



Kongress

Essstörungen 2006

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

Eating Disorders 2006

14. Internationale Wissenschaftliche Tagung
The 14th International Conference on Eating Disorders

19.-21. Oktober 2006

Congress Centrum Alpbach, Tirol,
Österreich

Programm und Abstracts

www.netzwerk-essstoerungen.at

www.oeges.or.at

www.eced-innsbruck2005.at

Liebe TeilnehmerInnen! Liebe KollegInnen!

Ich freue mich, Sie im Namen des Vorstandes und der Mitarbeiterinnen des Netzwerk Essstörungen auf der **14. Internationalen Wissenschaftlichen Tagung Kongress Essstörungen 2006** in Alpbach/Tirol zu begrüßen.

Diese jährlich stattfindende Tagung ist der **größte Essstörungskongress im deutschsprachigen Raum**. Ziel des Kongresses ist es, den aktuellen Stand der Forschung, Behandlung und Prävention von Essstörungen und Adipositas darzustellen und den wissenschaftlichen und klinisch-therapeutischen Kontakt zu fördern. Im Mittelpunkt des Kongresses steht einerseits die Übersetzung von Forschungsergebnissen und klinischen Erfahrungen in die therapeutische Praxis, andererseits die Sichtweise Betroffener, ehemals Betroffener und Angehöriger. Mit dem bisherigen Rekord von über 55 Vorträgen, 24 Posterpräsentationen sowie 18 Workshops zu gesellschaftlichen Aspekten, Präventionsprogrammen, Behandlungsmethoden, Selbsthilfe(gruppen) und Unterstützung von Angehörigen, spezialisierten Behandlungseinrichtungen (Beratungsstellen, Kliniken, Wohngruppen etc.) u.a. bietet der diesjährige Kongress ein exorbitantes Programm. Die Vortragenden und KongressteilnehmerInnen kommen aus 18 Ländern und drei Kontinenten.

Wie schon in den vergangenen Jahren wird ein **Internationaler Klinischer Workshop (Teaching Day) mit führenden ExpertInnen** (Simon Gowers, Liverpool/UK, Michel Probst, Leuven/Belgium und Günther Rathner, Innsbruck/Österreich) organisiert.

Im Juni 2006 wurde auf dem Weltkongress der Academy for Eating Disorders (AED) in Barcelona eine **Weltweite Charta für Essstörungen** verabschiedet; diese Charta wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (**ÖGES**) und dem Netzwerk Essstörungen (Innsbruck) mitunterzeichnet. Sie beinhaltet die Rechte und berechtigten Erwartungen von Menschen mit Essstörungen und zeigt, dass es auf der ganzen Welt gemeinsame Prinzipien gibt, die Essgestörte, ihre Angehörigen sowie ihre Behandler und Betreuer verbinden. Die Charta ist der Beginn einer konzertierten Aktion, die weltweit Regierungen, die öffentliche Gesundheitsversorgung und alle jene, die sich für Essgestörte und ihre Angehörigen einsetzen und sie unterstützen, dazu aufruft, Standards der Behandlungsqualität, Aufklärung und Prävention umzusetzen. **Diese Charta wird in deutscher Sprache erstmals beim diesjährigen Kongress der Öffentlichkeit vorgestellt.**

Bei diesem Kongress werden auch erstmals **Urkunden für die Besten Vorträge und die Besten Poster** verliehen, inspiriert durch die Verleihung des Best Poster Award beim ECED Innsbruck 2005 Meeting (www.eced-innsbruck2005.at). Alle KongressteilnehmerInnen sind eingeladen die drei besten („Gold, Silber, Bronze“) Vorträge und Poster zu wählen. Ziel ist es, herausragende wissenschaftliche, klinische Vorträge und Poster zu würdigen.

Ich danke allen öffentlichen und privaten Förderern und Sponsoren, die die Arbeit des Netzwerk Essstörungen und die Durchführung dieses Kongresses ermöglichen, sehr herzlich. Wir danken der **Landeshauptmannstellvertreterin von Tirol, Frau Dr. Zanon** und dem **Landeshauptmann von Tirol, Herrn DDr. Herwig van Staa**; ebenso **Frau Bürgermeister Hilde Zach** sowie dem **Bundesministerium für Gesundheit & Frauen (Frau Bundesministerin Rauch-Kallat)** und dem **Bundesministerium für Soziale Sicherheit & Generationen (Frau Bundesministerin Ursula Haubner)** für die Basisfinanzierung des Netzwerk Essstörungen. Ohne diese kontinuierliche Förderung wäre unsere Arbeit nicht möglich.

Wir würden uns freuen, wenn auch Sie unsere Arbeit durch Ihre **Mitgliedschaft beim Netzwerk Essstörungen** (www.netzwerk-essstoerungen.at) und bei der **Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES; www.oeges.or.at)** unterstützen.

Ich wünsche Ihnen einen fachlich interessanten Kongress, neue Einblicke sowie bereichernde Diskussionen und Kontakte, und natürlich auch einige erholsame und entspannende Stunden hier in Alpbach.

Günther Rathner

Alpbach, im Oktober 2006

(Wissenschaftlicher Leiter)

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 at this 14th International Congress. This annual conference is the **largest congress on Eating Disorders in German speaking countries**.*

The general focus of the meeting is to translate research findings and clinical wisdom into clinical practice.** The conference format includes plenary lectures, parallel paper sessions, parallel workshops, plenary discussions, and exhibitions. Having regard for the policy of the **Netzwerk Essstörungen**, **all sessions are open to sufferers, carers and clinicians/researchers.** Plenty of time will be made available for discussion and workshops in order to facilitate exchange and contact. Due to the amount of English language submissions for the first time we are able to offer **English tracks for all parallel paper sessions.

*As in 2004 and 2005, a **Pre-Congress Clinical Workshop (Teaching Day)** with leading international experts (Simon Gowers, Liverpool/UK, Michel Probst, Leuven/Belgium und Günther Rathner, Innsbruck/Österreich) will be organised.*

*At the last International Conference of the Academy for Eating Disorders (AED) in June 2006 in Barcelona the **World Wide Charter for Action on Eating Disorders** has been launched. This Charta summarizes the rights and expectations of people with eating disorders and their families with special emphasis on treatment quality. Both the Austrian Society on Eating Disorders (ASED) and the **Netzwerk Essstörungen** have signed this Charta. **At our congress we will see the Inaugural Presentation of this Charta in German language as an opening initiative for further action.***

*Inspired by the inauguration of the Best Poster Award at the ECED Innsbruck 2005 Meeting (see www.eced-innsbruck2005.at) this meeting will see a **Best Oral Presentation Award** and a **Best Poster Award** for the first time. All delegates are invited to select the three best ("gold, silver, bronze") from all papers and posters presented. The purpose of the Best Oral Presentation Award and the Best Poster Award is to encourage scientists and clinicians to present outstanding scientific, clinical oral presentations and posters.*

Finally, we would like to thank all sponsors and supporters, and we do hope that the presentations, discussions and contacts at this meeting are stimulating to you and that you find at least some time to enjoy the amazing scenery of Alpbach. We hope we meet again in 2007 to strengthen the European spirit of cooperation.

Günther Rathner

Alpbach, October 2006

(Convenor & Chairman)

Ehrenschutz:

Dr. Elisabeth Zanon, Landeshauptmannstellvertreterin, Tiroler Landesregierung

Univ.-Prof. Dr. Clemens Sorg, Rektor der Medizinischen Universität Innsbruck

Univ.-Prof. Dr. Manfred Gantner, Rektor der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

Wissenschaftliche Leitung:

Univ.-Prof. Dr. Günther Rathner

Medizinische Universität Innsbruck

Univ.-Klinik f. Medizinische Psychologie &

Psychotherapie

Schöpfstraße 23

A-6020 Innsbruck

guenther.rathner@uibk.ac.at

Zentrum für Essstörungen

ZfE

Weierburggasse 1 A

A-6020 Innsbruck

Tel. +43-664-39 66 700

Kongressorganisation:

Susanne Schweiger

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

www.netzwerk-essstoerungen.at

Kongressveranstalter:

➤ **Netzwerk Essstörungen** in Zusammenarbeit mit

➤ Österreichische Gesellschaft für Essstörungen (**ÖGES**) www.oeges.or.at

➤ Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie www.i-med.ac.at

Wissenschaftliches Komitee:

Prof. Dr. Günther Rathner, Innsbruck (Vorsitzender)

Prof. Dr. Michel Probst, Leuven, Belgien

Mag. Dr. Karin Waldherr, Wien

Prof. Dr. Andreas Karwautz, Wien

Lokales Organisationskomitee:

Susanne Schweiger

Isabella Reinwald

Janine Knödl

Patricia Oleksy

Daniela Gorfer

Stefanie Engele

Barbara Haid

Herta Canaval

Doris Anzengruber

Anna Engelhardt

Helene Brandstetter

Magdalena Plunger

Tatjana Gerstl

Agnes Hofer

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 2006 als **Ausbildungsprogramm gemäß den Richtlinien für das ÖÄK-Fortbildungsdiplom** approbiert.

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

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

Z e i t p l a n (Überblick)

Donnerstag, 19. Oktober 2006

Internationaler Klinischer Workshop / Post-Congress Workshop – Teaching Day

09.00 – 10.30 Uhr	Workshop – Teaching Day
11.00 – 12.30 Uhr	Workshop – Teaching Day
14.00 – 15.30 Uhr	Workshop – Teaching Day
16.00 – 17.30 Uhr	Workshop – Teaching Day
15.00 – 18.00 Uhr	Anmeldung beim Kongressbüro Alpbach/ Registration Congress Centre Alpbach

Freitag, 20. Oktober 2006

Kongress / Congress

08.00 – 09.00 Uhr	Kongressanmeldung / Congress Registration
09.00 – 09.30 Uhr	Begrüßung und Eröffnung / Opening Ceremony
09.30 – 12.30 Uhr	Plenarvorträge mit Diskussion / Plenary Paper Sessions
12.30 – 14.00 Uhr	Mittagspause / Lunch Break
14.00 – 15.00 Uhr	Plenare Postersitzung & Posterbesichtigung / Guided Plenary Poster Session
15.00 – 16.30 Uhr	Parallelvorträge mit Diskussion / Parallel Paper Sessions
16.30 – 16.45 Uhr	Pause / Coffee Break
16.45 – 18.15. Uhr	Parallele Workshops / Parallel Workshops
18.15 – 19.00 Uhr	Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES) / General Assembly of the Austrian Society on Eating Disorders (ASED)
19.00 – 21.00 Uhr	Kongressempfang des Netzwerk Essstörungen / Welcome Reception of the Netzwerk Essstörungen

Samstag, 21. Oktober 2006

Kongress / Congress

08.00 – 09.00 Uhr	Kongressanmeldung / Congress Registration
09.00 – 12.30 Uhr	Parallelvorträge mit Diskussion / Parallel Paper Sessions
12.30 – 14.00 Uhr	Mittagspause / Lunch Break
14.00 – 15.30 Uhr	Parallele Workshops / Parallel Workshops
15.30 – 16.00 Uhr	Pause / Coffee Break
16.00 – 16.30 Uhr	Auszeichnung Bester Vortrag & Bestes Poster / Best Paper & Best Poster Award
16.30 – 18.00 Uhr	Parallele Workshops / Parallel Workshops
18.00 Uhr	Ende des Kongresses Auf Wiedersehen beim Kongress Essstörungen 2007 Farewell until 2007

Ze i t p l a n

Donnerstag, 19. Oktober 2006

Internationaler Klinischer Workshop / Pre-Congress Workshop – Teaching Day

09.00 – 17.30 Uhr

Pre-Congress Clinical Workshop – Teaching Day

09.00 – 10.30 Uhr	Michel Probst, Leuven, BE
10.30 – 11.00 Uhr	Pause
11.00 – 12.30 Uhr	Simon Gowers, Liverpool, UK
12.30 – 14.00 Uhr	Mittagspause
14.00 – 15.30 Uhr	Simon Gowers, Liverpool, UK
15.30 – 16.00 Uhr	Pause
16.00 – 17.30 Uhr	Günther Rathner, Innsbruck, Österreich

Freitag, 20. Oktober 2006

Kongress / Congress

08.00 – 09.00 Uhr	Kongressanmeldung/ Congress Registration
09.00 – 09.30 Uhr	Begrüßung und Eröffnung/ Opening Ceremony
09.30 – 12.30 Uhr	Plenarvorträge mit Diskussion / Plenary Paper Session
09.30 – 10.00 Uhr	In patient treatment of anorexia nervosa – balancing the costs and benefits
10.00 – 10.30 Uhr	Drive for exercise in eating disorders
10.30 – 11.00 Uhr	Plenardiskussion / Plenary Discussion
11.00 – 11.30 Uhr	Pause/ Break
11.30 – 12.00 Uhr	Weltweite Charta für Essstörungen / World Wide Charter for Action on Eating Disorders
12.00 – 12.30 Uhr	Affekte und Emotionen bei Essstörungen
12.30 – 14.00 Uhr	Mittagspause/ Lunch Break
14.00 – 15.00 Uhr	Plenare Postersitzung & Posterbesichtigung Guided Plenary Poster Session
15.00 – 16.30 Uhr	Parallelsitzungen 1-4 / Parallel sessions 1-4 1. Selbsthilfe & Prävention / Self-help and prevention 2. Risikofaktoren, Komorbidität & Biologische Faktoren / Risk factors, Comorbidity and biological factors 3. Essstörungen als Spektrum, Komorbidität & Behandlung Teil I / Spectrum disorder, comorbidity and treatment I

	4. Therapeutische Strategien zur Affektregulation bei Essstörungen / Therapeutic strategies for affect regulation in eating disorders
16.30 – 16.45 Uhr	Pause / Coffee Break
16.45 – 18.15 Uhr	Parallele Workshops 1-6 / Parallel Workshops 1-6 Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES) / General Assembly of the Austrian Society on Eating Disorders (ASED)
18.15 – 19.00 Uhr	
19.00 – 21.00 Uhr	Kongressempfang des Netzwerk Essstörungen/ Welcome Reception of the Netzwerk Essstörungen

Samstag, 21. Oktober 2006

Kongress / Congress

09.00 – 10.30 Uhr	Parallelsitzungen 5-7 / Parallel sessions 5-7 5. Gesellschaftliche Risikofaktoren, Familie & Männer / Socio- cultural risk factors, family & men 6. Epidemiologie & Psychodiagnostik / Epidemiology & Diagnostics 7. Essstörungen als Spektrum, Komorbidität & Behandlung Teil II / Spectrum disorder, comorbidity and treatment II
10.30 – 11.00 Uhr	Pause/ Break
11.00 – 12.30 Uhr	Parallelsitzungen 8-11 / Parallel sessions 8-11 8. Adipositas / Obesity 9. Therapie / Treatment 10. Therapieeinrichtungen & Wohngruppen / Treatment settings 11. Körperbild & Persönlichkeitsfaktoren / Body Image and Personality factors
12.30 – 14.00 Uhr	Mittagspause / Lunch Break
14.00 – 15.30 Uhr	Parallele Workshops 7-12 / Parallel Workshop 7-12
15.30 – 16.00 Uhr	Pause/ Break
16.00 – 16.30 Uhr	Verleihung der Awards „Bester Vortrag“ und „Bestes Poster“ / Best Oral Presentation & Best Poster Award Ceremony
16.30 – 18.00 Uhr	Parallele Workshops 13-18 / Parallel Workshops 13-18
18.00 Uhr	Ende des Kongresses - Auf Wiedersehen beim Kongress Essstörungen 2007 End of the Congress - Farewell until 2007

Kongressprogramm / Scientific Program

DONNERSTAG, 19. Oktober 2006 / THURSDAY, October 19, 2006

Internationaler Klinischer Workshop / Pre-Congress Workshop – Teaching Day

09.00- 17.30 Uhr

Körperbildtherapie in der ambulanten Einzelbehandlung von Essstörungen

Michel PROBST

*K.U.Leuven, FaBeR, Department Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center-
K.U.Leuven, Campus Kortenberg, Belgium*

Individual or family psychotherapy for adolescent eating disorders: Which is best?

Simon GOWERS

University of Liverpool, Department of Psychiatry, Liverpool, UK

Key findings of the NICE Guidelines on Treatment of Eating Disorders

Simon GOWERS

University of Liverpool, Department of Psychiatry, Liverpool, UK

Systemische Familientherapie bei Essstörungen

Günther RATHNER

*Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie &
Psychotherapie, Innsbruck, Österreich*

15.00-18.00

**Anmeldung beim Kongressbüro Alpbach / Registration Congress
Centre Alpbach**

FREITAG, 20. Oktober 2006 / FRIDAY, October 20, 2006

08.00 – 09.00 Uhr **Kongressanmeldung / Congress Registration**

09.00 – 09.30 Uhr **Begrüßung und Eröffnung / Opening Ceremony**

Günther Rathner Obmann des Netzwerk Essstörungen & Präsident der Österreichischen
Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES)
Elisabeth Zanon Landeshauptmannstellvertreterin, Tirol
Clemens Sorg Rektor der Medizinischen Universität Innsbruck
Manfried Gantner Rektor der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

Vorträge mit Diskussion / Paper session

Vorsitz / Chair: Günther Rathner, Innsbruck (A)

09.30 – 10.00 Uhr

In patient treatment of anorexia nervosa – balancing the costs and benefits

Simon GOWERS

University of Liverpool, Department of Psychiatry, Liverpool, UK

10.00 – 10.30 Uhr

Drive for exercise in eating disorders

Michel PROBST

*K.U.Leuven, FaBeR, Department Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center-
K.U.Leuven, Campus Kortenberg, Belgium*

10.30 – 11.00 Uhr

Plenardiskussion / Plenary Discussion

11.00 - 11.30 Uhr **Pause / Break**

Vorsitz / Chair: Ferenc Túry, Budapest (HU)

11.30 – 12.00 Uhr

Weltweite Charta für Essstörungen / World Wide Charter for Action on Eating Disorders

Günther RATHNER^{1,3}, Karin WALDHERR^{1,2,4}

¹Österreichische Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES); ²Netzwerk Essstörungen, Innsbruck, Österreich; ³Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Innsbruck, Österreich; ⁴Universität Wien, Institut für Psychologische Grundlagenforschung, Fakultät für Psychologie, Wien, Österreich

12.00 - 12.30 Uhr

Affekte und Emotionen bei Essstörungen

Andreas REMMEL

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

12.30 – 14.00 Uhr **Mittagspause / Lunch Break**

14.00 – 15.00 Uhr **Plenare Postersitzung & Posterbesichtigung
Guided Plenary Poster Session**

Vorsitz / Chair: Karin Waldherr, Wien (A)

1: Risikofaktoren / Risk factors

Präsentation / Presenter:

Andreas Karwautz, Wien (A)

1) Anorexia athletica, eine neue Erkrankung?

Michaela TAPPAUF, Thomas TRABI, Peter SCHEER

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz, Österreich

2) Anorexia Athletica

Karl SUDI

Karl-Franzens-Universität, Institut für Sportwissenschaften, Graz, Österreich

3) Perceived paternal care in anorexia nervosa

Bea PÁSZTHY¹, Kata RESS², Flóra SZTANÓ¹, Júlia MAZZAG², Ferenc TÚRY²

¹*Semmelweis University, Faculty of Medicine, I. Department of Pediatrics, Budapest, Hungary*

²*Semmelweis University, Faculty of Medicine, Institute of Behavioural Sciences, Budapest, Hungary*

4) Die Bulimia Nervosa im Jugendalter im klinischen Setting - Exotische Erkrankung oder klinischer Alltag

Hartmut IMGART, Claudia BITTER

Parkland-Klinik, Abteilung für Essstörungen, Bad Wildungen, Deutschland

5) The clinical features of late onset anorexia nervosa in an inpatients sample

Silvia FERRARA, Melania ZAMPIERI, Elena ZENATI, Valentina MARTINES, Antonio FIORELLINI BERNARDIS

Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorder Hospital Unit, Padua, Italy

6) Changes of disordered eating attitudes and behaviour in Austrian adolescents during the last decade: A cohort study

Karin WALDHERR¹, Helga FRIEDL¹, Günther RATHNER²

¹*Department of Psychological Basic Research, Faculty of Psychology, University of Vienna, Austria,* ²*Department of Psychological Medicine & Psychotherapy, Innsbruck Medical University, Austria*

7) Eating habits of students in Rodopi, Greece

C. POGONIDIS¹, E. XENODOXIDOU², Irene CHRISTODOULOU², Is. KAROUTSOU¹, Th.K. KONSTANTINIDIS¹

¹*Laboratory of Hygiene and Environment Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Greece,* ²*Hospital Papanikolaou, Thessaloniki, Greece*

2: Psychopathologie & Behandlung / Psychopathology & treatment

Präsentation / Presenter:

Ursula Bailer, Wien (A)

8) Anger Expressions in Female Eating Disordered Patients: A Case-Control Study

Isabel KRUG, Olga NEBOT VALL-ILOVERA, Begona AGUIRREGABIRIA, Yolanda CASTRO, Fernando FERNÁNDEZ-ARANDA

University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, Barcelona, Spain

9) Body composition in Anorexia nervosa

Michel PROBST, Marina GORIS

K.U.Leuven; FaBeR, Department Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center – K.U.Leuven, Campus Kortenberg, Belgium

10) Projective Drawing-Analysis of children and adolescents affected by Anorexia Nervosa

Tünde GAJDA¹, Zoltán VASS², Krisztina PÖSZ¹, Bea PÁSZTHY¹

¹Semmelweis University, Faculty of Medicine, I. Department of Pediatrics, Budapest, Hungary

²Károli Gáspár University of the Reformed Church of Hungary, Institute of Psychology, Budapest, Hungary

11) Adapted physical activity in outpatients with Anorexia Nervosa. Preliminary results.

Silvia FERRARA¹, Silvia TOLOMIO², Giuseppe TRAVAIN², Marco ZACCARIA², Angela FAVARO¹, Paolo SANTONASTASO¹

¹Department of Neuroscience, ²Department of Medical and Surgical Sciences, University of Padova, Italy

12) Family behavioural therapy of Anorexia Nervosa in an 11-year old boy

Miodrag STANKOVIC, Sandra STANKOVIC

Child & Adolescent Psychiatrist, Family Counsellor Clinic for Mental Health Protection – Daily Hospital Department for Children and Adolescents, Nis, Serbia

13) Bestimmungen der Schilddrüsenhormonparameter in der Observanz anorektischer PatientInnen

Michael MERL, Werner GERSTL

Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz, Abteilung Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Linz, Österreich

14) Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Persönlichkeitsfaktor „Sensibilität“ und den Erkrankungen Anorexia nervosa / Bulimia nervosa?

Annette FRÜND¹, Michael DIETERICH², Günther RATHNER³

¹Praxis für sozialpädagogische Beratung, Herford, Deutschland; ²Institut für Praktische Psychologie, Freudenstadt, Deutschland; ³Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Innsbruck, Österreich

3: Beratungs- und Behandlungskonzepte / Concepts of Care

Präsentation / Presenter:

Wally Wunsch-Leiteritz, Bad Bevensen (D)

15) Ernährungstherapeutische Beratung bei Patientinnen mit Anorexie, Bulimie oder deren Mischform

Manuela MAUCH, Samuel IFF, Patricia TEUSCHER, Bettina ISENSCHMID, Anna-Barbara STERCHI, Zeno STANGA

Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, Universitätsspital Bern, Schweiz

16) Psychoedukation für Bulimia nervosa – Hilfestellung unter Nutzung neuer Medien

Gerald NOBIS¹, Gudrun WAGNER¹, Christian WANNER¹, Lisa PELLEGRINI¹, Harald EDER¹, Tony LAM², Andreas KARWAUTZ¹

¹*Ambulanz für Essstörungen, Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Medizinische Universität Wien, Österreich,* ²*NETUNION, Lausanne, Schweiz*

17) Telefonische und einmalige Beratungen bei Essstörungen - Inanspruchnahme und Ergebnisse

Günter REICH, Gabriele WITTE-LAKEMANN, Uta KILLIUS

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

18) Behandlung von Patientinnen mit Anorexie und Bulimie auf der Medizinisch-Psychiatrischen Einheit (MPE)

Aija KINNUNEN, Franziska BERGER, Thomas FISCHER

Inselspital Bern, PUPK, Bern, Schweiz

19) Curriculum Essstörung

Hartmut IMGART, Günter REICH, Wally WÜSCH-LEITERITZ, M. LANGSDORFF

Parkland-Klinik, Abteilung für Essstörungen, Bad Wildungen, Deutschland

20) Internationales Weiterbildungs-Curriculum "Therapie von Essstörungen"

Günther RATHNER¹, Ulrike Schmidt², Gerald RUSSELL², Walter VANDEREYCKEN³, Martina de ZWAAN⁴, Robert PALMER⁵, Andreas Karwautz⁶

¹ *Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Innsbruck, Österreich,* ² *Institute of Psychiatry, London, UK,* ³ *Katholische Universität, Löwen, Belgien,* ⁴ *Univ.-Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Erlangen, D,* ⁵ *Dept. of Psychiatry, Leicester, UK,* ⁶ *Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Kinder- & Jugendpsychiatrie, Wien Österreich*

4: Adipositas und Übergewicht / Obesity and overweight

Präsentation / Presenter:

Isabel Krug, Barcelona (E)

21) Evaluationsstudie zur Therapie der Adipositas

Christiane BRAZDA¹, Reinhold JAGSCH¹, Elisabeth ARDEL-GATTINGER², Mario FRANCESCONI³

¹Fakultät für Psychologie der Universität Wien, Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie, Wien, Österreich, ²Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, Salzburg, Österreich, ³Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Alland, Österreich

22) Ein mehrdimensionales Präventionsmodell für Kinder mit Übergewicht

Anna RADINGER, Marion ROTTENSTEINER, Elisabeth KRATKY, Thomas HOCHFELLNER, Sandra PURKARTHOFER, Elisabeth TRAUNWIESER, Marguerite DUNITZ-SCHEER

Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Abt. Psychosomatik und Psychotherapie, Graz, Österreich

23) Gynecomastia? - A strong cause for a successful diet

Irene CHRISTODOULOU¹, C. POGONIDIS², E. XENODOXIDOU²

¹Surgical Department, Papanikolaou Hospital of Thessaloniki, Greece; ²Sismanoglion Hospital of Komotini, Thrace, Greece

24) Non alcoholic fatty liver disease in obese children

Irene CHRISTODOULOU¹, E. XENODOXIDOU²

¹Hepato-Pancreatic Biliary Surgery, Papanikolaou Hospital, Thessaloniki, Greece;

²Pediatric Department, Sismanoglion Hospital, Komotini, Thrace, Greece

15.00 – 16.30 Uhr **Parallele Vorträge / Parallel sessions**

**Parallelsitzung 1 / Parallel session 1
Selbsthilfe & Prävention / Self-help and prevention**

Vorsitz / Chair: Andreas Schnebel, München (D)

15.00 - 15.15 Uhr

Angeleitete virtuelle Selbsthilfegruppen für Menschen mit Essstörungen bei Hungrig-Online

Regina BRAUNER, Sarah SCHWARZKOPF, Doris HUNNEKUHL, Judith SCHÄFER, Helen HERTZSCH

Hungrig-Online e.V., Erlangen, Deutschland

15.15 - 15.30 Uhr

Selbsthilfe- und Präventionsaspekte von Pro-Ana im Internet

Daniela KÖLZ¹, Wolfgang GAWLIK²

¹Centrum für Integrative Psychotherapie, Burgoberbach, Deutschland, ²Hungrig-Online e.V., Erlangen, Deutschland

15.30 - 15.45 Uhr

**Eltern in Not – Die Familie in der Krise
Erfahrungen und Einsichten eines Familienvaters**

Klaus H. LOGEMANN

Elternkreis Essgestörter Töchter und Söhne, Bremen, Deutschland

15.45 - 16.00 Uhr

BODYTALK: Präventionsprogramm des Frauengesundheitszentrum F.E.M. und der Körperpflegemarke Dove

Martina NÖSTER

Frauengesundheitszentrum F.E.M., Wien, Österreich

16.00 – 16.15

„Frau Professor! Die Birgit schmeißt ihr Pausenbrot heimlich weg!“

Bedürfnisse, Ängste und Möglichkeiten von Lehrkräften und SchulärztInnen im Umgang mit essgestörten SchülerInnen.

Erfahrungen aus Lehrkräfte/SchulärztInnen-Workshops

Romana WIESINGER, Beate WIMMER-PUCHINGER, Michaela STROBICH

Fonds Soziales Wien, Frauengesundheit, Wien, Österreich

16.15 - 16.30 Uhr

Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

Parallelsitzung 2 / Parallel session 2

Risikofaktoren, Komorbidität & Biologische Faktoren / Risk factors, Comorbidity and biological factors

Vorsitz / Chair: Andreas Karwautz, Wien (A)

15.00 – 15.15 Uhr

Essstörungen im Rahmen multiplen, selbstschädigenden Verhaltens bei alkoholabhängigen Frauen

Ute ANDORFER

Anton Proksch Institut, Wien, Österreich

15.15 - 15.30 Uhr

Blutzuckerverlauf, Nahrungsaufnahme und Stimmung bei Bulimie über 72 Stunden. Eine naturalistische Studie

Burkard JÄGER, M. STEPHAN, E. JEACKEL, S. ZEIGERMANN, G. SCHMID-OTT, G. BRABANT, F. LAMPRECHT

Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland

15.30 - 15.45 Uhr

ESSSTÖRUNGEN und ADHS

Andreas LEITERITZ, Martin WINKLER, Wally WÜNSCH-LEITERITZ

Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland

15.45 – 16.00 Uhr

Pubertät und erste sexuelle Erfahrungen bei essgestörten Patientinnen

Barbara MANGWETH-MATZEK, CI. RUPP, A. HAUSMANN, Wilfried BIEBL

Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Psychiatrie, Innsbruck, Österreich

16.00 – 16.15 Uhr

Anorexia/Bulimia nervosa und psychische Komorbidität

Monika VOGELGESANG

Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Deutschland

16.15 - 16.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

Parallelsitzung 3 / Parallel session 3

Essstörungen als Spektrum, Komorbidität & Behandlung Teil I / Spectrum disorder, comorbidity and treatment I

Vorsitz / Chair: Mabel Bello, Buenos Aires (ARG)

15.00 – 15.15 Uhr

A case of Bulimia Nervosa with Psychotic defences: A case study evaluated by Rorschach Test

Elif YAVUZ, Bengi PIRIM, Tevfika İKİZ, Basak YÜCEL

Istanbul University, Psychology Department, Istanbul, Turkey

15.15 - 15.30 Uhr

The Father and Daughter relationship in Anorexia Nervosa: An Evaluation with Rorschach Test and T.A.T.

