörungen

12.00 – 12.30 Uhr: Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung

SAMSTAG

Parallelsitzung IIIb: Therapie und Verlauf von Essstörungen

Ort: Saal Liechtenstein-Hayek, Ebene I

Vorsitz: Ulrike Smrekar

11.00 – 11.15 Uhr

Walter DECKER-ZACHMANN, Andreas REMMEL, Heidelberg-Mannheim, D

Kreativtherapeutische Verfahren bei Störungen der Affektregulation und Körperrepräsentation

11.15 – 11.30 Uhr

Sabine HESCHGL, Graz, A

Die auftauchende Liebe zum eigenen Selbst: Tanztherapie und Bewegungsanalyse

11.30 – 11.45 Uhr

Jörn vonWIETERSHEIM, Christina HOFFMANN, Detlev SARGE, Walburga WÜNSCH-LEITERITZ, Ulm, Bad Bodenteich, D

Besteht ein Zusammenhang zwischen Veränderungsbereitschaft und klinischen Daten im Rahmen einer stationären Behandlung?

11.45 – 12.00 Uhr

Burkard JÄGER, Peter MALEWSKI, TR-EAT, Friedhelm LAMPRECHT, Hannover, D

Ist die Krankheitsentstehung und Aufrechterhaltung bei Bulimia nervosa bei unterschiedlichen Subgruppen durch unterschiedliche ätiologische Modelle erklärbar?

12.00 – 12.30 Uhr: Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung

Parallelsitzung IIIc Neue Bereiche der Forschung

Ort: Saal Koestler - Von-Einem, Ebene I

Vorsitz: Franz Laurens Wojciechowski

11.00 – 11.15 Uhr

Peter LEIBERICH, Karin TRITT, Claas LAHMANN, Samantha ERMER, Thomas LOEW, Regensburg, D

Emetophobie – Angststörung oder neue Form der Essstörung?

11.15 – 11.30 Uhr

Barbara MANGWETH, Claudia RUPP, Armand HAUSMANN, Karin ASSMAYR, Edith MARIACHER, Wilfried BIEBL, Innsbruck, A

Essverhalten und Körperbild bei Frauen zwischen 60 und 70 Jahren

11.30 – 11.45 Uhr

Pál SZABÓ; Debrecen, HU

Eating disorders and life quality: risk factors and protective factors, sociodemographic and psychological correlates / Essstörungen und Lebensqualität: Risiko- und protektive Faktoren, soziodemografische und psychologische Wechselwirkungen

SAMSTAG

11.45 – 12.00 Uhr

Katja ASCHENBRENNER, Florian ASCHENBRENNER, Bernhard STRAUß, Dresden, Jena, D
Der Kinderwunsch von Schülern und Studenten mit einem gestörten Essverhalten im Vergleich zu unauffälligen Jugendlichen

12.00 – 12.30 Uhr: Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Parallelsitzung

12.30 – 14.00 Uhr: Mittagspause

Parallele Workshops

Ort: Säle in der Ebene I und II & Hotel Alphof

Zeit: 14.00 – 15.30 Uhr

1. Helga BRUNNER, Sabine BLÄSING, Godehard STADTMÜLLER, Oberstdorf, D
Die Lehrküchen - Woche

2. Zafra COOPER, Deborah M. HAWKER, Oxford, UK
Cognitive-Behavioural Treatment (CBT) of Obesity / Kognitive Verhaltenstherapie der Adipositas

3. Ingrid FRISCH, München, D
Die Vier Kommunikationsmuster nach Virginia Satir. Ein Thema in der ambulanten Gruppenarbeit mit Mädchen im Alter von 13 bis 17.

4. Sabine HESCHGL, Graz, A
Die auftauchende Liebe zum eigenen Selbst: Tanztherapie und Bewegungsanalyse

5. Burkard JÄGER, Hannover, D
Unterschiedliche Ursachen der Krankheit? Therapeutische Konsequenzen der „Polyvalenz“ von Bulimie und Anorexie

6. Renate MICHEL, Susanne OTTO, Silke OLDENDORF, Andreas REMMEL, Heidelberg-Mannheim, D
Spiegel- und Videotraining zur Veränderung von Körperbild- und Körperschemastörungen bei PatientInnen mit psychogenen Essstörungen

7. Martina deZWAAN, Sabine STUDENT, Erlangen-Nürnberg, D
Die stationäre Therapie der Anorexia nervosa

15.30 – 16.00 Uhr: Pause

Zeit: 16.00 – 16.30 Uhr

Ort: Otto Molden-Foyer, Ebene II, Congress Centrum Alpbach

Vorsitz: Karin Waldherr, Andreas Karwautz

Die Poster hängen während der gesamten Kongressdauer an den Posterwänden. Bei der Posterbegehung wird jede/r AutorIn ein zweiminütiges Einleitungsstatement halten, danach besteht die Gelegenheit zur Diskussion.

Pantelis CHRISTODOULIDES, Karin WALDHERR, Günther RATHNER,
Innsbruck, A

Essstörungenrelevante Persönlichkeitsprofile von Profitänzerinnen, Hobbytänzerinnen und Psychologiestudentinnen

Helen HERTZSCH (Universität Landau, Institut für Kommunikationspsychologie und Medienpädagogik, D

Selbsthilfeplattformen im Netz: Erwartungen der User und tatsächlicher Nutzen

Helen HERTZSCH & Wolfgang GAWLIK, Buckenhof, D

Hungrig Online e.V. – Internetgestützte Basisinformationen und Selbsthilfe für Menschen mit Essstörungen

Hartmut IMGART, Helmut SCHMAL, Bad Wildungen, D

Behandlungsvoraussetzung für BMI-Veränderungen im stationären Therapieprozess

Ceri JONES, Harris GILLIAN, Leung NEWMAN, Birmingham, UK

Core beliefs and eating disorder recovery / Kernüberzeugungen und die Genesung von Essstörungen

Sylvia SMOLE-LINDINGER, Regina BERGER, Wien, A

Drogenabhängigkeit und Essstörung

Karin WALDHERR; Pantelis CHRISTODOULIDES, Günther RATHNER,
Innsbruck, A

Sekundärfaktoren des Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2)

Parallele Workshops

Ort: Säle in der Ebene I und II & Hotel Alpbach

Zeit: 16.30 – 18.00 Uhr

1. Volker BRACKE, Bad Grönenbach, D

Stationäre Psychotherapie bei Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Binge-Eating)

2. Markus FUMI, Silke NAAB, Prien, D

Psychotherapeutische Beziehungsgestaltung mit EssstörungspatientInnen

SAMSTAG

3. Sabine SCHOBERTH-BERNARD, Ingrid FRISCH, München, D
Essstörungsprävention – Workshops in der Schule

4. Klaus LOGEMANN, Bremen, D
Wir machen Eltern stark – Elternkreisarbeit als wichtige Unterstützung für den therapeutischen Prozess zur Bewältigung von Essstörungen

5. Evelin MÜLLER, Susanna SCHÖNWALD, München, D
Dialektisch-behaviorale Therapie bei Essstörungs-PatientInnen mit Borderline-Symptomatik: ein neuartiges Gruppenkonzept in den intensivtherapeutischen Wohngruppen pathways in München

6. Sandra OBEREMM, Weilheim, D
Hier und Jetzt – Du und Ich: Tanz- und Gestalttherapeutischer Ansatz bei Frauen mit Essstörungen in einer ANAD-Gruppe

7. Michel PROBST, Leuven, BE
Körper- und bewegungsorientierte Interventionen als Element der Behandlung essgestörter und adipöser PatientInnen

18.00 – 19.00 Uhr

Ort: Saal Schrödinger, Ebene II, Congress Centrum Alpbach

Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES) *General meeting of the Austrian Society on Eating Disorders (ASED)*

Vorkongress-Workshop
Behandlung von Essstörungen & Adipositas
Pre-Congress Workshop
Treatment of Eating Disorders & Obesity

21. Oktober 2004

Congress Centrum Alpbach, Tirol/Österreich

Es ist mir eine besondere Freude, für den Donnerstag, den 21. Oktober 2004 einen ganztägigen Workshop mit führenden internationalen ExpertInnen für Essstörungen in Alpbach anzukündigen. Dieser Workshop hat eine klinisch-therapeutische Ausrichtung und ist für in der Praxis oder Forschung tätige KollegInnen gedacht.

Univ.-Prof. Dr. Günther Rathner
Wissenschaftlicher Leiter
Kongress Essstörungen 2004

Die Teilnahme an diesem Workshop ist KongressteilnehmerInnen vorbehalten und nicht in der Kongressgebühr inkludiert. Bitte verwenden Sie das beiliegende Vorkongress-Workshop-Anmeldungsformular. Ihre Registrierung ist nur gültig nach Eingang der Workshop- und Kongressgebühr und wird erst dann bestätigt.

J. Hubert Lacey, London, UK

Inpatient treatment for Eating Disorders / Stationäre Behandlung von Essstörungen

Professor **J. Hubert Lacey**, M.D., Professor of Psychiatry & Head of the Dept. of Psychiatry, St. George's Hospital Medical School, is a leading clinician and researcher in the field. Professor Lacey has been involved in Eating Disorders for thirty years. He is Director of the St. George's Eating Disorders Service which is the largest in the UK. He is also Director of the Yorkshire Eating Disorders Service and Advisor to the Peninsular Service. He has written over 140 peer-reviewed papers. Professor Lacey established the European Council on Eating Disorders.

Gerry Butcher, Dublin, Ireland

Engaging the eating disorder client in the process of therapy / Wie kann ich die essgestörte Klientin für die Behandlung gewinnen?

Gerry Butcher, M.Sc., is a clinician and psychotherapist with longstanding experience in the treatment of eating disorders, working in a general practice setting in Dublin City Centre. Affiliated to the Faculty of Nursing, Royal College of Surgeons in Ireland and the University of Ulster in Northern Ireland. He was Co-Chair of the European Council on Eating Disorders (ECED) Meeting in Dublin, 1995 and is on the Steering Committee of the ECED. He is responsible for developing and teaching the first multidisciplinary training course in eating disorders („Theory & Therapy of Eating Disorders“) in Ireland commencing in 2004.

Christopher G. Fairburn, Oxford, UK

Transdiagnostic Cognitive-Behavioural Treatment (CBT) for Eating Disorders / Transdiagnostische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei Essstörungen.

Professor **Christopher G. Fairburn**, M.D., is internationally renowned for his contributions to eating disorders and their treatment; he is especially well known for his work developing and evaluating new treatments for eating disorders including cognitive behaviour therapy and interpersonal therapy. He is Wellcome Principal Research Fellow and Professor of Psychiatry at the University of Oxford. He has published extensively in the field and is coeditor of *Eating Disorders and Obesity*, and *Binge Eating*, and the author of *Overcoming Binge Eating*.

TeilnehmerInnenzahl: begrenzt auf 35 TeilnehmerInnen, Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Einlangens berücksichtigt.

Sprache: Englisch; die TeilnehmerInnen erhalten Handouts und eine Teilnahmebestätigung (8 Ausbildungseinheiten).

Zeit: 21. Oktober 2004, 9.00-10.30 (Lacey), 11.00-12.30 (Butcher),
14.30-16.00 (Fairburn), 16.30-18.00 (Fairburn)

Ort: Congress Centrum Alpbach, Tirol/Österreich

Kosten: siehe Workshop-Anmeldeformular

Pre-Congress Workshop Treatment of Eating Disorders & Obesity

The Convenor and Congress Chairman Prof. Günther Rathner, Ph.D. is pleased to announce a full-day Clinical Workshop on Thursday, October 21, 2004 in Alpbach, preceding the formal Congress program. The sessions will be led by leading international authorities on Treatment of Eating Disorders and are aimed at enhancing the clinical skills of attendees.

Attendance is limited to professionals (clinicians and researchers) registered at the Congress. Not included in the Congress Registration fee; please use the additional Pre-Congress Workshop Registration form. The workshop fee includes participation, handouts and certificate of attendance.

Number of participants: limited to 35 participants; registrations will be enrolled on a „first come, first served“ basis. **Workshop registration will not be confirmed until payment for congress and workshop in full.**

Language: in English; Handouts and a certificate of attendance (8 hours medical education) are provided for participants.

Timetable: 9.00-10.30 (Lacey), 11.00-12.30 (Butcher), 14.30-16.00 (Fairburn), 16.30-18.00 (Fairburn)

Venue: Congress Centre Alpbach, Tyrol/Austria

Costs: see Workshop registration form

Kurzfassungen der Vorträge, Workshops und Poster

Freitag, 22. Oktober 2004

Plenarsitzung – Hauptvorträge 09.15 – 11.15 Uhr

Esstörungen, Neueste Erkenntnisse & Behandlungen

Martina de Zwaan (Psychiatrische Klinik Universität Erlangen-Nürnberg, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Erlangen, Deutschland)

Dissoziation und Essstörungen

Der Begriff Dissoziation wurde bereits 1889 von P. Janet eingeführt. Er beschrieb damit die Abspaltung gewisser Erlebnisanteile aus dem Bewusstsein und führte dies auf "Selbsthypnose" zurück. Heute verstehen wir unter Dissoziation eine Störung der normalen Integration von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt. Neben Stupor, Amnesie, Fugue, Identitätsstörung und tranceartigen Zuständen, sind vor allem Depersonalisation und Derealisation häufig. Die Phänomene werden im klinischen Alltag oft übersehen, lassen sich schwer in Worte fassen und sollten aktiv erfragt werden. Die Betroffenen haben nicht selten die Befürchtung, man könnte sie "für verrückt" halten. Mit dem Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS, Freyberger et al., 1993) liegt ein gut validiertes Screeninginstrument vor. Erst vor kurzem wurde auch die Cambridge Depersonalisations-Skala (CDS) ins Deutsche übersetzt (Michal et al., 2004). Zahlreiche empirische Befunde belegen eine erhebliche Korrelation zwischen Dissoziation und der Selbsteinschätzung früherer traumatischer Erfahrungen wie Missbrauch oder Vernachlässigung. Die Dissoziation kann als neurobiologischer Schutzmechanismus gesehen werden, der den Organismus vor überfordernden Belastungen bewahrt. Dissoziative Phänomene werden häufig bei trauma-assoziierten Störungen wie der posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline Persönlichkeitsstörung gefunden. Die Frequenz bei PatientInnen mit Essstörungen liegt zwischen 20% und 50%, wobei PatientInnen mit bulimischer Symptomatik häufiger betroffen zu sein scheinen. Es liegen erste offenen Untersuchungen zur Psycho- und Pharmakotherapie dissoziativer Phänomene vor.

J. Hubert Lacey (Department of Mental Health, Psychiatry, St George's Hospital Medical School, London, United Kingdom)

Anorexia Nervosa – the State of the Art

For clinical researchers of bulimia, the last two decades have been a therapeutic success; the evidence-base of the treatment for adults with anorexia nervosa, however, has changed little. Treatment remains empirical and response perplexing to the rational clinician. Little wonder that researchers are frustrated that anorexia fails to respond consistently to treatment, including those carefully crafted from successful treatments in bulimia. There is a pressing need for more enquiry into entire programmes rather than models of therapy. The matter becomes more complex because programme-mix, structure, ethos, therapeutic goals, together with the composition of multidisciplinary teams and their management style, are probably at least as important as the therapy itself.

Anorexia Nervosa – Die Behandlung von Essstörungen nach dem neuesten Stand der Wissenschaft

Bei der Bulimie waren die letzten zwei Jahrzehnte für klinische Forscher therapeutisch erfolgreich; die Evidenzbasis der Therapie für Erwachsene mit Anorexia Nervosa hingegen änderte sich nur wenig. Die Behandlung bleibt empirisch und das Resultat verwirrt den rationalen Kliniker. Kein Wunder, daß Forscher frustriert reagieren, da die Anorexie keine konsistente Ansprecherung auf Therapie zeigt, inklusive der sorgsam übernommenen Strategien aus erfolgreichen Bulimiebehandlungen. Es besteht vielmehr dringender Bedarf an weiteren Untersuchungen der gesamten Programme als einzelner Therapiemodelle. Die Thematik erweist sich als noch komplexer, da Programm-Mix, Struktur, Ethos, therapeutische Zielsetzungen gemeinsam mit der Zusammensetzung multidisziplinärer Teams und deren Managementstil offensichtlich genauso ausschlaggebend sind wie die Therapie selbst.

Christopher G. Fairburn (University of Oxford, Department of Psychiatry, Oxford, United Kingdom)

Evidence Based Treatment for Eating Disorders – Problems and Solutions

In this presentation the research on the treatment of eating disorders will be reviewed, focusing particularly on the recent systematic review produced by the UK National Institute for Clinical Excellence (NICE; www.nice.org.uk). It will be concluded that while evidence-based treatment of bulimia nervosa is possible and indeed desirable, this is not true of anorexia nervosa or the atypical eating disorders. Future directions for research on the treatment of eating disorders will be identified and new data presented.

Evidenzbasierte Therapie für Essstörungen: Probleme und Lösungen

In dieser Präsentation wird die Behandlung von Essstörungen einer Prüfung unterzogen, indem speziell auf die aktuelle systematische Überprüfung der Ergebnisse, herausgegeben vom National Institute for Clinical Excellence (NICE; www.nice.org.uk), eingegangen wird. Zusammenfassend stellt sich heraus, dass evidenzbasierte Therapie bei Bulimia Nervosa möglich und durchaus wünschenswert ist, hingegen bei Anorexia Nervosa und atypischen Essstörungen nicht einsetzbar ist. Zukünftige Forschungsrichtungen zur Behandlung von Essstörungen werden bestimmt und neue Daten präsentiert

Parallelsitzung Ia 11.45 – 13.15 Uhr

Frauengesundheit - Männergesundheit

Beate Wimmer-Puchinger (Fonds Soziales Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit, Wien, Österreich)

Essstörungen: Ein großes "Sorgenkind" der Frauengesundheit?! – Strategien für ein gemeinsames multiprofessionelles Anliegen

Einstellungen, Haltungen, Emotionen im Zusammenhang mit Essverhalten konstituieren sich aus einem Zusammenspiel und der entsprechenden Psychodynamik mehrerer Dimensionen und Ebenen. Neben den physiologischen Faktoren sind die individuellen psychischen Prozesse und

deren Rückkoppelungen auf internalisierte Körperbilder ebenso relevant wie soziologische und gesellschaftliche Dimensionen. Diese verstärken Uniformierung und Standardisierung von Körperbildern und Körpermaßen in Relation zu klaren (Ab-)Wertungen.