Bengi PIRIM, Tevfika İKİZ, Basak YÜCEL

Istanbul University, Turkey

15.30 - 15.45 Uhr

5-HT1A and 5-HT2A activity in anorexia nervosa

Ursula BAILER^{1,2}, Guido FRANK², Shannan HENRY², Julie PRICE², Carolyn MELTZER², Chet MATHIS², Angela WAGNER², Walter KAYE²

¹Medical University of Vienna, Department of General Psychiatry, Vienna, Austria; ²Western Psychiatric Institute & Clinic, University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA

15.45 – 16.00 Uhr

Topiramate Treatment in Bulimia Nervosa Patients: a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial

Marius NICKEL

Inntalklinik Simbach, Simbach, Deutschland

16.00 – 16.15 Uhr

The role of hypnosis in the treatment of eating disorders – tandem hypnosis with bulimic twins. Case report

Ferenc TÚRY^{1,2}, Márta WILDMANN^{†3}, Liza LUKÁCS²

¹National Institute of Psychiatry and Neurology, Budapest; ²Semmelweis University Budapest, Institute of Behavioural Sciences; ³Borsod County Hospital, Department of Psychiatry, Miskolc

16.15 - 16.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

Parallelsitzung 4 / Parallel session 4
Symposium: Therapeutische Strategien zur Affektregulation bei Essstörungen

Vorsitz / Chair: Andreas Remmel, Eggenburg (A)

15.00 – 15.15 Uhr

Achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Ansätze in der Psychotherapie

Andreas REMMEL

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

15.15 -15.30 Uhr

Achtsamkeit als Therapieprinzip

Britta RICHARZ

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

15.30 – 15.45 Uhr

Skillstraining bei Essstörungen mit Störungen der Affektregulation

Verena WOEBER

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

15.45 - 16.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary
discussion with all presenters

Parallele Workshops (1-6)

16.45 – 18.15 Uhr

1) 10 Jahre Selbsthilfegruppe Set.point: Entwicklung und Erfahrungen

Monika BANHIDI-KITZMANTEL

FEM/Setpoint, Wien, Österreich

2) Hungern ist zum Kotzen – aus der Arbeit mit Eltern von essgestörten Töchtern und Söhnen

Margrit HASSELMANN, Irene GLATZ

Suchtprävention Bremen, Deutschland

3) Was vereint die Hausfrau mit der Punkerin?

Kulturtheoretische Betrachtungen zu den Essstörungen

Dagmar-Tatjana LAUB

Psychotherapie-Tagesklinik, Bern, Schweiz

4) „...mit allen Sinnen...“ - Arbeit mit intermediären Objekten (Psychodrama) bei Mädchen mit Essstörungen

Martina NÖSTER

Frauengesundheitszentrum F.E.M., Wien, Österreich

5) Über den Nutzen internetbasierter Beratung von KlientInnen mit Essstörungen

Dominik M. ROSENAUER

Wien, Österreich

6) Ein oft unerkanntes Beschwerdebild: ADHS und ESSSTÖRUNGEN
Wally WÜNSCH-LEITERITZ, Martin WINKLER, Heidi SCHLUMBOHM
Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland

18.15 – 19.00 **6. Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES); nur für Mitglieder / 6th General Assembly of the Austrian Society on Eating Disorders (ASED), members only**

19.00 – 21.00 **Kongressempfang des Netzwerk Essstörungen, Congresscentrum Alpbach / Welcome Reception of the Netzwerk Essstörungen, Congress Centre Alpbach**

SAMSTAG, 21.Oktober 2006 / SATURDAY, October 21, 2006

09.00 – 10.30 Uhr **Parallele Vorträge / Parallel sessions**

Parallelsitzung 5 / Parallel session 5
Gesellschaftliche Risikofaktoren, Familie & Männer / Socio-cultural risk factors, family & men

Vorsitz / Chair: Maria Seiwald, Innsbruck (A)

09.00 – 09.15 Uhr
"Superschlank!?" - ein Leben zwischen Traumfigur und Essstörungen
Kathrin SEYFARTH
München, Deutschland

09.15 – 09.30 Uhr
Körperkult - Körperbild – Essstörung
Christian ZITT¹, Günther RATHNER², Manfred WAGNER¹
¹*Universität für angewandte Kunst, Kultur und Geistesgeschichte, Wien, Österreich,*
²*Medizinische Universität Innsbruck, Universitäts-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Innsbruck, Österreich*

09.30 – 09.45 Uhr

Essstörung – Eine fallrekonstruktive Studie anhand erzählter Lebensgeschichten betroffener Frauen

Stefanie RICHTER

München, Deutschland

09.45 – 10.00 Uhr

Real- und Idealbild von Familienbeziehungen bei Patientinnen mit Anorexie und Bulimie

Günter REICH, Gabriele WITTE-LAKEMANN, Uta KILLIUS

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

10.00 – 10.15 Uhr

„Schöner neuer Mann – Hungern für den Waschbrett-Bauch“

Bernhard WAPPIS

Verein „Mann-Sein“, Klagenfurt, Österreich

10.15 - 10.30 Uhr

Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

**Parallelsitzung 6 / Parallel session 6
Epidemiologie & Psychodiagnostik / Epidemiology & Diagnostics**

Vorsitz / Chair: Reinhold Jagsch, Wien (A)

09.00 – 09.15 Uhr

Fragebögen für Suchtkomponenten, Binge Eating und vorklinische Essstörungen bei Adipositas

Elisabeth ARDELT-GATTINGER, Leonhard THUN-HOHENSTEIN, Markus MEINDL

Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, Salzburg, Österreich

09.15 – 09.30 Uhr

Essstörungen im bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)

Heike HÖLLING, Robert SCHLACK

Robert Koch Institut, Department Kinder- und Jugendgesundheit, Berlin, Deutschland

09.30 – 09.45 Uhr

Prävalenz von Essstörungen und Essstörungspathologie bei Jugendlichen mit Zöliakie

Gudrun WAGNER¹, Gabriele BERGER¹, Ursula SINNREICH¹, Astrid EISENKÖLBL¹, Helga HÜBNER¹, Martina CISLAKOVA¹, Vasileia GRILLI¹, Wolf-Dietrich HUBER², Edith SCHOBER², Andreas KARWAUTZ¹

¹Essstörungambulanz, Univ.-Klinik f. Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Medizinische Universität Wien, Österreich, ²Gastroenterologische Ambulanz, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien, Österreich

09.45 – 10.00 Uhr

Wie verkörpern sich Essstörungen und bilden sie sich in der Statistik ab? Gedanken zur ambulanten Behandlung von Menschen mit Essstörungen

Margit HÖRNDLER, Gabriele HASELBERGER

sowhat Institut für Menschen mit Essstörungen, Wien, Österreich

10.00 – 10.15 Uhr

Patienten bei Vorstellung zu chirurgischer Adipositas therapie

Barbara MÜHLHANS, Martina DE ZWAAN

FAU Erlangen-Nürnberg, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Erlangen, Deutschland

10.15 - 10.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

Parallelsitzung 7 / Parallel session 7

Essstörungen als Spektrum, Komorbidität & Behandlung Teil II / Spectrum disorders, comorbidity and treatment II

Vorsitz / Chair: Karin Waldherr, Wien (A)

09.00 – 09.15 Uhr

Bipolar Spectrum, comorbidity with Eating Disorders

Mabel Beatriz BELLO, Roberto Fermín EGUÍA

A.L.U.B.A, Department Psiquiatria, Buenos Aires, Argentina

09.15 – 09.30 Uhr

Comparison study of full and sub threshold Bulimia Nervosa: Clinical, Personality and short-term response to therapy

Isabel KRUG¹, Carolina CASASNOVAS¹, Roger GRANERO¹, Cristina MARTINEZ¹,

Susana JIMÉNEZ-MURCIA¹, S. Cynthia M. BULIK², Fernando FERNÁNDEZ-ARANDA¹

¹*University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, Barcelona, Spain;* ²*University of North Carolina, Chapel Hill, USA*

09.30 – 09.45 Uhr

Differences in mental health between women with anorexia nervosa and obesity

Berit HANSSON¹, Suzanna LUNDBLAD¹, Jarl TORGERSON², Anna-Karin LINDROOS³

¹*Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden,* ²*Trollhättan, Sweden,* ³*Cambridge, UK*

09.45 – 10.00 Uhr

Eating disorders and personality disorders: the prevalence of personality disorder in inpatients with eating disorder

Silvia FERRARA, Sabrina COGNOLATO, Antonio FIORELLINI BERNARDIS

Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorder Hospital Unit, Padova, Italy

10.00 – 10.15 Uhr

Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents

Marius NICKEL

Inntalklinik Simbach, Simbach, Germany

10.15 - 10.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

10.30 – 11.00 Uhr **Pause / Break**

11.00 – 12.30 Uhr **Parallele Vorträge / Parallel sessions**

Parallelsitzung 8 / Parallel session 8
Adipositas / Obesity

Vorsitz / Chair: Isabel Krug, Barcelona (E)

11.00 – 11.15 Uhr

Psychologische Behandlung von adipösen Kindern und Jugendlichen

Saskia DRENNIG

Wien, Österreich

11.15 – 11.30 Uhr

Partnerschaftliche und sexuelle Erfahrungen bei juveniler extremer Adipositas

Thomas GRAF, Elisabeth ARDELT-GATTINGER, C. GUGGENBERGER

Adipositas Reha-Zentrum-Insula, Abteilung Psychologie, Bischofswiesen, Deutschland

11.30 – 11.45 Uhr

Psychologische Nachsorge nach Gastric Banding: Wünsche und Inhalte

Caroline LAGER¹, M. SCHOWALTER¹, A. BENECKE², H. FALLER¹

¹Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, Deutschland, ²Psychologisches Institut, Universität Mainz, Deutschland

11.45 – 12.00 Uhr

Integratives Gewichtsreduktionsprogramm (InGe) im Fachzentrum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Klinikum Berchtesgadener Land und poststationäre Begleitung per Chatroom

Barbara MAASCHE

Klinikum Berchtesgadener Land, Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Schönau, Deutschland

12.00 – 12.15 Uhr

Selbstständige Gewichtsreduktion bei Morbider Adipositas

Monika MATTESICH, Johann KINZL, Hildegunde PIZA-KATZER

Medizinische Universität Innsbruck, Plastische & Wiederherstellungschirurgie, Innsbruck, Österreich

12.15 - 12.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

Vorsitz / Chair: Burkard Jäger, Hannover (D)

11.00 – 11.15 Uhr

Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach stationärer Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen

Reinhold JAGSCH^{1,2}, Herwig HINTERHOFER², Stefan WIESNAGROTZKI³, Eva

ROSINGER³, Wolfgang GOMBAS²

¹*Fakultät für Psychologie, Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie, Universität Wien, Österreich;* ²*Institut für Psychosoziale Strategien, Wien, Österreich;*

³*Medizinische Universität Wien, Österreich*

11.15 – 11.30 Uhr

Essstörungen und Traumafolgerkrankungen

Renate MALEK

Wien, Österreich

11.30 – 11.45 Uhr

Eigenverantwortung und Struktur in der Behandlung von Anorexia Nervosa

Eva-Maria OHMAYER, Helga BRUNNER, Godehard STADTMÜLLER, Stefan MOLFENTER

Adula Klinik Oberstdorf, Neurologie/Psychiatrie, Oberstdorf, Deutschland

11.45 – 12.00 Uhr

Falldemonstration eines Pica-Syndroms bei einem 14jährigen Mädchen

Till PREIBLER

Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz, Abteilung Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Linz, Österreich

12.00 – 12.15 Uhr

Die Behandlung von türkischen Patientinnen mit Essstörungen

Hartmut IMGART

Parkland-Klinik, Abteilung für Essstörungen, Bad Wildungen, Deutschland

12.15 - 12.30 Uhr

Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

Parallelsitzung 10 / Parallel session 10
Therapieeinrichtungen & Wohngruppen / Treatment settings

Vorsitz / Chair: Ulrike Smrekar, Innsbruck (A)

11.00 – 11.15 Uhr

Vorstellung der Tagesklinik für Essstörungen

Verena DUMMER, Veronika OBERBICHLER

Tagesklinik für Essstörungen, Univ.-Klinik für Psychiatrie/Psychosomatik, Innsbruck, Österreich

11.15 – 11.30 Uhr

Essstörungen in anderem (Mond-)Licht betrachtet - eine familientherapeutische Wohngruppe stellt sich vor

Ulrike JUCHMANN

Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Berlin, Deutschland

11.30 – 11.45 Uhr

Intensive ambulante Gruppentherapie von Jugendlichen mit Essstörungen

Petra MICHLER, Andrea WOLTER-FLANZ

Bezirksklinikum Regensburg, Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Regensburg, Deutschland

11.45 – 12.00 Uhr

Das „Therapienetz Essstörungen“ – Integrierte Versorgung im Essstörungenbereich

Andreas SCHNEBEL, Eva WUNDERER

ANAD e.V. – pathways, München, Deutschland

12.00 – 12.15 Uhr

Zum Vergleich stationärer und tagesklinischer Psychotherapie bei schwerer Bulimia Nervosa – Zwischenergebnisse einer randomisierten-kontrollierten Studie

Stefanie WEBER, Almut ZEECK, Armin HARTMANN, Angelika SANDHOLZ, Edda WETZLER-BURMEISTER, Michael WIRSCHING

Universitätsklinik, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland

12.15 - 12.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

Parallelsitzung 11 / Parallel session 11
Körperbild & Persönlichkeitsfaktoren / Body Image and Personality factors

Vorsitz / Chair: Michel Probst, Leuven (B)

11.00 – 11.15 Uhr

Testing a new digital method to assess body image in eating disorder patients: a multi-centric pilot study

Emanuel MIAN¹, Riccardo Dalle GRAVE¹, Michel PROBST², Johan VANDERLINDEN², Guido PIETERS²

¹ Villa Garda Clinic, Eating Disorders Unit, Verona, Italy, ² K.U. Leuven, FaBeR, Department Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center- K.U.Leuven, Campus Kortenberg, Belgium

11.15 – 11.30 Uhr

The effect of attentional bias towards weight and shape related information on body dissatisfaction

Evelyn SMITH, Elizabeth RIEGER

University of Sydney, School of Psychology, Sydney, Australia

11.30 – 11.45 Uhr

Body Investment Scale, satisfaction with family atmosphere and dieting in Polish 15-year-old girls

Hanna KOLOLO, Joanna MAZUR

National Research Institute of Mother and Child, Department of Epidemiology, Warsaw, Poland

11.45 – 12.00 Uhr

Climb Inside

Liselle TERRET

Central School of Speech and Drama, London, UK

12.00 – 12.15 Uhr

Interaction effects between cognitive beliefs underlying eating disorders

Sandra SASSAROLI, Giovanni Maria RUGGIERO

“Studi Cognitivi” Scuola di Psicoterapia e Centro Ricerca, Milano, Italy

12.15 - 12.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

12.30 - 14.00 Uhr **Mittagspause / Lunch Break**

Parallele Workshops (7-12)

14.00 – 15.30 Uhr

7) Pferdgestützte Therapie bei Essstörungen nach den Prinzipien des Natural Horse-Man-Ship

Katharina ALEXANDRIDIS, Katrin FRANKENBERGER

Praxis für Entwicklungsförderung und Bewegungsbildung/Reittherapie, Mesnerhof in Thalkirchen, Deutschland

8) Erfahrungen mit und Potential von virtuellen Selbsthilfegruppen bei Essstörungen

Regina BRAUNER, Sarah SCHWARZKOPF, Doris HUNNEKUHL, Judith SCHÄFER,
Helen HERTZSCH
Hungrig-Online e.V., Erlangen, Deutschland

9) Frühe Sekundärprävention von Essstörungen an Schulen

Brigitte HARTIG¹, Heike KRAMER², Brigitte MUGELE³, Jan NEDOSCHILL⁴, Elisabeth STÄHR⁵, Jutta TODT⁶, Martina DE ZWAAN⁷

¹Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt, Erlangen, Deutschland; ²Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau, Erlangen, Deutschland; ³Klinik für Sucht und Psychosomatische Medizin, Erlangen, Deutschland; ⁴Universitätsklinikum Erlangen, Kinder- & Jugendabteilung für Psychische Gesundheit, Erlangen, Deutschland; ⁵Drogen- & Suchtberatung der Stadt Erlangen, Deutschland; ⁶Jugend- & Familienberatung der Stadt Erlangen, Deutschland; ⁷Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland

10) Über 7 Brücken musst Du gehen...- Die therapeutische Arbeit mit Ritualen, Symbolen, Bildern und Persönlichkeitsanteilen bei Essproblemen

Ulrike JUCHMANN

Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Berlin, Deutschland

11) Eigenverantwortung und Struktur in der Behandlung von Anorexia Nervosa

Eva-Maria OHMAYER, Helga BRUNNER, Godehard STADTMÜLLER, Stefan MOLFENTER

Adula Klinik Oberstdorf, Neurologie/Psychiatrie, Oberstdorf, Deutschland

12) Mindfulness-basierte Interventionen bei Essstörungen, Teil I

Andreas REMMEL^{1,2}, Britta RICHARZ¹, Verena WOEBER¹

¹Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich; ²Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland

15.30 – 16.00 Uhr **Pause / Break**

16.00 – 16.30 Uhr **Verleihung der Awards „Bester Vortrag“ und „Bestes Poster“ / Best Oral Presentation & Best Poster Award Ceremony**

Vorsitz / Chair: Karin Waldherr, Wien (A)

Parallele Workshops (13-18)

16.30 – 18.00 Uhr

13) Aufbau von Selbstwertgefühl – aber wie?

Renate FEISTNER

Rat & Tat, Nürnberg, Deutschland

14) Maltherapie – „Von der Geometrie zum Chaos“

Werner GERSTL

Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz, Kinderpsychiatrie, Linz, Österreich

15) Der Blick zurück – der Blick nach vorn...

Expertinnen im Wissen & Expertinnen im Erleben – neue Wege der Kooperation in der Arbeit im Bereich Essstörungen

Margrit HASSELMANN, Sina REINARZ

Suchtprävention Bremen, Deutschland

16) 10 Jahre Wohngemeinschaft Weidenhof - Resumee eines Erfolgsrezeptes

Waltraut KUBELKA-CHIMANI

Therapiezentrum Weidenhof, Grafenstein, Österreich

17) Intensive ambulante Gruppentherapie von Jugendlichen mit Essstörungen

Petra MICHLER, Andrea WOLTER-FLANZ

Bezirksklinikum Regensburg, Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Regensburg, Deutschland

18) Mindfulness-basierte Interventionen bei Essstörungen, Teil II

Andreas REMMEL^{1,2}, Britta RICHARZ¹, Verena WOEBER¹

¹Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich; ²Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland

18.00 Uhr **Ende des Kongresses - Auf Wiedersehen beim Kongress Essstörungen 2007**
End of the Congress - Farewell until 2007

Kurzfassungen der Vorträge, Workshops und Poster / Abstracts

DONNERSTAG, 19. Oktober 2006 /
THURSDAY, October 19, 2006

Internationaler Klinischer Workshop / Pre-Congress Workshop – Teaching Day 09.00 - 17.30 Uhr

Körperbildtherapie in der ambulanten Einzelbehandlung von Essstörungen

Michel PROBST

*K.U.Leuven, FaBeR, Department Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center-
K.U.Leuven, Campus Kortenberg, Belgium*

Die spezifische und negative Körpererfahrung (extreme Abmagerung; große Angst dick zu werden, Anstreben unrealistischer Ideale, Diskrepanz zwischen Denken und Fühlen, ...) hat eine zentrale Bedeutung in der Therapie von Essstörungen.

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 eine ganze Bandbreite von Interventionen auf der Basis von Selbstkonfrontation und Selbstwahrnehmung zur Beeinflussung dieser negativen Körpererfahrung. Die Veränderung dieses Körpererlebens und der Hyperaktivität muss sicher als ein wichtiges Ziel in der Therapie von essgestörten PatientInnen betrachtet werden.

In der Literatur findet man hauptsächlich Hinweise zur Körperorientierten Therapie bei (semi-) stationärer Behandlung. In diesem Workshop geben wir eine Übersicht über die spezifischen therapeutischen Interventionen, die auf eine Verbesserung des Körpererlebens und der Hyperaktivität der AN-PatientInnen in der ambulanten Behandlung von Essstörungen ausgerichtet sind.

Individual or family psychotherapy for adolescent eating disorders: Which is best?

Simon GOWERS

University of Liverpool, Department of Psychiatry, Liverpool, UK

From the earliest accounts of adolescent anorexia nervosa, the role of family members in treatment has been controversial. Over the course of history, parents have been seen successively as a hindrance to recovery, playing a role in the aetiology of the condition and more recently as essential treatment partners. Although a number of family therapy studies of adolescents with anorexia nervosa have now been published, with promising findings, family therapy can not yet be considered the gold standard treatment for the condition. Indeed, the

NICE Guideline on the treatment of eating disorders (NCCMH 2004) was unable to identify any adequately powered randomised controlled trials of the treatment of anorexia nervosa to guide clinical decision-making. No family therapy trials have been conducted to date in bulimia nervosa.

This workshop will present data from published studies, highlighting the differences in methodologies which make interpretation difficult. The role of separated family therapy in families with high expressed emotion and multi-family day therapy will be explored.

Much of the psychopathology of anorexia nervosa is personal and individual. It can be argued that an individual approach is necessary to address confidential issues and enhance motivation. The workshop format will enable participants to consider the potential role of individual cognitive behavioural approaches to address weight and shape concerns, developmental issues and mood disorder.

Key findings of the NICE Guidelines on Treatment of Eating Disorders

Simon GOWERS

University of Liverpool, Department of Psychiatry, Liverpool, UK

Clinical decisions should be based on best quality evidence, rather than the personal preferences of a treating clinician or service. Evidence-based treatment guidelines are increasingly available to inform health service professionals and the public about best practice. The National Institute for Clinical Excellence (NICE) published its guidance on the treatment of Eating Disorders in 2004 in an attempt to standardise treatment. The workshop will provide insights into the methods employed in developing such guidelines and their limitations. The NICE guideline was unable to find many good quality treatment trials for anorexia nervosa and based most of its recommendations on expert and consensus opinion. These recommendations will be reviewed, highlighting controversial areas such as when to admit to hospital, the role of compulsory treatment and the use of specialist services. In Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder, there is a stronger evidence base and the guideline recommends specific forms of cognitive behaviour therapy (CBT-BN or CBT-BED) for these conditions. Anti-depressant treatment, guided self help and Inter-Personal Therapy (IPT) have also some evidence for their efficacy. Evidence for treatments for Bulimia Nervosa in adolescence is lacking, though studies are underway since the guideline was published. This workshop will also review areas identified in the guideline for future research.

Systemische Familientherapie bei Essstörungen

Günther RATHNER

Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Innsbruck, Österreich

PatientInnen haben Familie: Dieser Leitsatz der Familienmedizin gilt bei jeder schwereren körperlichen oder psychischen Krankheit und Störung. Die Familientherapie hat sich in den Studien des Institute of Psychiatry in London als wirksame Therapieform bei adolescenten Anorexia nervosa-Patientinnen gezeigt. Die verschiedenen Modelle von Familientherapie (family therapy), Familienberatung (family counselling) und Multi-Familientherapie (multi-family treatment), die bisher bei Essstörungen, v.a. bei Anorexia nervosa angewandt wurden, werden vorgestellt.

Historisch hat sich die therapeutische Haltung zur Familie nicht nur in der Behandlung von Essstörungen geändert: von der Parentektomie über die anorexogene Mutter (bzw. Familie) und die Behandlung der Familie hin zur Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung, als wertvolle Behandlungsressource. Einzelne Behandlungszentren für Essstörungen haben

sich darauf konzentriert, bei Anorexia nervosa nur Familientherapie ohne individuelle Psychotherapie anzubieten. Dies berücksichtigt aber die individuelle psychische Wirklichkeit der Betroffenen nur unzureichend.

In diesem Workshop wird das an der Innsbrucker Spezialambulanz für Essstörungen entwickelte Behandlungsmodell für Anorexia nervosa mit paralleler systemischer Familientherapie und systemisch-psychodynamisch orientierter Einzelpsychotherapie vorgestellt. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die „Familienbriefe“ gelegt: Briefe jedes einzelnen Familienmitglieds an die Behandler (nach dem telefonischen Erstinterview und vor dem ersten Behandlungskontakt, der Familiensitzung). Individuelle Änderung bedingt familiäre Veränderung und setzt sie gleichzeitig voraus, im Sinne einer Koevolution.

FREITAG, 20. Oktober 2006 /
FRIDAY, October 20, 2006

Plenarvorträge mit Diskussion / Plenary Paper session
09.30 – 12.30

Vorsitz / Chair: Günther Rathner, Innsbruck (A)

09.30 – 10.00 Uhr

In patient treatment of anorexia nervosa – balancing the costs and benefits

Simon GOWERS

University of Liverpool, Department of Psychiatry, Liverpool, UK

When someone with anorexia nervosa fails to respond to routine out-patient management, a number of issues should be considered in planning the next stage of treatment. Logically, a step-up approach in which more intensive therapies are offered in a setting of greater behavioural supervision might be expected to yield positive results where out-patient management has failed. Furthermore, if the combination of intensive therapies and behavioural management on an in-patient basis offers the best chance of recovery, some argue that psychiatric admission should be offered as a first line treatment. As there are great differences in the costs of out-patient and in-patient management decision-making should ideally be based on good quality data on the clinical and cost-effectiveness of each approach. This presentation will draw on evidence of the outcomes of different service configurations from the NICE guideline and published treatment trials, to highlight uncertainties in the role of in-patient treatment. In particular, issues in in-patient management such as inconsistencies in the use of thresholds for admission and discharge will be explored, using research data from cohort and randomised trials.

Finally, unpublished data from the largest randomised controlled trial of service setting (the TOuCAN trial) will be presented. This includes clinical outcomes at two years, a health economic analysis and preliminary findings on user satisfaction with different treatment settings. The outcomes of in-patient psychiatric management in controlled studies are not good. Concern about physical risks may dominate treatment planning and then deflect attention from psychological aspects of the disorder. When in-patient treatment is perceived

as coercive it may exacerbate the person's feelings of ineffectiveness or low self-esteem. Balancing the benefits and costs of different interventions is crucial in treatment planning and has a parallel in the motivational treatment approach.

10.00 – 10.30 Uhr

Drive for exercise in eating disorders

Michel PROBST

*K.U.Leuven, FaBeR, Department Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center-
K.U.Leuven, Campus Kortenberg, Belgium*

Drive for activity or hyperactivity is considered to be a secondary symptom in the diagnostics of patients with eating disorders. Drive for activity is more common in anorexia nervosa. In bulimia nervosa and binge eating disorders passivity is observable. Hyperactivity is characterized by a voluntary increase of physical activity, a compulsive urge to move and by the dissociation of fatigue.

Research and therapeutic strategies concerning physical activity in eating disorders will be elaborated. The use of accelerometers, questionnaires and ecological momentary assessment is discussed. Therapeutic guidelines in regard of the physical activity and implications for therapist, teacher, parents and trainers are proposed.

In general physical activity are not contra-indicated in eating disorders but it can be indicated to limit exercises for patients with a BMI lower than 16. Teachers, parents and trainers have to be informed about the physiological and psychological consequences of hyperactivity.

10.30 – 11.00 Uhr

Plenardiskussion / Plenary Discussion

Vorsitz / Chair: Ferenc Túry, Budapest (HU)

11.30 – 12.00 Uhr

Weltweite Charta für Essstörungen / World Wide Charter for Action on Eating Disorders

Günther RATHNER^{1,3}, Karin WALDHERR^{1,2,4}

¹ *Österreichische Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES);* ² *Netzwerk Essstörungen, Innsbruck, Österreich;* ³ *Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Innsbruck, Österreich;* ⁴ *Universität Wien, Institut für Psychologische Grundlagenforschung, Fakultät für Psychologie, Wien, Österreich*

Diese weltweite Charta wurde im Juni 2006 auf dem Weltkongress der Academy for Eating Disorders (AED) in Barcelona verabschiedet und von der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES) und dem Netzwerk Essstörungen (Innsbruck) mitunterzeichnet. Diese Charta beinhaltet die Rechte und berechtigten Erwartungen von Menschen mit Essstörungen und zeigt, dass es auf der ganzen Welt gemeinsame Prinzipien gibt, die Essgestörte, ihre Angehörigen und ihre Behandler und Unterstützer verbinden.

Der Grundgedanke der Charta ist eine Partnerschaft zwischen PatientInnen, ihren Angehörigen und den Betreuern und Behandlern, die die entscheidende Basis jeder qualitativ guten Behandlung in spezialisierten Behandlungseinrichtungen und Praxen für Essstörungen ist. Qualitätsstandards für eine spezialisierte Behandlung werden definiert, wobei die Notwendigkeit des am wenigsten einschränkenden Settings, nämlich der ambulanten Behandlung, wo immer möglich betont wird. Jede qualitativ gute Behandlung sollte altersentsprechend, leicht zugänglich auf lokaler und regionaler Ebene, und finanziert durch die öffentliche Gesundheitsversorgung sein. Die PatientInnen-Rechte müssen gewahrt werden und Angehörige sind in die Behandlung einzubeziehen. Die Notwendigkeit der spezialisierten und interdisziplinären Weiterbildung psychosozialer Berufe für die Behandlung von Essstörungen, der Entwicklung und Evaluation effektiver Präventionsprogramme, sowie der Öffentlichkeitsarbeit zur Entstigmatisierung von Essstörungen und Änderung des gesellschaftlichen Schlankeitswahns bzw. der Akzeptierung der natürlichen Vielfalt von Körperformen wird betont.

Die Charta ist der Beginn einer konzertierten Aktion, die weltweit die Regierungen, die öffentliche Gesundheitsversorgung und alle jene, die sich für Essgestörte und ihre Angehörigen einsetzen und sie unterstützen, dazu aufruft, die angegebenen Standards der Behandlungsqualität, der Aufklärung und Prävention umzusetzen.

Diese Charta wird in deutscher Sprache erstmals beim Kongress Essstörungen 2006 / Eating Disorders 2006, 14. Internationale Wissenschaftliche Tagung / The 14th International Conference, am 20. Oktober 2006 in Alpbach (Österreich) der Öffentlichkeit vorgestellt.

12.00 - 12.30 Uhr

Affekte und Emotionen bei Essstörungen

Andreas REMMEL

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

Patienten mit Essstörungen zeigen ausgeprägte Probleme der Affektregulation (Überregulation, Unterregulation). Restriktives oder bulimisches Essverhalten, bingeing und purging, werden zur Affektkontrolle und Affektregulation eingesetzt.

Auf der Basis aktueller Konzepte, psychobiologischer und neurowissenschaftlicher Ergebnisse der Emotionsforschung werden Mechanismen der Verhaltenssteuerung von Patienten mit Essstörungen beschrieben. Zum genaueren Verständnis anorektischer, bulimischer und adipöser „Teufelskreise“ ist dabei eine Differenzierung von „Affektketten“ und „Affekthierarchien“, von primären und sekundären Emotionen, sowie der Verhaltenssteuerung durch Bedürfnisse (etwa des Bedürfnisses nach Kontrolle, Bindung, Unlustvermeidung) und Kognitionen, erforderlich.

Der Vortrag gibt einen Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse und diskutiert in einem zweiten Teil bedeutsame Implikationen für ein emotionszentriertes Vorgehen in der Therapie von Patienten mit Essstörungen.

14.00 – 15.00 Uhr

Plenare Postersitzung & Posterbesichtigung
Guided Plenary Poster Session

Vorsitz / Chair: Karin Waldherr, Wien (A)

1: Risikofaktoren / Risk factors

Präsentation / Presenter:

Andreas Karwautz, Wien (A)

1) Anorexia athletica, eine neue Erkrankung?

Michaela TAPPAUF, Thomas TRABI, Peter SCHEER

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz, Österreich

Einleitung:

Unter Anorexia athletica versteht man eine besondere Form der Magersucht bei jungen SportlerInnen. Sport und Leistungssport werden von der Gesellschaft hoch bewertet, und bei vielen Sportarten ist niedriges Gewicht ein wichtiger Leistungsfaktor.

Die Prävalenz von Essstörungen in der Gesamtpopulation wird mit bis 11% angegeben, bei Sportlern je nach Sportart mit bis 55% (Sundgot-Borgen et al, 2004). Von den an die Kinderpsychosomatik Graz zugewiesenen Mädchen mit Anorexia nervosa betreiben 50% und von den Knaben annähernd 100% Leistungssport. Die direkten und indirekten Folgen der Mangelernährung sind weit reichend. Es kommt zu Wahrnehmungsstörung, Wachstumsstörung, verzögerter Pubertätsentwicklung und verminderter Knochendichte. Eine Krankheitseinsicht fehlt meist.

Falldarstellung:

Matthias R., 14,5 Jahre, erkrankte mit 12 Jahren an Magersucht. Seine Motivation zum gewollten Gewichtsverlust war das Erzielen noch besserer sportlicher Leistungen im Laufen, Langlaufen und Schispringen durch einen leichten, fettfreien Körper.

Der Gewichtsverlust von einem bereits pre-morbid geringen BMI von 17,4 auf 12,8 (26 kg bei einer Größe von 1,41 m) war mit einer Wachstumsretardierung und verzögerten Pubertätsentwicklung vergesellschaftet. Unter der Therapie kam es zu einem Längenwachstum von 4cm in 8 Wochen bei einer familiären Zielgröße von 1m80. Aufgrund des chronischen Verlaufes ist unklar, ob diese noch erreicht wird.

Ausblick:

Nebst der geschilderten Falldarstellung wird ein Projekt gestartet mit dem Ziel, unter Betroffenen, Gefährdeten und Sporttrainern eine Sensibilisierung und Früherkennung von Anorexia athletica zu erreichen. Dies ist umso bedeutender, da die entstehenden gesundheitlichen und psychosozialen Probleme wie mangelnde Knochendichte und Wachstumsstörung sowie selektive Wahrnehmungsverzerrung bei langer Erkrankungsdauer nicht mehr vollkommen behebbar sind. Erreicht werden soll dies durch ein intensives Informationsprogramm.

2) Anorexia Athletica

Karl SUDI

Karl-Franzens-Universität, Institut für Sportwissenschaften, Graz, Österreich

In vielen Sportarten stellt das Körpergewicht einen leistungslimitierenden Faktor dar. Die Aufrechterhaltung, aber noch viel mehr das Erreichen eines niedrigen Körpergewichts erfordert neben einer entsprechenden Intensivierung des Trainings oftmals spezifische Ernährungsmaßnahmen, die zu psychischen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen von SportlerInnen führen können. Die v.a. im Bereich des Leistungssports aber auch in zunehmendem Maße im Breiten- und Fitnesssport auftretende Anorexia Athletica (AA) ist dadurch gekennzeichnet, dass die SportlerInnen trotz einer verringerten Energiezufuhr eine überdurchschnittlich hohe Leistungsfähigkeit aufweisen bzw. überhaupt erst infolge diätetischer Maßnahmen erreichen.

Besonders betroffen sind Sportarten wie Gymnastik, Eiskunstlauf, Klettern, Langstreckenlauf, Radsport, und Schisprung. Während in jenen Sportarten (z.B. Kampfsport) in denen die SportlerInnen über kurzfristig durchgeführte Maßnahmen zur Gewichtsreduktion eine niedrigere Gewichtsklasse anstreben kaum ein ‚Gefährdungspotential‘ im Sinne der Entwicklung einer Essstörung aufweisen, stellt die AA eine ‚Grauzone‘ dar. Fälle aus dem Leistungssport zeigen, dass sich massive Essstörungen (anorektisches Verhalten bis zum letalen Ausgang) entwickeln können aber nicht notwendigerweise müssen. Als kritisch in diesem Kontext zu betrachten sind dabei Sportarten, in denen aufgrund der geringen metabolischen Anforderungen in Training und Wettkampf und der ästhetischen Komponente (z.B. Schisprung, Eiskunstlauf, Gymnastik) fast ausschließlich über diätetische Maßnahmen das Körpergewicht reduziert wird. Im Gegensatz dazu stehen Sportarten mit sehr hohen metabolischen Durchsatzraten (z.B. Radsport, Schilanglauf), in denen nicht so sehr die Reduktion der Energiezufuhr als Methode im Vordergrund steht, sondern die Ausweitung der Trainingshäufigkeiten und Trainingsumfänge um die Körpermasse auf einem niedrigen Gewichtsniveau zu halten. Diese Strategien führen dazu, dass über eine deutliche Steigerung der Trainingsbelastungen (bei konstanter Energiezufuhr) die Leistungsfähigkeit kurz- (über Tage) aber auch mittelfristig (über Wochen) ansteigt. Dieser Leistungszuwachs wird als ‚positiv‘ erlebt was dazu führen kann, dass die Trainingsbelastungen nochmals gesteigert werden bzw. auch die Energiezufuhr inadäquat reduziert wird. „The less they eat the more they train“ – dieses ‚Paradoxon‘ führt in einen Teufelskreis mit der Folge, dass ein massiver Leistungsabfall zu verzeichnen ist und auch die Gefahr der Entwicklung einer Anorexie steigt. Mit dem Nicht-Erreichen der Leistungslimits bzw. fehlender Wettkampferfolge fallen die SportlerInnen aus den Leistungskadern und beenden ihre Karriere.

Als bis dato einzig wirkungsvolle Gegen-Maßnahmen können Änderung im Reglement der jeweiligen Sportarten diskutiert werden (Schisprung, Klettern) sowie entsprechende Aus- und Fortbildungen der TrainerInnen durchgeführt werden um die elementaren biologischen, physiologischen, und psychologischen Zusammenhänge zu vermitteln. Vor allem sind dabei die wesentlichen Ursachen für das Zustandekommen von Essstörungen im Sport darzustellen, die gesundheitlichen Gefährdungen von inadäquater Ernährung im Leistungssport zu thematisieren und entsprechende Empfehlungen zu geben, damit eine Sensibilisierung für dieses Problem zu einer für die SportlerInnen richtigen Lösungsstrategie führt.

3) Perceived paternal care in anorexia nervosa

Bea PÁSZTHY¹, Kata RESS², Flóra SZTANÓ¹, Júlia MAZZAG², Ferenc TÚRY²

¹*Semmelweis University, Faculty of Medicine, I. Department of Pediatrics, Budapest, Hungary*

²*Semmelweis University, Faculty of Medicine, Institute of Behavioural Sciences, Budapest, Hungary*

Background: Self image, or schema, mediates the relationship between a rejecting parent and current dysphoria (Young, 1994).

Early maladaptive schemas, because they develop early in life, "often form the core of the individual's self-concept and conception of the environment" (Young, 1999). These are unconditional beliefs about oneself and one's environment, developed as a result of dysfunctional childhood experiences. Those beliefs become maladaptive over time and with changed circumstances. They are self-perpetuating, in that individuals are likely to distort new information in order to maintain the validity of the schema. Perceived parental behaviour is closely related to these schemata in non-clinical samples (Sheffield et al., in press).

Interventions in a family therapy setting have been proved to be effective in the treatment of anorexia nervosa. The involvement of parents in responsibility issues regarding weight and behaviour has been addressed as one of the key factors that predicts outcome. Although mother-daughter relationship has attracted much attention in research of the EDs, the role of fathers and their perceived care is still to be answered.

Our hypothesis was that paternal behaviour as perceived by their daughter suffering from AN has a specific link to the symptoms.

Methods: In an all-around full family screen we investigated 15 families with an AN daughter (mean age: 17,75 (3,01). Clinical diagnosis was given according to the DSM-IV. We used measures assessing ED symptoms: EDI (DT, BU and BD subscales), BAT, body mass index (BMI), as well as general psychopathology: depressive symptoms: BDI, (short form) and EDI subscales concerning ego-dysfunction.

For assessment of core beliefs regarding perceived childhood parental behaviour we used the Young Parenting Inventory, paternal scale (72-item self-report measure to assess parental experiences and images; each item is rated on a 6-point Likert scale).

Results: The patients' mean EDI eating scores were as follows: Drive for Thinness=7,5 (S.D.=7,56); Bulimia=0,11 (S.D.=0,35); and Body Dissatisfaction=7,25 (S.D.=10,3). Their mean ego-dysfunction scores were: Ineffectiveness=5,37 (S.D.=3,4); Interoceptive Awareness=5,12 (S.D.=4,8); Interpersonal Distrust=4,37 (S.D.=4,2); Maturity Fears=7,8 (S.D.=6,7); Perfectionism=8,12 (S.D.=2,89). For the BAT scores the mean was 42,37 (25,8). BMI: 14,96 (2,06).

More maladaptive schemas regarding paternal care are linked to the eating disorder symptoms than regarding maternal care. Low BMI, drive for thinness (EDI-DT) and EDES-bulimia subscale show a high correlation to many of the paternal schemas: *self-sacrifice, insufficient self-control, negativism/pessimism, entitlement, shame/default, approval seeking* are the most prominent ones. Perceived paternal self-sacrifice shows the highest correlation to most of the symptoms across the scales ($r = -0,82$ for BMI, $0,88$ for EDI-DT, $0,84$ for BAT, $p < 0,05$) suggesting a general role in the anorexia nervosa psychopathology.

Conclusion: According to the clinical observations, perceived paternal care and father-daughter relationship has a significant influence on the eating disorder symptoms, suggesting a role as important as perceived maternal care. Therefore, involving the father into the treatment of his daughter's anorexia nervosa in order to reconstruct cognitions and behaviour may have an outstanding influence on the outcome.

4) Die Bulimia Nervosa im Jugendalter im klinischen Setting - Exotische Erkrankung oder klinischer Alltag

Hartmut IMGART, Claudia BITTER

Parkland-Klinik, Abteilung für Essstörungen, Bad Wildungen, Deutschland

In der Literatur wird der durchschnittliche Krankheitsbeginn der Bulimia Nervosa (BN) deutlich später angesetzt als der der Anorexia Nervosa (AN). Dennoch sehen wir im klinischen Setting bei der Behandlung von Jugendlichen eine Vielzahl an Bulimie erkrankter Patientinnen. Von 286 jugendlichen Patientinnen im Alter von 14-17 Jahren, die in der Parkland – Klinik an einem speziellen Therapieprogramm für essgestörte Jugendliche teilnahmen, diagnostizierten wir 38,5 % Bulimia Nervosa, 13,6 % AN, bulimischer Typus, 31,5 % AN, restriktiver Typus und 16,4 % Essstörung die mit Adipositas assoziiert ist. Im hiesigen klinischen Setting zeigt sich daher ein ähnlich häufiges Auftreten der beiden Essstörungsformen Anorexie (restriktiver Typus) und Bulimie im Jugendalter.

Mittels T-Test zeigt sich ein signifikanter Altersunterschied der beiden Gruppen, wobei die restriktiv anorektischen Patientinnen waren signifikant jünger (etwa ein halbes Jahr) als die bulimischen Patientinnen. Die Beschwerdedauer ist jedoch signifikant länger (etwa 7 Monate) bei den Patientinnen mit Bulimie. AN, bulimischer Typus zeigt hinsichtlich Alter bei Aufnahme und Beschwerdedauer keinen signifikanten Unterschied zur Bulimie.

Die Frage der Prävalenz der Bulimie im Kindes- und Jugendalter sollte daher neu diskutiert werden. Die bulimischen Patientinnen sind signifikant depressiver als die Patientinnen mit AN restriktiver Typus, so dass wir vermuten, dass bulimische Patientinnen erst in einer depressiven Krise in die Behandlung kommen und somit später als anorektische Patientinnen, die durch das starke Abnehmen von außen schneller sichtbar leiden.

5) The clinical features of late onset anorexia nervosa in an inpatients sample

Silvia FERRARA, Melania ZAMPIERI, Elena ZENATI, Valentina MARTINES, Antonio FIORELLINI BERNARDIS

Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorder Hospital Unit, Padua, Italy

Introduction

Anorexia Nervosa is generally considered a typical trouble of the adolescent age, although some subjects can develop the adult age condition. Notably, women with late onset are thought to be more likely to develop symptoms in response to life events, although anorexia nervosa appear to be very similar to those of typical adolescent women.

AIM: the aim of this study is to describe the clinical features of late onset anorexia nervosa of a inpatients sample and to evaluate the development of illness in response to life events.

METHOD: All subjects were hospitalized in a Unit specialized in eating disorder treatment. The sample was assessed for psychiatric and ED symptoms using a battery of tests comprising: Eating Disorder Inventory (EDI), Body Attitudes Questionnaire (BAQ), SCL – 90 and Beck Depression Inventory (BDI). Socio-demographic characteristics. Other features studied included: age at presentation, age at onset of anorexia nervosa, body mass index at presentation, duration of illness, marital status, pregnancy and stressor events.

RISULTS:

We identified 8 adult women in our inpatients sample. The mean age of onset of anorexia nervosa was 30.28 years; 37.5% of them were restrictives and the 62.5% were purgatives. We found a 75% patients in comorbidity with Axis-I. The association with major depressive disorder was the higher rates (62,5%); it was not established which of these disorders

appeared as the first one. Socio-demographic and clinical characteristics of the sample associated with a stressor events will be presented.

6) Changes of disordered eating attitudes and behaviour in Austrian adolescents during the last decade: A cohort study

Karin WALDHERR¹, Helga FRIEDL¹, Günther RATHNER²

¹*Department of Psychological Basic Research, Faculty of Psychology, University of Vienna, Austria,* ²*Department of Psychological Medicine & Psychotherapy, Innsbruck Medical University, Austria*

Purpose was to assess changes in attitudes and behaviour relevant for the aetiology of Eating Disorders in female and male adolescents between ten and twenty years approximately one decade apart (1993 and 2004).

Two independent cross-sectional samples from the same geographical area in Austria were compared. Participants in both waves completed the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) including the Symptom-Checklist. The sample in 1993 consisted of 1080 female and 580 male adolescents from 16 randomly selected schools of six school districts in Lower Austria. 585 female and 286 male adolescents from 13 schools of the same school districts participated in 2004.

Due to age differences in EDI-2 subscale scores, comparisons were done separately for sex and different age groups.

For females the mean values on central psychological traits did not change. However, the proportion of females reporting excessive exercising due to weight control and/or experience with bingeing and purging increased significantly. For males changes on psychological traits were larger. Whereas in 1993 boys younger than 13 years scored significantly lower than girls of the same age group in five of the 11 subscales, in 2004 no significant differences were found for this age group. For adolescents of 13 years and older subscale differences, although still significant, also became smaller. The most pronounced result was for Body Dissatisfaction. Males of all age groups were more discontented with their bodies in 2004 compared to 1993. However, there was no increase on Drive for Thinness. Regarding weight control practices the number of males reporting dieting, exercising, and bingeing without purging increased.

7) Eating habits of students in Rodopi, Greece

C. POGONIDIS¹, E. XENODOXIDOU², Irene CHRISTODOULOU², Is. KAROUTSOU¹, Th.K. KONSTANTINIDIS¹

¹*Laboratory of Hygiene and Environment Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Greece,* ²*Hospital Papanikolaou, Thessaloniki, Greece*

AIM of this study is to outline the general habits of eating in students of Rodopi, Greece.

MATERIAL-METHODS: In total 189 students were asked about their eating habits (95 boys and 94 girls) with a median age of 22, 5 years old (SD=2, 20). We reported eating habits, the commonest dishes and snacks and the reasons for choosing them, as well as the weekly rates of visiting fast- food restaurants.

RESULTS: Almost 88% of students do not eat breakfast at home, while the rest buy «something» on their way to their classes. «Student's breakfast» includes usually coffee, milk, juice and sandwiches. Nothing at all as breakfast is checked from 27% of participants. Fixed everyday meals are taken by 10%. Eating in fast food restaurants is a weekly habit of the 97% of students. «A solution to eat when you have to eat out of home» (64%), an «economic solution to see your friends» (25%), «tasty and well-prepared food (9%), «I avoid

fast food» (2%) were the answers of the study group. Interestingly, when asked for obesity in >2 members in family, 38% answer positively and they all belong to the «fast-food group». CONCLUSIONS: Eating habits in students of Rodopi are similar to west-Europe diets. Living far from home is considered as the first cause for losing meals and visit fast-food restaurants. Familial obesity is an important factor, too.

2: Psychopathologie & Behandlung / Psychopathology & treatment

Präsentation / Presenter:

Ursula Bailer, Wien (A)

8) Anger Expressions in Female Eating Disordered Patients: A Case-Control Study

Isabel KRUG, Olga NEBOT VALL-ILOVERA, Begona AGUIRREGABIRIA, Yolanda CASTRO, Fernando FERNÁNDEZ-ARANDA

University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, Barcelona, Spain

Objective: To determine how anger experiences differ between eating disordered patients and healthy controls and to assess whether there are differences between subtypes of Eating Disorders (EDs). **Method:** Participants were a consecutive series of 135 female ED cases, diagnosed according to DSM-IV criteria, who had been referred for assessment and treatment to our outpatient Unit. The ED cases were compared to 135 healthy female individuals, matched for age. **Assessment:** All participants completed the STAXI-2. In addition other clinical and psychometrical relevant variables were collected. For the control group also the GHS-28 was administered. **Results:** The ED patients scored significantly higher on all the anger state ($p=0.001$), the anger trait ($p=0.001$) and the anger expression ($p=0.001$) subscales as well as on the general anger expression index ($p=0.001$). Conversely, the only subscale where the control group scored higher than the ED group was the anger control-in ($p=0.001$) and the anger control-out ($p=0.001$) scales. There were statistical differences between the diagnostic subgroups on the “feel like expressing anger physically” and the anger-expression-in subscales ($p=0.039$ and 0.012 , respectively). BN patients scored significantly higher on these variables than AN and EDNOS participants. **Conclusion:** These findings indicate that anger expressions are relevant factors in the psychopathology of ED patients. These individuals exhibit more anger expressions and defective experience of self-control than healthy controls. Furthermore, some specific anger expressions appear to be more prevalent in BN than in AN and EDNOS patients.

9) Body composition in Anorexia nervosa

Michel PROBST, Marina GORIS

K.U.Leuven; FaBeR, Department Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center – K.U.Leuven, Campus Kortenberg, Belgium

Weight restoration is a crucial element in the treatment of patients with anorexia nervosa. Therefore the validity of different methods for measuring body composition is important. Body fat estimation by Skinfold thickness equation appeared to be as accurate as more complicated methods. The refeeding program led to a significant increase in body weight of which was 55.5 % of body fat. Concerning bio-impedance instruments manufactures should

adjust the programming in order to provide accurate body measuring instruments for different target groups.

10) Projective Drawing-Analysis of children and adolescents affected by Anorexia Nervosa

Tünde GAJDA¹, Zoltán VASS², Krisztina PÓSZ¹, Bea PÁSZTHY¹

¹*Semmelweis University, Faculty of Medicine, I. Department of Pediatrics, Budapest, Hungary*

²*Károli Gáspár University of the Reformed Church of Hungary, Institute of Psychology, Budapest, Hungary*

Eighteen adolescent girls, aged 11-17 (median: 14.65 [10.93-16.84]) with anorexia nervosa were recruited for the study. The aim of our evaluation was to analyse the human figure drawing, animal drawing and Grätz scribble test in this special patient population. Body weight median was 41.9 kg [23.4-57.0]; height median was 1.66 m [1.37-1.79]; BMI median was: 15.6 [12.0-18.7]; amenorrhoea in 16 case, prepubertal: 2 cases.

Aim: To examine the applicability of drawing analysis as a possible diagnosis tool in case of anorexia nervosa. *Method:* Adolescents with anorexia nervosa - at different stages of recovery- were involved in the study. All of them participated in family therapy and 8 in group therapy as well. Human figure drawings reflect not only on the body scheme and self image but on the change of these too. Animal drawings show personality, identification patterns and motivation side of the personality. Grätz scribble test inspects emotional condition, object-relations, representation of basic ideas and the relationship of these as well.

Result: The context of drawings and the examined characteristics of patterns reflect the actual patient condition and give a cross-section picture for the progress of recovery. The accompanying exploration material is also an obligatory part to understand drawings and much more about the person hidden behind.

Conclusion: Projective drawing analysis is a quick and non-directive method, which is of great value not only for the diagnosis but also for the therapy and can lead the patient to important perceptions. Most of the human figure drawings and animal drawings are characterised by small relative size of the drawing compared to the available space on the paper and average pressure. Human figure drawings are hardly or moderately filled. In case of Grätz scribble tests the formal characteristics reflect hypersensitivity, the feeling of defencelessness against the stimuli of surrounding world. Sense of security appears as „being under cover” or „germ-state”. Disharmonic relationship to parents can be observed as well. Adolescents could talk about their negative feelings much easier after the drawings were taken.

11) Adapted physical activity in outpatients with Anorexia Nervosa. Preliminary results.

Silvia FERRARA¹, Silvia TOLOMIO², Giuseppe TRAVAIN², Marco ZACCARIA², Angela FAVARO¹, Paolo SANTONASTASO¹

¹*Department of Neuroscience,* ²*Department of Medical and Surgical Sciences, University of Padova, Italy*

INTRODUCTION

Anorexia Nervosa (AN) is an eating disorder mainly affecting young women. With the purpose of losing weight these patients drastically reduce food intake and enhance energy expenditure by increasing physical activity. Most psychotherapists forbid exercise *per se*, instead of trying to correct its pathological features linked to the excess of physical activity, but whether to promote or withhold exercise is still controversial. To our knowledge only one

study reported the effects of individual exercise programs in AN outpatients (Thien V, 2000) and no available data exist about group exercise programmes.

AIM

To evaluate, in AN outpatients, the effects of an adapted group activity program, using exercises with low energy expenditure profile, combined with psychotherapy.

METHODS

5 young females with diagnosis of AN (DSM-IV) to participate 6-months to adapted physical and psychotherapy program. We completed the basal and 3-month evaluations, using anthropometric parameters: BMI and body composition by bioimpedance analysis (BIA); Functional evaluations: maximal oxygen consumption (VO₂ max), lower and upper limb maximal strength (LMS) and handgrip (UMS). Psychological/psychiatric conditions were instead evaluated using: Body Attitudes Test (BAT), Eating Disorder Inventory (EDI), Rosenberg Self Esteem Test (RSE), Mackenzie Group Climate Questionnaire (GCQ).

RESULTS

After 3 months 4 subjects repeated the evaluations; 3 subjects increased while one decreased their BMI; Body Cellular Mass (BCM) increased in all patients. All functional parameters (LMS +61.1%, UMS +24.7%, VO₂ max +16.7%), as well as several psychological/psychiatric items (self-esteem, body image, group climate, etc.) suggested a general improvement.

CONCLUSIONS

These preliminary results suggest that the association of adapted physical activity and psychotherapy programs, may contribute to enhance functional and psychological condition in outpatient anorexic females. Furthermore, they suggest that an exercise group activity could be a component of the existing therapeutic approaches to Anorexia Nervosa.

12) Family behavioural therapy of Anorexia Nervosa in an 11-year old boy

Miodrag STANKOVIC, Sandra STANKOVIC

Child & Adolescent Psychiatrist, Family Councillor Clinic for Mental Health Protection – Daily Hospital Department for Children and Adolescents, Nis, Serbia

Objective: There are widely divergent views of the nature of anorexia nervosa. There is, therefore, no comprehensive approach to treatment of anorexia nervosa based on a sound empirical research. Objective of our research was to examine the family-behavioural therapy of anorexia nervosa in reducing fattening phobia and inducing weight gain in one outpatient boy.

Methods: A 11-year old boy was accepted to the Child and Adolescent Neuropsychiatry Clinic with a 1-year history of disturbed eating behaviour and a 3-month starvation with recent rapid weight loss up to 39 kg (BMI=15). The boy's praemorbid personality was described as sensitive, introvert, compulsive, perfectionist. Although his intelligence was highly above average (IQ148), he was alexitimic and he had inadequate verbal skill, unassertiveness, low self-esteem and difficulties in relationships. The patient met the ICD-10 and DSM-IV criteria for a restrictive type of anorexia nervosa according Structured Interview on Anorexic and Bulimic Disorders (SIAB-EX). We also carried out standardized psychopathological examinations as well as family functioning. After 3 weeks of baseline period of hospitalisation, during the next 7 weeks we combined behavioural therapy procedures: operant conditioning, flooding, relaxation in reduction of fattening phobia and planning a short term aims of weight gain with patient. As well we combined parental skill training and Stuart's eight step therapy model.

As method of research we used baseline intervention (AB) design.

Results: During the first 3 weeks of treatment, patient ate three regular meals and two snacks. His eating was monitored, but he gained no weight because he started with swimming and playing basketball. During the next 7 weeks weight gain was significantly induced by parental

skill training in behavioural therapy procedures and Stuart's eight step family therapy model. After 10 week of he gained 8 kg and eating behaviour was normalized. During next 8 weeks of outpatient period his weight was maintained.

Conclusions: Induction of family-behaviour therapy procedures and package of behavioural procedures was characterized by great benefit single-case baseline intervention (AB) design. After 10 weeks of baseline and interventions period, this procedures helps in weight gain in very short period of time with improvement in social functioning of both, child and family.

13) Bestimmungen der Schilddrüsenhormonparameter in der Observanz anorektischer PatientInnen

Michael MERL, Werner GERSTL

Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz, Abteilung Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Linz, Österreich

PatientInnen mit Anorexia nervosa suchen als erste Anlaufstelle oft den praktischen Arzt auf bzw. werden in der kinder- und jugendärztlichen Praxis vorgestellt. Im ländlichen Raum sind es auch die Allgemeinmediziner, die die medizinischen Kontrollen durchführen. Neben der klinischen Untersuchung können bestimmte Laborwerte als Verlaufsparemeter herangezogen werden. In unserer klinischen Praxis hat sich die Erhebung der Schilddrüsenhormonwerte (T3-Gesamtwert / freies T3) und die kapilläre Blutgasanalyse bewährt. Der gezielte Einsatz dieser Verlaufsparemeter hilft dem untersuchenden Arzt dort wo krankheitsrelevante psychische Prozesse Symptomatik und Krankheitsstadium unklar erscheinen lassen, behandlungsrelevante Entscheidungen zu treffen.

14) Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Persönlichkeitsfaktor „Sensibilität“ und den Erkrankungen Anorexia nervosa / Bulimia nervosa?