Die Wirkung dieser Standards ist in zahlreichen Metaanalysen in der internationalen Literatur evident und bestätigt soziologische wie feministische Ansätze zu den Erklärungsmodellen von Essstörungen. Allen Studien gemeinsam ist die Erkenntnis: „Gender matters“. Die Relation ist 1:10 bei klinischen Symptomen von Essstörungen, von Anorexie und Bulimie und deren Subformen. In dieses Bild passt auch der international beobachtete Anstieg des Onsets der Erkrankungen bei Frauen ab 40.

Deutlich wissenschaftlich belegt sind die häufigen Komorbiditäten und langfristigen massiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Angesichts der wissenschaftlichen Theoriebildungen, verschiedenen psychotherapeutischen Erklärungsmodellen, Zugängen und deren Settings (Familientherapie, Einzel-, Gruppentherapie) sind strukturelle gemeinsame Strategiebildungen primärer und sekundärer Prävention über lokale Modellversuche hinaus kaum adressiert.

Eine gesellschaftliche, globale, deutlich die Psyche und den Körper schädigende mediale Botschaft, die das Erscheinungsbild und die Gesundheit von Mädchen und Frauen beeinträchtigt, verlangt jedoch nachhaltige, gemeinsame und globale Ziele und Strategien, die weit über individuelle Therapieansätze hinausgehen.

Kathrin Seyfahrt (Selbsthilfezentrum Münchner Essrunde, München, Deutschland)

Leib und Seele im Wandel

„Eigentlich bin ich seit ich denken kann unterwegs: zu einer schlankeren Figur, zu einem schickeren Aussehen, dünneren Beinen... Es ist, als wäre ich ständig auf Reisen, aber ich komme nie richtig an.“ (*Betroffene, Mitte vierzig*)

Magersucht und Bulimie sind längst nicht mehr nur Probleme pubertierender Teenager und ganz junger Frauen. Zunehmend erkranken Frauen in der zweiten Lebenshälfte an Essstörungen. An prominenten Vorbildern mangelt es nicht.

Wenn sich die Figur verändert und das Idealbild des straffen, schlanken Körpers nicht mehr zu verwirklichen ist, glauben viele Frauen an Wert zu verlieren. Mit aller Macht versuchen sie dem entgegenzuwirken, indem sie sich in teuren Fitness-Studios trimmen, sich kostspieligen, riskanten Schönheitsoperationen aussetzen, oder... sich immer wieder neuen Diäten unterziehen, hungern, bzw. essen und erbrechen.

Kaum eine Phase im Leben vieler Frauen wird mit so viel Ablehnung und Ängsten erwartet, wie die des Älterwerdens und des Wechsels. So sind gerade die Wechseljahre häufig überfrachtet mit Vorurteilen und Abwertungen. Ganz anders in weniger industrialisierten Ländern, Ländern der sogenannten Dritten Welt zum Beispiel, da gibt es Kulturen, in denen der Prozess des Älterwerdens Grund und Anlass bietet, ein Fest zu feiern. Denn mit dem Verlassen der Zeit des Kindergebären-Könnens bewegen sich die Frauen in eine tiefere Phase. Eine Phase auch von spirituellem Bewusstsein. In solchen Ländern wird die Frau nicht selten zur „weisen Frau“, der man Beachtung schenkt und die man verehrt.

Wenn wir Frauen lernen, die Wechseljahre als Wandeljahre anzunehmen, wenn wir erkennen, dass die Weisheit des Alters einen Nährwert hat, und dass das mehr ist als nur schönes Aussehen, dann haben auch wir wieder eine Chance zur „weisen Alten“ zu werden.

Bernhard Wappis (Ferndorf, Österreich)

Essstörungen bei Männern

"Die ganze Welt" spricht von Essstörungen (Anorexie und Bulimie) bei Frauen/Mädchen. Lt. einer Studie des Instituts für Medizinische Psychologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena (<http://www35.gmx.net/de/cgi/derefer?TYPE=1&DEST=http%3A%2F%2Fidw%2Donline%2Eede%2Fpublic%2Fzeige%5Fpm%2Ehtml%3Fpmid%3D48876>), leidet bereits jede dritte Schülerin in Deutschland an Frühformen von Essstörungen.

Was in diesem Zusammenhang jedoch sehr selten thematisiert wird ist, dass Essstörungen auch bei Männern stark im ansteigen sind. Häufig "scheint" es, dass das "Schreckgespenst Essstörung", nur Mädchen und Frauen zu betreffen scheint - also ein Thema für Mädchen, nicht aber für Jungen ist. Dabei sind lt. Studien (vgl. Helden enttäuschen einen immer, 25.4.2001, S. 1 f) ca. 10-15 % (!) aller Menschen mit Essstörungen Männer zwischen 18 und 40 Jahren (die Zahlen differieren hier sehr stark) und auch andere Studien belegen diese Zahlen.

Doch Magersucht und Bulimie sind nicht erst seit Sven Hannawald (1,83 m / 54 kg) – der dies zwar heftig dementiert, doch die Fakten sprechen für sich – und dem Finnen Lattinen – einen weiteren Leichtgewicht aus dem „Springerzirkus“ (1,85 m / 63 kg)¹, auch ein „Männer-Thema“, sondern es gibt auch einige historische Beispiele, die in ein ähnliches Licht führen. Bspw. Franz Kafka (1883-1924). Er schildert in der Novelle „Ein Hungerkünstler“ die Euphorie des Hungerns anhand der Geschichte eines Fastenden, der sich als Zirkusattraktion verkauft. Starb Kafka an den Folgen einer Lungentuberkulose oder war er magersüchtig?²

Mir ist dieses Thema so wichtig, da ich selbst über 9 Jahre lang an Anorexie und Bulimie erkrankt war (bis vor ca. 1,5 Jahren). Daher ist es mir ein besonders großes Anliegen, dieses Krankheitsbild auch Männern "zuzugestehen" und in der Öffentlichkeit zu thematisieren.

Da es mich im Verlauf meiner Krankheit auch sehr geärgert hat, dass Essstörungen in der Öffentlichkeit "fast ausschließlich" nur im Zusammenhang mit Frauen erwähnt wurden und ich mich dabei als "männlich Betroffener" nicht angesprochen und ausgeschlossen gefühlt habe, bin ich auch gerade dabei, meine Erfahrungen mit der Krankheit in einem Buch (Autobiographie - Arbeitstitel: "*Auch Männer kotzen einsam oder Man(n) spricht darüber nicht*") zusammenzufassen und betroffenen Männern, deren Angehörigen, sowie der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

¹ Vgl. <http://www.maja-langsdorff.de/medmagma.htm>, 2.8.2004

² Vgl. Schmidinger, 1998, S. 13

Martina Nöster (Frauengesundheitszentrum FEM; Wien, Österreich)

Und wenn Du Dich damit beschäftigst – Ein Film von Betroffenen

Das Video, von KlientInnen des Frauengesundheitszentrums F.E.M. geplant und umgesetzt, ist im Zuge ihrer Auseinandersetzung mit der Krankheit entstanden. Das Projekt unterstützte die Mädchen während ihres Heilungsprozesses in der Begegnung mit dem Wahrnehmen, Erleben und Ausdrücken ihrer Gefühle im Zusammenhang mit ihrer Essstörung. Es half ihnen, neue Aspekte der Krankheit zu erkennen und diese nach außen zu transportieren. Der Wunsch der Mädchen ist es auch mit Hilfe dieses Mediums anderen Mädchen in deren Bewusstseinsprozess zu unterstützen

und Mut zu machen, Hilfe aufzusuchen und anzunehmen. Mit viel Kreativität, Engagement und Experimentierfreude entstand ein spannender Film, der sowohl ExpertInnen, Angehörigen als auch Betroffenen neue Gesichtspunkte zu diesem Thema präsentiert.

Im anschließenden Vortrag werde ich auf den Prozess, der vor, während und nach den Dreharbeiten zu diesem Film entstand, aus psychotherapeutischer (Psychodrama) Sicht eingehen.

Parallelsitzung Ib 11.45 – 13.15 Uhr

Medizinische Aspekte und Adipositas

Walburga Wunsch-Leiteritz (Seepark Klinik, Bad Bodenteich, Deutschland)

Medizinische Komplikationen des Hungerzustandes bei Anorexia nervosa

Beschrieben werden typische medizinische Komplikationen bei Patienten mit Anorexia nervosa. Die Häufigkeitsangaben beziehen sich auf unser Krankengut (Seepark Klinik Bad Bodenteich, Zentrum für Essstörungen) nach Auswertung der letzten 100 hier stationär behandelten Fälle mit einem BMI von 9,8 bis 17,5 kg/m², im Mittel 14,8. Typische Komplikationen werden beschrieben, in ihrer Häufigkeit bewertet und auf ihre Abhängigkeit vom BMI überprüft. Gleichzeitig wird auf therapeutische Strategien zum Umgang mit den Komplikationen und Folgeschäden der Magersucht eingegangen.

Peter Leiberich, Claas Lahmann, Alexandra Gantner-Sinz, Andrea Hesse, Karin Tritt, Thomas Loew (Schwerpunkt Psychosomatik, Klinik für Innere Medizin II, Universität Regensburg)

Informationsverhalten bei schwerer Adipositas

Ausgangspunkt: Gewichtsreduktionsprogramme setzen einen wichtigen Schwerpunkt auf die Informationsvermittlung. Wie gut sind behandlungsbedürftige adipöse Menschen vor einem einjährigen Kurs informiert?

Methode: 37 Optifast⁵²-Kursteilnehmer (17-71 Jahre alt, Durchschnitt 47,5; 17,7 Jahre adipös; 62% weiblich; BMI>30) füllten vor Beginn der wöchentlichen Gruppentreffen einen Fragebogen zu ihrem Informationsverhalten aus.

Ergebnisse: Mit einem Mittelwert von 3,6 auf einer 5teiligen Likert-Skala (5=sehr gut, SD ,93) lag der selbst eingeschätzte Informationsstand sehr hoch. 78% wünschten zusätzliche Informationen zu Ursachen der Adipositas (59.5%), seelischen Folgen, Diät und Sport (43,2%). Wichtigste Informationsquellen: Gespräch mit Hausarzt, Zeitung (je 59,5%), TV Gesundheitsmagazine (45,9%), Gespräch mit Angehörigen (32,9%) und anderen Betroffenen (27,0%), Selbsthilfegruppe (24,3%). Die wichtigsten früheren Therapieversuche waren Ernährungsberatung (43,2%), Diät in Eigeninitiative (67,6%), Selbsthilfegruppe (32,4%), stationäre Reha (24,3%). Die Bewältigungsaktivität und das kognitive Coping der vor allem durch Selbstkontroll- (64,9%) und Bewegungsmangel (73,0%) verursachten Adipositas lagen nur im mittleren Bereich (2,64 auf 5teiliger Skala, SD 1,17 bzw. 2,77; SD 1,31).

Schlussfolgerungen: Der gute Vorinformationsstand unserer Teilnehmer wurde vor allem in Gesprächen mit Hausarzt, Angehörigen und Betroffenen und in gängigen Massenmedien erworben. Neue Medien wie das Internet spielen bisher keine nennenswerte Rolle. Die meisten Befragten haben nicht nur erfolglose Diäten hinter sich, sondern wünschen sich mehr Informationen zu den Themen, die im Mittelpunkt des von ihnen gewählten Optifast-Programms stehen.

Kontakt:peterleiberich.medhungrig@freenet.de

Sabine Student, Martina deZwaan (Psychiatrische Klinik Universität Erlangen-Nürnberg, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Erlangen, Deutschland)

Adipositas: Operation als Lösung aller Probleme?

Die Prävalenzraten für Adipositas (BMI > 30 kg/m²) sind weltweit alarmierend gestiegen. In den USA sind nach Angaben des U.S. Department of Health and Human Service ca. 25 % der Erwachsenen adipös. Auch Deutschland zeichnet sich im internationalen Vergleich durch eine hohe Adipositasrate aus: In Westdeutschland leiden laut Bundesministerium für Gesundheit ca. 19,5 % der Frauen bzw. ca. 17,3 % der Männer, in Ostdeutschland ca. 25,5 % der Frauen und ca. 20,6 % der Männer unter Adipositas. Es wird zunehmend deutlicher, dass konservative Therapiemethoden durch Diäten und Aktivitätssteigerung bestenfalls zu einer geringen Gewichtsreduktion führen (ca. 5-10 % des Ausgangsgewichts). Zudem sind die Langzeitverläufe oft frustrierend, da 95 % der Betroffenen das verlorene Gewicht wieder zunehmen („Jojo Effekt“). Dagegen setzt sich die Adipositaschirurgie als Methode zur Behandlung massiven Übergewichts (BMI>40) mehr und mehr durch. Trotzdem können 20-30 % der Operierten nicht von einer chirurgischen Intervention profitieren, sodass die Frage nach psychischen Faktoren, die den postoperativen Verlauf beeinflussen, zunehmend an Bedeutung gewinnt. Obwohl sich psychopathologische Symptome und psychosoziale Faktoren in der Regel nach der Operation verbessern und somit einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität nehmen, so scheinen doch einige Patienten und Patientinnen postoperativ Probleme im psychosozialen Bereich sowie im Bereich des Essverhaltens zu entwickeln. Der vorliegende Beitrag stellt unter Einbeziehung eigener empirischer Daten die Probleme und Chancen der chirurgischen Adipositaschirurgie dar.

Parallelsitzung IIa 14.30 – 16 Uhr

Psychologische Forschung

Andreas Rimmel (Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Fakultät für Klinische Medizin der Universität Heidelberg-Mannheim, Deutschland)

Körperbild- und Körperschemastörungen bei PatientInnen mit Essstörungen

Der Vortrag erläutert die Grundkonzepte von Körperbild- und Körperschemastörungen, Körperkonzepten und Körperrepräsentationen, und gibt einen Überblick über Diagnoseinstrumente und die empirische Datenlage zu Körperrepräsentationen und Körperkonzepten bei PatientInnen mit psychogenen Essstörungen.

Es werden eigenen Forschungsarbeiten und hier insbesondere experimentelle Paradigmen und moderne bildgebende Verfahren zur Erfassung von Körperrepräsentationen von PatientInnen vorgestellt.

Ana Paula Costa, Ken Rotenberg, Paul Lattimore (Keele University, Department of Psychology, Staffordshire, United Kingdom)

The Relationship between Eating Disorder Symptoms and Attribution Styles

Attributional style refers to stable differences in individuals' perceptions of the causes of behaviour that vary according to three dimensions: locus of control (internal or external), globality (global or

specific), and stability (stable or unstable). Researchers have examined the extent to which eating disorders are linked to two different models of learned helplessness attribution styles: a negative attribution style, and an external attribution style. Some researchers found that eating disorder symptoms are associated with a negative attribution style for general life events. Other researchers found that eating disorder symptoms are associated with an external attribution style for food consumption. The present study was designed to examine whether the conflicting findings may be due to the domain of attributions: general life events versus food consumption. In addition, the study was designed to examine the psychological maladjustment accompanying the different models of learned helplessness attribution styles.

In the study, 85* female university students were administered the Stirling Eating Disorder Scales as a measure of eating disorder symptoms, the Beck Depression Inventory as a measure of depression, the Eating Attribution Style Questionnaire as a measure of attribution styles for food consumption, and the Attributional Style Questionnaire as a measure of attribution styles for general life events. It was found that bulimic symptoms were correlated with the negative attribution style for negative achievement events and with the external attribution style for food consumption. Also, it was found that anorexic symptoms were correlated with the external attribution style for food consumption. Moreover, both depressive symptoms and low self-esteem were correlated with each type of eating disorder symptom (bulimic and anorexic) and with each type of learned helplessness attribution style (negative and external). The results demonstrated that the association between eating disorder symptoms, notably bulimic symptoms, and attribution styles were domain specific. The implications of the findings regarding clinical interventions are briefly discussed.

* Until October data from another 100 participants will be integrated in the already reported data from 85 participants.

Franz Laurens Wojciechowski & Mieke de Jong (University Hospital, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, Maastricht, The Netherlands)

Anorexia nervosa subtypes and personality co-morbidity: results of an empirical, dimensional study

Axis II DSM IV personality co-morbidity is a frequent occurrence in anorexia nervosa. There is some empirical evidence that the two subtypes of anorexia nervosa, viz. the restricting and the binge-purging subtype, are differentially associated with Axis II co-morbidity. These empirical studies often suffer from methodological and/or conceptual inadequacies that preclude firm conclusions concerning this relationship which in turn may guide therapeutical efforts. Notable the dominant trend of diagnosing Axis II co-morbidity categorically instead of dimensionally, may obscure all but the most blatant differences.

The present study presents the results of an empirical study of co-morbid personality pathology in 92 consecutive anorexia patients (restricting subtype, n=71; binge-purging subtype, n=21) of the Eating Disorders Unit of the University Hospital of Maastricht. Axis II co-morbidity was measured dimensionally with the Dutch Selfreport form of the International Personality Disorder Examination. Significant variation in Axis II co-morbidity profiles were found between the two anorexia nervosa subtypes. Clinical implications will also be presented.