Annette FRÜND¹, Michael DIETERICH², Günther RATHNER³

¹Praxis für sozialpädagogische Beratung, Herford, Deutschland; ²Institut für Praktische Psychologie, Freudenstadt, Deutschland; ³Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Innsbruck, Österreich

Magersüchtige und bulimische PatientInnen äußern in therapeutischen Sitzungen häufiger Sätze wie: „Ich nehme Empfindungen wahr, die andere gar nicht wahrnehmen“, „Ich habe schon viel eher gespürt, was die anderen jetzt erst spüren“; aber auch: „Mich trifft immer alles bis in's Mark“, „Ich nehme mir alles so zu Herzen“. Magersüchtige und Bulimiker/-innen scheinen feinere oder mehr Antennen als ihre Mitmenschen zu haben; gleichzeitig sind sie vermutlich im wahrsten Sinne des Wortes „dünnhäutiger“ und verletzbarer als Andere.

Uns interessiert, ob wir unsere Beobachtungen mit einer empirischen Basis untermauern können. Zu diesem Zweck haben wir in einer seit Juni dieses Jahres laufenden Untersuchung eine kleine Stichprobe von anorektischen und bulimischen PatientInnen mit dem PST-R (Persönlichkeits- strukturtest, Dieterich, 1996) getestet und einen leichten Trend ($p=0,081$) in Richtung erhöhte Sensibilität empirisch nachweisen können. Vor dem Hintergrund dieses Ergebnisses möchten wir nun prüfen, ob sich auch bei einer größeren Stichprobe von $N=400$ ein signifikanter Zusammenhang zwischen Essstörung und Sensibilität finden läßt. Sollte unsere Untersuchung dies bestätigen, so würden wir ein Förderprogramm entwickeln wollen, das diesem Ergebnis Rechnung trägt und somit anorektischen und bulimischen Patientinnen helfen soll, mit den positiven und negativen Seiten ihrer Sensibilität hilfreich umgehen zu lernen.

Mit diesem Beitrag möchten wir zur Teilnahme an unserem Forschungsvorhaben einladen. Der Persönlichkeitsstrukturtest (eine Weiterentwicklung des FPI und des Eysenck-Persönlichkeitsinventars) kann direkt bei uns bezogen werden.

3: Beratungs- und Behandlungskonzepte / Concepts of Care

Präsentation / Presenter:

Wally Wünsch-Leiteritz, Bad Bevensen (D)

15) Ernährungstherapeutische Beratung bei Patientinnen mit Anorexie, Bulimie oder deren Mischform

Manuela MAUCH, Samuel IFF, Patricia TEUSCHER, Bettina ISENSCHMID, Anna-Barbara STERCHI, Zeno STANGA

Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, Universitätsspital Bern, Schweiz

Fragestellung: Ziel unserer Studie war, den Einfluss der ernährungstherapeutischen Beratung auf das Essverhalten von Patientinnen mit Essstörung zu untersuchen. Zudem interessierte uns, welche Verbesserungen in der Ernährung und in der Lebensqualität resultierten.

Material und Methodik: 43 Patientinnen mit Anorexie, Bulimie oder Mischform wurden ernährungstherapeutisch begleitet. Am Anfang und am Schluss der Beratungszeit wurde die Therapie mittels Fragebogen evaluiert. Die Fragebögen beinhalteten eine Kurzmethode zur Charakterisierung des Ernährungsmusters. Ergänzend wurde die Mahlzeitenverteilung differenziert untersucht und das Essverhalten mittels Fragebogen zum Essverhalten analysiert. Die Ernährungstherapeutische Beratung gliederte sich in Sitzungen im Abstand von zwei bis fünf Wochen über einen Zeitraum von sechs Monaten. Wir arbeiteten mit dem kognitivverhaltenstherapeutischen Konzept, indem je nach dem Vermögen der Patientinnen Therapieschritte gemeinsam formuliert und umgesetzt wurden.

Ergebnisse: Zwölf Patientinnen (28%) beendeten die ernährungstherapeutische Beratung. Insgesamt verbesserte sich die Ernährung qualitativ und quantitativ. Die Mahlzeiten waren besser über den Tag verteilt und die Nahrungsmittelauswahl wurde breiter. Damit verbunden reduzierten sich die Essanfälle und die Brechattacken. Der Schlaf, die Verdauung und die Menstruation normalisierten sich. Der Body Mass Index der Anorektikerinnen steigerte sich von 17 auf 18 kg/m² und die Mangelernährung konnte reduziert werden. Im Essverhalten reduzierten sich die Kontrolle, die Störbarkeit und die erlebten Hungergefühle.

Schlussfolgerung: Insgesamt zeigt unsere Untersuchung, dass die ernährungstherapeutische Beratung als Teil der interdisziplinären professionellen Therapie einen wichtigen Beitrag leistet und die Patientinnen ihre Ernährung und ihr Essverhalten erfolgreich und nachhaltig verbessern können.

16) Psychoedukation für Bulimia nervosa – Hilfestellung unter Nutzung neuer Medien

Gerald NOBIS¹, Gudrun WAGNER¹, Christian WANNER¹, Lisa PELLEGRINI¹, Harald EDER¹, Tony LAM², Andreas KARWAUTZ¹

¹Ambulanz für Essstörungen, Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Medizinische Universität Wien, Österreich, ²NETUNION, Lausanne, Schweiz

Inhalt:

In dem Beitrag soll ein Psychoedukationsprogramm vorgestellt werden, das einen Beitrag zur Behandlung der Bulimie leisten kann. Es richtet sich an jugendliche Frauen ab 16 Jahren und junge Frauen bis 30 Jahren. Es besteht aus mehreren Modulen, die die Betroffenen konsekutiv durchführen und dabei Begleitung erhalten. Es handelt sich somit um begleitete Selbsthilfe, wobei dem Einsatz neuer Medien wie dem Internet große Bedeutung zukommt.

Das Poster dient der Vermittlung der Inhalte des Programmes und möchte alle (Betroffene, KollegInnen) zur Kooperation einladen, damit das innovative Forschungsvorhaben gelingen kann. Nähere Informationen könne auch jetzt schon unter <http://www.ess-stoerung.eu> (dort unter Therapieangebote) gefunden werden. das Projekt findet mit Unterstützung der ÖNB (PNr: 11957) statt.

17) Telefonische und einmalige Beratungen bei Essstörungen - Inanspruchnahme und Ergebnisse

Günter REICH, Gabriele WITTE-LAKEMANN, Uta KILLIUS

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

Niedrigschwellige Beratungsangebote sind für die psychotherapeutische Versorgung essgestörter Patientinnen unabdingbar. Untersuchungen hierüber fehlen in der BRD weitgehend. In einer Kooperation der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Göttingen, mit dem Bundesfachverband Essstörungen (BFE) wurden 1.877 telefonische Beratungen aus 27 Beratungseinrichtungen und 1.671 einmalige Beratungen aus 29 Einrichtungen untersucht. Beide Beratungsformen wurden in der Regel von Betroffenen mit krankheitswertigen Essstörungen und deren Angehörigen in Anspruch genommen. Die Essstörungen bestanden bei den telefonischen Beratungen in 56 % der Fälle über 2 und in 14 % über 10 Jahre, bei den einmaligen Beratungen in 67 % der Fälle über 2 und in 21 % über 10 Jahre. Bei Anorexie suchten relativ häufig die Angehörigen Beratung, bei Bulimie und anderen Essstörungen die Betroffenen. Hauptanliegen war es, Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und über den Umgang mit der Störung zu bekommen. Hauptergebnis war bei telefonischen Beratungen die Einladung zu einem ausführlicheren Erstgespräch, bei einmaligen Beratungen die Empfehlung oder gar Vermittlung von Behandlungsmöglichkeiten. Bei telefonischen Beratungen stand dies an zweiter Stelle. Die Untersuchung zeigt, dass niedrigschwellige, auch anonyme, Beratungsangebote in erheblichem Maße auch bei chronifizierten Essstörungen in Anspruch genommen werden. Sie haben somit eine wesentliche Schnittstellen- und Weichenstellungsfunktion und sind von daher auszubauen und mit anderen ambulanten sowie mit stationären Behandlungsangeboten zu vernetzen.

18) Behandlung von Patientinnen mit Anorexie und Bulimie auf der Medizinisch-Psychiatrischen Einheit (MPE)

Aija KINNUNEN, Franziska BERGER, Thomas FISCHER

Inselspital Bern, PUPK, Bern, Schweiz

Zielsetzung des Konzeptes

Die MPE übernimmt die medizinische und psychiatrische Anfangsbehandlung schwerer Essstörungen als Teil in der Behandlungskette. Die Therapie dieser Subgruppe von Patientinnen wird interdisziplinär nach klaren Vorgaben durchgeführt. Das Behandlungsziel und die entsprechenden Maßnahmen sind wie folgt formuliert:

- Die medizinische Probleme im Zusammenhang mit dem Refeeding sind überwunden
- Der Ernährungszustand der Patientin hat sich verbessert
- Das vereinbarte Zielgewicht ist erreicht
- Das gestörte Essverhalten verändert sich in Richtung normaler Nahrungsaufnahme
- Die Patientin übernimmt mehr Verantwortung für ihre Gesundheit
- Die Weiterbehandlung ist organisiert

Beschreibung der Patientinnen

Im Jahr 2005 wurden auf der MPE 7 Frauen mit Anorexie und 4 Frauen mit schwerer Bulimie behandelt: Der BMI war beim Eintritt der Patientinnen mit Anorexie zwischen 7.8 und 15, sie waren im Alter zwischen 18 und 40 Jahren. Die Aufenthaltsdauer betrug im Durchschnitt 59 Tage.

Behandlungskonzept

Es handelt sich um ein Behandlungsprogramm mit weitgehend festgelegten Bedingungen und therapeutischen Zwischenspiel, die im Behandlungsverlauf stufenweise angepasst werden. In der Refeeding-Stufe: Prävention oder Therapie eines Refeeding- Syndroms.

Stufe1: Therapiemotivation und das Erarbeiten kurz- und langfristiger Ziele.

Stufe2: Förderung und Eigenverantwortung und adäquater Selbstwahrnehmung.

Das Ziel in diesen beiden Stufen ist die Gewichtszunahme sowie aktive Mitarbeit der Patientin.

Stufe3: Vorbereitung auf den Austritt und die Weiterbehandlung.

Die letzte Behandlungsphase vor der ambulanten oder stationären Weiterbehandlung.

In dieser Stufe soll die Patientin ihr Gewicht stabilisieren und sich auf die Weiterbehandlung vorbereiten. Die Dauer der Behandlung ist vom Übertrittsdatum abhängig, von stabilen Laborwerten sowie eingehaltener Kooperation.

19) Curriculum Essstörung

Hartmut IMGART, Günter REICH, Wally WÜSCH-LEITERITZ, M. LANGSDORFF

Parkland-Klinik, Abteilung für Essstörungen, Bad Wildungen, Deutschland

Das Institut für Fort- und Weiterbildung in der Behandlung von Essstörungen und der Bundesfachverband bieten ein Curriculum Essstörungen für die Bundesrepublik Deutschland an. Ziel der Fortbildung ist es, umfassende Kenntnisse in der Behandlung von Essstörungen zu vermitteln. Es werden innerhalb 2 ½ Jahre 5 viertägige Fortbildungsblöcke angeboten, jeweils im Frühjahr und im Herbst. Es werden 150 Stunden Theorie vermittelt sowie 50 Stunden Supervision angeboten. Das Curriculum Essstörungen ist geeignet für ÄrztInnen, PsychologInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen und DiätassistentInnen. Das Curriculum Essstörungen ist von den Landesärztekammern (Psychotherapeutenkammern) zertifiziert. Es werden Weiterbildungsinhalte vorgestellt sowie Erfahrungen aus den ersten 2 Jahren des laufenden Pilotkurses in der Parkland-Klinik.

20) Internationales Weiterbildungs-Curriculum “Therapie von Essstörungen”

Günther RATHNER¹, Ulrike Schmidt², Gerald RUSSELL², Walter VANDEREYCKEN³, Martina de ZWAAN⁴, Robert PALMER⁵, Andreas Karwautz⁶

¹ *Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Innsbruck, Österreich,* ² *Institute of Psychiatry, London, UK,* ³ *Katholische Universität, Löwen, Belgien,* ⁴ *Univ.-Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Erlangen, D,* ⁵ *Dept. of Psychiatry, Leicester, UK,* ⁶ *Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Kinder- & Jugendpsychiatrie, Wien Österreich*

Die Behandlung von Essstörungen ist schwierig und erfordert eine spezifische Weiterbildung. Da die Behandlung in vielen Ländern nach wie vor von unterschiedlicher Qualität ist, besteht die Notwendigkeit von störungsspezifischen Aus- und Weiterbildungsangeboten.

Aus diesen Gründen wurde der Lehrplan für dieses internationale Curriculum entwickelt. Es ist das erste deutschsprachige Curriculum und wird seit dem Jahr 2000 angeboten. Das Ziel ist

die Vermittlung von fundierten Kenntnissen in der Diagnose, Therapie & Prävention von Essstörungen; es dient der störungsspezifischen Spezialisierung auf die Behandlung von Essstörungen (EssstörungstherapeutIn). Die grundlegende Ausrichtung des Weiterbildungs-Curriculums ist interdisziplinär, schulübergreifend und postgradual mit internationalen TrainerInnen. Es ist praxisorientiert, damit die TeilnehmerInnen die Inhalte in ihrem Arbeitsfeld umsetzen können. Ein wichtiges didaktisches Element sind Live-Konsultationen aller TrainerInnen mit PatientInnen, Paaren und Familien.

Dieses Curriculum richtet sich an Klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, (Fach-)ÄrztInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen, Diätologen u.a. und wurde von allen einschlägigen Berufsverbänden approbiert: Das Curriculum umfasst 200 Stunden aufgeteilt in 12 Wochenendblöcke über 1 ½ Jahren; die Unterrichtssprache ist deutsch, tlw. englisch; Prüfung und schriftliche Arbeit (Thesis). Die Ausbildungsinhalte und Lehr- & Lernmethoden des Curriculums werden vorgestellt (siehe auch www.oeges.or.at).

4: Adipositas und Übergewicht / Obesity and overweight

Präsentation / Presenter:

Isabel Krug, Barcelona (E)

21) Evaluationsstudie zur Therapie der Adipositas

Christiane BRAZDA¹, Reinhold JAGSCH¹, Elisabeth ARDELT-GATTINGER², Mario FRANCESCONI³

¹Fakultät für Psychologie der Universität Wien, Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie, Wien, Österreich, ²Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, Salzburg, Österreich, ³Sonderkrankeanstalt Rehabilitationszentrum Alland, Österreich

Diese Studie widmete sich der Erfassung möglicher Veränderungen bei adipösen Patienten aufgrund eines stationären dreiwöchigen Therapieaufenthalts in der Sonderkrankeanstalt Rehabilitationszentrum für Diabetes Alland. Erfasst wurden Lebensqualität (mittels SF-36 und Ardel-Moorehead-Fragebogen zur Lebensqualität), psychische Determinanten des Essverhaltens (FEV-II), Abhängigkeitsempfinden (Fragebogen zum „Umgang mit Nahrungsmitteln“), Ernährung (Food-Frequency-Fragebogen) sowie körperlicher Funktionsstatus (FFB-Mot) zu Beginn und am Ende der Therapie sowie vier Wochen nach Beendigung.

Die Stichprobe umfasste 255 Patienten (127 m, 128 w), insgesamt 157 Personen (61,6%; 81 m, 76 w) haben bis inklusive zur Drittbefragung teilgenommen. Zu Beginn des Aufenthalts beschrieben die Patienten ihre Lebensqualität in allen Bereichen deutlich vermindert. Die psychischen Determinanten des Essverhaltens wurden vor allem von den weiblichen Patienten als intensiv und deutlich abweichend von physiologischen Regulierungsmechanismen erlebt. Zusätzlich berichteten die Patienten zu Beginn des Aufenthalts ein intensives Erleben der Abhängigkeitskriterien. Die Abhängigkeitsdiagnose erfüllten 29,4% der Gesamtgruppe, während die Angaben von 10,6% auf eine Essstörungdiagnose (Binge Eating Disorder oder Bulimia nervosa) schließen ließen. Zwar erfüllten Personen mit Essstörung wesentlich häufiger auch die zweite Diagnose, allerdings nicht zwangsläufig – ebenso wurden in der Gruppe ohne Essstörungdiagnose Patienten identifiziert, die eine Abhängigkeitsdiagnose erfüllten.

Die Ernährungsweise war nicht als in besonderem Maße ungünstig zu bewerten, die körperliche Funktionalität war jedoch in allen Bereichen eingeschränkt.

Der Therapieaufenthalt konnte folgende Veränderungen bewirken: Die Lebensqualität verbesserte sich erheblich in sämtlichen Dimensionen; die psychischen Determinanten des Essverhaltens wurden zum dritten Befragungszeitpunkt wesentlich schwächer erlebt; Abhängigkeitsempfinden und -diagnosen haben deutlich abgenommen; die Ernährungsweise zeigte wesentlich günstigere Verzehrfrequenzen bestimmter Nahrungsmittel, und die körperliche Funktionalität konnte deutlich gesteigert werden.

22) Ein mehrdimensionales Präventionsmodell für Kinder mit Übergewicht

Anna RADINGER, Marion ROTTENSTEINER, Elisabeth KRATKY, Thomas HOCHFELLNER, Sandra PURKARTHOFER, Elisabeth TRAUNWIESER, Marguerite DUNITZ-SCHEER

Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Abt. Psychosomatik und Psychotherapie, Graz, Österreich

Einleitung: Übergewichtige Menschen unterscheiden sie sich deutlich vom gesellschaftlich anerkannten Schönheits- und Gesundheitsideal; bereits im Volksschulalter beginnt das Phänomen der sozialen Ausgrenzung, welches zu massiven Selbstwertproblemen und einer lebenslangen Resignationshaltung führen kann und auf mögliche Strategien der Gewichtsreduktion kontraproduktiv wirkt. Prävention und Behandlung der Fettsucht gelten deshalb als aktuelle gesundheitliche und sozialpolitische Herausforderungen. Die Beurteilung geschieht mittels BMI (Body Mass Index, kg/m²), der auch bei Kindern angewandt wird. Adipositas besteht in der Altersgruppe der 6-7 Jährigen bei einem BMI > 23 (Mädchen) bzw. 21 (Buben); eine Adipositas permagna bei einem BMI > 30.

Was ist besonders? Das Projekt verfolgt einen niederschweligen und nicht-pathologisierenden Ansatz. Es wird ein strukturiertes und attraktives Sport-, Lern- und Bewegungsprogramm sowie Informationen über gesunde Ernährung für die Kinder, Eltern, Lehrer, Psychologen, und Ärzte angeboten.

Zielgruppe: Die Zielgruppe sind leicht bis mäßig übergewichtige Kinder der ersten und zweiten Volksschulklasse, die im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung als Risikogruppe identifiziert werden (BMI 18-25). Ziel des Programms ist eine effektive primäre und sekundäre Prävention. Gemessen werden Veränderungen der gemessenen Parameter und das veränderte Verständnis für gesunde Ernährung und Essverhalten, Körpergefühl und Selbstbewusstsein. Gleichzeitig soll das Thema auch medial fokussiert werden, um auf die körperlichen, seelischen und psychosozialen Gefahren der unbehandelten Adipositas im Kindesalter aufmerksam zu machen.

Evaluation: Nach dem einjährigen Pilotprojekt werden sämtliche quantitativen Daten biostatistisch ausgewertet und die qualitativen Rückmeldungen aller Beteiligten (Experten, Kinder und Eltern) in Form eines standardisierten Fragebogens gesammelt und ausgewertet. Das Ergebnis soll verständlich für Eltern, Laien und Berufstätige in Form einer Broschüre / Publikation veröffentlicht werden.

23) Gynecomastia? - A strong cause for a successful diet

Irene CHRISTODOULOU¹, C. POGONIDIS², E. XENODOXIDOU²

¹*Surgical Department, Papanikolaou Hospital of Thessaloniki, Greece;* ²*Sismanoglion Hospital of Komotini, Thrace, Greece*

AIM of this study is to report to 2 cases of gynecomastia in obese adolescents and the conservative treatment with loss of weight. A brief review of the international bibliography follows.

MATERIAL-METHODS: We refer to 2 obese adolescents of 14 and 14,5 years old. Gynecomastia was the first diagnosis, and the approach to the problem was done with physical examination, laboratory tests and imaging techniques (echo,mammography).

RESULTS: Obesity was the only cause for all cases of gynecomastia. A special diet for losing weight was recommended as we had to correct the underlying cause. With diet, patience and reassurance all were corrected well for both patients. Psychological support by an expert was recommended and was applied successfully.

CONCLUSIONS: Gynecomastia in adolescents needs to be evaluated by a team of doctors, as general doctors, endocrinologists, surgeons and psychiatrists. Reduction mammoplasty is usually not required. Loss of weight is the only treatment in many cases.

24) Non alcoholic fatty liver disease in obese children

Irene CHRISTODOULOU¹, E. XENODOXIDOU²

¹*Hepato-Pancreatic Biliary Surgery, Papanikolaou Hospital, Thessaloniki, Greece;*

²*Pediatric Department, Sismanoglion Hospital, Komotini, Thrace, Greece*

INTRODUCTION: Non-alcoholic fatty liver disease represents a liver disease with high prevalence in adults and children.

MATERIAL-METHODS: This non-systematic review derives from a search in two internet machines with the use of basic search terms.

RESULTS: Fatty liver in children reflects the worldwide increase in obesity, which is reaching epidemic proportions. Childhood obesity has become a major public health problem. Certain ethnic groups are particularly severely affected (African American children, Hispanic children, Canada).Definition of overweight/obesity in children is a complex issue. It is difficult to determine the overall prevalence of childhood NAFLD. Most clinical reports suffer from defects of research design. Abnormal serum aminotransferase levels in unselected groups of children tend to underestimate prevalence (2, 6%).In morbid obese children, hepatic steatosis was diagnosed in 42% of children by sonography. Hyperinsulinemia in association with insulin resistance, is now recognized as an essential component of the disease mechanism. Also, numerous studies indicate that obesity in children is associated with low concentrations of serum adiponectin. Adiponectin may play the most important role in the pathogenesis of NAFLD. The severity of insulin resistance in obese children is inversely correlated with serum adiponectin concentration.

CONCLUSIONS: NAFLD may be the hepatic manifestation of the metabolic syndrome. The long-term disease of NAFLD disease in not known. Current treatment strategies focus on modifying risk factors, because specific drug treatments for childhood NAFLD have not yet been developed.

Parallelsitzung 1 / Parallel session 1 15.00 – 16.30 Uhr

Selbsthilfe & Prävention / Self-help and prevention

Vorsitz / Chair: Andreas Schnebel, München (D)

15.00 - 15.15 Uhr

Angeleitete virtuelle Selbsthilfegruppen für Menschen mit Essstörungen bei Hungrig-Online

Regina BRAUNER, Sarah SCHWARZKOPF, Doris HUNNEKUHL, Judith SCHÄFER, Helen HERTZSCH

Hungrig-Online e.V., Erlangen, Deutschland

Selbsthilfegruppen dienen dem Austausch und der gegenseitigen Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen. In Ergänzung zum professionellen Gesundheitssystem und leisten praktische und preiswerte Lebenshilfe. Das klassische Konzept der angeleiteten Selbsthilfegruppen hat der Verein Hungrig-Online e.V. für Menschen mit Essstörungen ins Internet übertragen. Die Teilnehmer der Selbsthilfegruppe treffen sich hierbei nicht zu festen Zeiten an einem bestimmten realen Ort, sondern nutzen das Internet für ihren Austausch. Dazu steht ihnen und dem/der LeiterIn der Gruppe rund um die Uhr ein ausschließlich ihnen zugänglicher virtueller Gruppenraum zur Verfügung. Die Kommunikation innerhalb der Gruppe findet zeitlich asynchron und unabhängig vom realen Aufenthaltsort der Teilnehmer durch das Verfassen von Textnachrichten statt, die alle anderen Gruppenmitglieder lesen und beantworten können. Der Vortrag berichtet erste Erfahrungen dieser Art von Gruppenarbeit aus Sicht der TeilnehmerInnen und der LeiterInnen. Gemeinsamkeiten und Unterschiede von virtuellen und klassischen Selbsthilfegruppen werden aufgezeigt und Besonderheiten, die sich aus der Nutzung des Mediums Internet für die Selbsthilfe ergeben, werden dargestellt. Vor- und Nachteile, die sich aus der Virtualität für das individuelle Nutzungsverhalten und die Gruppenprozesse ergeben, werden analysiert.

15.15 - 15.30 Uhr

Selbsthilfe- und Präventionsaspekte von Pro-Ana im Internet

Daniela KÖLZ¹, Wolfgang GAWLIK²

¹*Centrum für Integrative Psychotherapie, Burgoberbach, Deutschland,* ²*Hungrig-Online e.V., Erlangen, Deutschland*

Pro-Ana steht verkürzt für Pro Anorexia und stellt ein Bekenntnis zur Magersucht dar. Als "Pro-Anas" bezeichnen sich Menschen mit und ohne die Diagnose Magersucht, die einem krankhaften Schlankheitsideal nacheifern und hierfür radikale Maßnahmen einsetzen. Der in diesem Zusammenhang oft genannte Slogan "Anorexia is a lifestyle, not a disease" zeigt, dass fehlende Krankheitseinsicht ein charakteristisches Merkmal der "Pro-Anas" ist. Im Internet finden sich zahlreiche Webseiten und Foren zu Pro-Ana. Fachleute stehen Pro-Ana in der Regel ablehnend gegenüber und verweisen auf die Gefahr, dass sich dadurch die Symptome einer Essstörung weiter ausprägen und chronifizieren. Sowohl die Attraktivität als auch die Gefahren für Betroffene sind unbestreitbar. Der Beitrag setzt sich kritisch mit Pro-Ana im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorgepflicht auseinander und belegt, dass es auch Selbsthilfe- und Präventionsaspekte von Pro-Ana-Seiten im Internet gibt.

Typische Pro-Ana-Angebote werden vorgestellt, mit internetbasierten Selbsthilfeangeboten verglichen und die Fragestellung behandelt, inwieweit Pro-Ana-Seiten als niederschwelligste Selbsthilfe bezeichnet werden können.

15.30 - 15.45 Uhr

Eltern in Not – Die Familie in der Krise Erfahrungen und Einsichten eines Familienvaters

Klaus H. LOGEMANN

Elternkreis Essgestörter Töchter und Söhne, Bremen, Deutschland

Die Diagnose „Ihre Tochter ist essgestört! Sie ist magersüchtig!“ erzeugte bei uns zunächst Unverständnis und Ratlosigkeit und später eine abgrundtiefe Verzweiflung. Wir hatten zwar das „Verdünnisieren“ unserer Tochter registriert und auch ihre veränderten Verhaltensweisen registriert, konnten dieses aber nicht mit möglichen Essstörungen in Verbindung bringen. Essstörungen waren für uns Begriffe, die weit weg von unseren Familien und unseren Kindern existierten. Wir glaubten, dass diese Krankheiten nur in erheblich gestörten Familien auftreten würden. Unser harmonisches und intensives Familienleben würde so etwas nicht zulassen. Unser starkes Familiengefüge würde eventuelle „Angriffe“ dieser Art schnellstmöglich abwehren. Auch könnten essgestörte Kinder sicherlich durch vernünftige Argumente und durch konsequente Kontrolle des Essverhaltens zurück auf den richtigen Weg gebracht werden.

Wir hatten derartige oder ähnliche unwissende Einstellungen und Überlegungen, bevor wir unerwartet mit der Diagnose Magersucht unserer älteren Tochter konfrontiert wurden. Wir konnten auch noch nicht absehen, dass wir erst am Anfang eines langen und strapaziösen Erfahrungs-Prozesses stehen sollten, der das Leben unserer Familie intensiv beeinflussen und verändern würde. Wir hatten einen schwierigen Weg zu absolvieren, welcher uns, neben vielen anderen Stationen, von der totalen Unwissenheit über diese Krankheit und ihre Auswirkungen zu größtmöglichen Schuldgefühlen und Selbstzweifeln führte.

Versagensängste, Isolation und co-abhängiges Verhalten waren weitere Punkte in diesem Prozess, der schließlich in Resignation mündete und schonungslos unsere eigene Schwäche und Machtlosigkeit aufzeigte.

Durch das Akzeptieren der eigenen Machtlosigkeit kamen wir schließlich zur Einsicht: wir brauchen Hilfe, wir gingen zum Elternkreis. Wir waren nicht mehr allein, andere Familien hatten ähnliche Probleme und konnten uns mit Ihren Erfahrungen helfen und uns wieder Hoffnung und Stärke geben.

15.45 - 16.00 Uhr

BODYTALK: Präventionsprogramm des Frauengesundheitszentrum F.E.M. und der Körperpflegemarke Dove

Martina NÖSTER

Frauengesundheitszentrum F.E.M., Wien, Österreich

Warum BODYTALK:

BODYTALK will im Sinne einer lebensbejahenden und alltagsnahen Gesundheitsförderung zur Stärkung der Lebenskompetenzen von Jugendlichen beitragen. In Übungen, die sich an den Lebensthemen von Jugendlichen orientieren, wird deren Selbstwertgefühl gestärkt.

BODYTALK unterstützt die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und möchte jungen Menschen einen selbstbewussten Umgang mit sich und der eigenen Schönheit vermittelt. Schönheit bedeutet sich wohl zu fühlen im eigenen Körper.

BODYTALK möchte Jugendlichen dabei helfen, ihre Strategien im Umgang mit starken Gefühlen, Konflikten und schwierigen Situationen zu erweitern und trägt damit der Prävention und der frühzeitigen Erkennung von Essstörungen bei.