Karin Waldherr, Wien, Österreich; Angela Favaro, Padua, Italien; Paolo Santonastaso, Padua, Italien; Tatjana van Strien, Nijmegen, Niederlande; Günther Rathner

Ein interkultureller Vergleich des Eating Disorder Inventory-2: Holland, Italien & Österreich, Innsbruck, Österreich

Das Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1991) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der einerseits für Essstörungen spezifische Verhaltens- und Einstellungsdimensionen erfasst (wie übermäßige Beschäftigung mit der Figur sowie Tendenz zu Fressanfällen) und andererseits auch allgemeine für die Entwicklung von Essstörungen als relevant betrachtete psychologische Dimensionen wie z.B. Perfektionismus, Minderwertigkeitsgefühle, etc. Das EDI-2 wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt und ist eines der weltweit am häufigsten verwendeten standardisierten Instrumente für Essstörungen. Ziel der vorliegenden Studie war ein Vergleich der Scores aus drei europäischen Ländern, die sich sowohl bezüglich der Sprache als auch bezüglich der Kultur unterscheiden (Niederlande, Österreich und Italien) um festzustellen, ob die Verwendung gemeinsamer Normen in Europa möglich wäre. Die Stichprobe bestand aus insgesamt 2724 weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen im Risikoalter zwischen 13 und 35 Jahren. Aufgrund signifikanter Altersunterschiede wurde die Stichprobe in drei Altersgruppen geteilt: a) 14-15.9 Jahre; b) 16-18.9 Jahre; c) 19 Jahre und älter. In allen drei Altersgruppen gab es bei einzelnen Subskalen statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen zumindest zwei der drei Länder. Ob diese Differenzen auf kulturelle Unterschiede zwischen nord- und südeuropäischen Ländern oder Unterschiede in den Übersetzungen zurückzuführen sind, wäre noch in weiteren empirischen Studien mit geeignetem Untersuchungsdesign zu klären. Vorläufig jedoch kann die Verwendung gemeinsamer Normen für nord- und südeuropäische Länder nicht empfohlen werden.

Parallelsitzung IIb 14.30 –16.00 Uhr

Früherkennung & Primäre Gesundheitsvorsorge

Beate Wimmer-Puchinger, Christine Bischof, Alexandra Koschier (Fonds Soziales Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit, Wien, Österreich)

6 Jahre Hotline für Essstörungen des Wiener Programms für Frauengesundheit: Entwicklung – Erfahrungen – Fallbeispiele

0800 / 20 11 20

hilfe@essstoerungshotline.at

Die Hotline für Essstörungen des Wiener Programms für Frauengesundheit wurde im Herbst 1998 eingerichtet und bietet eine kostenlose und anonyme telefonische Beratung. Als zeitgemäße Weiterentwicklung eines konsequenten Programms zur Beratung und Betreuung von Menschen, die direkt oder indirekt von Essstörungen betroffen sind, wurde vor einem Jahr zusätzlich eine Email-Beratung installiert.

Damit trägt die Hotline für Essstörungen, welche sich innerhalb der vergangenen 6 Jahre als wichtige Einrichtung in der niederschweligen telefonischen Beratung von Betroffenen und Angehörigen etabliert hat, zu einer weiteren Enttabuisierung von Essstörungen in der Öffentlichkeit bei.

Die Beraterinnen der Hotline präsentieren die Entwicklung von 1998 bis 2004 anhand der laufenden Evaluation unter besonderer Berücksichtigung des Vergleiches zwischen telefonischer

Beratung und Email-Beratung, ihre Erfahrungen mit Präventionsvorträgen an Wiener Schulen unter Verwendung eines speziell dafür produzierten Videos und Fallbeispiele zur Veranschaulichung des Beratungsprozesses.

Christine König (Bundesgymnasium Neunkirchen, Wimpassing, Österreich)

Essstörungen aus schulärztlicher Sicht

In diesem Referat möchte ich über Erfahrungen aus meinem 15jährigen Schulärztedasein an einem niederösterreichischen Gymnasium mit knapp 900 Schülern berichten (wobei die Mädchen in der Überzahl sind).

Zunächst werde ich der Frage nachgehen, welche Informationen die Schüler im regulären Unterricht über Essstörungen erhalten. So gibt es Schwerpunkte zu dieser Thematik in den Fächern Biologie (4. Klasse) und Psychologie (7. Klasse) sowie fächerübergreifende Projekte. Oftmals wird das Thema auch von den Schülern selbst bei Referaten oder Aufsätzen ausgewählt.

Neben Vorträgen bei Lehrerkonferenzen und dem Elternverein habe ich auch auf meiner Schulärzte-Homepage einen entsprechenden Teil eingerichtet. Neben all diesen Informationen (als Teilaspekt einer Primärprävention) kommt meines Erachtens der Früherkennung bzw. Sekundärprävention von Seiten der Schule höchste Bedeutung zu. Die Schüler verbringen sehr viel Zeit in der Schule und sie tun dies unter unterschiedlichsten Rahmenbedingungen; hier ist z.B. die Aufmerksamkeit von Turn- und Kochlehrern besonders gefragt. Darüber hinaus werden die Schüler zwischen Schuleintritt (Durchschnittsalter 10,5 a) und Schulaustritt (ca. 18,5 a) einmal jährlich von mir untersucht, wobei u.a. jeweils auch Größe und Körpergewicht bestimmt werden. Bei Auffälligkeiten kann ein Vier-Augengespräch zwischen Schülerin und Schulärztin angeschlossen werden. (Auch Schulärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht). Je nach Gefährdungsgrad können weiterführende Schritte (von der Empfehlung zur Blutabnahme bis hin zur Psychotherapie) vereinbart werden. Liegt keine akute Gefährdung vor, beschränke ich mich zunächst auf Aufklärung, Tipps zu Literatur und Internet und vereinbare einen Kontrolltermin. Besonders wichtig ist mir die Zusammenarbeit mit Lehrkörper, Eltern, Hausärzten, Psychotherapeuten usw.

Katja Aschenbrenner¹, Florian Aschenbrenner¹, Bernhard Strauß²
(¹Universitätsklinikum der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie & Psychosomatik, ²Friedrich-Schiller Universität Jena, Institut für Medizinische Psychologie, Deutschland)

Störungen des Essverhaltens bei weiblichen und männlichen Schülern und Studenten

Für die Entwicklung geeigneter Konzepte zur Prävention und Früherkennung von Essstörungen ist es wichtig, die Häufigkeit und Ausprägung gestörten Essverhaltens in der entsprechenden Risikopopulation zu untersuchen und die Bedingungen, welche die Entstehung und Weiterentwicklung solcher Symptome erklären können, genauer zu erforschen.

In der vorliegenden Studie wurden 736 weibliche und männliche Gymnasiasten und Studenten verschiedener Institutionen aus Ost- und Westdeutschland untersucht. Die Größe und das Gewicht der Probanden wurden durch die Projektleiter selbst bestimmt. In Anlehnung an eine Studie aus der Schweiz von Buddeberg-Fischer (2000) wurden – ausgehend vom Summenwert des Eating Attitudes Test (EAT) – drei (Risiko-)Gruppen gebildet, die sich im Ausmaß auffälligen Essverhaltens unterschieden. 28,5% der Frauen und 12,6% der Männer zeigten deutliche Auffälligkeiten in ihrem Essverhalten. Die Gymnasiastinnen waren besonders häufig betroffen: 20,9% hatten ein mittleres und 14,4% ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Essstörung.

Weiterhin wurde die Häufigkeit der Anwendung gewichtsregulierender Maßnahmen erhoben. Je ausgeprägter die Auffälligkeiten des Essverhaltens bei den Frauen waren, desto signifikant häufiger wurden Diäten, Fastentage oder Medikamente zum Abnehmen angewendet. Probanden mit dem Risiko für eine Essstörung zeigten außerdem signifikant höhere Werte auf den Skalen des Eating Disorder Inventory (EDI) zur Erfassung von Psychopathologie und eine stark verzerrte Körperwahrnehmung. Entscheidender als das tatsächliche Übergewicht stellte sich das Gefühl des Übergewichtig-Seins als Prädiktor für den Schweregrad des gestörten Essverhaltens dar.

Durch die Ergebnisse der Arbeit konnten zahlreiche Erkenntnisse für die Entwicklung, Anwendung und Durchführung präventiver Maßnahmen im schulischen und universitären Bereich gewonnen werden. Die Untersuchung wurde mit dem Promotionspreis des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) ausgezeichnet.

Disturbed Eating Behaviour among Female and Male Highschool and University Students

For the development of suitable preventive programs for eating disorders it is important to examine the prevalence and severity of disturbed eating behaviour in the corresponding risk population as well as to investigate the conditions that might explain their emerge and further progression. Based upon this background 736 female and male highschool and university students of different institutions from Eastern and Western parts of Germany were examined. The height and weight were measured by the investigators themselves. In accordance to the study of Buddeberg-Fischer (2000) three risk groups for the development of an eating disorder were defined depending on the total score in the Eating Attitudes Test. 28.5% of the women and 12.6% of the men demonstrated disordered eating behaviours. The female high school students were especially affected (35.3%). With an increasing risk for the development of an eating disorder the women used significantly more often methods to regulate their weight like diets, fasting days or medicaments. Participants with disordered eating behaviours were also significantly more likely to show higher scores on the scales measuring psychopathology in the Eating Disorders Inventory and a strongly distorted body perception. The own feeling of being overweight did have a strong correlation with the severity of the disturbed eating. With increasing eating problems the correspondence between the real existing BMI and the self-estimation of the weight decreased significantly. The results of this study demonstrate clearly the high occurrence of disturbed eating behaviour and the worrier about weight among female adolescents and young adults. Female high school students must be a special target group for the application of preventive programs.

Antje Fuhrmeister, Hartmut Imgart (Parkland-Klinik, Bad Wildungen, Deutschland)

Ernährungsberatung und gemeinsames Kochen mit jugendlichen Essgestörten

Die Behandlung von Jugendlichen mit Essstörungen stellt eine besondere Herausforderung an die Ernährungsberatung dar.

Spezielle jugendliche Ernährungsgewohnheiten (Fast-Food) und häufig geäußertes Desinteresse am gemeinsamen Kochen und Essen erfordern von den Ernährungsberaterinnen eine besondere Herangehensweise. An Hand unserer langjährigen Erfahrung in der Ernährungsberatung von essgestörten Jugendlichen im stationären und ambulanten Bereich diskutieren wir Behandlungsvoraussetzungen für eine Ernährungsberatung von Jugendlichen. Behandlungsschritte, die sich bewährt haben, aber auch Behandlungsklappen, die zu umschiffen sind, sollen dargestellt und diskutiert werden.

Martina Gmerek (Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk Berlin, Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik, Berlin, Deutschland)

Essstörungen in der Kunsttherapie

Dieser Workshop will Informationen vermitteln und ein Forum für Fragen, Gespräche und künstlerische Selbsterfahrung bieten. Das Behandlungsprogramm für Menschen mit Essstörungen der Abteilung Innere Medizin und Psychosomatik der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk Berlin wird allgemein dargestellt. Die kunsttherapeutische Methode wird speziell erklärt und mit Bildern und Kommentaren beispielhaft vorgestellt. In der Kunsttherapie geht es um Lebenskunst. Essstörungen zeigen sich hier als Verhaltens- und Beziehungsstörungen. Der schöpferische Handlungsprozess mit bildnerischen Mitteln eröffnet den an Essstörungen leidenden Patientinnen Möglichkeiten, die Behandlung aktiv und ressourcenorientiert mit zu gestalten. Vermittelt durch das gestaltete Werk entwickeln sich innerhalb der Gruppe und zum Kunsttherapeuten vielfältige therapeutische Beziehungen. Selbstheilungskräfte können gestärkt, Einstellungs- und Verhaltensänderungen erprobt, Affektentladung und Kompensation erlebt werden. Die nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten fördern die Integration der Krankheitserfahrung und verändern die Identität.

Inke Jochims (Berlin)

Serotonin und Heißhunger

Im Rahmen dieses Workshops werde ich die biochemischen Grundlagen der Krankheit „Bulimie“ und einen entsprechenden ganzheitlichen Heilungsansatz darstellen.

Frauen und Männern, die unter Bulimie leiden, fehlt häufig ein bestimmter Botenstoff im Gehirn: Serotonin. Dieser Serotoninmangel führt unter anderem zu schwerwiegenden Heißhungerattacken. Ich gehe davon aus, dass nicht primär das Schönheitsideal Ursache für die Bulimie ist, sondern dass die Kombination von sozialem Stress (Familienbeziehungen), emotional bedingtem Stress (Einsamkeit, Gefühl von Statusverlust, Schönheitsideal), biologischem Stress (Pubertät/sexuelle Reifung) und einer jahrelangen Fehlernährung die Krankheit verursacht. Denn all diese Faktoren können den Serotoninspiegel erheblich senken, bis schließlich ein signifikanter Mangelzustand entsteht, der bei den betroffenen Frauen und Männern in typischen Belastungssituationen (unstrukturierte Zeit, Einsamkeit, Frustrationen) Attacken auslöst. Diese Attacken sind eine Selbstmedikation mit dem Ziel, den Serotoninspiegel schnell wieder zu stabilisieren. Das Essen wird hier nur seiner biochemischen Wirkung wegen genutzt.

Ich werde meine therapeutischen Praxiserfahrungen mit diesem Ansatz anhand konkreter Fragestellungen erläutern:

Warum macht Bulimie einen biologischen Sinn? Weshalb wird während der Attacken – trotz des Erbrechens – im Gehirn so viel neues Serotonin aufgebaut, dass sich die Betroffenen besser fühlen und sich die Bulimie daher „lohnt“?

Warum gerade nachmittags? Warum die Essstörung bei vielen Frauen und Männern nach 16 Uhr beginnt.

Was sind typische Auslöser für Attacken, welches sind die wichtigsten Stressoren?

Welche Art der Ernährung kann den Betroffenen helfen? Ist das Konzept von der Rückkehr zur „normalen“ Ernährung wirklich für alle sinnvoll und hilfreich?

Müssen es immer Medikamente (SSRI) sein? Ich habe sehr gute Erfahrungen gemacht mit einer individuell auf den Betroffenen angestimmten Kombination von Aminosäuren, Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen.

Günther Rathner (Medizinische Universität Innsbruck, Univ.Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Innsbruck, A)

Weiterbildungs-Curriculum 2005/2007 „Therapie von Essstörungen“: Eine Einführung

Dieses Curriculum ist das erste deutschsprachige Curriculum für die Therapie von Essstörungen und wird seit dem Jahr 2000 angeboten; es ist **postgradual, störungsspezifisch, interdisziplinär und schulübergreifend** konzipiert. Das Ziel ist die Vermittlung von fundierten Kenntnissen in der Diagnose, Therapie & Prävention von Essstörungen.

Die Ausbildungsinhalte des Curriculums umfassen u.a. Diagnosekriterien, Häufigkeit & Risikofaktoren, spezielle Risikogruppen, Behandlungsleitlinien, Erstkontakt, Krankheitsverleugnung & Therapiemotivation, somatische Aspekte, Notfälle, symptombezogene Therapie, Pharmakotherapie, Therapieziele, Entwicklungsaspekte, Selbsthilfe & stepped-care-approach, multiprofessionelle Zusammenarbeit, Männer, Rolle der Familie/Angehörigen/Partner, Familien- & Paartherapie, schulenspezifische Psychotherapie vs. allgemeine Psychotherapie von Essstörungen, Verlauf & Prognose, Prävention, Diagnose & Therapie der Adipositas.

Die Zielgruppe dieses Curriculums sind Klinische PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen (eingetragen oder in Ausbildung), ÄrztInnen & FachärztInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen, DiätassistentInnen & EMB u.a.

Dieses Curriculum wurde als Spezialisierung für die Therapie von Essstörungen approbiert vom Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), von der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), vom Bund Österreichischer PsychologInnen (BÖP), vom Verband der Dipl. DiätassistentInnen & Ernährungsmed. BeraterInnen Österreichs und von der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES). Für die Approbation in anderen deutschsprachigen Ländern ist beim jeweiligen Landesverband anzuschauen.

Das Curriculum dauert 200 Stunden in 12 Wochenendblöcken; begrenzte TeilnehmerInnenanzahl, der Unterricht erfolgt überwiegend in deutscher Sprache. Das Ausbildungsteam umfasst führende internationale ExpertInnen, u.a. Prof. Gerald Russell (London), Dr. Ulrike Schmidt (London), Prof. Walter Vandereycken (Leuven) und Prof. Martina de Zwaan (Erlangen).

Psychotherapie ist die Methode der Wahl bei der Behandlung von Essstörungen. In diesem Workshop wird von dem Leiter dieses Curriculums, Prof. Günther Rathner, eine Einführung in die Behandlungsphilosophie bei Essstörungen und die Vorgangsweise im Curriculum zur Spezialisierung auf die Therapie von Essstörungen präsentiert. Ein konstitutives Element dieses Curriculums sind u.a. Life-Konsultationen mit PatientInnen und Angehörigen als Ausbildungsmethode.

Andreas Remmel (Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Fakultät für Klinische Medizin der Universität Heidelberg-Mannheim, Deutschland)

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) bei Anorexie, Bulimie und Binge-Eating Disorder

Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), initial für Borderline-PatientInnen entwickelt und inzwischen für eine Reihe weiterer Indikationsgebiete (Suchterkrankungen, PTSD, Forensik) erweitert und modifiziert, erfüllt die Anforderungen an ein modernes Psychotherapieverfahren: sie

ist störungsorientiert, evidenzbasiert und vor dem Hintergrund eines neurobiologischen und verhaltensmedizinischen Behandlungsmodells begründbar, transparent und vermittelbar. Sie zielt im Kern auf die Behandlung gestörter Prozesse der Emotionsregulation und Impulskontrolle von Patienten.

Das Skills-Training, als ein Grundelement der Therapie, vermittelt Patienten Fertigkeiten zur Stress-Toleranz, zum Umgang mit Gefühlen, zur Gestaltung interpersoneller Beziehungen und zur Achtsamkeit (mindfulness). DBT ist Teamarbeit und fokussiert auf die Dialektik von Validierung und Veränderung (change) des/der PatientIn.

Auch in der Behandlung von Essstörungen mit ihren Kernbereichen eines gestörten Selbstwertgefühls, problematischer interpersoneller Beziehungen, einer gestörten Emotionsregulation und von Körperbild- bzw. Körperschemastörungen zeigt die DBT sehr positive Effekte.

Gemeinsam mit der Arbeitsgruppe von Marsha Linehan (Seattle/USA) sind einige unserer Projekte zur klinischen Therapieforschung darauf gerichtet, die Grundkonzepte der DBT für die Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen weiterzuentwickeln.

In dem Vortrag stelle ich Grundkonzepte der dialektisch-behavioralen Therapie und Implikationen für die Behandlung von PatientInnen mit psychogenen Essstörungen dar.

Ulley Rolles (Krankenhaus Spittal an der Drau, Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Spittal an der Drau, Österreich)

Der Weg zum Wunschgewicht – eine verhaltenstherapeutische Trainingsgruppe für Übergewichtige

Millionen Menschen haben es mehrfach probiert: Jedes Jahr locken vielversprechende Diäten, man beißt sich ein paar Wochen durch, doch nach kurzfristigen Erfolgen zeigt die Waage mehr denn je zuvor. Wieder nicht geschafft!

Was tun?

Aufgrund zahlreicher Studien lässt sich sagen: Eine speziell vorgeschriebene Diät oder Kalorienzählen hilft nicht viel. Es gibt auch keine Medikamente, die ein gestörtes Essverhalten wieder normalisieren könnten. Essen passiert im Kopf!

Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm, bei dem medizinische und psychologische Erkenntnisse vernetzt werden, hat die besten Erfolgsaussichten.

Worum geht es in der Therapie?

➤ In der Verhaltenstherapie wird zunächst Information zur Entwicklung und Aufrechterhaltung problematischen Essverhaltens vermittelt, die Folgen dargelegt und ein Konzept für die Krankheitsbewältigung erarbeitet.

➤ In Form von Gesprächen werden die Bedingungen, die mit der Symptomatik zusammenhängen, geklärt und bearbeitet. Schwerpunkt dabei: Das Herausfinden der Situationen, die zu Essattacken führen und die Gedanken und Gefühle, die damit verbunden sind

➤ Es erfolgt ein Überblick über ernährungsphysiologische Aspekte.

➤ Weitere Komponenten der Behandlung sind:

* Normalisierung des Essverhaltens durch ein Anti-Diät-Prinzip, um einen realistischen und am individuellen Wohlbefinden orientierten Umgang mit Ernährung, Figur und Gewicht zu erlernen.

* Loslösen des Essens von äußerlichen Reizen und emotionalen Einflüssen

(z. B. Angst, Wut, Frust) mit dem Ziel, auf Essen als vermeintlichen Problemlöser verzichten zu können.

* Verbesserung des Selbstwertgefühls im Selbstsicherheitstraining und Wiederherstellen der Körperakzeptanz .

Wichtigstes Ziel ist der Aufbau von eigenverantwortlichem Verhalten bei der Planung und Umsetzung der Veränderungsschritte. Durch ein gesundes Essverhalten kann es auf Dauer gelingen, die innere Balance wiederzufinden.

Astrid Vlamynck (Berlin, Deutschland)

Energetischer Psychotherapie (EP) in der Behandlung von Essstörungen

Die Energetische Psychotherapie (EP) hat ihre Wurzeln in der Traditionellen Chinesischen Medizin und in der Kinesiologie. Sie ist eine Weiterentwicklung der TFT (Thought Field Therapy) und des EFT (Emotional Freedom Technique). Es handelt sich um eine sanfte Form der Klopfakupressur in Kombination mit dem Sprechen bestimmter symptomrelevanter "Codeworte" und Affirmationen. Hinzukommen Übungen, die dem Yoga und dem EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) verwandt sind und somit neuesten neurobiologischen Erkenntnissen Rechnung tragen. EP ist eine relativ leicht zu erlernende und sehr wirkungsvolle energetische Technik. Störungen werden verstanden und behandelt als Blockaden im postulierten Bio-Energiefeld des Körpers. EP ist sanft und schnell wirksam zur Überwindung von traumatischen Erlebnissen, Scham, Schuldgefühlen, Depression, Zwängen, Suchtdruck u.ä. Zudem hilft EP einschränkende Selbstüberzeugungen wie z.B. "Ich kann das nicht" oder "Ich bin schlecht" u.ä. zu überwinden. EP hilft die Motivation zu steigern, Zielbilder und Zielhandlungsentwürfe zu festigen. Auch ein positives Selbstwertgefühl kann mit EP wirkungsvoll aktiviert werden. EP beinhaltet auch Aspekte der Salutogenese wie Selbstwirksamkeit, Ressourcenstärkung und Aktivierung von Selbstheilungskräften.

Inhalt des Workshops:

Was ist EP?

Warum EP?

Woher kommt EP?

Persönliche Erfahrungen mit der EP Behandlung

Forschungsergebnisse Hypothesen zu Wirkmodellen

Ablauf einer Behandlung mit EP

Praktische Übungen

Relevanz für die Behandlung von Essstörungen

Demonstration einer Behandlungssequenz

Diskussion

Walburga Wunsch-Leiteritz (Seepark Klinik Bad Bodenteich, Deutschland)

Therapeutische Strategien zum Umgang mit anorektisch essgestörten Patienten

In diesem Workshop möchte ich therapeutische Strategien und praktikable Wege im Umgang mit Patienten mit anorektischen Essstörungen vermitteln und mich mit dem in der Essstörungstherapie problematischen Begriff Therapiemotivation auseinandersetzen. Anamnestische Angaben stationärer Patienten werde ich dem Ätiologiemodell nach Connors 1996 zuordnen und mich mit den Teilnehmern mit den Entstehungsbedingungen für Essstörungserkrankungen auseinandersetzen, um damit den therapeutischen Handlungsspielraum zu erweitern und Therapiebeziehungen zu erleichtern.

Zafra Cooper, Deborah Hawker (University of Oxford, Department of Psychiatry, Oxford, United Kingdom)

Cognitive-Behavioural Treatment of Obesity: Background and Theory

While behavioural approaches to the management of obesity have been successful in achieving clinically significant weight loss, they have consistently failed to produce long-term maintenance of the weight lost. Follow-up studies indicate that patients regain between a third and a half of weight lost one year after treatment and that, by five-year follow-up, the majority have returned to their pre-treatment weight. Although there have been attempts to improve the maintenance of change, these have not been based on an understanding of the mechanisms responsible for weight regain. Little is known about the psychological processes that contribute to the maintenance of obesity. After a brief review of current psychological treatments and their outcome, I shall present a cognitive behavioural theory of the psychological processes involved in weight maintenance and weight regain and describe, in outline, a new cognitive behavioural treatment for obesity based on this view. The treatment aims to minimise the problem of weight regain by addressing cognitive obstacles to the acquisition and long term implementation of weight maintenance behaviour. It will be argued that the central features required for successful weight maintenance are: an acceptance of the value of what has been achieved in the weight loss phase of treatment; an accompanying belief that, at least to some meaningful extent, weight is under personal control; an appreciation that long-term weight maintenance is an active process; the acquisition of weight maintenance skills and the addressing of any personal goals that have been put aside until a desired body image has been achieved.

Kognitive Verhaltenstherapie der Adipositas: Grundlagen und Theorie

Während sich verhaltenstherapeutische Ansätze zur Erreichung eines signifikanten Gewichtsverlustes im Umgang mit Adipositas als erfolgreich erwiesen haben, konnte auf lange Sicht die Erhaltung des niedrigeren Gewichts nicht erreicht werden. Laut Follow-up-Studien nahmen die Patienten ein Jahr nach der Behandlung wieder zwischen einem Drittel und der Hälfte des bereits verlorenen Gewichtes zu und nach fünf Jahren zeigte die Mehrheit wieder ihr Ausgangsgewicht wie vor Behandlungsbeginn. Trotz vielfach unternommener Versuche zur Verbesserung der Aufrechterhaltung des reduzierten Gewichts fehlte die Einbeziehung der für die wiedererfolgte Gewichtszunahme verantwortlichen Mechanismen. Es ist nur wenig über die psychologischen Prozesse bekannt, die bei der Aufrechterhaltung der Adipositas eine Rolle spielen. Nach einem kurzen Rückblick auf aktuelle psychologische Behandlungsstrategien und deren Resultate, werde ich eine kognitive Verhaltenstheorie der bei der Gewichtsaufrechterhaltung und bei erneuter Gewichtszunahme beteiligten psychologischen Prozesse vorstellen; darüber hinaus eine neue kognitive Verhaltenstherapie für Adipositas, welche auf dieser Sichtweise basiert. Das Behandlungsziel besteht darin das Problem der neuerlichen Gewichtszunahme zu minimieren, indem die kognitiven Barrieren angesprochen werden, die für das Annehmen und langfristige Erfüllen der Gewichtsaufrechterhaltung verhaltenstheoretisch wichtig sind. Folgende Merkmale werden als notwendig für eine erfolgreiche Gewichtsaufrechterhaltung angenommen: Die Akzeptanz des persönlichen Wertes dessen, was in der Behandlungsphase des Gewichtsverlustes erreicht wurde; der Glaube daran, dass das Gewicht – zumindest bis zu einem bestimmten Punkt – der persönlichen Kontrolle unterliegt; das Erkennen, dass eine langfristige Gewichtsaufrechterhaltung ein aktiver Prozess ist; der Erwerb von Fertigkeiten (skills) zur Gewichtsaufrechterhaltung und das Sich widmen der persönlichen Ziele, die für die Erreichung des angestrebten Körperbildes bis dato immer vernachlässigt wurden.

Michel Probst (Abt Rehabilitationwissenschaften der K.U.Leuven, Belgien & Universitätsklinik f. Psychiatrie, Abt. Essstörungen, Kortenberg, Belgien)

Bodily and movement experiences in eating disordered and obese patients: methods for operationalisation.

Körper- und Bewegungserfahrungen bei essgestörten und adipösen PatientInnen: Methoden zur Operationalisierung

The body experience is a multifaceted concept consisting of a variety of measured dimensions. This concept refers to neurophysiological as well as psychological components. The neurophysiological aspect refers to perceptual experiences such as visual, spatial, sensory judgements, physical sensations, body awareness, body recognition, physical appearance, body size and shape. The psychological aspect refers to both the cognitive (thought process and thinking style) and the subjective (feelings, emotions and mood) experiences. A third, behavioural component of body image might actually be the result of the neurophysiological and psychological component.

A broad range of methods and instruments for measuring body experience have been described: interview and projective techniques, questionnaires and perceptual techniques. (linear techniques or body part estimations and configurational techniques or whole body estimations such as distortions techniques or preference of body appearance).

Unfortunately, no guidelines exist to indicate circumstances in which these instruments are to be listed. Therefore it is important to have attention at least to the next five recommendation for the utilisation of the appropriate measures in a specific contexts: the dimension of body experience that the researcher wish to investigate, the selection of different instruments out of the amount of instruments, the evaluation of the psychometric data of the choozen instrument, the evaluation of the instrument in function of the research goal and experimental group. This recommendations will be elaborated in the depth with practical examples.

Parallelsitzung IIIa 11.00 – 12.30 Uhr

Therapie von Essstörungen

Annemarie Rettenwander (Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Innsbruck, Österreich)

Anorexia nervosa und subjektive Krankheitstheorien

Unter „subjektiven Krankheitstheorien“ werden die Vorstellungen von Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung ihrer Erkrankung verstanden. Die Untersuchung subjektiver Krankheitstheorien bekommt in der Psychotherapieforschung zunehmend Bedeutung, denn diese sind wichtige Einflussfaktoren für das Zustandekommen einer psychotherapeutischen Behandlung. Da magersüchtige Patientinnen am Höhepunkt ihrer Erkrankung nicht krankheitseinsichtig sind, sind sie auch kaum in der Lage, subjektive Krankheitstheorien zu entwickeln, was zwangsläufig zu Complianceproblemen führt.

Im Rahmen eines – vom Forschungsfond der Universität Innsbruck geförderten – Dissertationsprojekts wurden die subjektiven Krankheitstheorien von Frauen untersucht, die einmal wegen einer Magersucht an der Universitätsklinik Innsbruck in Behandlung waren. Die Ergebnisse dieser Studie werden im Rahmen des Vortrages erstmals öffentlich präsentiert.

Anorexia Nervosa and Subjective Theories of Illness

“Subject theories of illness” refer to the ideas patients have about the nature, the origin and the treatment of their illness. Subjective theories of illness become increasingly important in psychotherapeutic research, because they are influential factors for the establishment of a psychotherapeutic treatment. Since at the climax of their illness anorectic patients are not capable of having insight into their illness, they are hardly able to develop subjective theories of illness, which will inevitably lead to compliance problems.

In a dissertations project, supported by the research fond of the University of Innsbruck, subjective theories of illness of a sample of women, who had been under treatment at the University Clinic Innsbruck because of anorexia nervosa, were investigated. Results of this study will be presented in public for the first time.

Ferenc Túry & Andrea Dúll (Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences, Budapest, Hungary)

Home visits in eating disorders – the role of the environmental psychology in the family therapy

The experiences of visits in the home of 15 patients with eating disorders will be demonstrated. The visit was performed once in the initial phase of the therapy. There are two fields where home visits mean a useful tool of the family therapy. On one hand there is a good opportunity to introduce „in vivo” structural tasks. Informations about the personal boundaries are useful in the planning of the therapeutical interventions. On the other hand the visit can serve as a tool for strengthening the psychotherapeutical relationship: change in the traditional doctor role, warm family atmosphere, entering into the personal spaces. Therapists become „participating observers”, similarly to the cultural anthropology.

The observation of the personal boundaries on the basis of environmental psychology, structural family therapy, and cognitive-behavioural point of view provides important informations relating to the family context of the pathological behaviour (e.g. open or missing doors, enmeshed sleeping habits, etc.).

The presentation will summarize the basic concepts of the environmental psychology, which is the theoretical background in the interpretation of home visits.

Klaus Logemann (Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne Bremen, Deutschland)

Von der Verzweiflung zur Hoffnung – ein betroffener Vater beschreibt die verschiedenen Phasen des familiären Zusammenlebens mit seiner magersüchtigen Tochter

Die meisten Eltern glauben, dass Essstörungen ausschließlich in anderen, irgendwie „kranken“, Familien vorkommen können, das harmonische und intensive eigene Familienleben würde eine mögliche Essstörung bei einem eigenen Familienmitglied nicht zulassen. Sollte doch einmal das Unmögliche geschehen, wird das solide Familiengefüge, werden Mutter und Vater dafür sorgen, dass der Eindringling Essstörung schnellstens wieder hinausgeworfen wird und das harmonische Familienleben fortgesetzt werden kann. So oder ähnlich war unsere Einstellung, bevor uns klar wurde: unsere Tochter ist krank, sie ist magersüchtig und unsere gewohnten Vorgehensweisen sind nutzlos.

Wir standen am Anfang eines aufreibenden Erfahrungsprozesses, den unsere Familie in den vielfältigsten Phasen zu durchlaufen hatte. Totale Unwissenheit, Verantwortungsübernahme, Schuldkomplexe, Isolation, Bestechung und Bedrohung und ausschließliche Konzentration auf die Bedürfnisse der Tochter waren einige dieser Stationen. Aber diese Aktivitäten brachten keine Verbesserungen oder Antworten zu unseren Fragen nach Ursachen, nach Gründen für unser Versagen, nach Schuldzuweisungen oder nach Rettung. Wir waren am Ende, hatten keine Kraft mehr und mussten schließlich resigniert unsere Schwäche und Machtlosigkeit akzeptieren.

Wir erkannten, dass wir unbedingt Hilfe und Unterstützung benötigten, welche wir im Bremer Elternkreis fanden. Wir waren nicht mehr alleine mit unseren Problemen, hier gab es Eltern mit ähnlichem Hintergrund, die uns mit ihren Erfahrungen beistanden und die uns Hoffnung und Stärke vermitteln konnten. Mit Hilfe des Elternkreises erhielten wir unsere Handlungsfähigkeit zurück. Wir bekamen Anleitungen zu neuen Orientierungen und zu notwendigen Veränderungen unseres Familienlebens, die sich auch positiv auf die Krankheitsbewältigung unserer Tochter auswirken sollte.

Andreas Remmel (Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Fakultät für Klinische Medizin der Universität Heidelberg-Mannheim, Deutschland)

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung von Essstörungen

Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), initial für Borderline-PatientInnen entwickelt und inzwischen für eine Reihe weiterer Indikationsgebiete (Suchterkrankungen, PTSD, Forensik) erweitert und modifiziert, erfüllt die Anforderungen an ein modernes Psychotherapieverfahren: sie ist störungsorientiert, evidenzbasiert und vor dem Hintergrund eines neurobiologischen und verhaltensmedizinischen Behandlungsmodells begründbar, transparent und vermittelbar. Sie zielt im Kern auf die Behandlung gestörter Prozesse der Emotionsregulation und Impulskontrolle von Patienten.

Das Skills-Training, als ein Grundelement der Therapie, vermittelt Patienten Fertigkeiten zur Stresstoleranz, zum Umgang mit Gefühlen, zur Gestaltung interpersoneller Beziehungen und zur Achtsamkeit (mindfulness). DBT ist Teamarbeit und fokussiert auf die Dialektik von Validierung und Veränderung (change) des/der PatientIn.