Was leistet BODYTALK:

Das Projekt BODYTALK bietet kostenlose Workshops für alle Schulklassen an. Zudem werden in Seminaren für LehrerInnen die fachlichen Hintergründe behandelt, sowie weitere Projektideen zur Gesundheitsförderung in Schulen entwickelt. Sämtliche Inhalte dienen der Prävention von Essstörungen, eignen sich insbesondere für die pädagogische Arbeit und können nachhaltig angewendet und langfristig in den Lehrplan integriert werden.

16.00 – 16.15

**„Frau Professor! Die Birgit schmeißt ihr Pausenbrot heimlich weg!“
Bedürfnisse, Ängste und Möglichkeiten von Lehrkräften und
SchulärztInnen im Umgang mit essgestörten SchülerInnen.**

Erfahrungen aus Lehrkräfte/SchulärztInnen-Workshops

Romana WIESINGER, Beate WIMMER-PUCHINGER, Michaela STROBICH

Fonds Soziales Wien, Frauengesundheit, Wien, Österreich

Lehrkräfte und SchulärztInnen sind sehr oft mit der Thematik von Essstörungen konfrontiert. Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat seit 1998 die Prävention von Essstörungen als Schwerpunkt in seinem Programm. Die ‚Wiener Kampagne gegen Essstörungen WIKE‘ bietet neben niederschwelliger Telefon- und e-Mail-Beratung auch Informations- und Präventionsarbeit an Wiener Schulen.

Basierend auf einem 3-Säulen-Konzept, das die gesamte Schulpartnerschaft mit einbezieht (SchülerInnen, Lehrkräfte/SchulärztInnen, Eltern) erhalten alle höheren Schulen Wiens die – kostenlose – Möglichkeit einstündige Schulvorträge für SchülerInnen der 9. Schulstufe anzufordern, zweistündige Workshops für Lehrkräfte und SchulärztInnen in Anspruch zu nehmen und Informationsabende für Eltern anzubieten.

Ziel der Lehrkräfte/SchulärztInnen-Workshops ist es, diese wichtigen Bezugspersonen im Umgang mit der immer größer werdenden Essstörungs-Problematik in ihrer Kompetenz zu stärken.

Der Umgang mit essgestörten SchülerInnen stellt LehrerInnen und SchulärztInnen vor große Anforderungen. Aufgrund der Erfahrungen der bisherigen Workshops lassen sich die vorrangigen Anliegen und Bedürfnisse auf die folgenden Themengebiete eingrenzen:

- Woran erkennt man Essstörungen?
- Was kann man als Lehrkraft oder SchulärztIn tun, wenn eine SchülerIn betroffen ist?
- Wie findet man Zugang zu betroffenen SchülerInnen?
- Wie spricht man das Thema an? Welche Verantwortung hat man als LehrerIn oder SchulärztIn?
- Wo sind die Grenzen der Handlungsmöglichkeit? Wohin kann man Betroffene verweisen?
- Wie informiert man Eltern von betroffenen SchülerInnen ohne die Betroffene zu hintergehen?
- Was kann man tun, wenn die Eltern die Mitarbeit verweigern?
- Wie können Lehrkräfte mit Klassen zu diesem Thema arbeiten?
- Wie geht man im Klassenverband mit einer/m erkrankten SchülerIn um.

Workshops für Lehrkräfte und SchulärztInnen sind wichtige primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen. Einerseits wird Früherkennung von Essstörungen und somit ein früherer Behandlungsbeginn ermöglicht, andererseits durch Informiertheit den Lehrkräften die Möglichkeit gegeben, das Thema in verschiedenen Fächern im Unterricht zu behandeln.

16.15 - 16.30 Uhr **Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung /**
Plenary discussion with all presenters

Parallelsitzung 2 / Parallel session 2 15.00 – 16.30 Uhr

Risikofaktoren, Komobidität & Biologische Faktoren / Risk factors, Comorbidity and biological factors
--

Vorsitz / Chair: Andreas Karwautz, Wien (A)

15.00 – 15.15 Uhr

Essstörungen im Rahmen multiplen, selbstschädigenden Verhaltens bei alkoholabhängigen Frauen

Ute ANDORFER

Anton Proksch Institut, Wien, Österreich

Unter Patientinnen, die bezüglich spezieller Verhaltenskontrollprobleme, wie zum Beispiel problematischem Trinken, behandelt werden, existiert eine wichtige Subgruppe von „multi-impulsiven“ Patientinnen, deren Behandlung erleichtert werden könnte, wenn die gesamte Tragweite ihrer Probleme erkannt werden würde.

Es handelt sich dabei um Patientinnen, bei denen multi-impulsives, selbstschädigendes Verhalten ein allgemeines Persönlichkeitsmerkmal widerspiegelt, welches von Kontrollverlust gekennzeichnet ist. Neben massivem Alkoholmissbrauch, bzw. einer Alkoholabhängigkeit können dabei vor allem Essstörungen, Missbrauch anderer psychotroper Substanzen, wiederholtes selbstverletzendes Verhalten (Schneiden, Ritzen, Schlagen, Verbrennen, u.a.), zwanghaftes Geldausgeben oder Stehlen, sowie auch häufiges riskantes sexuelles Verhalten bestehen.

Die Koexistenz von multiplem selbstverletzendem Verhalten innerhalb einer Person ist von signifikanter klinischer Bedeutung. Patientinnen mit multi-impulsivem, selbstverletzendem Verhalten stellen eine große Herausforderung im Rahmen einer Therapie dar. Die Behandlung von multi-impulsiven Patientinnen ist ein Problem. Der austauschbare Charakter der Symptome kann als Symptomersatz oder Symptomsubstitution betrachtet werden.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind die Entstehungsbedingungen multi-impulsiven, selbstverletzenden Verhaltens nicht suffizient geklärt bzw. definiert.

Auch bezüglich dem therapeutischen Vorgehen bzw. bezüglich der „optimalen, bestmöglichen“ Therapieform besteht derzeit Unklarheit. Es besteht lediglich die Vermutung, dass das gesamte Spektrum der selbstverletzenden Verhaltensweisen gleichzeitig behandelt werden sollte.

Lacey & Evans (1986) beschrieben erstmals diese signifikante klinische Subgruppe, und in der Folge gab es nur wenige weitere Überblicksabhandlungen bezüglich spezieller Überschneidungen zwischen verschiedenartigem selbstschädigendem Verhalten (*Whitters et al*, 1987; *Bulik*, 1987; *Jonsdottir-Baldursson & Horvath*, 1987).

Eine am Anton Proksch Institut/Wien durchgeführte Studie liefert nun Forschungsdaten, die das Konzept einer multi-impulsiven Persönlichkeit weiterentwickeln zu helfen vermögen.

Durch die systematische Begutachtung eines umfassenden Bereiches von multi-impulsiven und selbstschädigenden Verhaltensweisen konnten Bedingungen, die das jeweilige Verhalten

erklären bzw. hervorgebracht haben, identifiziert werden. Dies soll dazu beitragen, notwendige Bedingungen in Zusammenhang mit Behandlungsverlauf und Behandlungsform zu definieren.

15.15 - 15.30 Uhr

Blutzuckerverlauf, Nahrungsaufnahme und Stimmung bei Bulimie über 72 Stunden. Eine naturalistische Studie

Burkard JÄGER, M. STEPHAN, E. JEACKEL, S. ZEIGERMANN, G. SCHMID-OTT, G. BRABANT, F. LAMPRECHT

Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland

Ausgangspunkt der Untersuchung ist die Frage, ob die unregelmäßige Nahrungsaufnahme bei Bulimia Nervosa via Unterzuckerung in emotionalen Krisen zur Aufrechterhaltung der Störung beiträgt. Bei 6 Patientinnen mit Bulimia Nervosa wurde der Blutzuckerverlauf über 72 Stunden kontinuierlich erfasst (MiniMed Glucose-Sensor, Fa. Med-Tronic), die Nahrungsaufnahme und der Verlauf von Stimmung und Essdruck wurden protokolliert. 4 von 5 auswertbaren Blutzucker-Verläufen zeigten ein z.T. über Stunden währendes Absinken des Blutzuckerspiegels unter 50 mg/dl. Im Rahmen von Essanfällen zeigten sich scharfe, bis zu 200 mg/dl reichende Peaks. Cross-lag Korrelations-Analysen weisen auf ein reziprokes Verhältnis zwischen Stimmung und Essanfällen hin. Die Folgen restriktiven Essens auf den Blutzuckerspiegel werden als mögliche therapieerschwerende Bedingung bei Bulimia Nervosa angesehen. Ein zumindest teilweise insuffizientes Insulin-Glucagon-System bei diesen akut erkrankten Patientinnen wird vermutet, individuell zeigen sich aber sehr unterschiedliche Muster. Eine regulative Funktion der HPA-Achse unter dem Stress des Ess-Brech-Zirkels wird vermutet.

15.30 - 15.45 Uhr

Essstörungen und ADHS

Andreas LEITERITZ, Martin WINKLER, Wally WÜNSCH-LEITERITZ

Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland

Das AufmerksamkeitsdefizitSyndrom mit und ohne Hyperaktivität (ADHS) gehört zu den häufigsten kinderpsychiatrischen Störungsbildern, zeigt jedoch auch im Erwachsenenalter Auswirkungen in den Bereichen Aufmerksamkeitssteuerung, Impulskontrolle, Emotionsregulation und Selbstorganisation. Bei Patienten mit Essstörungen, insbesondere bei solchen mit selbstverletzendem Verhalten und Impulskontrollstörungen, ergibt sich eine Häufung von ADHS-Betroffenen. Dieses Krankheitsbild wird häufig nicht diagnostiziert, da es, solange die Essstörung im Vordergrund steht, hinter dieser verborgen ist und erst im späteren Verlauf der Erkrankung deutlicher sichtbar werden kann, wenn danach gesucht wird. Gleichzeitig führt das Vorliegen eines ADHS zu erheblichen therapeutischen Konsequenzen in der spezifischen Behandlung von Essstörungen mit dieser Doppeldiagnose. Im Vortrag sollen Symptomatik, Diagnosemöglichkeiten, klinische Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten dieser Patientengruppe besprochen werden.

15.45 – 16.00 Uhr

Pubertät und erste sexuelle Erfahrungen bei essgestörten Patientinnen

Barbara MANGWETH-MATZEK, CI. RUPP, A. HAUSMANN, Wilfried BIEBL

Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Psychiatrie, Innsbruck, Österreich

Gegenstand: Studienergebnisse zur Pubertät und Sexualität bei essgestörten Patientinnen sind nicht nur spärlich, sondern auch kontroversiell. Ziel dieser Studie war es, Zusammenhänge zwischen Essstörungen und diesen Bereichen der Adoleszenz zu erfassen. Methode: Wir interviewten 50 Patientinnen mit Anorexia bzw. Bulimia nervosa (ED), 50 Patientinnen mit Politoxikomanie (PSD) und 50 nicht-psychiatrische gesunde Kontrollprobandinnen (KO) definiert nach DSM-IV zu demografischen Charakteristika, zur Chronologie von Pubertät und erstem sexuellen Verhalten (1. Kuss, 1. Petting, 1. Geschlechtsverkehr etc.), sowie dessen subjektive Beurteilung. Zusätzlich wurde sexueller Kindesmissbrauch erhoben. Ergebnisse: Bulimische und anorektische Frauen unterschieden sich in keiner der untersuchten Variablen. Das Alter der Menarche war in allen drei Gruppen gleich (13 J.). Essgestörte Frauen unterschieden sich nicht von gesunden Kontrollprobandinnen bezüglich des Alters der ersten sexuellen Erfahrungen, jedoch signifikant von Frauen mit PSD, die deutlich früher sexuell aktiv waren. Fast 50% der Patientinnen mit ED und PSD erlebten einen sexuellen Kindesmissbrauch, jedoch zu unterschiedlichen Alterszeitpunkten (ED: 9 vs. PSD 13 J.). Essgestörte Frauen beurteilten nicht nur das Erleben ihrer Menarche und ihrer pubertären körperlichen Veränderung signifikant negativer als beide anderen Gruppen, sondern auch die ersten sexuellen Erlebnisse. Diese Ergebnisse blieben auch nach Adjustierung für sexuellen Missbrauch bestehen. Schlussfolgerung: Essgestörte Frauen zeigten gleiche Chronologie der Menarche und erster sexueller Erfahrungen wie gesunde Kontrollprobandinnen. Jedoch beurteilten sie auch unabhängig vom traumatischen Erlebnis eines sexuellen Kindesmissbrauchs diese Erfahrungen signifikant negativer als die Vergleichsgruppen.

16.00 – 16.15 Uhr

Anorexia/Bulimia nervosa und psychische Komorbidität

Monika VOGELGESANG

Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Deutschland

Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und insbesondere auch Abhängigkeitserkrankungen finden sich gehäuft bei der Anorexia und der Bulimia nervosa.

Sie erschweren sowohl die Diagnostik als auch die adäquate Therapie dieser Essstörungen.

Der Beitrag beleuchtet die häufigsten komorbiden psychischen Störungen bezüglich ihrer Interferenz mit der Anorexia bzw. Bulimia nervosa und leitet therapeutische Implikationen ab.

16.15 - 16.30 Uhr **Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung /
Plenary discussion with all presenters**

Parallelsitzung 3 / Parallel session 3 15.00 – 16.30 Uhr

Esstörungen als Spektrum, Komorbidität & Behandlung Teil I / Spectrum disorder, comorbidity and treatment I

Vorsitz / Chair: Mabel Bello, Buenos Aires (ARG)

15.00 – 15.15 Uhr

A case of Bulimia Nervosa with Psychotic defences: A case study evaluated by Rorschach Test

Elif YAVUZ, Bengi PIRIM, Tevfika İKİZ, Basak YÜCEL

Istanbul University, Psychology Department, Istanbul, Turkey

In the current study, a case of a 22 years-old girl with severe bulimic symptoms and a history of allergic asthma is evaluated by using Rorschach Test. The psychotic defenses, disorganisation in the object relations and the representation of body with serious deformation are the main characteristics in the Rorschach Protocol of the patient. The Rorschach Test is interpreted with French School of Rorschach and the case is psychoanalytically evaluated. The problem in the identification with mother, the devaluation of feminine sexuality and uncontrolled associations, form the basis of a disorganised psychic world. And in this study the findings revealed a connection between bulimia and psychosis and the Rorschach responses are discussed from the point of view of psychosomatic psychoanalytical theory on eating disorders and the defence mechanisms of the patient are interpreted.

15.15 - 15.30 Uhr

The Father and Daughter relationship in Anorexia Nervosa: An Evaluation with Rorschach Test and T.A.T.

Bengi PIRIM, Tevfika İKİZ, Basak YÜCEL

Istanbul University, Turkey

The current study examines the effect of family relations in anorexia nervosa. The father and daughter interactions in family dynamics is evaluated by using the projective tests of Rorschach and T.A.T. The importance of fathers in the development of an eating disorder, which can be considered as a neglected issue in the eating disorders pathology, is examined by the concepts of psychoanalytical theory and the French School of projective methods in a case of 22 years-old anorexia patient. The tests were administered to the father, the mother and to the patient herself separately. The findings revealed an important effect of the personality characteristics and attitudes of father, on the development of the daughter's anorexia nervosa.

15.30 - 15.45 Uhr

5-HT_{1A} and 5-HT_{2A} activity in anorexia nervosa

Ursula BAILER¹, Guido FRANK¹, Shannan HENRY², Julie PRICE², Carolyn MELTZER², Chet MATHIS², Angela WAGNER¹, Walter KAYE²

¹Medical University of Vienna, Department of General Psychiatry, Vienna, Austria; ²Western Psychiatric Institute & Clinic, University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA

Background: Disturbances of serotonin function are common in anorexia nervosa (AN). This study used positron emission tomography (PET) imaging with 5-HT receptor-specific

radioligands to characterize the 5-HT_{1A} and 5-HT_{2A} receptors in AN. Several lines of evidence support the possibility that alterations of these receptors could play a role in AN.

Methods: A total of 15 women who were ill with AN (7 restricting type, 8 bulimic type) were compared to 29 healthy control women (CW). PET and [¹¹C]WAY100635 were used to assess binding potential (BP) of the 5-HT_{1A} receptor and [¹⁸F]altanserin was used to assess postsynaptic 5-HT_{2A} receptor BP.

Results: Compared to CW, AN women had a significant increase in [¹¹C]WAY100635 BP in the prefrontal and lateral orbital frontal regions, mesial and lateral temporal lobes, parietal cortex, and dorsal raphe nuclei, whereas [¹⁸F]altanserin BP in AN women was similar to CW.

Conclusions: Ill AN women had increased activity of 5-HT_{1A} postsynaptic receptors and somato-dendritic autoreceptors and normal activity of 5-HT_{2A} post-synaptic receptors compared to controls. Weight loss may increase 5-HT_{1A} receptor activity in AN women, and thereby further exaggerating premorbidly existing increased 5-HT_{1A} activity (Bailer et al., 2005). Such disturbances may shed light on the rigid behavior and desire for self-control commonly seen in ill AN.

15.45 – 16.00 Uhr

Topiramate Treatment in Bulimia Nervosa Patients: a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial

Marius NICKEL

Inntalklinik Simbach, Simbach, Deutschland#

Objective: The aim was to test topiramate's influence on behavior, body weight, and health-related quality of life in bulimic patients. **Method:** 30 patients with bulimia nervosa were treated with topiramate in a ten week randomized, double-blind, placebo-controlled study. The subjects were randomly assigned to topiramate (TG, n=30) or a placebo (CG, n=30). Primary outcome measures were changes in the frequency of bingeing/purging, in body weight, and on the SF-36 Health Survey (SF-36) scales. **Results:** In comparison with the placebo group (according to the intent-to-treat principle), significant changes in the frequency of bingeing/purging [$>50\%$ reduction: TG, n=11 (36.7%); CG n=1 (3.3%)] ($p<0.001$), body weight [difference in weight loss between the two groups: 3.8 kg, 95%-CI=(-5.4;-2.1), $p<0.001$], and SF-36 (all $p<0.001$) could be seen. All patients tolerated topiramate well. **Discussion:** Topiramate appears to be safe and effective in influencing the frequency of bingeing/purging, body weight and health related quality of life in bulimic patients.

16.00 – 16.15 Uhr

The role of hypnosis in the treatment of eating disorders – tandem hypnosis with bulimic twins. Case report

Ferenc TÚRY^{1,2}, Márta WILDMANN^{†3}, Liza LUKÁCS²

¹National Institute of Psychiatry and Neurology, Budapest; ²Semmelweis University Budapest, Institute of Behavioural Sciences; ³Borsod County Hospital, Department of Psychiatry, Miskolc

Hypnosis has been used in the treatment of bulimia nervosa from the early 1980s. Dissociation theory identifies a certain subgroup of eating disordered patients with dissociative signs and symptoms. These patients react well to hypnotherapy. Some observations have been made on the combination of family therapy and hypnotherapy, but not yet in the field of eating disorders.

Simultaneous hypnosis (“tandem hypnosis”) in the treatment of two female 19-year-old monozygotic twins led to a very successful outcome after 6 sessions. During the therapy, an

attempt was made to work through the physical abuse suffered from the father, and self-strengthening and hypnobehavioural methods were also used. The treatment was combined with pharmacotherapy, five individual sessions and, immediately before discharge, one family therapy session.

In the case presented here, the subjects' traumatic history and high hypnotic susceptibility and the effectiveness of hypnotherapy seem to support the dissociative mechanism of symptom development. A systemic approach involving the integration of family therapeutical and hypnotherapeutical interventions may be useful. The role of these types of hypnotherapy is.

16.15 - 16.30 Uhr **Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung /
Plenary discussion with all presenters**

Parallelsitzung 4 / Parallel session 4 15.00 – 16.30 Uhr

Symposium: Therapeutische Strategien zur Affektregulation bei Essstörungen

Vorsitz / Chair: Andreas Remmel, Eggenburg (A)

15.00 – 15.15 Uhr

Achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Ansätze in der Psychotherapie

Andreas REMMEL

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

Achtsamkeit, als gezielte Steuerung von Aufmerksamkeitsprozessen und Präsenz im gegenwärtigen Moment, und Akzeptanz, als Annehmen von Nicht-Veränderbarem, sind zwei wichtige Grundprinzipien psychotherapeutischen Handelns, bei dem es um die gezielte *Veränderung* von Erlebens- und Verhaltensmustern mit psychologischen Mitteln geht.

Der Vortrag stellt die gegenwärtig in der Psychotherapieforschung intensiv diskutierten Ansätze (*acceptance commitment therapy (ACT)*, *dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)* und *mindfulness-based stress reduction (MBSR)*) in seinen Grundlagen und Anwendungen vor und zeigt die praktische Bedeutung für die Behandlung von Patienten mit Essstörungen auf.

15.15 -15.30 Uhr

Achtsamkeit als Therapieprinzip

Britta RICHARZ

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

Der zweite Vortrag vertieft das Thema „Achtsamkeit als Therapieprinzip“ und gibt einen systematischen Überblick über Grundkonzepte, Traditionen, Indikationen und Forschungsergebnisse achtsamkeitsbasierter Verfahren, insbesondere von „Mindfulness based stress reduction (MBSR)“. Es werden gezielte Anwendungsmöglichkeiten für Patienten mit Essstörungen vorgestellt.

15.30 – 15.45 Uhr

Skillstraining bei Essstörungen mit Störungen der Affektregulation

Verena WOEBER

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

Im Rahmen der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) wurde mit dem Skillstraining ein systematisches und neurobiologisch begründetes Verfahren zur Behandlung von Patienten mit Affektregulationsstörungen entwickelt und empirisch gut erprobt.

Dieses ursprünglich für Patienten mit Borderline-Störungen erarbeitete Konzept hat zahlreiche Ergänzungen und Weiterentwicklungen erfahren und auch Eingang in die Behandlung von Patienten mit Essstörungen, insbesondere mit Bulimie und Binge Eating Disorder, gefunden.

Der Vortrag stellt die Grundlagen und die praktische Anwendung des Skillstrainings, auch bei Patienten mit Essstörungen vor.

15.45 - 16.30 Uhr **Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung /
Plenary discussion with all presenters**

Parallele Workshops (1-6) 16.45 – 18.15 Uhr

1) 10 Jahre Selbsthilfegruppe Set.point: Entwicklung und Erfahrungen

Monika BANHIDI-KITZMANTEL

FEM/Setpoint, Wien, Österreich

Die Selbsthilfegruppe Set.point wurde im Herbst 1996 gegründet und richtet sich an alle, die von einer Essstörung (Bulimia nervosa, Anorexia nervosa, Binge-eating disorder, Adipositas) betroffen sind. Sie ist eine niederschwellige Einrichtung und bietet Erfahrungsaustausch, Informationen über Therapiemöglichkeiten, Unterstützung in Krisensituationen und die Möglichkeit, aktuelle Probleme in der Gruppe zu diskutieren.

Es soll eine Stärkung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen erzielt werden. Selbsthilfe soll eine sinnvolle Ergänzung bzw. Unterstützung einer psychotherapeutischen oder medizinischen Behandlung sein, ohne diese zu ersetzen.

Die Entwicklung der Selbsthilfegruppe von 1996 bis 2006 wird präsentiert.

Chancen und Grenzen der Selbsthilfearbeit werden dargestellt.

2) Hungern ist zum Kotzen – aus der Arbeit mit Eltern von essgestörten Töchtern und Söhnen

Margrit HASSELMANN, Irene GLATZ

Suchtprävention Bremen, Deutschland

In Bremen haben wir einen sehr gut arbeitenden „Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne“. In meiner Tätigkeit als Beraterin bin ich sehr dankbar, verzweifelten Eltern eine Anlaufadresse geben zu können, wo sie sich in der Regel verstanden und aufgehoben fühlen. Ich mache auch Familienberatung, verstehe mich aber wegen der Arbeitskapazitäten in erster Linie als zuständig für die Jugendlichen.

Vor Jahren wurde ich angesprochen, ob ich nicht ein Seminar mit dem Elternkreis durchführen könnte. Dieses erste Wochenende, eine Zukunftswerkstatt über zwei Tage, war

der Start für eine enge Zusammenarbeit. Es folgten weitere Seminare, auch als Coaching für die „Verantwortlichengruppe“ innerhalb des Elternkreises.

Im Rahmen eines großen EU-Projektes („Generation E – Werkstatt für kreative Elternarbeit – Kooperation mit Wien, Südtirol, Bremen) standen Mittel zur Verfügung, so dass wir eine ganze Seminar-Serie konzipieren und durchführen konnten. Die Seminare wurden wissenschaftlich evaluiert.

Ich möchte Ihnen – gemeinsam mit einer „Verantwortlichen“ des Elternkreises - Erfahrungen, Erlebnisse, Ergebnisse aus dieser Arbeit vorstellen. Wir möchten Ihnen kleine Segmente als „Kostprobe“ präsentieren und Sie daran schnuppern lassen. Und mit Ihnen gemeinsam überlegen, ob und wie Sie in eine erfolgreiche Elternarbeit einsteigen können oder diese Impulse für Ihre Arbeit verwerten können.

3) Was vereint die Hausfrau mit der Punkerin?

Kulturtheoretische Betrachtungen zu den Essstörungen

Dagmar-Tatjana LAUB

Psychotherapie-Tagesklinik, Bern, Schweiz

Die in allen Religionen verbreiteten Fastenrituale haben sich in unserer Kultur über die Fastenheilige des Frühmittelalters und Fastenwunder der Jahrmärkte des 18. und 19. Jahrhunderts hin zu den Essstörungen entwickelt, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ihre Fassung in der medizinisch-psychiatrischen Diagnose der Anorexia nervosa fanden. Die seit Mitte der 1960er Jahre explosionsartige Verbreitung der Essstörungen liess uns Zeuge sein bei der Entstehung einer der verbreitetsten Erkrankungen vor allem bei Frauen. Dies wie auch die anfänglich Spezifität – es betraf hauptsächlich intelligente, junge Frauen aus der Oberschicht der Industrieländer – dürfte dafür verantwortlich sein, dass die Essstörungen wie keine andere psychiatrische Erkrankung in jeder psychiatrisch-psychologischen Theorienbildung mit gesellschaftlichen Faktoren verbunden wird. Oft wird auf das extreme Schlankheitsideal, wie es heute herrscht, Bezug genommen.

Die Beeinflussung der Frauen durch das Schlankheitsideal ist jedoch nur die Oberfläche, unter der sich eine weitaus komplexere Verschlingung der Erkrankung mit einer Essstörung und der gesellschaftlichen Erfordernissen an das Individuum findet. Über das Ziel, die Figur absolut unter Kontrolle zu halten, bildeten sich neue Normen und neue Anforderungen an die Kontrolle des Essverhaltens. Essen ist sündhaft geworden. Im Erleben spielen Gefühle von Reinsein und Gefühle, sich Essen als Genuss verdienen zu müssen, eine wichtige Rolle. Schnell wird Essen als Unmässigkeit und Gier gezeißelt. Gefühle von Scham, Schuld und Ekel bleiben übrig. Behandelte Themen: die Entwicklung von der Fremd- zur Selbstkontrolle, Veränderung der Art, wie sich Kontrolle ausdrückt (Elias, Foucault); der gesellschaftliche Umgang mit der weiblichen Sexualität; die Frau in ihrer Subjekthaftigkeit und gesellschaftlichen Wertigkeit, beziehungsweise der sich daraus ergebenden Widersprüchlichkeit; die Wiederkehr religiöser Strukturen in der säkularisierten Form der Normen.

4) „...mit allen Sinnen...“ - Arbeit mit intermediären Objekten (Psychodrama) bei Mädchen mit Essstörungen

Martina NÖSTER

Frauengesundheitszentrum F.E.M., Wien, Österreich

Mädchen mit Essstörungen besitzen oft eine sehr hohe Fähigkeit ihr Verhalten ,ihre Krankheit zu reflektieren und auf kognitiver Ebene zu interpretieren .Ambivalente Gefühle und komplizierte Gedanken beschäftigen, irritieren sie und stellen für uns als TherapeutInnen nicht selten eine große Herausforderung dar.

Ich möchte Ihnen in diesem Workshop vorstellen, wie ich im Frauengesundheitszentrum F.E.M. mit Mädchen und jungen Frauen in der Einzel- und Gruppentherapie psychodramatisch arbeite.

Die Symbolarbeit, die Arbeit mit intermediären Objekten (Steinen, Postkarten, Malen...) bietet eine sehr gute Möglichkeit ihr abstraktes Gedankengebäude auf konkret spür- und fühlbare Ebene zu lenken. So werden dahinter liegenden Konflikte, Verletzungen und Sehnsüchte sichtbar und bleiben nicht länger hinter Worthülsen verborgen.

Diese Technik wird von den Mädchen als lustvoll und entlastend erlebt und erleichtert die Suche nach ihrem emotionalen Hunger und der im Herzen sattmachenden Nahrung.

Sie werden im Workshop auch die Gelegenheit haben, einzelne Bausteine dieser Methode selbst auszuprobieren und werden an sich selbst erfahren, wie sich die Arbeit mit intermediären Objekten anfühlt.

5) Über den Nutzen internetbasierter Beratung von KlientInnen mit Essstörungen

Dominik M. ROSENAUER

Wien, Österreich

Die Online Beratung gilt vielen BerufskollegInnen als neutrale, anonyme und zu unpersönliche Form der Kommunikation mit KlientInnen. Es soll diskutiert werden, dass gerade diese „Nachteile“ im Bereich der Beratung von KlientInnen mit Essstörungen sich als Vorteile herausstellen. Die subjektiv oftmals als Geheimnis oder Schande empfundene Essstörung wird von den Betroffenen im Internet schneller und leichter angesprochen. Damit wird BehandlerInnen die Möglichkeit gegeben, schneller als bisher mit dieser Population in Kontakt zu treten und professionelle Hilfe anzubieten. Über die Anbahnung von Kontakten hinaus, bietet die Online Beratung den Betroffenen auch Raum für andere schambesetzte Problembereiche, die unter Umständen in einer face-to-face- Therapie erst sehr viel später oder gar nicht besprochen werden können. Darüber hinaus werden die (oft jugendlichen) KlientInnen mit diesem Medium dort „abgeholt wo sie sind“ – nämlich im Internet. Es soll aufgezeigt werden, dass es in diesem Medium für BeraterInnen notwendig wird, neue Ansätze und Hypothesen, sowie Beratungsformen zu finden, die auf die Möglichkeiten dieser Kommunikationsform Bezug nehmen und sie nützen. Dafür ist auch breiter Ebene eine fachspezifische und fächerübergreifende Auseinandersetzung mit dem „neuen Medium“ notwendig, um adäquate Methoden entwickeln und Grenzen der Möglichkeiten kennen zu lernen und bewusst zu machen. Dies soll anschaulich an mehreren Fallbeispielen, dokumentiert werden. Ergänzend zu alleine auf das Internet basierter Beratung soll die therapiebegleitende internetbasierte Kommunikation thematisiert und diskutiert werden. Auch in diesem Bereich besteht in Hinblick auf Chancen und Risiken noch erhöhter Diskussionsbedarf.

6) Ein oft unerkanntes Beschwerdebild: ADHS und Essstörungen

Wally WÜNSCH-LEITERITZ, Martin WINKLER, Heidi SCHLUMBOHM

Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland

Bis zu 4 % der Bevölkerung weisen Auffälligkeiten in den Bereichen Aufmerksamkeitssteuerung und Focussierung, Impulskontrolle / Inhibition sowie Selbstregulation, entsprechend den diagnostischen Kriterien des ADHS-Syndroms, auf.

Erst seit wenigen Jahren wird dabei auch die besondere Symptomausprägung und Komorbidität bei Frauen mit einem ADHS berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass gerade bei Mädchen bzw. jungen Frauen bisher zu selten an das Vorliegen einer entsprechenden neurobiologischen Prädisposition im Sinne eines ADHS gedacht wird.

Auffälligkeiten im Essverhalten sowie Selbst- und Fremdwahrnehmungsdefizite, eine vermehrte Reizempfindlichkeit und besondere Sensibilität, affektive Labilität und Störungen der Impulskontrolle kennzeichnen das Beschwerdebild.

Eine klinisch relevante Beeinträchtigung tritt häufig erst mit den vermehrten Anforderungen an Selbstorganisation und Selbstständigkeitsentwicklung und unter dem Einfluss hormoneller Veränderungen in der Pubertät auf. Patientinnen mit der Doppeldiagnose Anorexie/Bulimie und ADHS bedürfen einer Spezialbehandlung. Das gehäufte Vorliegen dieser Doppeldiagnose ist bei vielen noch weitgehend unbekannt, da unter dem Vollbild einer manifesten Essstörung ein darunter liegendes ADHS oft übersehen wird.

Ausgehend von der Schilderung einer Betroffenen mit einer schweren chronifizierten bulimischen Essstörung und einem jahrelang unerkannten ADHS werden wir die Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Diagnostik aufzeigen sowie praxisorientiert auf einen multimodalen Therapieansatz eingehen.

Die im Vortrag Essstörungen und ADHS angesprochenen Problemfelder werden vertieft.

Die Behandlung eines Aufmerksamkeitsdefizit Syndroms mit und ohne Hyperaktivität hat bei Betroffenen mit einer Doppeldiagnose Essstörungen und ADHS einen Einfluss auf die weitere Therapie der Essstörung und kann bei Berücksichtigung dieser Verbindung die Prognose günstig beeinflussen.

SAMSTAG, 21. Oktober 2006 /
SATURDAY, October 21, 2006

Parallelsitzung 5 / Parallel session 5 09.00 – 10.30 Uhr

Gesellschaftliche Risikofaktoren, Familie & Männer / Socio-cultural risk factors, family & men

Vorsitz / Chair: Maria Seiwald, Innsbruck (A)

09.00 – 09.15 Uhr

"Superschlank!?" - ein Leben zwischen Traumfigur und Essstörungen

Kathrin SEYFARTH

München, Deutschland

„Ich bin 59 Jahre alt und seit meinem 19. Lebensjahr magersüchtig.....“ - trauriges coming out einer älter werdenden Frau.

Schlankheit wird in unseren Breiten mehr und mehr gleichgesetzt mit Schönheit und Jugend. So lastet der Druck des Älterwerdens in unserer westlichen Gesellschaft besonders stark auf den Frauen. Der Eintritt in die Wechseljahre, der häufig mit körperlichen Veränderungen einhergeht, wird daher von vielen Frauen (und auch Männern) extrem negativ bewertet. Gleichgesetzt mit dem Verlust von Schönheit und Attraktivität markiert der Beginn dieser Lebensphase für sie sozusagen den Anfang vom Ende.

Kannte man bis jetzt Magersucht, Bulimie und andere Essstörungen meist als typisches Krankheitsbild junger Mädchen und sehr junger Frauen, sind jetzt auch immer mehr Frauen in

der zweiten Lebenshälfte von Essstörungen betroffen. Bei den Recherchen zu meinem Buch vom „Traum von der jungen Figur“ habe ich (selbst eine ehemals Betroffene) ausführliche Gespräche mit Frauen in der Lebensmitte geführt. Viele litten unter den körperlichen Veränderungen und suchten verzweifelt nach Möglichkeiten, ihre Jugendlichkeit zu behalten. Ein kurzer Rückblick soll zeigen, wie sich die Schönheitsideale im Laufe der Zeit wandelten: Während im 19. Jahrhundert Korpulenz als Zeichen von Wohlstand galt und daher positiv bewertet wurde, hat sich zwischenzeitlich mit dem Ansteigen des Nahrungsangebotes und den Möglichkeiten der modernen Lebensmitteltechnologie das Ideal stark verändert. Obwohl der Körper heute zwar generell enorme Beachtung erfährt, lassen gleichzeitig das subjektive Körpergefühl und damit auch die Intuition, was dem Körper gut tut und zumutbar ist, nach.

Ein ganz anderes Weltbild zeigt da ein Blick auf die Länder des Südens: Dort gibt es Kulturen, in denen der Prozess des Älterwerdens Grund und Anlass bietet, ein Fest zu feiern, denn mit dem Verlassen der Zeit des Kinder-gebären-Könnens bewegen sich die Frauen in eine tiefere Phase. Eine Phase auch von spirituellem Bewusstsein. „Nimm die Zahl deiner Jahre mit Freundlichkeit an und gib deine Jugend mit Anmut zurück, wenn sie endet“ – heißt es in einem Segensspruch. Wer es versteht, danach zu handeln, kann auch in unseren Breiten wieder in Würde alt werden.

09.15 –09.30 Uhr

Körperkult - Körperbild – Essstörung

Christian ZITT¹, Günther RATHNER², Manfred WAGNER¹

¹Universität für angewandte Kunst, Kultur und Geistesgeschichte, Wien, Österreich,

²Medizinische Universität Innsbruck, Universitäts-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Innsbruck, Österreich

Neben der immer stärker werdenden medialen Durchdringung der Alltagsrealität gewinnt auch die Darstellung des menschlichen (meist nackten bzw. halb nackten) Körpers in den Massenmedien mehr an Bedeutung.

„Es scheinen sich also in der Zeit der zunehmenden modischen Entblößung ein neues Bewusstsein und eine neue Moral durchzusetzen, und zwar jene, dass nicht Kleider, sondern »Körper Leute machen.«“ (Penz, 2001)

Folgende Tendenzen werden dabei sichtbar: Die dargestellten Mannequins werden immer jünger, größer und ihr Körper anorektischer, mitunter chirurgisch „verschönert“, mit Hilfe des Computers verändert oder gänzlich durch digitale „Pixelschönheiten“ ausgetauscht.

Dieses immer künstlicher und rigider werdende mediale Figurdiktat ist oft nur unter gesundheitlichen Risiken zu erfüllen und scheint zur Entstehung von Essstörungen beizutragen.

In der vorliegenden Studie wurde u. a. untersucht, inwieweit sich Frauen mit Essstörungen von anderen Gruppen hinsichtlich ihres Illustriertenkonsums (Modejournale, Frauen-, Lifestyle-Magazine), des subjektiven Körperbildes und der Attraktivitätseinschätzung medialer Körperbilder unterscheiden.

Es wurden Frauen mit Essstörungen (n=121) - Anorexia nervosa (n=21), Bulimia nervosa (n=60), Binge-Eating-Disorder bei Adipositas (n=40) – im Institut sowohl (Wien) befragt. Als Vergleichsgruppen dienten Frauen ohne Essstörungen (n=140), Psychotherapeutinnen und Ärztinnen (n=20) und Männer (n=21, randomisierte Kontrollgruppe). Die Durchführung der Untersuchung fand von Mai bis November 2005 statt. Die Ergebnisse der Studie werden in der Präsentation im Detail dargestellt.

09.30 – 09.45 Uhr

Essstörung – Eine fallrekonstruktive Studie anhand erzählter Lebensgeschichten betroffener Frauen

Stefanie RICHTER

München, Deutschland

Im Mittelpunkt der vorgestellten Studie stehen die Erfahrungs- und Erlebnisaufschichtungen von Betroffenen. Mit Hilfe systematisch angelegter biographieanalytischer Fallrekonstruktionen wurden die Genese (Entwicklung, Aufrechterhaltung und Veränderung) von ‚Essstörungen‘ sowie die Bearbeitungs- und Bewältigungsprozesse untersucht. Das Besondere an diesem Forschungsansatz ist, dass in den Fallrekonstruktionen auch die subjektiven Theorien und eigentheoretischen Verarbeitungen der Betroffenen zu Tage gefördert werden können. Dieses Herangehen ermöglicht eine über die gängige pathologisierende Perspektive hinausreichende Aufmerksamkeit auf Ressourcen und Kompetenzen der Betroffenen, auf Bewältigungsprozesse bzw. Lebensqualitäten in verschiedenen Lebensbereichen. Die Arbeit basiert auf 30 autobiographisch-narrativen Interviews, wobei hier auch Menschen einbezogen werden konnten, die nie in Kontakt zu Professionellen standen und daher durch die gängigen (klinischen) Studien nicht erreicht werden. Neben differenzierten Erkenntnissen zur biographischen Bedeutung des ‚Essgestört-Werdens‘ und zu verschiedenen Entwicklungs- und Veränderungsdynamiken tragen die Ergebnisse dazu bei, die bestehenden theoretischen Konstruktionen der Fachdiskurse kritisch zu hinterfragen – so z.B. die Differenzierung und Abgrenzung verschiedener Störungstypen, die Ausblendung der ätiologischen Bedeutung der Väter oder die Pathologisierung abwehrender Verhaltensweisen. Neben förderlichen therapeutischen Konstellationen decken die Analysen darüber hinaus auch negative biographische Wirkungen von Interventionen auf. Daraus werden Konsequenzen für die Unterstützung und Begleitung von Bearbeitungs- und Bewältigungsprozessen abgeleitet, wobei die Förderung von Empowerment-Prozessen und biographischer Arbeit im Vordergrund steht.

09.45 – 10.00 Uhr

Real- und Idealbild von Familienbeziehungen bei Patientinnen mit Anorexie und Bulimie

Günter REICH, Gabriele WITTE-LAKEMANN, Uta KILLIUS

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland

Essstörungen sind in Entstehung und Verlauf eng mit familiären Beziehungen verweben, wobei neben den Realbildern der Familie auch die Idealbilder wesentlich sind. Mit Hilfe des Subjektiven Familienbildes (SFB, Matthejat u. Scholz 1994) sowie des SCL-90-R wurden 203 Inanspruchnahme-Patientinnen einer Spezialambulanz für Essstörungen (86 Anorektikerinnen, 117 Bulimikerinnen) untersucht.

Ergebnisse: 1. Bulimikerinnen schätzen ihre Familien als dysfunktionaler ein als Anorektikerinnen ($p = .04$). 2. Die Diskrepanz zwischen dem idealen Bild und dem realen Bild der Familie ist bei bulimischen Patientinnen hinsichtlich der Valenz (emotionale Verbundenheit) größer als bei Anorektikerinnen ($p = .06$). Bezüglich der Autonomie (Potenz) zeigt sich kein Unterschied ($p = .16$). 3. Die Diskrepanz zwischen dem Real- und dem Idealbild der Familie ist entsprechend der Vorhersage umso stärker ausgeprägt, je dysfunktionaler die Familie gesehen wird. Die Korrelationen sind für die Gesamtgruppe sowie für beide Störungsbilder signifikant ($p < .01$). 4. Die Unzufriedenheit mit den Familienbeziehungen (Differenz zwischen Real- und Idealbild) korreliert signifikant mit der psychischen Belastung. Dies gilt bezüglich der emotionalen Verbundenheit für die Anorexie

($p < .05$) und für beide Störungsbilder für die Autonomie ($p < .01$). 5. Die wahrgenommene Dysfunktionalität der Familienbeziehungen korreliert signifikant mit der psychischen Belastung der Patientinnen (Gesamtgruppe $p < .01$, Anorexie und Bulimie $p < .05$).

Fazit: Diskrepanzen zwischen Ideal- und Realbild der Familie sind bei essgestörten Patientinnen bedeutsam. Unterschiede zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen müssen weiter untersucht werden.

10.00 – 10.15 Uhr

„Schöner neuer Mann – Hungern für den Waschbrett-Bauch“

Bernhard WAPPIS

Verein „Mann-Sein“, Klagenfurt, Österreich

Fitnesswahn, Adoniskomplex, Essstörungen und andere psychosomatische Erkrankungen bei Männern beschäftigen Forscher und Therapeuten seit über 20 Jahren. Ein Blick in Zeitungen und andere Medien zeigt aber, dass die vergleichsweise wenigen dokumentierten Krankheitsfälle nur die Spitze eines Eisbergs sind: Schönheitskult und Fitnesswahn haben längst weite Teile der männlichen Bevölkerung der westlichen Industriestaaten erfasst und werden durch immer aggressivere und plakativere Werbung der Kosmetik-, Bekleidungs- und Fitnessindustrie genährt und verstärkt.

Schließlich ist mit dem „schönen neuen Mann“ gutes Geld zu verdienen: Kosmetikserien für den Mann sind nach Aussage von Experten das am stärksten wachsende Segment der Kosmetikbranche. Mittlerweile haben die „Herren der Schöpfung“ die Wahl zwischen mehr als 5.000 (!) Pflegeprodukten aus ca. 290 (!) Herrenserien. In Deutschland machen Kosmetikkonzerne jährlich 600 Millionen Euro Umsatz mit der Zielgruppe Mann.

Eindrucksvoll ist auch die Umsatzentwicklung der Fitness-Studios. Im Jahr 2004 erzielten die 480 österreichischen Fitness-Center einen Umsatz von € 168,5 Mio. – um 17 Prozent mehr als im Jahr davor. In Großbritannien sind die Mitgliederzahlen in Fitnessstudios in den letzten 6 Jahren um 49 Prozent gestiegen. Und in den fitnessverrückten USA gaben Männer schon im Jahr 1998 mehr als zwei Milliarden Dollar (!) für Mitgliedschaften in Fitnessstudios aus und weitere zwei Milliarden Dollar für Heimtrainingsausrüstungen wie Gewichtsmaschinen, Laufbänder etc.

Vom Hintergrund dieser Zahlen aus betrachtet, ist auch der Anstieg psychosomatischer Erkrankungen bei Männern nicht verwunderlich. Der männliche Adoniskomplex, die dramatische Zunahme krankhafter Ausübung von Extremsport (Stichwort: Marathon und Ironman) sowie Essstörungen bei Männern sind Schwerpunkte der Ausführungen von Mag. Bernhard Wappis.

10.15 - 10.30 Uhr **Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung /
Plenary discussion with all presenters**

Parallelsitzung 6 / Parallel session 6 09.00 – 10.30 Uhr

Epidemiologie & Psychodiagnostik / Epidemiology & Diagnostics

Vorsitz / Chair: Reinhold Jagsch, Wien (A)

09.00 – 09.15 Uhr

Fragebögen für Suchtkomponenten, Binge Eating und vorklinische Essstörungen bei Adipositas

Elisabeth ARDELT-GATTINGER, Leonhard THUN-HOHENSTEIN, Markus MEINDL
Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, Salzburg, Österreich

Aussagen über die Rolle der Sucht bei Adipositas sind widersprüchlich (Ellis et al., 1992; Pudel & Westenhöfer, 1998; Franke, 2001). Es geht hierbei nicht nur um eine akademische Frage, sondern um Folgen für Therapie und Prävention. Um diese Folgen geht es auch bei der Binge Eating Disorder, einer häufig auftretenden Komorbidität bei Adipositas (de Zwaan, 1995). In der Praxis ist sie schwer vom „normalen“ Überessen des Adipösen zu unterscheiden. Bisher existieren – weder für Erwachsene noch für Kinder – Fragebögen für diese Differentialdiagnostik, ebenso keine zur allgemeinen (nicht Zucker craving etc.) Messung des Craving nach und der Abhängigkeit von übermäßiger Nahrungsaufnahme. Die Übergänge von Adipositas und Essstörungen sind fließend. Auch für diese Übergänge existieren keine Fragebögen.

Aus diesem Grund konstruierten wir Fragebögen für die genannten Variablen und berechneten deren Testgütekriterien an einer Erwachsenenstichprobe von ca. 1500 und einer Kinderstichprobe von ca. 3000.

Die Faktorenstruktur des „Suchtbogens“ ist unterschiedlich für Erwachsene und Kinder. Die Struktur des Fragebogens zum Binge - Eating weist auf eine interessante Unterscheidung hin: Items zu „übermäßigem, schnellem, unkontrolliertem“ Essen laden auf einem, jene die „Schuld“, „Schamgefühle“, „Verzweiflung“ und „alleine essen“ erfassen, auf einem zweiten Faktor. Der Fachbereich für Vorklinische Essstörungen unterscheidet „preoccupied with weight and shape“ und andere Vorstadien. Reliabilität und Validität sind sehr gut.

Die Anwendung für die Praxis empfiehlt sich als Therapie und Beratungsgrundlage, sowie zur Evaluation von Maßnahmen der Adipositas- sowie Essstörungstherapie und Prävention.

09.15 – 09.30 Uhr

Essstörungen im bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)

Heike HÖLLING, Robert SCHLACK

Robert Koch Institut, Department Kinder- und Jugendgesundheit, Berlin, Deutschland

Essstörungen haben in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit gewonnen. Es wird vermutet, dass die strenge Schlankheitsnorm, die seit Mitte der 60er Jahre in Deutschland etabliert ist, auch das Essverhalten von Kindern nach dem Grundschulalter im Sinne einer kalorienrestriktiven Ernährung beeinflusst und somit zu Essstörungen beitragen kann. Aus dem Referat zur Eröffnungsveranstaltung des Weltgesundheitstages 2001, der unter dem Motto stand, „Psychische Gesundheit erhalten und wiederherstellen“ war zu entnehmen, dass 8 % aller Jungen und Mädchen zwischen 6 und 17 Jahren untergewichtig und 11 %

übergewichtig sind. 9 % der Jungen bzw. 7 % der Mädchen weisen eine Adipositas auf. Unter den 11- bis 15-Jährigen, haben 11 % der Jungen und 17 % der Mädchen bereits Diäterfahrungen. Viele Jugendliche, Mädchen häufiger als Jungen, haben ein negatives Körperselbstbild. 63 % der 13- bis 14-Jährigen würden gern besser aussehen und 56 % wären gern dünner. Die unzureichende Datenlage zur Prävalenz von Essstörungen gab Anlass, das Thema im Rahmen von KiGGS zu bearbeiten. Dabei wird berücksichtigt, dass die Essstörungen selbst nur bedingt valide erfasst werden können. Es werden Befragungsinstrumente eingesetzt, die abzielen, Informationen über Essverhalten, Körperselbstbild und Elterneinschätzung über die Figur des Kindes zu erhalten. Fragen zum Essverhalten wurden daher in die Selbstausfüllfragebögen der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen implementiert. Sowohl die Eltern als auch die Kinder werden zusätzlich aufgefordert, subjektiv eine Figureinschätzung vorzunehmen. Zur Validierung der Ergebnisse des SCOFF Questionnaire werden weitere Indikatoren für mögliche Essstörungen aus der Befragung und den körperlichen Untersuchungen herangezogen. Neben den Körpermesswerten (Body Maß Index) sind das die Angaben von körperlichen Symptomen und Schmerzen und die für Essstörungen relevanten Aussagen in der Befragung zur psychischen Gesundheit („Strengths and Difficulties Questionnaire“ zur Erfassung psychischer Störungen, SDQ, GOODMAN, R.). Essstörungen sind schwerwiegende psychosomatische Erkrankungen und stellen in ihrer Häufigkeit eine ernstzunehmende Gesundheitsgefährdung im Jugendalter dar. Die bislang unzureichende Datenlage in Deutschland kann mit den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) aufgefüllt werden und wird uns in die Lage versetzen, Prävalenzen in Bezug auf Essstörungen besser abzuschätzen.

09.30 – 09.45 Uhr

Prävalenz von Essstörungen und Essstörungspathologie bei Jugendlichen mit Zöliakie

Gudrun WAGNER¹, Gabriele BERGER¹, Ursula SINNREICH¹, Astrid EISENKÖLBL¹, Helga HÜBNER¹, Martina CISLAKOVA¹, Vasileia GRILLI¹, Wolf-Dietrich HUBER², Edith SCHOBER², Andreas KARWAUTZ¹

¹Essstörungenambulanz, Univ.-Klinik f. Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Medizinische Universität Wien, Österreich, ²Gastroenterologische Ambulanz, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien, Österreich

Chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ1 und Zöliakie sind mögliche unspezifische Trigger für die Entwicklung einer Essstörung in der Adoleszenz. Die Einhaltung einer spezifischen Diät und damit einhergehende Restriktion von Nahrungsmitteln (glutenfreie Diät) kann vor allem in der Adoleszenz als spezifischer Triggerfaktor für die Entstehung einer Essstörung angesehen werden. Für den Typ 1 Diabetes ist eine höhere Prävalenz von Essstörungen und subsyndromalen Essstörungen in mehreren internationalen Studien belegt.

In der Fachliteratur sind Fallbeispiele von Essstörungen bei Zöliakieerkrankten publiziert, es fehlen jedoch systematische Studien über die Zusammenhänge zwischen Zöliakie und Essstörungen.

Wie haben daher in der vorliegenden Studie bei 283 Jugendlichen mit Zöliakie die Prävalenz von Essstörungen und auffälligem Essverhalten untersucht. Die Jugendlichen wurden über Gastroenterologische Ambulanzen sowie die Österreichische und Deutsche Zöliakiegesellschaft kontaktiert. Als Screening-Instrumente wurden der EDI-2, EDE-Q sowie das Eating Disorder Examination – Interview, der golden Standard zur Erfassung von Essstörungen, eingesetzt.

Bei 8.4% der weiblichen Jugendlichen wurde eine subklinische Essstörung und bei 5.5% eine Essstörung nach DSM-IV erhoben. Klinische und subklinische Essstörungen sind mit erhöhtem BMI und Alter assoziiert. Keine essensspezifischen Auffälligkeiten wurden bei männlichen Teilnehmern festgestellt.

Conclusio: Ein erhöhtes Risiko für ein pathologisches Essverhalten ist für weibliche Jugendliche mit Zöliakie und erhöhtem BMI gegeben.

09.45 – 10.00 Uhr

Wie verkörpern sich Essstörungen und bilden sie sich in der Statistik ab? Gedanken zur ambulanten Behandlung von Menschen mit Essstörungen

Margit HÖRNDLER, Gabriele HASELBERGER

sowhat Institut für Menschen mit Essstörungen, Wien, Österreich

Seit Anfang 2005 werden für jede Klientin bzw. jeden Klienten unseres Instituts soziodemografische, psychologische und medizinische Daten am Beginn und am Ende der Behandlung erhoben und mit den Behandlungsdaten (ärztliche Leistungen, psychotherapeutische Behandlungen, Behandlungsdauer, etc.) verknüpft.

Ausgewählte Ergebnisse der Selbstevaluierung der ambulanten Behandlung von Menschen mit Essstörungen sind Anlaß und Ausgangspunkt, die therapeutische Arbeit des Instituts zu reflektieren.

Knapp die Hälfte der Erstkontakte (47,3%) erfolgt wegen einer Binge Eating Disorder, bei 34,9% liegt eine Bulimie und bei 17,8% eine Anorexie vor.

Die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Menschen mit Anorexie, Bulimie und Binge Eating Disorder spiegeln sich in den statistischen Daten (wie z.B. subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch die Essstörung bzw. Gewichtsproblematik, Alter, körperliche Begleitsymptomatik, regelmäßiger Gebrauch diverser Substanzen wie Kaffee, Nikotin, Behandlungsdauer und -erfolge etc.) wider.

Menschen mit Essstörungen fühlen sich am deutlichsten in der Freizeitgestaltung, in ihrer Gesundheit und in ihren sozialen Kontakten durch die Essstörung bzw. Gewichtsproblematik beeinträchtigt. Liegt eine Binge Eating Disorder vor (meist mit Übergewicht oder Adipositas assoziiert) fühlen sich die Betroffenen in allen erhobenen Lebensbereichen mit Ausnahme des familiären am stärksten beeinträchtigt. Hingegen geben Menschen mit Anorexie am häufigsten an, sich in der Familie stark beeinträchtigt zu fühlen.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 2 Jahre und einen Monat, ohne nennenswerte Unterschiede bei den drei Essstörungsdiagnosen. Deutliche Unterschiede zeigen sich jedoch im Anteil der nach dem Erstgespräch „gelandeten“ bzw. „nicht gelandeten“ KlientInnen: 86% der KlientInnen mit Bulimie bzw. einer Binge Eating Disorder „landen“, dagegen nur 62,5% der KlientInnen mit Anorexie.

Eine zwischen 3 und 5 Jahre dauernde Behandlung weist die besten Behandlungsergebnisse (in der Einschätzung der BehandlerInnen) auf.

Die Ergebnisse werden aus bewegungsanalytischer Sicht (körperorientierter Ansatz) kommentiert und Implikationen für die Struktur, das Setting, den Prozess (institutionelle Rahmenbedingungen) in der ambulanten Behandlung von Menschen mit Essstörungen sowie die Therapeut(in)-Klient(in) – Beziehung aufgezeigt.

10.00 – 10.15 Uhr

Patienten bei Vorstellung zu chirurgischer Adipositas therapie

Barbara MÜHLHANS, Martina DE ZWAAN

FAU Erlangen-Nürnberg, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Erlangen, Deutschland

Einführung:

In Deutschland leiden heute ca. 800 000 Menschen an extremer Adipositas mit einem BMI über 40 kg/m² - mit steigender Tendenz. Die einzig langfristig wirksame Therapiemethode besteht in einem chirurgischen Eingriff. In Deutschland weiss man – im Gegensatz zu Patienten in der USA – nur wenig über die Patientengruppe, die sich zu chirurgischer Adipositas therapie entscheidet.

Methode:

102 PatientInnen mit dem Wunsch nach chirurgischer Adipositas therapie wurden detailliert mit Interviews und Fragebögen untersucht.

Im Fokus der Erhebung stehen unter anderem psychiatrische Komorbiditäten, das Essverhalten und die Lebensqualität der PatientInnen. Mittels des SKID-Interviews werden Achse I Diagnosen erhoben, das Essverhalten der PatientInnen wird mit dem EDE-Interview und mehreren Fragebögen (EDE-Q sowie FEV) erfaßt. Zwei Fragebögen zur Lebensqualität erfassen sowohl speziell mit Adipositas assoziierte Einschränkungen (Impact of Weight on Quality of Life – IWQOL-Lite) als auch allgemeine Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36).

Ergebnisse:

Die PatientInnen sind zu 73% weiblich, im Mittel 39 Jahre alt (SD=9,8) und haben bei Vorstellung einen mittleren BMI von 50 kg/m² (SD=7,8).

Die Lebenszeit-Prävalenz psychiatrischer Störungen liegt in dieser Patientengruppe bei 68% (affektive Störungen: 55%; Angststörungen: 22%). 30% leiden unter einer derzeitigen Major Depression. Die Lebensqualität der PatientInnen ist sowohl im Vergleich zur deutschen Bevölkerung als auch im Vergleich zu anderen Patientengruppen stark eingeschränkt. Bei 23% der Patienten liegt eine Binge Eating Störung vor, diese Patientengruppe zeigt höhere Raten psychiatrischer Komorbidität, eine stärkere Beeinträchtigung der Lebensqualität (mit Schwerpunkt auf den psychischen Unterskalen) und höhere Werte in den Skalen der Essstörungsinstrumente im Vergleich zu den anderen PatientInnen.

10.15 - 10.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung /

Plenary discussion with all presenters

Parallelsitzung 7 / Parallel session 7 09.00 – 10.30 Uhr

Esstörungen als Spektrum, Komorbidität & Behandlung Teil II / Spectrum disorders, comorbidity and treatment II

Vorsitz / Chair: Karin Waldherr, Wien (A)

09.00 – 09.15 Uhr

Bipolar Spectrum, comorbidity with Eating Disorders

Mabel Beatriz BELLO, Roberto Fermín EGUÍA

A.L.U.B.A, Department Psiquiatria, Buenos Aires, Argentina

The presence of eating disorders in the bipolar population is not uncommon, with rates of over 10%, according to the few available epidemiological studies. However the literature on this issue is still scarce. An even higher percentage of bipolar individuals suffer from serious problems related to eating behavior without fulfilling criteria for DSM-IV eating disorders. On the other hand the presence of bipolar spectrum as Akiskal proposes in eating disorder population is very common. Associated to this theory is the fact that the familial congregation of eating disorders with mood disorders is significant and of the same magnitude as the aggregation of mood disorders alone, suggesting that eating disorders and mood disorders, including bipolar ones, have common familial causal factors, even genetics parallelism .