Auch in der Behandlung von Essstörungen mit ihren Kernbereichen eines gestörten Selbstwertgefühls, problematischer interpersoneller Beziehungen, einer gestörten Emotionsregulation und von Körperbild- bzw. Körperschemastörungen zeigt die DBT sehr positive Effekte.

Gemeinsam mit der Arbeitsgruppe von Marsha Linehan (Seattle/USA) sind einige unserer Projekte zur klinischen Therapieforschung darauf gerichtet, die Grundkonzepte der DBT für die Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen weiterzuentwickeln.

In dem Vortrag stelle ich Grundkonzepte der dialektisch-behavioralen Therapie und Implikationen für die Behandlung von PatientInnen mit psychogenen Essstörungen dar.

Parallelsitzung IIIb 11.00 – 12.30 Uhr

Therapie und Verlauf von Essstörungen

Walter Decker-Zachmann, Andreas Remmel (Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Fakultät für Klinische Medizin der Universität Heidelberg-Mannheim, Deutschland)

Kreativtherapeutische Verfahren bei Störungen der Affektregulation und Körperrepräsentation

Der Vortrag stellt Möglichkeiten kreativtherapeutischer, und hier insbesondere kunst- und gestaltungstherapeutischer Verfahren zur Diagnostik und Therapie von PatientInnen mit Störungen der Affekt- und Beziehungsregulation und der gestörten Körperrepräsentation dar.

Anhand einer Kasuistik wird der Behandlungsverlauf eines Patienten mit einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und einer schwergradigen Essstörung über einen dreimonatigen stationären Therapieverlauf mittels kreativtherapeutischer Verfahren eindrucksvoll dokumentiert.

Es wird abschließend kurz auf Probleme der Validierung und Interpretation kreativtherapeutischer Verfahren eingegangen und ein dialogisches Verfahren vorgeschlagen.

Sabine Heschgl (Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz, Österreich)

Die auftauchende Liebe zum eigenen Selbst: Tanztherapie und Bewegungsanalyse

Manche Menschen leben in einer Welt, in der es keinen Platz für andere gibt. Sie verschanzen sich wie in einem Feindesland in ihrer eigenen Festung und lassen andere nicht über die hoch gezogene Brücke zu sich selbst. Allerdings haben auch sie ein Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Nähe und Kommunikation. Doch wie kann dieses trotz der Angst vorm Anderen befriedigt werden ?

Die Bewegungsanalytische Therapie ist eine spezielle Form der Körperpsychotherapie, eine Weiterentwicklung der Tanztherapie, die von Cary Rick begründet worden ist. In der Bewegungsanalyse, die auf tiefenpsychologischen Annahmen aufbaut, wird Bewegung als Handlung des Körpers aufgefasst, die sich auf das Körperkonzept, die vorwiegend unbewusste Vorstellung vom eigenen Körper (Selbst) gründet, welche durch den verbalen Dialog weder (vollständig) erfasst noch (vollständig) verändert werden kann, weshalb das therapeutische Vorgehen - neben dem Gespräch - nonverbale Handlungen und Interaktionen, Bewegung und Tanz umfasst.

Ausgangspunkt ist die Diagnostik des individuellen Bewegungsrepertoires, der bevorzugten und vermiedenen Bewegungen und nonverbalen Interaktionen, welche im Laufe des Lebens aufgrund bestimmter Erfahrungen erworben werden und welche die (unbewusste) Selbstvorstellung widerspiegeln bzw. deutlich machen, ob man sich für groß- und einzigartig hält und grundsätzlich davon überzeugt ist, das Leben zu meistern, oder ob man sich für klein und minderwertig hält und Angst hat, von anderen unterdrückt, missbraucht oder abgewiesen zu werden. Die Erfassung des individuellen motorischen Profils ist also gleichzeitig eine Erfassung der körperlichen Selbstvorstellung und möglicher Konflikte im Selbstbild, d.h. im Austausch mit der Umwelt. Das bedeutet aber auch, dass eine Erweiterung der motorischen Möglichkeiten – inklusive der nonverbalen Interaktionen – zur Bewusstwerdung, Klärung und Erweiterung des Erlebens von sich selbst und von der Umwelt beitragen kann.

Jörn von Wietersheim, Christina Hoffmann, Detlev Sarge, Walburga Wünsch-Leiteritz (Universität Ulm, Seepark Klinik Bad Bodenteich, Deutschland)

Besteht ein Zusammenhang zwischen Veränderungsbereitschaft und klinischen Daten im Rahmen einer stationären Behandlung?

Es wird angenommen, dass die Motivation (Bereitschaft zur Veränderung) bei der Behandlung von Essstörungen eine große Rolle spielt. Studien aus dem ambulanten Bereich zeigten

Zusammenhänge zwischen Motivation und späterem Behandlungserfolg. Die jetzt durchgeführte Studie sollte verschiedene Erhebungsinstrumente zur Veränderungsbereitschaft vergleichen sowie den Zusammenhang von Veränderungsbereitschaft und klinischen Daten während einer stationären Behandlung untersuchen. Erfasst wurden 44 Patientinnen mit Anorexia nervosa, die sich in stationärer Behandlung befanden, mit dem „Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft“ FEVER, sowie einer Übersetzung des „Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire“ ANSOCQ und einem Interview („Readiness and Motivation Interview“ RMI). In den Ergebnissen zeigten sich gute Übereinstimmungen zwischen den eingesetzten Instrumenten. Die untersuchten Patientinnen verteilen sich relativ breit, d.h. es gibt Patientinnen mit recht wenig Veränderungsbereitschaft (30%, Contemplation), Patientinnen mit mittlerer (40%, Preparation) und mit hoher Veränderungsbereitschaft (10%, Action). Es fanden sich bisher jedoch keine Korrelationen zwischen klinischen Daten wie Aufnahmegewicht, Gewichtsanstieg in der stationären Behandlung, bisherige Dauer der stationären Behandlung, Dauer der Erkrankung. Die Beziehungen zum Therapieerfolg und zur Prognoseeinschätzung der Therapeuten werden noch untersucht und können auf dem Kongress vorgestellt werden. Sollten sich diese vorläufigen Ergebnisse bestätigen, ist zu diskutieren, ob die Bedeutung der Veränderungsbereitschaft im stationären Rahmen eine geringere Rolle spielt.

Jäger Burkard, Malewski Peter, TR-EAT, Lamprecht Friedhelm (Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Deutschland)

Ist die Krankheitsentstehung und Aufrechterhaltung bei Bulimia nervosa bei unterschiedlichen Subgruppen durch unterschiedliche ätiologische Modelle erklärbar?

Von der Vielzahl existierender Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung bulimischen Verhaltens haben das verhaltensmedizinische Modell des „Restrained-Eating“ und das ich-psychologische Modell mangelnder Impulskontrolle den besten Absicherungsgrad und den größten Einfluss auf Behandlungsansätze. In einer früheren Arbeit (Jäger 1995) konnte bereits gezeigt werden, dass beide Modelle nicht im Sinne universeller Erklärungsmodelle miteinander konkurrieren, sondern dass diese jeweils für Subgruppen bulimiekranker Patientinnen gültig sind. In einer Stichprobe N=127 Patientinnen wurde mittels Strukturgleichungsverfahren belegt, dass für die Gruppe schon lange auf ihr Gewicht achtender Patientinnen ein von Selbstwertproblemen ausgehendes „Diätmodell“ das beste Erklärungsmodell bietet, während das Krankheitsgeschehen der Restgruppe eher durch ein „Impulskontrollmodell“ aufzuklären ist. Diese Ergebnisse wurden jetzt durch die N=647 Bulimiepatientinnen umfassende Stichprobe der Multizentrischen Studie zur Therapie von Essstörungen (TR-EAT) repliziert; n=631 Fälle konnten in die Analysen eingehen. Bei weitgehender Übereinstimmung der verwendeten Variablen und Messinstrumente zeigten sowohl die Parameter der Modellgüte (CHI^2 , AGFI, RMSEA) der damals verwendeten Mess- als auch Strukturmodelle zwar die Notwendigkeit von Modellmodifikationen an, in jeweils wenigen Modifikationsschritten konnten jedoch befriedigende Anpassungswerte ($RMSEA < 0.1$, $AGFI > 0.9$) gefunden werden, die jeweils andere Subgruppe zeigte erwartungsgemäß eine signifikant schlechtere Modellanpassung. Diese Ergebnisse sprechen für eine differenzierende Diagnostik, differentielle Indikationen und Zuweisungen zu spezifischen Behandlungsverfahren oder -elementen, abhängig vom „Typ“ der Bulimia nervosa im individuellen Fall.

Neue Bereiche der Forschung

Peter Leiberich, Karin Tritt, Claas Lahmann, Samantha Ermer, Thomas Loew, Schwerpunkt Psychosomatik, Klinik f. Innere Medizin II, Universität Regensburg

Emetophobie – Angststörung oder neue Form der Essstörung?

Ausgangspunkt: Ausgehend von angloamerikanischen Ländern findet das Zustandsbild der Emetophobie (Brechangst) zunehmend Aufmerksamkeit. Mittels Betroffenenaussagen einer Internet-Selbsthilfegruppe galt es zu klären, ob es sich um eine eigenständige phobische Krankheit oder eine Sonderform der Essstörung handelt.

Methode: Die Internet-Kommunikation wurde unter den Aspekten Krankheitsbild, Kausalattribution, Therapieversuche (100 Beiträge von 250 registrierten emetophobischen Internetnutzern, 83,2% weiblich, Altersdurchschnitt 24,3 Jahre) analysiert.

Ergebnisse: Kernsymptom der Emetophobie ist die Angst vor Übelkeit und Erbrechen, häufig einhergehend mit eigener Übelkeit. Mit differenzierten Vermeidungsstrategien wie ausgewähltem Essen, Produkten mit langer Mindesthaltbarkeit, Meiden der Öffentlichkeit (erbrechende Personen in Straßen und Gaststätten) soll die phobische Angst kontrolliert werden. Die teilweise stattfindende Nahrungsrestriktion hat laut den Betroffenen nichts mit einer Anorexie zu tun, da die dafür typischen seelischen Körperbildverzerrungen fehlen. Andererseits ist das Essverhalten von den Betroffenen mit hoher Aufmerksamkeit belegt.

Diskussion: Bei den meisten Emetophobikern hat sich die Krankheit bereits in Kindheit oder Jugend entwickelt, wobei – ähnlich den Essstörungen – bei oft vermindertem Selbstwertgefühl und sozialer Unsicherheit ein hohes Kontrollbedürfnis besteht. Viele haben ihre Brechangst nach ekelerregenden Erlebnissen entwickelt und sehnen sich nach einer Rückkehr zu normalem Essen und Sozialverhalten. Die vorbeugende Nahrungsrestriktion wird bei der Emetophobie stärker der Eigenverantwortung entzogen erlebt als dies bei den als psychogen bekannten Essstörungen der Fall ist. Ob eigenständige Therapieansätze hilfreich sind, ist ungeklärt. Eine weitere Erforschung des bisher uneinheitlichen Krankheitsbilds ist wünschenswert.

Barbara Mangweth, Claudia Rupp, Armand Hausmann, Karin Assmayr *, Edith Mariacher *, Wilfried Biebl (Univ. Klinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Innsbruck, Universität Innsbruck*, Österreich)

Essverhalten und Körperbild bei Frauen zwischen 60 und 70 Jahren

Gegenstand: Studien zum Thema Essen und Körper werden hauptsächlich an jungen Menschen und sehr alten Menschen durchgeführt. Somit sind Menschen der mittleren Altersklasse eine kaum untersuchte Population. Ziel dieser epidemiologischen Studie ist es, das Essverhalten und die Einstellung zum Körper bei Seniorinnen genauer zu erfassen. **Methode:** Von den insgesamt 6.873 in Innsbruck Stadt lebenden Frauen zwischen 60-70 Jahren wurde ein Zufallsstichprobe von 1000 Frauen gezogen, welche schriftlich über die Untersuchung informiert wurden. Nach Absage von 275 Fragen, versandten wir 725 Fragebögen, welche Fragen zur Demographie, zum Körpergewichtsverlauf, dem Essverhalten (EDI1), dem Körperbild (DBek) und der Befindlichkeit (GDS) und der Lebensqualität (Ardelt-Moorehead Fragebogen zur Lebensqualität) enthielten. Zusätzlich stellten wir noch Fragen zur Erhebung klinischer Essstörungen nach DSM-IV.

Resultate: Von den ausgesandten 725 Fragebögen erhielten wir 459 ausgefüllt zurück. Die durchschnittlich 64 Jahre alten, meist verheirateten Frauen hatten einen BMI von 25 und wünschten sich einen BMI von 23. Über 50% der befragten Frauen kontrollierten ihr Essverhalten durch Zurückhaltung und über 80% kontrollierten ihr Gewicht durch Bewegung, fettarme oder Lightprodukte. Laxantien, Diuretika oder Erbrechen wurden von 30 (7%) genannt. Fast 2/3 gaben Unzufriedenheit mit ihrem Gewicht bzw. ihrer Figur an. Die häufigst genannten Erkrankungen waren Hypertonie (27%), Rheuma 21%, Depressionen 16% und Angstzustände 7%. Insgesamt erfüllten 8 Frauen die klinischen Kriterien einer Essstörung (1 Anorexia nervosa, 2 Bulimia nervosa und 5 Binge Eating Störungen) **Schlussfolgerung:** Frauen zwischen 60-70 Jahren zeigen Verhaltensweisen und Einstellungen bezüglich Essen und Körper, die jenen von jungen Frauen gleichen. Zudem impliziert das Vorkommen klinischer Essstörungen die Notwendigkeit, dementsprechende Fragen in Anamnesen von Frauen dieser Altersgruppe zu inkludieren.

Szabó, Pál (Debrecen University, Institute of Psychology):

Eating disorders and life quality: risk factors and protective factors, sociodemographic and psychological correlates

An epidemiological study was conducted in a population of Hungarian secondary school students with the objective to analyse the role of biological and sociodemographic factors in the development or maintenance of eating disorders.

Methods: The symptoms of eating disorders were assessed by the Eating Attitudes Test (EAT, Garner & Garfinkel 1979), the Bulimia Cognitive Distorsion Scale (Schulman et al. 1986), and the Eating Behaviour Severity Scale (Yager et al. 1987). The health state was assessed by the 28-item version of the General Health Questionnaire (GHQ, Goldberg & Hillier 1979). The questionnaires were distributed in 9 secondary schools in 6 towns. The participation was voluntary and anonymous.

Results: 1,885 students (497 males, 1,388 females, aged 14-19 yrs) completed the measures, the response rate was 100 per cent. In both sexes there is a positive correlation between the EAT and the GHQ scores (males: 0.258, females 0.321; $p < 0.01$). Among females the EAT score correlates significantly ($p < 0.01$) with body weight (0.198), BMI (0.213), the difference between actual and desired body weight (0.258), and actual and desired BMI (0.255). The relationship between eating disorder symptoms and smoking and alcohol consumption was also analysed.

Early maturing girls (menarche before the age of 12, $n=173$) score higher on the EAT in comparison with average maturers (menarche between 12-13.5 yrs, $n=840$) and late maturers (menarche after the age of 13.5, $n=351$), the mean scores are 17.9, 15.6 and 14.6, respectively.

The effects of birth order, the number and gender of siblings, and the education level of parents were analysed as well. Girls with two or three siblings seem to be more vulnerable for eating disorders (mean EAT-score being 17.27 and 17.72) than single girls (mean EAT-score: 15.29) or girls with one sibling (15.29). Those girls who lived in larger towns before the age of 14 scored significantly lower on the EAT (14.07) than their counterparts who lived in smaller towns (16.12, $p < 0.01$) or villages (15.92 $p < 0.01$).

On the basis of the above results eating disorders have a great influence on the health state and life quality of adolescents, especially among girls. The better understanding of the risk and protective factors and other correlates of eating disorders may be useful when planning prevention and therapy.

The study was supported by the Hungarian Science Fund (OTKA, T-025859).and the Hungarian Ministry of Education (OKTK, A/0138/2003)

Katja Aschenbrenner¹, Florian Aschenbrenner¹, Bernhard Strauß²
(¹Universitätsklinikum der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie & Psychosomatik, ²Friedrich-Schiller Universität Jena, Institut für Medizinische Psychologie, Deutschland)

Der Kinderwunsch von Schülern und Studenten mit einem gestörten Essverhalten im Vergleich zu unauffälligen Jugendlichen

Aus einer Stichprobe von 736 weiblichen und männlichen Schülern und Studenten verschiedener Institutionen aus Ost- und Westdeutschland wurden 124 weibliche Probanden mit einem gestörten Essverhalten (Summenwert des Eating Attitudes Test (EAT) ≥ 10) identifiziert. Es wurden die Ausprägung des Kinderwunsches, die psychologischen Motive für den Kinderwunsch [„Leipziger Fragebogen zu Kinderwunschkriterien und Einstellungen zum Kinderwunsch“ (LEK/LKM)] als auch das Spannungsfeld zwischen Selbstverwirklichung, Karriere, Wohlstand auf der einen und Familie auf der anderen Seite (Items aus dem „Family Fertility Survey“) erfasst. Außerdem erfolgte eine Klassifizierung des gestörten Essverhaltens hinsichtlich einer anorektischen oder bulimischen Tendenz nach Kriterien des DSM-IV bzw. ICD 10 bei 48 Teilnehmerinnen.

Die Ausprägung des Kinderwunsches korrelierte nicht signifikant mit dem EAT-Summenwert. Probandinnen mit einem gestörten Essverhalten anorektischer Tendenz (n=21) zeigten aber einen signifikant niedrigeren Kinderwunsch als die Frauen ohne ein erhöhtes Risiko (n=311) für eine Essstörung und als die Teilnehmerinnen mit auffälligem Essverhalten bulimischer Ausprägung (n=27). Der EAT-Summenwert korrelierte positiv mit der LEK-Skala „Pessimistische Zukunftserwartungen“ sowie den LKM-Skalen „Angst vor persönlichen Einschränkungen“ und „Angst vor materiellen Beeinträchtigungen“. Die Teilnehmerinnen mit bulimischer Tendenz betonten „Soziale Stereotype“, den „Wunsch nach emotionaler Stabilisierung“ und den „Wunsch nach sozialer Anerkennung“ durch eigene Kinder stärker als die Probandinnen mit anorektischer Tendenz. Frauen mit einem gestörten Essverhalten hatten eine signifikant höhere Ambivalenz des Kinderwunsches als unauffällige Frauen. Der EAT-Summenwert korrelierte positiv mit dem Summenwert „Selbstverwirklichung/Karriere/Wohlstand“.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie demonstrieren primär vorhandene Ambivalenzen hinsichtlich des Kinderwunsches im subklinischen Vorfeld von Essstörungen. Sie können Anlass zur Diskussion von Ätiologie und Geschlechtsrollenidentifikation bei Essstörungen sein.

Parallele Workshops 14.00 – 15.30 Uhr

Helga Brunner, Sabine Bläsing, Godehard Stadtmüller (Adula-Klinik, Oberstdorf, Deutschland)

Die Lehrküchen – Woche

Die Lehrküchenwoche ist eine räumlich, zeitlich und vom inneren Ablauf getrennte Therapieeinheit, die auf Essstörungen (speziell Esssucht) zugeschnitten ist.

Die PatientInnen werden aus dem üblichen Programm der stationären Behandlung herausgenommen während dieser Woche.

Die geringe Teilnehmerzahl und das konstante Angebot über eine Woche ermöglichen intensive Beziehungsgestaltung und Konfliktaufarbeitung, die gerade bei den Themen „Essen“ und „Nahrungsbereitung“ auftreten. Dabei sind sowohl die theoretische Information wie Zubereiten und gemeinsames Essen von Bedeutung.

Ernährungsform ist eine Vollwertkost sowie ein Antidiätprogramm. Diese Kost mindert den Suchtdruck, fördert Sinnesreize und Genusserleben und verdeutlicht den Bezug zur Natur.

Tiefenpsychologische Aspekte des Klinikkonzepts, Therapeutische Gemeinschaft und die Verbindung mit den verhaltenstherapeutischen Aspekten des Essstrukturprogramms werden referiert. Eine individuelle Entlassplanung mit Erarbeitung einer Ess- und Tagesstruktur bilden den Abschluss.

In dem Workshop zeigen wir darüber hinaus, wie Ernährungsgeschichte mit ihren Mustern, Erfahrungen, Botschaften und Einstellungen bewusst wird. Es wird erörtert, wie es den Patienten schrittweise möglich wird, von ihrer zum Teil mit einem erheblichen Autonomie- oder Autarkiekonflikt verbundenen Kontrolltendenz sukzessive Abstand zu nehmen und so Gefühle von Essen trennen zu lernen bzw. den Mechanismus zu erleben – und damit zu beginnen ihn aufzulösen-, wie Gefühle durch Essen unterdrückt werden können.

Ein weiterer Aspekt ist die, gerade bei Bulimikerinnen, nicht seltene Verbindung von Traumatisierung und Essstörung.

Zafra Cooper, Deborah Hawker (University of Oxford, Department of Psychiatry, Oxford, United Kingdom)

Cognitive-Behavioural Treatment of Obesity: Background and Theory

While behavioural approaches to the management of obesity have been successful in achieving clinically significant weight loss, they have consistently failed to produce long-term maintenance of the weight lost. Follow-up studies indicate that patients regain between a third and a half of weight lost one year after treatment and that, by five-year follow-up, the majority have returned to their pre-treatment weight. Although there have been attempts to improve the maintenance of change, these have not been based on an understanding of the mechanisms responsible for weight regain. Little is known about the psychological processes that contribute to the maintenance of obesity. After a brief review of current psychological treatments and their outcome, I shall present a cognitive behavioural theory of the psychological processes involved in weight maintenance and weight regain and describe, in outline, a new cognitive behavioural treatment for obesity based on this view. The treatment aims to minimise the problem of weight regain by addressing cognitive obstacles to the acquisition and long term implementation of weight maintenance behaviour. It will be argued that the central features required for successful weight maintenance are: an acceptance of the value of what has been achieved in the weight loss phase of treatment; an accompanying belief that, at least to some meaningful extent, weight is under personal control; an appreciation that long-term weight maintenance is an active process; the acquisition of weight maintenance skills and the addressing of any personal goals that have been put aside until a desired body image has been achieved.

Ingrid Frisch (Cinderella e.V., München, Deutschland)

Die Vier Kommunikationsmuster nach Virginia Satir

Ein Thema in der ambulanten Gruppenarbeit mit Mädchen im Alter von 13 bis 17

Aus meiner Erfahrung mit der Arbeit mit Mädchen hat sich gezeigt, dass Jugendliche mit Essstörung große Schwierigkeiten haben, ihre Gefühle zu artikulieren und sich innerhalb der Familie, und nicht nur da, verbal durchzusetzen.

So beschreibt Virginia Satir, dass Menschen vier Methoden ausbilden, um mit Spannungen umzugehen. Sie sagt auch, dass die vier Methoden nur dann ins Spiel kommen, wenn jemand auf Spannungen reagiert und dabei zur gleichen Zeit spürt, dass sein Selbstwertgefühl erschüttert wird. Jeder von uns kennt das Gefühl, wenn das eigene Selbstwertgefühl angegriffen wird. Die Folge davon ist, dass wir meistens dann anders reden, als wir denken und fühlen. Wenn wir uns die vier

Kommunikationsmuster nun genauer betrachten, die die Menschen gebrauchen, um die eigene Schwäche nicht offen zeigen zu müssen, so ergeben sich nach Satir folgende Reaktionsmuster:

Das Beschwichtigen: damit die Person nicht ärgerlich wird

Das Anklagen: damit die andere Person ihn als stark ansieht

Das Rationalisieren: woraus sich ergibt, dass er die Bedrohung als ganz harmlos ansieht. Er versucht sein Selbstwert durch den Gebrauch großer Worte zu festigen.

Das Ablenken: wodurch er die Bedrohung ignoriert und sich so verhält, als sei sie gar nicht da.

Im Workshop werde ich mit den TeilnehmerInnen Kommunikationsübungen durchführen, die im ambulanten Gruppenbereich für Mädchen eingesetzt werden können.

Sabine Heschgl (Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz, Österreich)

Die auftauchende Liebe zum eigenen Selbst: Tanztherapie und Bewegungsanalyse

Manche Menschen leben in einer Welt, in der es keinen Platz für andere gibt. Sie verschanzen sich wie in einem Feindesland in ihrer eigenen Festung und lassen andere nicht über die hoch gezogene Brücke zu sich selbst. Allerdings haben auch sie ein Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Nähe und Kommunikation. Doch wie kann dieses trotz der Angst vorm Anderen befriedigt werden ?

Die Bewegungsanalytische Therapie ist eine spezielle Form der Körperpsychotherapie, eine Weiterentwicklung der Tanztherapie, die von Cary Rick begründet worden ist. In der Bewegungsanalyse, die auf tiefenpsychologischen Annahmen aufbaut, wird Bewegung als Handlung des Körpers aufgefasst, die sich auf das Körperkonzept, die vorwiegend unbewusste Vorstellung vom eigenen Körper (Selbst) gründet, welche durch den verbalen Dialog weder (vollständig) erfasst noch (vollständig) verändert werden kann, weshalb das therapeutische Vorgehen - neben dem Gespräch - nonverbale Handlungen und Interaktionen, Bewegung und Tanz umfasst.

Ausgangspunkt ist die Diagnostik des individuellen Bewegungsrepertoires, der bevorzugten und vermiedenen Bewegungen und nonverbalen Interaktionen, welche im Laufe des Lebens aufgrund bestimmter Erfahrungen erworben werden und welche die (unbewusste) Selbstvorstellung widerspiegeln bzw. deutlich machen, ob man sich für groß- und einzigartig hält und grundsätzlich davon überzeugt ist, das Leben zu meistern, oder ob man sich für klein und minderwertig hält und Angst hat, von anderen unterdrückt, missbraucht oder abgewiesen zu werden. Die Erfassung des individuellen motorischen Profils ist also gleichzeitig eine Erfassung der körperlichen Selbstvorstellung und möglicher Konflikte im Selbstbild, d.h. im Austausch mit der Umwelt. Das bedeutet aber auch, dass eine Erweiterung der motorischen Möglichkeiten – inklusive der nonverbalen Interaktionen – zur Bewusstwerdung, Klärung und Erweiterung des Erlebens von sich selbst und von der Umwelt beitragen kann.

Burkard Jäger (Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Deutschland)

Unterschiedliche Ursachen der Krankheit? Therapeutische Konsequenzen der „Polyvalenz“ von Bulimie und Anorexie

Ausgehend von empirischen Ergebnissen zur Gültigkeit unterschiedlicher Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen in unterschiedlichen Subgruppen von Kranken (s.a.

Vortrag zu diesem Thema) werden die Konsequenzen für die Behandlung von Essstörungen diskutiert. Für die Bulimie werden die Ergebnisse zum verhaltensmedizinischen Modell des „Restrained-Eating“ und zum ich-psychologischen Modell mangelnder Impulskontrolle dargestellt, weiterhin familiendynamische Erklärungsansätze. Für die Anorexie liegen zu diesem Thema weniger empirische Studien vor, hier werden die differentiellen therapeutischen Konsequenzen ich-psychologischer, verhaltensmedizinischer und wiederum familiendynamischer Modelle dargestellt und diskutiert. Ein besonderes Gewicht wird auf jeweilige Auswirkungen der modellimmanenten Überzeugungen auf die BehandlerIn-PatientIn-Beziehung und den zu erwartenden Prozess – jeweils im günstigsten und ungünstigsten Fall – gelegt.

Renate Michel, Susanne Otto, Silke Oldendorf und Andreas Remmel (Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Fakultät für Klinische Medizin der Universität Heidelberg-Mannheim, Deutschland)

Spiegel- und Videotraining zur Veränderung von Körperbild- und Körperschemastörungen bei PatientInnen mit psychogenen Essstörungen

Der Workshop stellt ein an unserem Institut entwickeltes 6-stündiges Spiegel- und Videotraining zur Diagnostik und Therapie von Körperbild- und Körperschemastörungen bei PatientInnen mit psychogenen Essstörungen vor. Mittels Selbsterfahrung und anhand mitgebrachten Materials lernen die WS-TeilnehmerInnen das Verfahren kennen. Abschließend diskutieren wir Anwendungsbereiche, Modifikationen, Bemühungen zur Manualisierung und einige bedeutsame Forschungsfragen.

Martina de Zwaan, Sabine Student (Psychiatrische Klinik Universität Erlangen-Nürnberg, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Erlangen, Deutschland)

Die stationäre Therapie der Anorexia nervosa (AN)

In der Therapie der AN ist initial häufig eine stationäre oder tagesklinische Behandlung notwendig. Eine stationäre Aufnahme sollte ausschließlich in einer spezialisierten Einrichtung, die viel Erfahrung in der Behandlung von Essstörungen hat, erfolgen. Die Aufnahme in nicht darauf ausgerichtete Abteilungen sollte nur dann erfolgen, wenn es um lebenserhaltende Maßnahmen, aber nicht wenn um eine essstörungsspezifische Therapie geht. Kriterien, die eine stationäre Aufnahme unbedingt erforderlich machen stellen somatische, psychologische und psychosoziale Faktoren dar:

- Bradykardie unter 40/min., Hypotonie unter 80/50 mmHg, Hypokaliämie, Hypophosphatämie, Gewichtsverlust unter einen BMI von 13 kg/m² oder sehr rascher Gewichtsverlust.
- Schwere Depression, Suizidalität.
- Hochpathologische Familieninteraktion, kein Erfolg einer ambulanten Behandlung, persistierendes Erbrechen.

Viele der sogenannten typischen Symptome der Magersucht sind durch den Hungerzustand hervorgerufen bzw. werden durch diesen verstärkt (z.B. Depressivität, Gedankenkreisen um Essen und Gewicht, Essanfälle). Der Körper wird durch die Unterernährung nicht nur physisch sondern auch kognitiv und emotional beeinträchtigt. Die Gewichtsstabilisierung stellt daher das erste und wichtigste Therapieziel dar. In der Regel werden im stationären Bereich transparente verhaltenstherapeutische Programme mit klaren Richtlinien für die Patientinnen eingerichtet. Eine Gewichtszunahme von in der Regel 700 g bis 1,5 kg/Woche wird angestrebt. Selbständige Nahrungsaufnahme normaler Nahrungsmittel ist jeder Art der künstlichen Ernährung vorzuziehen. Die Minimalanforderung an die Patientin ist, dass sie diesem Vorgehen, am besten mit

Therapievertrag, zustimmt. Es zeugt von schlechter klinischer Praxis, wenn die Gewichtszunahme die therapeutische Beziehung beherrscht und sich ein Kampf zwischen Patientin und therapeutischem Team um Macht und Kontrolle entwickelt.

Es gibt kaum kontrollierte Untersuchungen zur Psychotherapie der AN. Das liegt zum einen daran, dass es sich um eine relativ seltene Störung handelt, zum anderen sind die Patientinnen schwer zur Therapie zu motivieren und die Schwere und Akuität der Erkrankung scheint ein rasches multimodales Vorgehen notwendig zu machen. Kognitive Therapien stellen dysfunktionale Gedanken über Gewicht und Ernährung, sowie Selbstwertgefühl und Selbstkonzept in den Vordergrund. Diese Therapiestrategien werden parallel zu einem Gewichtsrestitutionsprogramm begonnen und müssen zu Beginn die kognitive Beeinträchtigung berücksichtigen.

Postersitzung 16.00 – 16.30 Uhr

Pantelis Christodoulides, Wien, Österreich; Karin Waldherr, Wien, Österreich; Günther Rathner, Innsbruck, Österreich

Essstörungsrelevante Persönlichkeitsprofile von Profitänzerinnen, Hobbytänzerinnen und Psychologiestudentinnen

Das Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der einerseits für Essstörungen spezifische Verhaltens- und Einstellungsdimensionen erfasst (wie übermäßige Beschäftigung mit der Figur sowie Tendenz zu Fressanfällen) und andererseits auch allgemeine für die Entwicklung von Essstörungen als relevant betrachtete psychologische Dimensionen wie z.B. Perfektionismus, Minderwertigkeitsgefühle, etc. Ziel der vorliegenden Studie war, das mithilfe des EDI-2 erfasste Persönlichkeitsprofil von Hobby- und Profitänzerinnen, die zu den Risikogruppen für die Entwicklung von Essstörungen gehören, mit jenem von Psychologiestudentinnen zu vergleichen. Die Stichprobe umfasste 25 Musicalstudentinnen, 25 Studierende verschiedener Studienrichtungen, die zusätzlich einen Tanzkurs belegt haben, und 92 Psychologiestudentinnen. Die drei Gruppen unterschieden sich nicht bezüglich des Alters; das Durchschnittsalter betrug 22 Jahre. Die Psychologiestudentinnen erhielten zusätzlich die EDI-2 Symptomcheckliste und wurden anhand dieser Angaben in drei Gruppen geteilt: kein Risiko für eine Essstörung (BMI im Normalbereich, kein weiteres Symptom wie z.B. Erbrechen); Risiko für AN: BMI <19; Risiko für BN: BMI im Normalbereich oder leichtes Übergewicht, aber mindestens ein Symptom. Die Profitänzerinnen zeigen im Profilvergleich in den Skalen Schlankheitsstreben, Bulimie, Perfektionismus, Unsicherheit in der Wahrnehmung von Gefühlen und Asketizismus signifikant höhere Werte als die unauffälligen Psychologiestudentinnen (= Baseline). Das Profil ist ähnlich jenem der Psychologiestudentinnen der Risikogruppe 2; nur Misstrauen gegenüber anderen ist bei letzteren noch stärker ausgeprägt. Das Profil der Hobbytänzerinnen liegt zwischen jenen der Baselinegruppe und der Profitänzerinnen; lediglich Asketizismus ist signifikant stärker ausgeprägt als bei unauffälligen Psychologiestudentinnen. Das Profil der Risikogruppe 1 unterscheidet sich nicht von jenem der Baselinegruppe. Insgesamt zeigt dieser Profilvergleich, dass das mithilfe des EDI-2 erfasste Persönlichkeitsprofil gut zwischen Personen mit unterschiedlich hohem Risiko zur Entwicklung einer Essstörung differenziert.