We suggest that almost every patient suffering from an eating disorders has at least one hipomanic episode which is manifested as intensive hyperactivity in anorectic cases and as multi impulsiveness in bulimic ones. On the other hand it is very common to find that the eating behavior changes in relation to the type of mood that the patient is having at the time we are observing him or her. The eating disorder itself has a bipolar type of presentation, the same patient could have an anorectic episode which is followed by a bulimic one.

In this study we try to demonstrate the high prevalence of the bipolar spectrum proposed by Akiskal in eating disorder patients diagnosed by DSM-IV RT. We have found that over 60% of eating disorder patients that are treated in our programme in Argentina, Uruguay and Perú have bipolar disorder in co morbidity.

Conclusions: By considering these facts we think that it is important to give these patients at the same time a specific treatment for their eating disorder and a specific one for their bipolar spectrum syndrome that is associated with co morbidity in order to obtain the optimum outcome.

09.15 – 09.30 Uhr

Comparison study of full and sub threshold Bulimia Nervosa: Clinical, Personality and short-term response to therapy

Isabel KRUG¹, Carolina CASASNOVAS¹, Roger GRANERO¹, Cristina MARTINEZ¹,

Susana JIMÉNEZ-MURCIA¹, S. Cynthia M. BULIK², Fernando FERNÁNDEZ-ARANDA¹

¹*University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, Barcelona, Spain;* ²*University of North Carolina, Chapel Hill, USA*

Objectives: To compare symptomatological and personality differences between individuals with threshold bulimia nervosa (BN) versus those with subthreshold BN (diagnosed as EDNOS) and their short-term response to a brief outpatient intervention. **Method:** 78 BN patients (39 threshold vs. 39 subthreshold diagnosed-EDNOS) consecutively admitted to our

Unit participated in the study. All patients were female. Both groups were matched for age, duration of the disorder, number of previous treatments and age of onset. In both groups, the same brief-outpatient psychoeducational therapy was applied (6 sessions of 90 minutes). Assessment measures included the EAT-40, EDI-2, SCL-90-R, BITE and the TCI-R, as well as a number of other clinical and psychopathological indices. Prior and after the treatment all the measures were used for assessment. **Results:** With exception of some clinical and psychopathological symptoms [higher depression (P=0.029) and phobic anxiety (P=0.045) in BN], there were no significant differences on any other scales of general psychopathology or personality traits between the groups. The abstinence rate of binges and vomits at the end of the treatment did not differ significantly between the groups (33.3% BN vs. 35.2% EDNOS, p=0.461) as well as the treatment adherence (mean of attendance: 5.4 BN vs. 4.6 EDNOS, p=0.084) and the drop-out rates (7.4% and 16.5%, respectively; p= 0.809). **Conclusions:** BN and subthreshold BN (EDNOS) share common psychopathological symptoms and personality traits. No differences in therapy outcome were observed for the two groups in terms of general ED symptomatology and psychopathology after a psychoeducational brief group approach. Word Count: 246

09.30 – 09.45 Uhr

Differences in mental health between women with anorexia nervosa and obesity

Berit HANSSON¹, Suzanna LUNDBLAD¹, Jarl TORGERSON², Anna-Karin LINDROOS³

¹Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden, ²Trollhättan, Sweden, ³Cambridge, UK

Objectives: The aim of this pilot study was to compare pathological characteristics and mental health in women with Anorexia Nervosa (AN) and women with Obesity (Ob). **Method:** Six AN patients (BMI range 14,3-14,9) and six Ob patients (BMI range 42,0-58,7) completed the Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Beck's Depression Inventory (BDI), Symptom Check List (SCL-90) and Eating Disorder Inventory (EDI-2). These instruments are self-administered questionnaires for adults. The women also provided information on their global functioning (GAF) according to Axis V in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV), through a clinical interview. **Results and conclusions:** The AN patients had significantly more alexithymic symptoms (TAS-20), more psychological symptoms on the EDI-2 sub scale, and lower global functioning (GAF) than did the Ob patients. There were no differences in depression or general psychopathology measured by BDI, SCL-90 or MMPI-2. The results indicate that the AN patients had more comprised mental health.

09.45 – 10.00 Uhr

Eating disorders and personality disorders: the prevalence of personality disorder in inpatients with eating disorder

Silvia FERRARA, Sabrina COGNOLATO, Antonio FIORELLINI BERNARDIS

Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorder Hospital Unit, Padova, Italy

AIM

The aim of this study is to evaluate the prevalence of Axis II comorbidities and psychopathological aspects in patients with eating disorder (ED), hospitalized in a Unit specialized in their treatment.

METHODS

The whole sample with eating disorder (DSM-IV) was assessed for psychiatric and eating disorder symptoms. A battery of test administered was completed on arrival. The battery comprising SCL-90 for psychiatric conditions and Body Attitudes Test (BAT) and Eating Disorder Inventory (EDI) for eating disorder symptoms. SCID II structured interview was also used according to the DSM IV to establish the diagnostic categories and personality traits.

RESULTS

The findings will be presented on a sample of 140 in-patients with a diagnosis of ED according to the DSM IV. A specific analysis of the statistical data will show the distribution of the different clusters of personality disorders across groups of specific diagnosis of eating disorder (anorexia nervosa restrictor/purging type, bulimia nervosa purging/non purging, ED Nos) and their psychopathological characteristics.

10.00 – 10.15 Uhr

Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents

Marius NICKEL

Inntalklinik Simbach, Simbach, Germany

Background: Suicide attempts by adolescents continue to be a major public health problem. The purpose of this study was to examine the difference in the family functioning and sociopsychopathological risk factor relationship between female bulimic adolescents with suicidal ideation only, and those who attempted suicide. **Methods:** A group of 211 patients were observed for 12 months. Data from 63 subjects (SUG (suicide sample), age 17.2±1.3,) who had attempted suicide were then compared with 148 (CG, age 18.1±1.5) who had expressed suicidal ideation but did not follow through. **Results:** Those in the suicide attempt group had been exposed more frequently to physical/sexual violence in childhood. As adults they either lived alone or were dissatisfied with their partnership. The frequency of borderline personality disorders and depressive disorders in this group was significant. Psychosomatic symptoms, disturbed coenesthesia, substance abuse, social impairment and interference with their perception of their own life circumstances, as well as their job performance, often preceded the suicide attempt. Nine genuine risk factors that occurred significantly more often in the SUG were calculated out of all the stress factors using stepwise logistic regression: “as a child I was even hit with a stick or whip”, “I had no set orientation in life”, “I had a feeling of loneliness despite family and friends”, “I could not relax”, “incapable of dealing with the public”, “I do not like to be touched”, “parents have psychiatric disorders”, “misuse of stimulants”, and “as a child I felt lonely” (odds ratio von 10.56 to 1.90). **Conclusions:** Adverse family experiences and multiple sociopsychopathological factors may increase the risk of suicide in female bulimic adolescents.

10.15 - 10.30 Uhr **Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung /
Plenary discussion with all presenters**

Parallelsitzung 8 / Parallel session 8 11.00 – 12.30 Uhr

<h3>Adipositas / Obesity</h3>

Vorsitz / Chair: Isabel Krug, Barcelona (E)

11.00 – 11.15 Uhr

Psychologische Behandlung von adipösen Kindern und Jugendlichen

Saskia DRENNIG

Wien, Österreich

Adipositas zeichnet sich durch eine multifaktorielle Genese aus. Obwohl sie häufig im Kontext von Essstörungen behandelt wird, gilt sie als körperliche (und nicht unmittelbar psychisch bedingte) Erkrankung. An ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung sind körperliche, psychologische und soziale Faktoren beteiligt.

Das Grundkonzept jeder ernstzunehmenden Adipositas-therapie besteht aus einer Kombination von medizinischer Betreuung, verhaltenstherapeutischen Trainingselementen, Ernährungsschulung und körperlicher Aktivität. Das übergewichtige Kind mit seinen massiven körperlichen Begleiterkrankungen, den zum Teil schweren psychischen und sozialen Schwierigkeiten benötigt langfristige Unterstützung, die ausschließlich durch ein geschultes, multidisziplinäres Team realisiert werden kann.

Dabei ist die Einbindung der Eltern bzw. wichtiger Bezugspersonen unerlässlich. Aus einer Vielzahl an Untersuchungen ist bekannt, dass therapeutische Maßnahmen, die sich an Eltern und Bezugspersonen richten, einen signifikanten Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Eines von vielen Behandlungszielen besteht darin, dass diätologische und psychologische Empfehlungen in den familiären Alltag Einzug finden und hier „mit vereinten Kräften“ praktisch umgesetzt werden. Eltern benötigen konkrete Hilfestellungen, wie sie ihre Kinder am Weg zu einem geringeren Körpergewicht und zu mehr Lebensqualität unterstützen können. Dabei wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es sich nicht um eine „Diät“, sondern um eine Ernährungs- bzw. Lebensumstellung handelt.

Im Zuge der Präsentation soll auf die psychischen und sozialen Schwierigkeiten adipöser Kinder und Jugendlicher sowie auf die psychologische Behandlung innerhalb eines multidisziplinären Programmkonzepts eingegangen werden.

11.15 – 11.30 Uhr

Partnerschaftliche und sexuelle Erfahrungen bei juveniler extremer Adipositas

Thomas GRAF, Elisabeth ARDELT-GATTINGER, C. GUGGENBERGER

Adipositas Reha-Zentrum-Insula, Abteilung Psychologie, Bischofswiesen, Deutschland

Ziel: Erkenntnisse über partnerschaftliche und sexuelle Erfahrungen bei juveniler Form der Adipositas per magna in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Body-Mass-Index (BMI), Körperbild, Sozialen Beziehungen, sozioökonomischer Situation und Depressivität.

Design: Datenerhebung zur Bildung parallelisierter Stichproben, (a) mit Adipositas per magna (> 99.5 Altersperzentil) aus dem Adipositas- Reha-Zentrum INSULA/Berchtesgaden,

Untersuchungszeitpunkt max. 3 Tage nach Aufnahme und (b) Kontrollgruppe aus verschiedenen österreichischen und deutschen Schulen (< 99.5 Altersperzentil) seit 2005.

Untersuchte Personen: In Untersuchungs- und Kontrollgruppe je n>50 Jungen und Mädchen im Alter von 14-17 J..

Methode: Verwendet werden 1. ein Fragebogen zur Sexualität, bestehend aus 77 Items zu Sexualwissen, sexueller Entwicklung, sexueller Selbstwirksamkeit, sexuellen und partnerschaftlichen Erfahrungen, Körperbild und sozialen Beziehungen inner- und außerhalb der Familie, 2. das Depressionsinventar für Kinder- und Jugendliche (DIKJ). Erfasst werden Alter, Gewicht, Körpergröße, BMI, Schulbildung, Wohnortgröße der Untersuchungspersonen. Den Eltern der Versuchspersonen geht neben einer Information zur Studie ein Fragebogen mit 6 Items zu, um die familiäre sozioökonomische Situation zu erfassen. In einem Pfadmodell wird eine Wirkung berücksichtigter unabhängiger Variablen auf sexualitätsbezogene Variablen konstruiert und geprüft.

11.30 – 11.45 Uhr

Psychologische Nachsorge nach Gastric Banding: Wünsche und Inhalte

Caroline LAGER¹, M. SCHOWALTER¹, A. BENECKE², H. FALLER¹

¹Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, Deutschland, ²Psychologisches Institut, Universität Mainz, Deutschland

Einleitung: Chirurgische Maßnahmen wie das Magenband oder der Magenbypass sind bei morbidem Adipositas die Methoden erster Wahl, um eine erfolgreiche und dauerhafte Gewichtsreduktion zu erreichen (25-40% des präoperativen Gewichts). Trotzdem gibt es ca. 20-30% Patienten, die nicht von der Operation profitieren. Als Ursachen werden unter anderem eine mangelnde Compliance, zu welcher psychosoziale und psychische Probleme beitragen können, und eine unzureichende Nachsorge vermutet.

Methode: Im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie (Messzeitpunkte: ½, 1, 2, und 5 Jahre nach Operation) wurden die Gewichtsentwicklung und die Veränderungen psychologischer Parameter (Depression, Selbstakzeptanz, Lebenszufriedenheit, Essverhalten usw.) nach einer Magenband-Operation untersucht. Zusätzlich wurden die Bedürfnisse nach einer intensiven psychologischen Nachsorge und deren Inhalten erhoben.

Ergebnisse: Im Zeitraum von Juni 1997 bis Juni 2000 wurden 49 Patienten psychologisch begutachtet, operiert und katamnestisch befragt. Davon nahmen n=31 (Rücklauf: 63,3%) an der 5-Jahres-Katamnese teil. Betrachtet man die Gewichtsentwicklung, so erreichten die Patienten eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 27,5 kg (SD = 20,6). Mit dieser Gewichtsabnahme sind 50% der Patienten unzufrieden. Den Wunsch nach einer psychologischen Nachsorge im ersten postoperativen Jahr äußerten 25%. Eine Betreuung bezüglich des Essverhaltens hätten sich 42%, bezüglich Ängsten 33% Partnerschafts-problemen 27%, depressiver Verstimmung 18% und Selbstsicherheit 10% gewünscht. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Gewichtsentwicklung bzw. der Zufriedenheit mit der Gewichtsabnahme und dem Bedürfnis nach Nachsorge.

Das aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie und den psychologischen und chirurgischen Erfahrungen abgeleitete Nachsorge-Manual wird vorgestellt.

11.45 – 12.00 Uhr

Integratives Gewichtsreduktionsprogramm (InGe) im Fachzentrum für Psycho-somatische Medizin und Psychotherapie im Klinikum Berchtesgadener Land und poststationäre Begleitung per Chatroom

Barbara MAASCHE

Klinikum Berchtesgadener Land, Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Schönau, Deutschland

Behandlungsansatz:

- Stationäre Gewichtsreduktion um 5 – 10 % des Ausgangsgewichtes innerhalb von 4 – 8 Wochen im Rahmen eines multimodalen, verhaltensmedizinischen Settings unter Normalisierung des Ess- und Bewegungsverhaltens
- Poststationäre Begleitung per Chatroom
- Aufbau eines Netzwerkes mit ambulanter Therapie, spezialisierten Therapeuten, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Bewegungstherapeuten

Zielgruppe:

- Übergewichtige (ab BMI 25 kg/m²)
- Adipöse (ab BMI 30 kg/m²) Patienten mit oder ohne binge eating

Struktur und Organisation:

- Verhaltensmedizinische Diagnostik und Therapie
- Poststationäre Nachsorge
- Netzwerkarbeit

Poststationäre Nachsorge:/Netzwerkarbeit:

Therapeutische und psychoedukative Betreuung per Chatroom nach Entlassung aus der stationären Behandlung Kooperation mit:

- niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzten
- Fachambulanz für Suchtkranke, Traunstein
- Selbsthilfegruppen
- Beratungsstellen
- Ernährungsberatern

12.00 – 12.15 Uhr

Selbstständige Gewichtsreduktion bei Morbider Adipositas

Monika MATTESICH, Johann KINZL, Hildegunde PIZA-KATZER

Medizinische Universität Innsbruck, Plastische & Wiederherstellungschirurgie, Innsbruck, Österreich

Einleitung

Durch die Einführung des verstellbaren Magenbandes bzw. dessen laparoskopischer Implantation verfünffachte sich die Zahl bariatrischer Eingriffe in Österreich in den letzten fünf Jahren. Laut bisherigen Publikationen galt es morbid Adipösen unmöglich, ihr Gewicht selbstständig, d.h. ohne bariatrischen Eingriff, zu reduzieren und langfristig zu halten.

An der Univ.-Klinik für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie Innsbruck werden Korrekturoperationen an Patienten durchgeführt, die ihr Gewicht nach massiver Gewichtsreduktion mittelfristig konstant hielten.

Ziel dieser Studie war, das Ausmaß der selbstständigen Gewichtsreduktion zu evaluieren und morbid Adipösen neue Anhaltspunkte zum selbstständigen Abnehmen zu präsentieren.

Methode

Die Studie schloss 120 Patienten mit einem ursprünglichen BMI von mindestens 35 und einem Gewichtsverlust von mindestens 15% ein, die sich zwischen 1999 und 2003 an der

oben genannten Abteilung einer Korrekturoperation unterzogen hatten. Hauptuntersuchungsparameter waren Abnehmstrategien, Patientenzufriedenheit und Behandlungskosten.

Ergebnisse

33% der plastisch-chirurgisch therapierten Patienten nahmen selbstständig, 67% durch eine bariatrische Operation ab. Das Ausmaß der Gewichtsabnahme war bei den Patienten mit gastric-banding signifikant höher als bei Selbstabnehmern (52kg versus 40kg, $p < 0,01$). Die Ergebnisse zeigten, dass eine anhaltende, erfolgreiche Gewichtsabnahme mit einer langfristigen Veränderung des Essverhaltens und körperlicher Aktivität verknüpft sowie emotionale Unterstützung durch Bezugspersonen wichtig ist. Meist waren passive Auslöser als Motivatoren für die Gewichtsabnahme notwendig. Die Gewichtsabnahme hatte positive Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit, körperliche Fitness, Lebensqualität und Selbstwertgefühl, wirkte sich andererseits negativ auf die Haut, weibliche Brust und Bauch aus – speziell bei schneller Gewichtsreduktion ohne sportlicher Betätigung. Eine aktivere Lebensgestaltung sowie ein interdisziplinär angelegtes Therapiekonzept scheinen für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme notwendig.

12.15 - 12.30 Uhr **Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung /
Plenary discussion with all presenters**

Parallelsitzung 9 / Parallel session 9 11.00 – 12.30 Uhr

Therapie / Treatment

Vorsitz / Chair: Burkard Jäger, Hannover (D)

11.00 – 11.15 Uhr

Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach stationärer Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen

Reinhold JAGSCH^{1,2}, Herwig HINTERHOFER², Stefan WIESNAGROTZKI³, Eva

ROSINGER³, Wolfgang GOMBAS²

¹Fakultät für Psychologie, Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie, Universität Wien, Österreich; ²Institut für Psychosoziale Strategien, Wien, Österreich;

³Medizinische Universität Wien, Österreich

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-related Quality of Life, HrQoL) wird im Rahmen von Interventionsstudien routinemäßig als Outcome-Variable eingesetzt. Das von uns vorgeschlagene differentialdiagnostische Befund/Erlebens-Schema vergleicht Experten mit subjektiven Erlebensdaten und erlaubt es, gruppenbezogene Vorhersagen bezüglich des Therapieerfolgs zu tätigen: Bei den sog. Glücklichen und den Benachteiligten stimmen die eigenen und die objektiven, vom ärztlichen Betreuungspersonal getätigten Beurteilungen des Behandlungsfortschritts überein, bei ersteren in positiver, bei letzteren in negativer Hinsicht.

Beim Gesundheitsparadoxon ergibt sich eine paradoxe Situation insofern, als die eigenen Urteile viel positiver ausfallen, als es die Situation objektiv, gemäß den Expertenurteilen, eigentlich zulassen sollte. Beim Krankheitsdilemma äußert sich die unerquickliche Situation dergestalt, dass die Experten anhand von objektiv erhobenen Parametern die von den Patienten subjektiv geäußerten Beschwerden und Behinderungen nicht feststellen können. Aus einer Gesamtstichprobe einer psychosomatischen Behandlungseinrichtung wurden 51 PatientInnen mit Essstörungsproblematik (hauptsächlich Anorexie- und Bulimie-PatientInnen) ausgewählt, die eine umfassende, hauptsächlich auf tiefenpsychologischen Konzepten fußende achtwöchige stationäre Therapie absolvierten. Anhand der Ergebnisse von mit der MOS Short-Form-36 (SF-36) erhobenen Daten kann gezeigt werden, dass weniger die mit harten Fakten belegten objektiven Daten Veränderungen in Richtung erfolgreiche Therapie belegen können, sondern dass vielmehr den damit einhergehenden subjektiven Bewertungen der PatientInnen Beachtung geschenkt werden muss. Zukünftig sollte insbesondere auf Patienten des „Krankheitsdilemmas“ vermehrt geachtet werden, deren Ergebnisse bezüglich HrQoL über den Behandlungszeitraum kaum Verbesserungen aufweisen. Ein rechtzeitiges Erkennen während des Therapieverlaufs und damit verbunden der Einsatz spezifischer therapeutischer Interventionen könnten das Gesamtziel, gute gesundheitsbezogene Lebensqualität für alle PatientInnen, besser gewährleisten helfen.

11.15 – 11.30 Uhr

Essstörungen und Traumafolgeerkrankungen

Renate MALEK

Wien, Österreich

Ein Erfahrungsbericht über die schrittweise Berücksichtigung des Zusammenhanges von Traumatisierung und Essstörungen in der ambulanten therapeutischen Begleitung von KlientInnen mit den Diagnosen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge eating disorder, die traumatische Erlebnisse in der Kindheit aufwiesen.

Eine Gruppe von KlientInnen, die auch durch die gezielte Diagnostik in den letzten zehn Jahren immer deutlicher hervortrat und daher einen Paradigmenwechsel in der Art des Verständnisses der Symptomentstehung und des psychotherapeutischen Behandlungsansatzes bewirkte.

Die Gestaltung des individuellen Therapieplanes beinhaltet daher zunehmend spezifische traumatherapeutische Behandlungsmethoden, die streng ressourcenorientiert und stabilisierend den Boden für den weiteren psychotherapeutischen Prozess bereiten. Dieser Ansatz wird anhand zweier Fallberichte erläutert.

11.30 – 11.45 Uhr

Eigenverantwortung und Struktur in der Behandlung von Anorexia Nervosa

Eva-Maria OHMAYER, Helga BRUNNER, Godehard STADTMÜLLER, Stefan MOLFENTER

Adula Klinik Oberstdorf, Neurologie/Psychiatrie, Oberstdorf, Deutschland

Ein Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt ist häufig zentral in der Pathogenese und Pathoplastik der Magersucht. Wir beschreiben die Bausteine unserer stationären Behandlung von Magersucht im Spannungsfeld von Autonomiestreben und Fremdbestimmung. Dabei kommen neben einem in Phasen gestaffelten Antidiätprogramm sowohl konflikt-dynamische wie verhaltenstherapeutische Module bzw. Interventionen zum Einsatz. – Wir stellen die

Therapieergebnisse in psychometrischen Daten vor, sowohl was den outcome betrifft wie den katamnestischen Verlauf.

11.45 – 12.00 Uhr

Falldemonstration eines Pica-Syndroms bei einem 14jährigen Mädchen

Till PREIBLER

Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz, Abteilung Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Linz, Österreich

Beim PICA-Syndrom handelt es sich um eine qualitative Appetitstörung, die in unserer Gesellschaft recht selten auftritt.

Nach einem kurzen geschichtlichen Einblick der PICA-Symptomatik werden einzelne Definitionen (ICD-10, DSM, andere Autoren) angeführt.

Epidemiologische Daten lassen einzelne Hochrisikogruppen erkennen. Die Vielzahl von Komplikationen erfordert ein umfassendes medizinisches Wissen, um die Folgen des PICA-Syndroms entsprechend behandeln zu können. Abgeschlossen wird der theoretische Abriss mit einer Aufzählung der therapeutischen Optionen.

Das 14-jährige Mädchen mit PICA-Syndrom, das 2006 an der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz behandelt wurde, soll anhand von Informationen bezüglich ihrer Familie, Herkunft sowie ihrer Lebenslaufdaten vorgestellt werden. Nach der Darstellung der diagnostischen Maßnahmen zeigen wir den klinischen Verlauf auf.

12.00 – 12.15 Uhr

Die Behandlung von türkischen Patientinnen mit Essstörungen

Hartmut IMGART

Parkland-Klinik, Abteilung für Essstörungen, Bad Wildungen, Deutschland

Im Klinikalltag sehen wir eine Vielzahl von Patientinnen ausländischer Nationalität mit Essstörungen. Eine große Gruppe davon stellen Patientinnen türkischer Nationalität dar. An Hand von Falldarstellungen und soziodemographischen Daten werden die Besonderheiten des Migrantenhintergrundes dargestellt. Häufig sind Patientinnen der 2. Migrationsgeneration betroffen, die ein Bindeglied der Elterngeneration zur deutschen Kultur darstellen. Diese Patientinnen sind sehr stark in die eigene Familie eingebunden und die Essstörung hat meist eine wichtige Funktion in der Regulation familiärer Beziehungen. Die Einbeziehung der Familie sollte unter Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes versucht werden. Bewährt hat sich dabei die Essstörung als „deutsche Erkrankung“ zu bezeichnen, d.h. eine Erkrankung, die im soziokulturellen Kontext der deutschen Gesellschaft entstanden ist und in diesen Kontext behandelt werden muss.

12.15 - 12.30 Uhr **Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung /
Plenary discussion with all presenters**

Parallelsitzung 10 / Parallel session 10 11.00 – 12.30 Uhr

Therapieeinrichtungen & Wohngruppen / Treatment settings

Vorsitz / Chair: Ulrike Smrekar, Innsbruck (A)

11.00 – 11.15 Uhr

Vorstellung der Tagesklinik für Essstörungen

Verena DUMMER, Veronika OBERBICHLER

Tagesklinik für Essstörungen, Univ.-Klinik für Psychiatrie/Psychosomatik, Innsbruck, Österreich

Jänner 2006 wurde in Innsbruck österreichweit die erste Tagesklinik für Essstörungen eröffnet.

Das multiprofessionelle Team arbeitet vorwiegend in Gruppen und macht sich psychodynamische, verhaltens- körper- kreativ- und soziotherapeutische Ansätze zu Nutze.

Die Tagesklinik steht an der Schnittstelle zwischen vollstationärer und ambulanter Therapie: Alltägliche Konflikte, die die Patientinnen zu Hause erleben, werden auch in der Beziehungsgestaltung in der Tagesklinik erkannt und in einem vertieften psychodynamischen Zusammenhang in der individuellen Lebensgeschichte verstehbar. Dadurch und über die haltgebende Tages- und Essstruktur können die Patientinnen ihr Symptomverhalten aufgeben und neues Essverhalten erlernen.

Das Team nimmt in seiner containenden Funktion „*emotional Unverarbeitetes*“ entgegen und versucht es gemeinsam mit den PatientInnen so zu „*verdauen*“, dass es symbolisiert in Bildern, Bewegung und Worten mitgeteilt werden kann. Dadurch kann der Verdauungstrakt wieder seine ursprüngliche Funktion ausüben.

Über die Tagesstruktur werden alltägliche Fertigkeiten, wie Essensplanung, Einkaufen, Kochen sowie handwerkliche Fähigkeiten wiedererlernt. Neue Handlungs- und Beziehungserfahrungen können bereits im tagesklinischen Setting als auch am Wochenende und abends, zu Hause erprobt werden.

11.15 – 11.30 Uhr

Essstörungen in anderem (Mond-)Licht betrachtet - eine familientherapeutische Wohngruppe stellt sich vor

Ulrike JUCHMANN

Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Berlin, Deutschland

Für junge Frauen mit Essproblemen sind die Übergänge zwischen Klinik, Familie und selbständigem Leben oft mit vielen Ängsten verbunden. Die therapeutische Wohngruppe *Mondlicht* in Berlin bietet einen Rahmen an, der diese Übergänge erleichtert. Die Bausteine der Wohngruppe beinhalten interne Einzel- und Familientherapie, Gruppensitzungen, Ernährungsberatung, Entspannungs- und Tanztherapie. Das Konzept basiert auf familientherapeutischen und systemischen Grundideen. Unsere kreative Arbeit mit Ritualen zeigt wie wir mit den Eltern, Familien und den betroffenen Mädchen kooperieren und gemeinsam Übergänge gestalten. Die Präsentation gibt einen kurzen Überblick über die Bausteine und veranschaulicht an praktischen Beispielen die Arbeit mit Ritualen.

11.30 – 11.45 Uhr

Intensive ambulante Gruppentherapie von Jugendlichen mit Essstörungen

Petra MICHLER, Andrea WOLTER-FLANZ

Bezirksklinikum Regensburg, Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Regensburg, Deutschland

Es wird ein intensives ambulantes Gruppentherapiekonzept für Mädchen mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-eating-disorder) vorgestellt, als Möglichkeit neben/statt der stationären Behandlung und der Einzeltherapie bei niedergelassenen Therapeuten.

Das Therapiekonzept ist vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert und fördert die Selbstmanagementfähigkeiten der Jugendlichen, selbstbestimmt und eigenverantwortlich mit Ihrer Erkrankung umzugehen und Rückfällen rechtzeitig vorzubeugen. Das offene /skowopen) Gruppenkonzept führt zu einer sich immer wieder neu herstellenden Gruppenkohäsion, gegenseitiger Unterstützung und Solidarität zwischen den Mädchen, die in einer altersbedingt ähnlichen Entwicklungsphase und von einer Essstörung betroffen sind. Weitere Therapiebausteine sind die Gesprächspsychotherapie, die Kunst- und Tanztherapie, sowie die Ernährungstherapie. Für jede Patientin wird der Behandlungsplan je nach Alter, individueller Symptomatik, Problematik und Motivationslage modifiziert. Jedes Gruppenmitglied wird verpflichtet, definierte Gruppenregeln in der Gruppe einzuhalten.

Die Gruppe findet zweimal wöchentlich und an einem Samstag pro Monat statt. Die Jugendlichen verbleiben in ihrer bisherigen sozialen Umgebung. Der Transfer des Therapieerfolgs in das Alltagsleben ist damit unmittelbar und anhaltend. Die Behandlungsdauer beträgt 4 Monate bis zu einem Jahr, in schweren Fällen auch länger. Neben der Elternarbeit wird parallel zur Gruppe eine psychoedukative Elterngruppe angeboten.