Helen Hertzsch (Universität Landau, Institut für Kommunikationspsychologie und Medienpädagogik, Deutschland)

Selbsthilfeplattformen im Netz: Erwartungen der User und tatsächlicher Nutzen

Seit Ende der 1990er Jahre existieren im Internet Plattformen mit umfassenden Informations- und Kommunikationsangeboten für Menschen mit Essstörungen. Obwohl oder gerade weil die wachsende Bedeutung dieser virtuellen Angebote unumstritten ist, wird ihre Funktion immer wieder ambivalent diskutiert. Die vorliegende Studie analysiert und vergleicht die Erwartungen und den erlebten Nutzen der User einer solchen Selbsthilfeplattform und identifiziert mögliche Einflussfaktoren. Im Rahmen einer Online-Befragung wurden Daten von 230 Usern der Internetplattform www.magersucht.de erhoben. Als Grundlage dienten modifizierte Skalen allgemeiner Internetnutzungsmotive (u.a. Papacharissi & Rubin, 2000). Als wichtigster Faktor konnte für die Erwartungen und den erlebten Nutzen jeweils die soziale Nützlichkeit i.S.v. gegenseitiger sozialer Unterstützung extrahiert werden. Daneben spielte der Genesungswille eine entscheidende Rolle als Motivfaktor und die bequeme Informationsgewinnung als Faktor für den erlebten Nutzen. Als bedeutende Einflussfaktoren auf die Nutzungserwartungen kristallisierten sich der Leidensdruck der User sowie das Alter und die Dauer der Essstörung heraus. Die Nutzungseffekte wurden insbesondere durch die Intensität der Zuwendung zu den Angeboten und die Nutzung nichtmedialer Alternativen (u.a. Therapie) beeinflusst. Die Ergebnisse untermauern Hinweise auf Gründe für die Nutzung internetbasierter Selbsthilfe aus früheren Untersuchungen und konkretisieren sie durch die Herausarbeitung expliziter Erwartungs- und Nutzenfaktoren. Indem ein erster Versuch unternommen wurde, die Nutzung internetbasierter Selbsthilfe auf eine modelltheoretische Basis im Rahmen der medienpsychologischen Forschung zu stellen, konnten darüber hinaus Einflüsse identifiziert werden, die Auswirkungen auf die Nutzungserwartungen und den tatsächlichen Nutzen für die User haben.

Helen Hertzsch & Wolfgang Gawlik (Universität Landau; Institut für Kommunikationspsychologie und Medienpädagogik, Hungrig Online e.V., Buckenhof, Deutschland)

Hungrig Online e.V. - Internetgestützte Basisinformationen und Selbsthilfe für Menschen mit Essstörungen

www.hungrig-online.de ist die führende Internet-Adresse für umfassende Informationen und kompetente Beratung bei Essstörungen. Das offene Kommunikationsangebot besteht seit 1999 und gilt mit inzwischen über 13.000 registrierten Nutzern und aktuell 700.000 Seitenaufrufen pro Monat als die größte deutschsprachige Selbsthilfegruppe für Essstörungen im Internet. Primäres Ziel des Trägervereins Hungrig Online e.V. mit Sitz in Erlangen ist es, mit der innovativen Vernetzung von Informations- und Kommunikationsangeboten über Essstörungen wie Magersucht und Bulimie sowie Adipositas aufzuklären, Betroffenen zu helfen und ein öffentliches Bewusstsein für Essstörungen zu schaffen. Zielgruppe sind in erster Linie Betroffene (akut, chronisch, gefährdet), aber auch Angehörige, interessierte Laien, die Presse und Fachleute. Hierfür stehen rund 40 ehrenamtliche Mitarbeiter mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund als Ansprechpartner zur Verfügung, die das Web- und Mailingangebot pflegen und moderieren. Hungrig-Online hat es sich zur Aufgabe gemacht, Betroffene während ihres langwierigen Heilungsprozesses zu begleiten und sie gleichzeitig durch den gegenseitigen Austausch aus ihrer sozialen Isolation zu reißen und dazu zu motivieren, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hierfür stehen ihnen und ihren Angehörigen umfassende Informationen sowie verschiedene Kommunikationsangebote (Mailinglisten, Online-Chat, Diskussionsforen) zur Verfügung. Dass die Nutzung per Internet rund um die Uhr anonym, unverbindlich, kostenlos und überregional möglich ist, trägt erheblich zum Abbau von Berührungängsten bei. Forschungs- und Therapieeinrichtungen sowie Beratungsstellen können bei Hungrig-Online auf ihre Hilfsangebote, Veranstaltungen und aktuelle Nachrichten aufmerksam machen. Neu ist die Möglichkeit, in geschlossenen Benutzerkreisen die Kommunikationsplattform Hungrig-Online z.B. zur Nachsorge und für bisher nicht im Internet vertretene Selbsthilfegruppen zu nutzen.

Hartmut Imgart, Helmut Schmal (Parkland-Klinik, Bad Wildungen, Deutschland)

Behandlungsvoraussetzung für BMI-Veränderungen im stationären Therapieprozess

Untersucht wurden 36 jugendliche adipöse Mädchen, die wegen einer Essstörung stationär behandelt wurden. Verglichen wurden die Mädchen, die eine BMI-Veränderung von über 0,75 erzielt haben, mit den Mädchen, die eine BMI-Veränderung unterhalb dieses Wertes erreicht haben.

Es fanden sich signifikante Unterschiede im IIP und SCL-90 sowie in verschiedenen Prozessvariablen. In den allermeisten Subskalen zeigte zu Beginn des stationären Aufenthaltes die Gruppe der Mädchen, die im weiteren Verlauf wenig abnahmen, signifikant höhere Werte. Am Ende des Aufenthaltes ist dieser deutliche Unterschied zwischen den beiden Gruppen nicht mehr erkennbar. Anhand von Prozessvariablen werden Behandlungsvoraussetzungen für die BMI-Veränderungen im stationären Therapieprozess diskutiert.

Ceri Jones, Harris Gillian, Leung Newman (University of Birmingham, United Kingdom)

Core beliefs and eating disorder recovery

Cognitive factors relating to the onset or current status of eating disorders have been widely researched. However, the cognitive profile of individuals recovered from eating disorders has received less attention. Young's (1994) maladaptive core beliefs relating to the self, others and the world have been found to be relevant to the psychopathology of eating disorders. Given that psychological and psychosocial adjustment are important factors in the recovery from eating disorders it would seem likely that core beliefs would be different in women who believe themselves to be recovered from an eating disorder than those who are still suffering.

In an exploratory study, sixty-seven women with a current eating disorder, twenty-nine women who have recovered from an eating disorder and fifty female undergraduate students completed self-report questionnaires on core beliefs and eating psychopathology. The data suggest that core beliefs can distinguish recovered eating-disorder women from both non-eating disordered controls and from currently eating disordered women. Finally, core beliefs were found to relate to specific eating disorder behaviours and attitudes but only in women with a current eating disorder.

Sylvia Smole-Lindinger, Regina Berger (Anton Proksch Institut Klinikum, Wien)

Drogenabhängigkeit und Essstörung

Das Mödlinger Modell ist eine Langzeittherapiestation für Drogenabhängige mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Das Setting ist stationäre Psychotherapie kombiniert mit Sozio- und Arbeitstherapie, das Behandlungskonzept ist psychodynamisch.

Bezüglich Komorbidität zeigen sich neben den Persönlichkeitsstörungen vermehrt Essstörungen bei einem Großteil unserer weiblichen Patientinnen, aber sie sind auch bei den männlichen Patienten im Zunehmen. Diese Doppeldiagnosen (vorherrschend sind Bulimia nervosa und binge eating) stellen eine besondere Herausforderung in unserem therapeutischen Alltag dar. Anhand

unserer Posterpräsentation illustrieren wir welche Behandlungsangebote und therapeutischen Interventionen im stationären Behandlungsrahmen wirksam sind.

Karin Waldherr, Christodoulides Pantelis, Rathner Günther

Sekundärfaktoren des Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)

Das Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1991) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der die Multideterminiertheit und Multidimensionalität von Essstörungen berücksichtigt. Er besteht aus 91 Items, die drei für Essstörungen spezifische Verhaltens- und Einstellungsdimensionen (z.B. Schlankheitsstreben) sowie acht allgemeine, für die Entwicklung von Essstörungen als relevant betrachtete, psychologische Dimensionen (z.B. Perfektionismus, Minderwertigkeitsgefühle, etc.) erfassen sollen. Eine nach einer rigorosen Back-Translation-Technik (Brislin, 1986) durchgeführte deutschsprachige Übersetzung (Rathner & Waldherr, 1997) wurde 699 weiblichen und 251 männlichen Jugendlichen zwischen 14 und 20 Jahren in Niederösterreich sowie 139 Studentinnen in Wien vorgegeben. Die inneren Konsistenzen fast aller Subskalen erwiesen sich zumindest für die weiblichen Stichproben als zufriedenstellend. In Faktoranalysen auf Itemebene konnten die Subskalen zwar relativ gut identifiziert werden, aufgrund der teilweise starken Interkorrelationen zwischen den Subskalen fielen jedoch einige zu gemeinsamen Faktoren zusammen. Faktorenanalysen auf Skalenebene lieferten übereinstimmend für die weibliche und männliche Stichprobe vier Faktoren 2. Ordnung: 1. Minderwertigkeitsgefühle und sozialer Rückzug, 2. Beschäftigung mit Figur und Gewicht, 3. Fehldeutungen innerer und äußerer Reize sowie Tendenz zu Perfektionismus, Impulsivität und Selbstverleugnung, und 4. Regressionswunsch.

Parallele Workshops 16.30 – 18.00 Uhr

Volker Bracke (Klinik für psychosomatische Medizin, Bad Grönenbach, Deutschland)

Stationäre Psychotherapie bei Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Binge-Eating)

Vorgestellt wird ein zweigleisiges stationäres Behandlungskonzept:

1. *Symptomorientiert* mit Beobachtung, Veränderung und Kontrolle des Essverhaltens, wobei z.T. verhaltenstherapeutische Behandlungselemente (Protokollierung, Essstruktur, Genesungsvertrag etc.) gemeinsam mit intensiver sozialer Unterstützung im Rahmen einer "therapeutischen Gemeinschaft" von zentraler Bedeutung sind.

2. In der *tiefenpsychologischen* Bearbeitung - unterstützt durch erfahrungsorientierte Therapieverfahren wie Körper- und Kunsttherapie sowie Methoden zur Aktivierung der Selbstwahrnehmung - wird das Augenmerk zum einen auf lebensgeschichtliche Hintergründe der Erkrankung gerichtet, mit der grundlegenden Frage, welche Lebenssituationen und früheren Beziehungserfahrungen die Essstörung begünstigt haben. Zum anderen wird betrachtet, welche aktuellen, teilweise unbewussten Aspekte der eigenen Beziehungsgestaltung auch heute noch – bis in die aktuelle therapeutische Situation hinein – zur Aufrechterhaltung der Problematik beitragen. Der Phasenverlauf von der Vorbetreuung über den stationären Aufenthalt bis zur Nachsorge wird anhand von Fallbeispielen und Fragen der TeilnehmerInnen den Workshop gliedern.

Markus Fumi & Silke Naab (Medizinisch-psychosomatische Klinik Roseneck, Prien, Deutschland)

Psychotherapeutische Beziehungsgestaltung mit EssstörungspatientInnen

Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung bildet eine wichtige Grundlage für das Gelingen der gemeinsamen Arbeit in der Psychotherapie. Nur auf Basis einer stabilen, konstruktiv angelegten psychotherapeutischen Beziehung werden PatientInnen notwendige Veränderungen von Denk- und Verhaltensweisen langfristig vornehmen. Sie haben zudem die Möglichkeit, in der therapeutischen Interaktion neue, bisher angstbesetzte Muster der Beziehungsgestaltung zu erleben, im Therapiesetting zu erproben und auf das häusliche Umfeld zu übertragen.

Die psychotherapeutische Beziehungsgestaltung mit PatientInnen mit Essstörungen stellt in diesem Sinne besondere Anforderungen an die BehandlerInnen. Diese resultieren zum einen aus der teilweise bedrohlichen körperlichen und psychopathologischen Symptomatik und der ambivalenten Veränderungsmotivation, zum anderen aus der spezifischen Persönlichkeitsstruktur vieler EssstörungspatientInnen mit starker Tendenz zu äußerlicher Anpassung bei gleichzeitigem inneren Widerstand und ausgeprägten sozialen Defiziten.

Der Workshop befasst sich sowohl mit Voraussetzungen und Gestaltungsmöglichkeiten der psychotherapeutischen Beziehung als auch mit spezifischen Strategien im Rahmen der Essstörungstherapie, häufigen Schwierigkeiten im klinischen Alltag und Möglichkeiten des Umgangs mit Beziehungsproblemen

Sabine Schoberth-Bernard & Ingrid Frisch (Cinderella e.V., München, Deutschland)

„Essstörungsprävention – Workshops in der Schule“

Die Beratungsstelle für Essstörungen Cinderella e.V. in München ist seit Jahren in der Essstörungsprävention tätig. Besonders gut bewährt und somit herauskristallisiert haben sich dabei Workshops für Schülerinnen und Schüler, die wir für Schulen anbieten.

Diese Workshops beinhalten Informationen über Essstörungen und verschiedenste methodische Bausteine zu den flankierenden Themenbereichen: Schönheits- und Schlankheitsideal, Essverhalten, Genuss, Körperwahrnehmung.

Die einzelnen Workshop-Bausteine werden je nach Altersgruppe der SchülerInnen, Situation und Zusammensetzung der Klasse/Gruppe, der zur Verfügung stehenden Zeit und der Zielsetzung der Schule individuell zusammengestellt.

In dem Workshop möchten wir Ihnen das Konzept dieses Präventionsansatzes vorstellen und ein paar ausgewählte Bausteine daraus für die WorkshopteilnehmerInnen erlebbar werden lassen.

Klaus Logemann (Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne Bremen, Deutschland)

Wir machen Eltern stark – Elternkreisarbeit als wichtige Unterstützung für den therapeutischen Prozess zur Bewältigung von Essstörungen

Eltern, die mit der Diagnose Essstörung konfrontiert werden, sind in der Regel nicht sofort in der Lage die Komplexität dieser Krankheit und ihrer Bekämpfung zu erfassen. Bedingt durch Unkenntnis und Unwissenheit werden ihre Verhaltensweisen zu keinen positiven Veränderungen der Situation führen können. Sie brauchen Menschen, die ihre Sorgen und Probleme verstehen, und die über ausreichende Erfahrung verfügen um die relevanten Fragen beantworten zu können. Dieses kann ihnen in Selbsthilfegruppen für betroffene Eltern geboten werden. Hier finden sie ein

Forum von Gleichgesinnten, sie können ihren Ballast loswerden, sie erhalten Informationen und Wissen sowie Hilfe und Lösungen. Die Mitglieder des Elternkreises verstehen die Nöte der neuen Eltern und helfen ihnen die Scham- und Schuldgefühle zu überwinden. Gegenseitige Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Eltern und Essgestörten werden sichtbar gemacht und diskutiert. Gemeinsam werden mögliche Wege zur Gesundung der Familie entwickelt und aufgezeigt. Es wird aber auch deutlich gemacht, wo die Grenzen sind und wo die Eltern für sich professionelle therapeutische Hilfe annehmen sollten. So können Enttäuschungen und Depressionen oft vermieden und neuer Mut entwickelt werden. Die Teilnehmer des Elternkreises lernen, dass sie sich selbst verändern müssen, wenn sie ihren Kindern helfen wollen. Diese Veränderungen im eigenen häuslichen Milieu können sich positiv auf die essgestörten Kinder auswirken und unterstützen die Arbeit der an ihrer Seite stehenden professionellen Helfer für die Betroffenen. In der Gruppe werden die Eltern gestützt, so dass sie besser mit ihrer Situation zurechtkommen und nicht allein bleiben.

Anhand der Arbeit unseres Bremer Elternkreises sollen im Workshop detaillierte Erkenntnisse und Strukturen vorgestellt sowie Tipps und Anregungen für die Gründung eigener Gruppen gegeben werden.

Eveline Müller & Susanna Schönwald (ANAD pathways, München, Deutschland)

Dialektisch-behaviorale Therapie bei EssstörungspatientInnen mit Borderline-Symptomatik: ein neuartiges Gruppenkonzept in den intensivtherapeutischen Wohngruppen pathways in München

Als spezielles Therapieprogramm zur Behandlung der so genannten Borderline-Symptomatik findet die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) von Marsha Linehan auch in Deutschland immer weitere Verbreitung. Bislang mangelt es jedoch an Adaptationen für spezifische Patientengruppen. Vor diesem Hintergrund wurde in den intensivtherapeutischen Wohngruppen für Jugendliche und junge Erwachsene mit Essstörungen pathways in München ein DBT-Gruppenkonzept für PatientInnen mit Essstörungen und komorbid auftretender emotional instabiler Persönlichkeitsstruktur entwickelt. Es integriert die vier Themenblöcke innere Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsregulation und zwischenmenschliche Beziehungen und verbindet Psychoedukation mit Skills-Training. Zudem sollen in Zusammenarbeit mit Patientinnen Materialien speziell für diese Zielgruppe erstellt werden.

In ihrem Workshop stellen die beiden Diplompsychologinnen Eveline Müller und Susanna Schönwald das DBT-Gruppenkonzept vor und bringen den TeilnehmerInnen anhand konkreter Übungen die eingesetzten Methoden nahe. Zudem haben die TeilnehmerInnen die Möglichkeit, sich über ihre Erfahrungen mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie auszutauschen und mit ihren Ideen zur Weiterentwicklung des DBT-Gruppenkonzepts beizutragen.

Sandra Oberemm (ANAD pathways, Weilheim, Deutschland)

Hier und Jetzt – Du und Ich, Tanz- und gestalttherapeutischer Ansatz bei Frauen mit Essstörungen in einer ANAD-Gruppe, Weilheim

Therapeutische Gruppen gelten als ein wichtiges Angebot in der Behandlung von Essstörungen, zum einen, um den Betroffenen ein Forum anzubieten, aus der krankheitsbedingten Isolation heraus zu treten, zum anderen auch, um sich im Kontakt mit und durch andere Gruppenteilnehmerinnen mit den eigenen Anteilen, Ressourcen und Grenzen auseinander zu setzen.

Gestalttherapeutisches Arbeiten:

Im Vordergrund gestalttherapeutischer Arbeit steht die Frage: „Was ist?“. Was ist jetzt, was ist in mir, was spüre ich gerade jetzt, in diesem Moment? Dieses Gewahrwerden ist die Voraussetzung, um den Zugang zu meinen wahren Gefühlen, Bedürfnissen und Sehnsüchten zu bekommen. Menschen mit einer Essstörung haben den Zugang dazu verloren – über das Fasten, Essen, Erbrechen wird eben dieser Weg dazu unterbrochen. Durch Kontaktarbeit (sowohl mit sich selbst als auch in Partner- oder Gruppenarbeit) kann einerseits dieser Prozess bewusst gemacht, andererseits können auch Alternativen entwickelt werden, andere Wege zu den verschütteten Emotionen und Bedürfnissen auszuprobieren. Das eigene Handeln kann im geschützten Gruppenraum ganz konkret überprüft werden, somit erspürt die Teilnehmerin selbst wo ihre Kraft, ihr Weg und ihre Ressourcen sind.

Tanz- und ausdrucks-therapeutische Arbeit:

Die tanztherapeutische Arbeit setzt an etwas ganz Ursprünglichem an, was den übermächtigen Verstand in den Hintergrund drängen soll: am Tanz. Körpertherapie kann in hohem Maße den als feindlich erlebten Körper wieder im Bewusstsein integrieren, durch den Tanz werden Körpergefühle geweckt, die seit langen brach liegen, ein weiterer Schritt in Richtung Frieden finden mit dem eigenen Körper, dem Körper-Ich. Die Leib-Seele-Einheit bildet eine unabdingbare Voraussetzung für die psychische Gesundheit. Innere Bewegung durch äußere Bewegung erzielen. Weg von der nach außen orientierten „schönen“ und hin zur nach innen gerichteten authentischen Bewegung. Im übertragenen Sinn entspricht dies letztlich auch dem Prozess in der Therapie.

Es werden verschiedene Angebote vorgestellt, die Sie in einer Selbsterfahrungssequenz die Intensität und Unmittelbarkeit dieser Therapierichtungen praktisch erleben und nachvollziehen lassen können. Vorerfahrung in Tanz ist nicht von Nöten.

Michel Probst (Abt Rehabilitationswissenschaften der K.U.Leuven, Belgien & Universitätsklinik f. Psychiatrie, Abt. Essstörungen, Kortenberg, Belgien)

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen als Element der Behandlung essgestörter und adipöser PatientInnen

Die spezifische und negative Körpererfahrung (extreme Abmagerung, große Angst dick zu werden, Anstreben von unrealistischen Idealen, Diskrepanz zwischen Denken und Fühlen, ...) hat eine zentrale Bedeutung bei Untersuchungen und Therapien von Essstörungen und adipöser PatientInnen. Viele Forscher nehmen die unrealistische Beurteilung der Körperform und die negative Einstellung zum Thema ihrer wissenschaftlichen Arbeiten. Was haben wir bis heute aus den Untersuchungen des Körperbildes gelernt und was bedeutet der wissenschaftliche Befund für die klinische Praxis? Der aktuelle Stand dieser Forschung wird kritisch beleuchtet und analysiert.

Die Veränderung dieses Körpererlebens muss als ein wichtiges Ziel in der Therapie von Patientinnen betrachtet werden. Ausgehend von spezifischen Verhaltensmustern bei Essstörungen gibt es drei mögliche Anknüpfungspunkte: die gestörte Körpererfahrung, die Hyperaktivität/Passivität und die Furcht vor Verlust der Selbstbeherrschung. Mögliche therapeutische Eingriffe um diese Zielsetzungen zu verwirklichen werden erläutert. In unserem multidimensionalen Therapiemodell (Univ.-Klinik für Psychiatrie, Kortenberg, Belgien) wird der Körper selbst als direkter und spezifischer Ansatzpunkt für die Therapie benutzt. Die körperorientierte Therapie ist ein wesentlicher Bestandteil des multimodalen Behandlungsprogramms. Körper und Bewegung werden dabei zum zentralen Mittel in der Therapie. In der Therapie wird durch Konfrontation mit dem eigenen Körper und dem

Bewusstwerden des eigenen Körpers erreicht, dass die Patientinnen das negative Körpererleben in eine akzeptierende positive Handlung umwandeln können. Der Therapeut hat ein breites Spektrum von Möglichkeiten basierend auf Selbstkonfrontation (Videokonfrontation und Spiegelübungen) und Selbstwahrnehmung zur Beeinflussung dieser negativen Körpererfahrung. Die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten von ambulanter und stationärer Behandlung bis zur Einzel- und Gruppentherapie werden im Workshop dargestellt

Adressen der ReferentInnen

Aschenbrenner Florian, Dr. med. univ., Universitätsklinikum der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Außenstelle Humaine-Klinik, Malerstraße 31, 01326 Dresden, Deutschland

Aschenbrenner Katja, Dr. med. univ., Universitätsklinikum der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Außenstelle Humaine-Klinik, Malerstraße 31, 01326 Dresden, Deutschland, Katja.Aschenbrenner@mailbox.tu-dresden.de

Assmayr Karin, Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Innrain 52, 6020 Innsbruck, Österreich

Bartoloth Carmen, Dipl.-Psych., Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie J5, 68159 Mannheim, Deutschland

Biebl Wilfried, Univ.-Prof., Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Innsbruck, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich, wilfried.biebl@uklibk.ac.at

Bischof Christine, Fond Soziales Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit, Schottenring 24, 1010 Wien, Österreich

Bracke Volker, Dipl.-Psych., Klinik für Psychosomatische Medizin, Abteilung II – Psychosomatik und Essstörungen, Sebastian-Kneipp-Allee 3, 87730 Bad Grönenbach, Deutschland, bracke@kliniken-groenenbach.de

Brunner Helga, Adula-Klinik, In der Leite 6, 87561 Oberstdorf, Deutschland

Bläsing Sabine, Adula-Klinik, In der Leite 6, 87561 Oberstdorf, Deutschland

Butcher Gerard J., MSc., Cognitive Behavioural Psychotherapist, Lecturer, Faculty of Nursing, Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin 2, Ireland & Lecturer, School of Nursing, Faculty of Life & Health Sciences, University of Ulster, Northern Ireland, gbutcher@iol.ie

Christodoulides Pantelis, Mag. Dipl.Ing. Dr. techn., Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Methodenlehre und Differentielle Psychologie, Liebiggasse 5, 1010 Wien, Österreich

Cooper Zafra, Dr., University of Oxford, Department of Psychiatry, Oxford, United Kingdom, zafra.cooper@psychiatry.oxford.ac.uk

Costa Ana Paula, PHD Student, Keele University, Psychology Department, Staffordshire, ST5 5BG, United Kingdom, paulacosta78@hotmail.com

Decker-Zachmann Walter, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie J5, 68159 Mannheim, Deutschland

Düll Andrea, Semmelweis University, Institute of Behavioral Sciences, Nagyvárad tér 4, 1089 Budapest, Hungary

Ermer Samantha, Universität Regensburg, Klinik für Innere Medizin II, Schwerpunkt Psychosomatik, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Deutschland

Fairburn Christopher G., Prof., D.M. FRC Psych., F.Med.Sci., University of Oxford, Department of Psychiatry, OX3 7JX Oxford, United Kingdom, credo@medicine.oxford.ac.uk

Frisch Ingrid, Psychoth., Cinderella e.V., Beratungsstelle für Essstörungen, Westendstraße 35, 80339 München, Deutschland, cinderellaberatg@aol.com

Fumi Markus, Dipl.-Psych., Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien, Deutschland

Fuhrmeister Antje, Parkland-Klinik, Im Kreuzfeld 6, 34573 Bad Wildungen, Deutschland

Gantner-Sinz Alexandra, Universität Regensburg, Klinik für Innere Medizin II, Schwerpunkt Psychosomatik, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Deutschland

Gawlik Wolfgang, Hungrig Online e.V., Hutweide 60, 91054 Buckenhof, Deutschland, info@magersucht-online.de

Gmerek Martina, M.A., Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk Berlin, Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik, Potsdamer Chaussee 69, 14129 Berlin, Deutschland, martina.gmerek@gmx.de

Harris Gillian, University of Birmingham, School of Psychology, Edgbaston, B15 2TT, Birmingham, United Kingdom

Hausmann Armand, Ao. Prof., Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Innsbruck, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich

Hawker Deborah, Dr., University of Oxford, Department of Psychiatry, Oxford, United Kingdom, debbie.lovell@psychiatry.oxford.ac.uk

Hertzsch Helen, Universität Landau, Institut für Kommunikationspsychologie und Medienpädagogik, Ostring 18, 76829 Landau, Deutschland, helenhertzsch@t-online.de

Heschgl Sabine, Mag., Landesnervenklinik Sigmund Freud, Wagner Jauregg Platz 1, 8053 Graz, Österreich, sabine.heschgl@utanet.at

Hesse Andrea, Universität Regensburg, Klinik für Innere Medizin II, Schwerpunkt Psychosomatik, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Deutschland

Hoffmann Christina, Universität Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Am Hochstrass 8, 89081 Ulm, Deutschland

Imgart Hartmut, Dr. med. univ., Parkland-Klinik, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen, Deutschland, dr.imgart@parkland-klinik.de

Jäger Burkard, PD Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Deutschland, jaeger.burkard@mh-hannover.de

Jochims Inke, M.A., ECP, HP, Dickhardtstraße 61/62, 12159 Berlin, Deutschland, Inke@Inke-Jochims.de

Jones Ceri, PHD Research Student, University of Birmingham, School of Psychology, Edgbaston, B15 2TT, Birmingham, United Kingdom, CJJ102@bham.ac.uk

deJong Mieke, University Hospital of Maastricht, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, PO Box 5800, 6202 AZ Maastricht, The Netherlands

König Christine, Dr. med. univ., Bundesgymnasium und Bundesrealgymnasium Neunkirchen, Otto-Glöckel-Weg 2, 2620 Neunkirchen, Österreich

Koschier Alexandra, Mag., Fond Soziales Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit, Schottenring 24, 1010 Wien, Österreich

Lacey J. Hubert, Prof., Department of Mental Health (Psychiatry), St George's Hospital Medical School, Cranmer Terrace, London, United Kingdom, hlacey@sghms.ac.uk

Lahmann Claas, Universität Regensburg, Klinik für Innere Medizin II, Schwerpunkt Psychosomatik, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Deutschland

Lamprecht Friedhelm, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Deutschland

Lattimore Paul, Dr. Keele University, Psychology Department, Staffordshire, ST5 5BG, United Kingdom

Leiberich Peter, Dr. med., Universität Regensburg, Klinik für Innere Medizin II, Schwerpunkt Psychosomatik, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Deutschland, peterleiberich.medhungrig@freenet.de

Leung Newman, Birmingham an Solihull Mental Health NHS Trust, Vincent Drive, Edgbaston, West Midlands, B15 2TZ, Birmingham, United Kingdom

Loew Thomas, Universität Regensburg, Klinik für Innere Medizin II, Schwerpunkt Psychosomatik, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Deutschland

Logemann Klaus, Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne Bremen, Koringstraße 3a, 28755 Bremen, Deutschland

Malewski Peter, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Deutschland

Mangweth Barbara, A.o. Prof. Dr., Universitätsklinik für Psychiatrie, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich, barbara.mangweth@uibk.ac.at

Mariacher Edith, Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Innrain 52, 6020 Innsbruck, Österreich

Michel Renate, M.A., Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie J5, 68159 Mannheim, Deutschland

Müller Eveline, Dipl.-Psych., ANAD pathways, Pilotystraße 6, 80538 München, Deutschland

Naab Silke, Dr. med., Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien, Deutschland

Nöster Martina, Frauengesundheitszentrum F.E.M., Bastiengasse 36-38, 1180 Wien, Österreich, fem@aon.at

Oberemm Sandra, Dipl. Soz.Päd, Dipl.Psychotherapeutin, ANAD eV. pathways, ANAD-Weilheim Beratungsstelle, Pütrichstraße 30-32, 82362 Weilheim, Deutschland, beratungWeilheim@ANAD.de

Oldendorf Silke, Dipl.-Psych., Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie J5, 68159 Mannheim, Deutschland

Otto Susanne, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie J5, 68159 Mannheim, Deutschland

Probst Michel, Univ.-Prof Dr, Abt Rehabilitationwissenschaften der K.U.Leuven & Universitätsklinik f. Psychiatrie, Abt. Essstörungen, Kortenberg, Leuvensesteenweg 517 B-3070 Kortenberg, Belgien, michel.probst@faber.kuleuven.be

Rathner Günther, Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Innsbruck, Univ.Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Sonnenburgstr. 16, A-6020 Innsbruck, Österreich, guenther.rathner@uibk.ac.at

Rommel Andreas, Dr. Dr. Dipl.-Psych., Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie J5, 68159 Mannheim, Deutschland, rommel@zi-mannheim.de

Rettenwander Annemarie, MMag., Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Innrain 52, 6020 Innsbruck, Österreich, Annemarie.Rettenwander@uibk.ac.at

Rolles Ulley, DDr. med. univ., Krankenhaus Spittal an der Drau, Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Billrothstraße 1, 9800 Spittal/Drau, Österreich, psychosomatik@khsptital.com

Rotenberg Ken, Prof., Keele University, Psychology Department, Staffordshire, ST5 5BG, United Kingdom

Rupp Claudia, Mag. Dr., Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Innsbruck, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich

Sarge Detlev, Universität Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Am Hochstrass 8, 89081 Ulm, Deutschland

Schmal Helmut, Parkland-Klinik, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen, Deutschland

Schobert-Bernard Sabine, Dipl. Soz. Päd. FH, Cinderella e.V. – Beratungsstelle für Essstörungen, Westendstraße 35, 80339 München, Deutschland, cinderellaberatg@aol.com

Seiwald Maria, Mag., Psychotherapeutische Praxis, Maria-Theresienstr. 49, 6020 Innsbruck, Österreich, maria.seiwald@chello.at

Seyfahrt Kathrin, Selbsthilfezentrum "Münchner Essrunde", Lerchenauerstraße 4, 80809 München, Deutschland, Kathrin.Seyfahrt@web.de

Smole-Lindinger Sylvia, Dr., Anton-Proksch-Institut, Drogenabteilung, Römergasse 70/b, 1160 Wien, Österreich, sylvia.smole@gmx.at

Smrekar Ulrike, Dr., Medizinische Universität Innsbruck, Univ.Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Sonnenburgstr. 16, A-6020 Innsbruck, Österreich, ulrike.smrekar@uibk-ac.at

Stadtmüller Godehard, Adula-Klinik, In der Leite 6, 87561 Oberstdorf, Deutschland, Godehard.Stadtmueller@t-online.de

Strauß Bernhard, Prof. Dr., Friedrich-Schiller Universität Jena, Institut für Medizinische Psychologie

Student Sabine, Dipl.-Psych., Psychiatrische Klinik Universität Erlangen-Nürnberg, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen, Deutschland, sabine.student@yahoo.de

Schönwald Susanna, Dipl.-Psych., ANAD pathways, Pilotystraße 6, 80538 München, Deutschland

Szabó Pál, Dr., Debrecen University, Institute of Psychology, Debrecen 10, POB 28, H-4010, Hungary, dr.szabopal@freemail.hu

Tritt Karin, Universität Regensburg, Klinik für Innere Medizin II, Schwerpunkt Psychosomatik, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Deutschland

Túry Ferenc, Dr., Semmelweis University, Institute of Behavioral Sciences, Nagyvárad tér 4, 1089 Budapest, Hungary, tury@axelero.hu

Vlamynck Astrid, F.Ä. für Psychotherapeutische Medizin, Wielandstraße 17, 10629 Berlin, a.vlamynck@web.de

Waldherr Karin, Mag. Dr. rer. nat., Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Liebigg. 5, 1010 Wien, karin.waldherr@univie.ac.at

Wappis Bernhard, Sonnwiesen 1/16, 9702 Ferndorf, Österreich, bwappis@gmx.at

vonWietersheim Jörn, Prof. Dr., Universität Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Am Hochstrass 8, 89081 Ulm, Deutschland, joern.vonwietersheim@medizin.uni-ulm.de

Wimmer-Puchinger Beate, ao. Univ.-Prof. Dr., Fond Soziales Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit, Schottenring 24, 1010 Wien, Österreich, beate.wimmer-puchinger@fsw.wien.at

Wojciechowski Franz Laurens, Dr., University Hospital of Maastricht, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, PO Box 5800, 6202 AZ Maastricht, The Netherlands, franz.wojciechowski@spsy.azm.nl

Wolf Martina, Dr. Dipl.-Psych., Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie J5, 68159 Mannheim, Deutschland

Wünsch-Leiteritz Walburga, Dr. med. univ., Seepark Klinik Bad Bodenteich, Sebastian-Kneipp-Straße 1, 29389 Bad Bodenteich, Deutschland, roeling@seepark.mediclin.de

deZwaan Martina, Univ.-Prof. Dr., Psychiatrische Klinik Universität Erlangen-Nürnberg, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen, Deutschland, martina.dezwaan@psych.imed.uni-erlangen.de

Für den Inhalt und den Druck verantwortlich:

Netzwerk Essstörungen
Fritz-Pregl-Str.5
6020 Innsbruck



Tel.+43-(0)512-57 60 26
Fax +43-(0)512-58 36 54

www.netzwerk-essstoerungen.at
info@netzwerk-essstoerungen.at

Wir danken folgenden Sponsoren für ihre Unterstützung dieser Tagung:

- Land Tirol
- BM für Soziale Sicherheit, Generationen & Konsumentenschutz
- Stadt Innsbruck
- BM für Gesundheit & Frauen
- Tiroler Sparkasse
- Konica Minolta, Innsbruck
- Germania Pharmazeutika
- Wagner'sche Buchhandlung, Innsbruck
- Karger Verlag, Freiburg, Deutschland



tirol



BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT
GENERATIONEN UND KONSUMENTENSCHUTZ



STADT INNSBRUCK



BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN



Tiroler
SPARKASSE 
In jeder Beziehung zählen die Menschen.