11.45 – 12.00 Uhr

Das „Therapienetz Essstörungen“ – Integrierte Versorgung im Essstörungsbereich

Andreas SCHNEBEL, Eva WUNDERER

ANAD e.V. – pathways, München, Deutschland

Für PatientInnen mit Essstörungen existiert eine Vielzahl therapeutischer und medizinischer Angebote, dennoch ist die Versorgung bislang nicht zufrieden stellend. Es bestehen regional große Unterschiede, die Leistungserbringer sind nur wenig koordiniert, und die Auswahl erfolgt oft durch die PatientInnen selbst auf Basis unzureichender Information und Diagnostik. Zudem treten bei rund der Hälfte der PatientInnen Rückfälle auf, die weitere Therapiemaßnahmen erforderlich machen. Um diese Mängel zu beseitigen, wurde 2005 das „Therapienetz Essstörungen“ ins Leben gerufen, die Integrierte Gesundheitsversorgung bei Essstörungen durch ein Kompetenznetzwerk von professionellen Leistungserbringern mit Koordination durch eine Clearingstelle. Jede PatientIn erhält so das für sie beste Hilfsangebot zum frühestmöglichen Zeitpunkt aufbauend auf umfassender multidisziplinärer Diagnostik. Zudem wird sie entsprechend ihrer Bedürfnisse begleitet bis sie gesund ist (Case Management). Dadurch können weitere Therapiemaßnahmen vermieden und somit Kosten gesenkt werden. Durch eine Vernetzung professioneller Behandlungsangebote wird zudem die Kompetenz im Essstörungsbereich gebündelt. Die Ergebnisse der Integrierten Versorgung werden wissenschaftlich ausgewertet, zudem werden Standards für die Durchführung der Behandlung geschaffen, was die Qualität der Maßnahmen sichert. Partner im „Therapienetz Essstörungen“ sind bislang ANAD e.V. – unter dem Dach von ANAD ist auch die Clearingstelle angesiedelt –, die AOK Bayern, die Psychosomatische Klinik Roseneck, die Interne Klinik Dr. Argirov, die München Kliniken sowie niedergelassene Ärzte und

Psychotherapeuten. Mit weiteren möglichen Kooperationspartnern auf Seiten der Kostenträger und der Leistungserbringer wird verhandelt. Der Vortrag stellt das „Therapienetz Essstörungen“ vor sowie erste Erfahrungen mit dem neuartigen Versorgungsmodell.

12.00 – 12.15 Uhr

Zum Vergleich stationärer und tagesklinischer Psychotherapie bei schwerer Bulimia Nervosa – Zwischenergebnisse einer randomisierten-kontrollierten Studie

Stefanie WEBER, Almut ZEECK, Armin HARTMANN, Angelika SANDHOLZ, Edda WETZLER-BURMEISTER, Michael WIRSCHING

Universitätsklinik, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg, Deutschland

Hintergrund:

Wenn eine ambulante Psychotherapie bei Bulimia Nervosa nicht ausreicht, wird eine intensivere und komplexere Therapie empfohlen. In Deutschland bedeutet dies in der Regel eine stationäre Behandlung. In den letzten Jahren wurden im Bereich Psychosomatische Medizin zunehmend auch tagesklinische Einrichtungen eröffnet. Bislang liegen jedoch keine Studien zu einem systematischen Vergleich tagesklinischer und stationärer Therapie bei Patienten mit Essstörungen vor.

Methode:

In der noch laufenden Studie wurden N=50 Patienten mit Indikation zu einer intensiveren Behandlung über Randomisierung dem stationären oder tagesklinischen Behandlungsprogramm zugewiesen. Psychopathologie, soziale Integration und die Selbstwirksamkeitserwartung werden zum Zeitpunkt der Aufnahme, bei Entlassung sowie in Katamneseuntersuchungen nach drei und zwölf Monaten erfasst. Zum Zeitpunkt der Zwischenauswertung hatten N=33 Patienten die Behandlung beendet. Es lagen die Daten von 76% der 3-Monats-Katamnesen und 58% der 12-Monats-Katamnesen vor. In der Zwischenauswertung wurden folgende Aspekte hinsichtlich ihres Zeitverlaufes und den Unterschieden zwischen den Behandlungssettings analysiert: Bulimische Symptomatik (EDI-2), allgemeine Psychopathologie (SCL-90-R) und spezifische Selbstwirksamkeitserwartung (SFB).

Ergebnisse:

Die vorläufigen Ergebnisse zeigen deutliche Verbesserungen der bulimischen und allgemeinen Psychopathologie vom Aufnahme- bis zum Entlasszeitpunkt in beiden Settings. 3 Monate nach Entlassung ergibt sich eine Überlegenheit der tagesklinischen Behandlungen bezüglich der bulimischen Symptomatik und der spezifischen Selbstwirksamkeit: Im Vergleich zu stationär behandelten Patienten können tagesklinisch behandelte Patienten ihr bulimisches Verhalten stärker verbessern; ferner erleben sich tagesklinisch behandelte Patienten als zuversichtlicher im Umgang mit auslösenden Situationen für bulimische Essanfälle, v.a. im Hinblick auf interpersonelle Probleme. Zum Zeitpunkt der 12-Monats-Katamnese treten bei tagesklinisch behandelten Patienten signifikant weniger bulimische Symptome auf als bei stationär behandelten Patienten.

12.15 - 12.30 Uhr **Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung /
Plenary discussion with all presenters**

Parallelsitzung 11 / Parallel session 11 11.00 – 12.30 Uhr

Körperbild & Persönlichkeitsfaktoren / Body Image and Personality factors

Vorsitz / Chair: Michel Probst, Leuven (B)

11.00 – 11.15 Uhr

Testing a new digital method to assess body image in eating disorder patients: a multi-centric pilot study

Emanuel MIAN¹, Riccardo DALLE GRAVE¹, MICHEL PROBST², JOHAN VANDERLINDEN², GUIDO PIETERS²

¹ Villa Garda Clinic, Eating Disorders Unit, Verona, Italy, ² K.U. Leuven, FaBeR, Department Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center- K.U.Leuven, Campus Kortenberg, Belgium

A pilot study was designed to develop and test a new digital computer-based system capable to evaluate body image distortions in eating disordered patients.

The instrument's algorithm is able to recognize different body parts and simulate over and underweight using subject's own picture taken previously with a digital camera.

67 female patients (mean age 24 +/- 7) enrolled in St.Jozef's Eating Disorder Unit in Kortenberg (Belgium) and in Villa Garda's Clinic (Italy) and 42 female controls (mean age 23 +/- 4) were tested with this new technique.

The eating disorder sample differed significantly from the control group. Thus, we noticed significant differences between Italian and Belgian patients.

Subjects were also tested with validated questionnaires such as EDI2, SCL90 and BAT.

We infer from our data that all digital computer-based tests correlated positively with all body image related subscales of the questionnaires we administered.

11.15 – 11.30 Uhr

The effect of attentional bias towards weight and shape related information on body dissatisfaction

Evelyn SMITH, Elizabeth RIEGER

University of Sydney, School of Psychology, Sydney, Australia

The objective of this study was to investigate the causal role of selective attention to shape/weight related information in terms of intensifying body dissatisfaction. Participants were 70 female first year Psychology students aged between 17-28 years. An attentional probe task was used to induce attention towards either negative shape/weight related words, neutral words, or negatively valenced emotion words. Thereafter vulnerability towards the development of body dissatisfaction was assessed in the three groups after being exposed to a body image challenge. The induction of an attentional bias towards shape/weight related information resulted in higher body dissatisfaction compared to both control groups. Results support the notion that an attentional bias towards shape/weight related information plays a causal role in body dissatisfaction, suggesting that such biases may prove to be a useful target in interventions designed to improve body image.

International Journal of Eating Disorders (in press)

11.30 – 11.45 Uhr

Body Investment Scale, satisfaction with family atmosphere and dieting in Polish 15-year-old girls

Hanna KOLOLO, Joanna MAZUR

National Research Institute of Mother and Child, Department of Epidemiology, Warsaw, Poland

Poland is quoted among countries with very high percentage of girls dissatisfied with their bodies and involved in dieting behaviours (Currie et al., 2004). The AIM of the study was to analyze how risk of dieting is changing by body experiences and self-perceived family atmosphere. SAMPLE AND METHODS: on anonymous questionnaires were administered in spring 2006 in a representative sample of 15-year-old girls as a part of international survey “HBSC – Health Behaviour in School-aged Children”. The preliminary results are based on sub-sample of 486 Polish school-girls with normal weight, classified by BMI. The Body Investment Scale – BIS (Orbach&Mikulincer, 1998) and family atmosphere scale (adapted from Cantril ladder) was applied. RESULTS: Current dieting and another weight control behaviors were reported by 22,3% of respondents. Preliminary analysis confirmed good psychometrics of BIS scale (Cronbach’s Alpha=0,865, one factor explaining 59,8% of variability). By comparing the highest and the lowest BIS scale scores (0 vs. 100) it was estimated from logistic regression, that theoretical probability of dieting decreases from 0.69 to 0.09. The shape of relationship between family atmosphere and dieting is changing by levels of BIS score. In total sample it is insignificant with tendency to increased risk of dieting in girls dissatisfied with family atmosphere and reporting relative higher BIS score (3rd fertile) – p=0,08. CONCLUSIONS: Unfounded dieting is common risk behaviors among adolescent girls in Poland. Negative body experiences is not an only determinant reason for dieting, that should be taken into consideration in interventions.

11.45 – 12.00 Uhr

Climb Inside

Liselle TERRET

Central School of Speech and Drama, London, UK

I am currently investigating the use of performance as a trigger for young people (in particular young women) to discuss and explore the multi-faceted issues surrounding eating disorders.

This research project, *Climb Inside*, uses performance followed by participatory arts workshops (currently in development) as an interventional strategy to encourage young people to develop a more confident and articulate language as well as developing an awareness of their own positioning within the sensitive issues surrounding eating disorders.

The first stage of the project has culminated in a performance (*Climb Inside*) that rests on the thin line between wit and humour (the initial comedic image of the woman down the toilet) but which has a stark seriousness and abject undercurrent of reality. This is a performance-strategy that aims to bring into the social arena some the key-issues without alienating and ‘feeding-into’ the already destructive myths surrounding eating disorders.

The performance has been shown at over 10 arts venues in England and Scotland as well as being used as a discussion-trigger with my under-graduate students as a pilot-project and has received notable interest already.

It is loosely based on autobiographical experiences and is purposefully coming from a feminist / social model of mental health perspective.

During my presentation I will contextualise this research-project and define Applied Theatre. I will discuss the aims and objectives of the project and will end with an extract from the performance of *Climb Inside* on DVD.

Climb Inside is collaboration with Katja Hilevaara, a live art practitioner and lecturer at Goldsmith's College, University of London.

12.00 – 12.15 Uhr

Interaction effects between cognitive beliefs underlying eating disorders

Sandra SASSAROLI, Giovanni Maria RUGGIERO

“Studi Cognitivi” Scuola di Psicoterapia e Centro Ricerca, Milano, Italy

According to cognitive theory, the belief underlying eating disorders are pathological perfectionism, need for control, and low self-esteem. While there is a large body of research about perfectionism and low- self-esteem, little is known about the actual influence of the belief of control and about the interactions between these three psychological variables. This study will examine the interaction effects in Multiple Regression between these three variables on drive for thinness, a core feature of eating disorder. The aim of the study was to explore the moderator effect of control on the other cognitive variables. METHODS: 46 individuals with an eating disorder completed the Multidimensional Perfectionism Scale, the Anxiety Control Questionnaire, the Rosenberg Self-esteem Scale, and the Eating Disorders Inventory. Multiple Linear Regression was used to test the hypothesis. RESULTS: the effect of low self-esteem and perfectionism on eating disorders is confirmed. Interaction effects analysis suggested that also the belief of control is a cognitive factor for eating disorders.

12.15 - 12.30 Uhr **Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung /
Plenary discussion with all presenters**

Parallele Workshops (7-12) 14.00 – 15.30 Uhr

7) Pferdgestützte Therapie bei Essstörungen nach den Prinzipien des Natural Horse-Man-Ship

Katharina ALEXANDRIDIS, Katrin FRANKENBERGER

Praxis für Entwicklungsförderung und Bewegungsbildung/Reittherapie, Mesnerhof in Thalkirchen, Deutschland

Der Umgang mit dem Pferd an sich und die Besonderheiten der Kommunikation nach den Prinzipien des Natural Horse-Man-Ship (NHS) bieten therapeutisch sehr interessante Bedingungen für die körpertherapeutische Behandlung von Essstörungen.

Im Workshop werden zunächst die Prinzipien des NHS vermittelt und in einer Praxisdemonstration (Video) gezeigt. Wichtige Merkmale des NHS sind:

- Die eigene Körpersprache spielt in der Kommunikation mit dem Pferd eine entscheidende Rolle.
- Der Mensch ist in der partnerschaftlichen Beziehung das Leittier. Er lernt sich fair, spielerisch und selbstbewusst durchzusetzen.
- Pferd und Mensch haben gleichermaßen Spaß an den Übungen.
- Freiheitsdressur und das Reiten ohne Zäumung sind ein deutlicher Beweis für Vertrauen und eine gelungene Kommunikation zwischen Pferd und Mensch.
- Ein Knotenhalfter und ein 3,70 langes Seil sind die einzigen Hilfsmittel.

Es folgt die Darstellung der theoretischen Verbindung zwischen Pathologie der Essstörungen und didaktischen und methodischen Aspekten der pferdgestützten Therapie nach dem NHS. Zur Anschaulichkeit wird ein Videobeitrag gezeigt, in dem eine Patientin mit Bulimia nervosa und eine Patientin mit Anorexia nervosa ihre therapeutische Arbeit mit dem Pferd zeigen. In einem Interview berichten die Patientinnen über ihre Erfahrungen mit dieser spezifischen Reittherapie.

Die Patientinnen nahmen während ihres stationären Aufenthalts in der Klinik Roseneck 1 x wöchentlich für 1 h über 10 – 12 Wochen an der Reittherapie teil.

Die Reittherapie wird von einer erfahrenen Sport- und Bewegungstherapeutin und einer Expertin im Natural Horse-Man-Ship geleitet.

Die Pferde werden im Herdenverband in Offenställen gehalten und befinden sich fortlaufend in der Weiterbildung. Sie sind nach den Prinzipien des Natural-Horse-Man-Ship ausgebildet.

8) Erfahrungen mit und Potential von virtuellen Selbsthilfegruppen bei Essstörungen

Regina BRAUNER, Sarah SCHWARZKOPF, Doris HUNNEKUHL, Judith SCHÄFER, Helen HERTZSCH

Hungrig-Online e.V., Erlangen, Deutschland

Selbsthilfegruppen dienen dem Austausch und der gegenseitigen Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen. In Ergänzung zum professionellen Gesundheitssystem und leisten praktische und preiswerte Lebenshilfe. Das klassische Konzept der angeleiteten Selbsthilfegruppen hat der Verein Hungrig-Online e.V. für Menschen mit Essstörungen ins Internet übertragen. Die Teilnehmer der Selbsthilfegruppe treffen sich hierbei nicht zu festen Zeiten an einem bestimmten realen Ort, sondern nutzen das Internet für ihren Austausch. Dazu steht ihnen und dem/der LeiterIn der Gruppe rund um die Uhr ein ausschließlich ihnen zugänglicher virtueller Gruppenraum zur Verfügung. Die Kommunikation innerhalb der Gruppe findet zeitlich asynchron und unabhängig vom realen Aufenthaltsort der Teilnehmer durch das Verfassen von Textnachrichten statt, die alle anderen Gruppenmitglieder lesen und beantworten können.

Die Leiter der virtuellen Selbsthilfegruppen für Menschen mit Essstörungen bei Hungrig-Online berichten über ihre Erfahrungen mit den bisher angebotenen Gruppen und laden ein zur Diskussion über Potential und Möglichkeiten, Vorteile und Nachteile solcher Gruppen. Per Live-Schaltung kann ein Einblick in den Aufbau und die Struktur der virtuellen Selbsthilfegruppen gegeben werden.

9) Frühe Sekundärprävention von Essstörungen an Schulen

Brigitte HARTIG¹, Heike KRAMER², Brigitte MUGELE³, Jan NEDOSCHILL⁴, Elisabeth STÄHR⁵, Jutta TODT⁶, Martina DE ZWAAN⁷

¹Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt, Erlangen, Deutschland; ²Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau, Erlangen, Deutschland; ³Klinik für Sucht und Psychosomatische Medizin, Erlangen, Deutschland; ⁴Universitätsklinikum Erlangen, Kinder- & Jugendabteilung für Psychische Gesundheit, Erlangen, Deutschland; ⁵Drogen- & Suchtberatung der Stadt Erlangen, Deutschland; ⁶Jugend- & Familienberatung der Stadt Erlangen, Deutschland; ⁷Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland

Frühzeitige Aufmerksamkeit und richtige Unterstützung im sozialen Umfeld haben entscheidenden Einfluss auf Verlauf und Entwicklung einer Essstörung und können somit die Chronifizierung verhindern. Diese Vorgehensweise wird als frühe Sekundärprävention

bezeichnet. Lehrkräfte sind wichtige Kontakt- und Vertrauenspersonen, daher kommt ihnen in der frühen Sekundärprävention von Essstörungen eine bedeutende Rolle zu.

Im Rahmen des Netzwerks Essstörungen für die Stadt Erlangen und den Landkreis Erlangen-Höchstadt wurde im Zeitraum von September 2004 bis September 2005 eine mehrteilige Multiplikatorenschulung "Frühe Sekundärprävention von Essstörungen an Schulen" für Lehrkräfte durchgeführt. Das Konzept der Fortbildung wurde interdisziplinär von ambulanten Beratungs- und stationären Therapieeinrichtungen ausgearbeitet und durchgeführt sowie evaluiert.

Im Workshop werden die Fortbildungsinhalte vorgestellt sowie einzelne Elemente der Multiplikatorenschulung praktisch durchgeführt.

10) Über 7 Brücken musst Du gehen...- Die therapeutische Arbeit mit Ritualen, Symbolen, Bildern und Persönlichkeitsanteilen bei Essproblemen

Ulrike JUCHMANN

Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Berlin, Deutschland

Mädchen und junge Frauen, die problematisches Essverhalten zeigen, haben oft Schwierigkeiten, sich vom Elternhaus abzulösen und einen eigenen Weg zu gehen. Die therapeutische Arbeit mit Ritualen, Symbolen, Bildern und Persönlichkeitsanteilen bietet vielfältige Möglichkeiten, Übergänge zu erleichtern. Die Methoden wirken wie Brücken, die Verbindungen zwischen gegensätzlichen und unversöhnten Aspekten schaffen und Veränderungsschritte veranschaulichen. Die therapeutischen Verfahren werden praxisnah vorgestellt und zum Teil in Übungen selbst erprobt. Ein systemisch-lösungsorientiertes Grundverständnis bildet den theoretischen Rahmen. Die Beispiele sind im Kontext der Therapeutischen Wohngruppe *Mondlicht* für junge Frauen mit Essproblemen in Berlin entstanden. Die Methoden lassen sich sowohl für die einzeltherapeutische und familientherapeutische Arbeit als auch für die Anwendung in Gruppen nutzen.

11) Eigenverantwortung und Struktur in der Behandlung von Anorexia Nervosa

Eva-Maria OHMAYER, Helga BRUNNER, Godehard STADTMÜLLER, Stefan MOLFENTER

Adula Klinik Oberstdorf, Neurologie/Psychiatrie, Oberstdorf, Deutschland

Ein Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt ist häufig zentral in der Pathogenese und Pathoplastik der Magersucht. Wir beschreiben die Bausteine unserer stationären Behandlung von Magersucht im Spannungsfeld von Autonomiestreben und Fremdbestimmung. Dabei kommen neben einem in Phasen gestaffelten Antidiätprogramm sowohl konflikt-dynamische wie verhaltenstherapeutische Module bzw. Interventionen zum Einsatz. – Wir stellen die Therapieergebnisse in psychometrischen Daten vor, sowohl was den outcome betrifft wie den katamnestic Verlauf.

12) Mindfulness-basierte Interventionen bei Essstörungen, Teil I

Andreas REMMEL^{1,2}, Britta RICHARZ¹, Verena WOEBER¹

¹*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich;* ²*Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland*

Mindfulness-basierte Therapieansätze haben das Potential, die Psychotherapie entscheidend zu verändern. Mindfulness (Achtsamkeit) kennzeichnet die grundlegende Haltung des Menschen, Bewusstseinsinhalte (Gefühle, Gedanken, Empfindungen, Verhaltensmuster,

Impulse) wahrzunehmen, zu beobachten und nicht-bewertend zu beschreiben. Mindfulness bedeutet die Konzentration und Fokussierung von Aufmerksamkeitsprozessen auf den gegenwärtigen Augenblick, und fördert die Fähigkeit, das Gegenwärtige als gegeben anzunehmen (Akzeptanz). Ein weiteres wichtiges Merkmal ist die Grundeinstellung einer liebevollen Zuwendung zu sich selbst.

Das entscheidende Potential dieses Ansatzes in der Behandlung von Patienten mit Affekt- und Emotionsregulationsstörungen, und damit auch Patienten mit psychogenen Essstörungen, liegt darin, zu lernen, sich in eine reflexive Haltung zu Bewusstseinsinhalten zu bringen und sich nicht mit Gefühlen, Gedanken, Obsessionen, Impulsen, zu identifizieren. Diese reflexive Distanzierung und Akzeptanz fördert zugleich Fähigkeiten der Habituation, erleichtert aber auch psychotherapeutische Methoden der kognitiven Umstrukturierung.

Mindfulness ist über meditative Verfahren (Atemmeditation, Sitz- und Bewegungsmeditation), Hatha-Yoga und Übungen zu den Fünf-Sinnen erlernbar und vermittelbar.

Der Praxis-Workshop stellt Ansätze Mindfulness-basierter Therapien selbsterfahrungsbezogen vor und diskutiert mit den TN Implikationen für die praktische Therapie von PatientInnen mit psychogenen Essstörungen.

16.00 – 16.30 Uhr	Verleihung der Awards „Bester Vortrag“ und „Bestes Poster“ / Best Oral Presentation & Best Poster Award Ceremony
-------------------	---

Vorsitz / Chair: Karin Waldherr, Wien (A)

Parallele Workshops (13-18) 16.30 – 18.00 Uhr

13) Aufbau von Selbstwertgefühl – aber wie?

Renate FEISTNER

Rat & Tat, Nürnberg, Deutschland

Als zentrales Thema in den Psychotherapien von Essstörungen gilt der Aufbau des Selbstwertgefühls. Jedoch wird selten beschrieben, wie dies praktisch geschehen soll.

In ihrer über 25-jährigen Praxiserfahrung in der ambulanten Psychotherapie, speziell mit essgestörten Menschen, entwickelte die Diplom Psychologin Renate Feistner eine anschauliche Methode, die sie anhand praktischer Übungen vorstellen wird.

14) Maltherapie – „Von der Geometrie zum Chaos“

Werner GERSTL

Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz, Kinderpsychiatrie, Linz, Österreich

Die Fähigkeit zur pubertären Aufarbeitung einer neuen Existenzerkenntnis im Rollenbild kann bei Mädchen, selten auch bei Knaben, Essstörungen, Blockaden auslösen, die mit Verweigerung dieser Identität beantwortet werden. Nun haben pubertierende Kinder einen besonderen Zugang zur Sublimation über Kulturtechniken wie Malen, Zeichnen, Dichten oder theatralischer Selbstinszenierung. Dieser wichtige Prozess ist bei den typischen Anorexien wenig angelegt und auch in der Krise nicht verfügbar. Protest wird nicht ausgeschieden sondern introvertiert. Konfliktlösung intrapunitiv versorgt. Auf der Suche nach therapeutisch wirksamen Konzepten trainieren wir Ausdrucksformen, die eine Konversion dieses

Rückzuges bewirken können. Unsere Erfahrungen wurden von der Maltherapeutin zusammengefasst und es werden im Workshop die Veränderungen einer inhaltlichen Gestaltung von Bildern oder Texten in Korrelation mit den medizinischen psychotherapeutischen Fortschritten dokumentiert. Als Einleitung wird eine PP Präsentation vorgestellt, Selbstbildnisse und Texte analysiert und schließlich wird an Hand einer Falldemonstration die Anpassung an die neue Identität mit Mut zur Zukunft diskutiert. Die kreative Verarmung mit starker Tendenz zu Reinlichkeit und Geometrie erlaubt auch im Organismus keine Veränderung. Das freie künstlerische Gestalten im Erleben und Ausdruck von Regression bewirkt letztlich auch den Mut zum Chaos.

15) Der Blick zurück – der Blick nach vorn...

Expertinnen im Wissen & Expertinnen im Erleben – neue Wege der Kooperation in der Arbeit im Bereich Essstörungen

Margrit HASSELMANN, Sina REINARZ

Suchtprävention Bremen, Deutschland

Doppelt genäht hält besser...

haben wir uns oft gedacht und später auch erfahren, als wir emotional berührendere Wege suchten, das Phänomen Ess-Störungen in unserer Arbeit (be)greifbarer und fühlbarer zu machen. Inzwischen arbeiten wir viel gemeinsam, in Fortbildungen, der Internetberatung, Öffentlichkeitsarbeit, der Entwicklung von Materialien zu Ess-Störungen, Seminaren mit Eltern und SchülerInnen. Auch in Erstkontakten und – Beratungen mit KlientInnen können durch die Kombination von therapeutischem und erlebtem, erlittenen Wissen neue Zugänge gefunden werden. Genau diese Vorgehensweise kann als Türöffner in besonders schwierigen Settings wirken.

Wir wollen ein Be-Greifen erreichen – Infos sind nicht gleich Infos, wenn sie spürbar werden - wir wissen nicht wirklich, was wir durch welche Interventionen wie anstoßen – wir wollen berühren, Beziehung herstellen – wir wollen verstören im Sinne von: einen Stein ins Wasser werfen und den Wellen lauschen...

Wir wissen, in Erstkontakten, da hört ein Zittern auf, löst sich eine Verkrampfung – das Nichtaussprechbare wird in Worte und Begegnung gefasst – da wird ein Lächeln möglich...

Die Ehemalige als „best practice“ - es lohnt sich, sich auf den Weg zu begeben...

Und was kommt nach der nächsten Biegung???

Wir möchten Ihnen unsere Arbeit vorstellen und in Segmenten Ausschnitte aus Fortbildungen und Beratungskontexten erfahrbar machen und praktisch erproben.

16) 10 Jahre Wohngemeinschaft Weidenhof - Resumee eines Erfolgsrezeptes

Waltraut KUBELKA-CHIMANI

Therapiezentrum Weidenhof, Grafenstein, Österreich

Frau Mag. Waltraut Kubelka-Chimani möchte im Rahmen ihres Workshops den methodenübergreifenden psychotherapeutischen Ansatz im Sinne eines multidimensionalen Gesamtbehandlungskonzeptes, welches am Weidenhof seit mehr als 10 Jahren erfolgreich zur Anwendung kommt, präsentieren.

Die Wichtigkeit der sozialpädagogischen Maßnahmen, des sozialen Lernens in der WG, insbesondere aber die Nachbeelterung und Nachreifung der Jugendlichen durch Einbeziehen in die Familie soll dargestellt werden. In Form einer in der WG gedrehten DVD können Interessierte das Leben in der Gemeinschaft sowie die therapieunterstützenden Maßnahmen wie Reittherapie, Klangschalen oder Hortikulturtherapie usw. kennen lernen.

17) Intensive ambulante Gruppentherapie von Jugendlichen mit Essstörungen

Petra MICHLER, Andrea WOLTER-FLANZ

Bezirksklinikum Regensburg, Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Regensburg, Deutschland

Es wird ein intensives ambulantes Gruppentherapiekonzept für Mädchen mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-eating-disorder) vorgestellt, als Möglichkeit neben/statt der stationären Behandlung und der Einzeltherapie bei niedergelassenen Therapeuten.

Das Therapiekonzept ist vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert und fördert die Selbstmanagementfähigkeiten der Jugendlichen, selbstbestimmt und eigenverantwortlich mit Ihrer Erkrankung umzugehen und Rückfällen rechtzeitig vorzubeugen. Das offene /skow-open) Gruppenkonzept führt zu einer sich immer wieder neu herstellenden Gruppenkohäsion, gegenseitiger Unterstützung und Solidarität zwischen den Mädchen, die in einer altersbedingt ähnlichen Entwicklungsphase und von einer Essstörung betroffen sind. Weitere Therapiebausteine sind die Gesprächspsychotherapie, die Kunst- und Tanztherapie, sowie die Ernährungstherapie. Für jede Patientin wird der Behandlungsplan je nach Alter, individueller Symptomatik, Problematik und Motivationslage modifiziert. Jedes Gruppenmitglied wird verpflichtet, definierte Gruppenregeln in der Gruppe einzuhalten.

Die Gruppe findet zweimal wöchentlich und an einem Samstag pro Monat statt. Die Jugendlichen verbleiben in ihrer bisherigen sozialen Umgebung. Der Transfer des Therapieerfolgs in das Alltagsleben ist damit unmittelbar und anhaltend. Die Behandlungsdauer beträgt 4 Monate bis zu einem Jahr, in schweren Fällen auch länger. Neben der Elternarbeit wird parallel zur Gruppe eine psychoedukative Elterngruppe angeboten.

18) Mindfulness-basierte Interventionen bei Essstörungen, Teil II

Andreas REMMEL^{1,2}, Britta RICHARZ¹, Verena WOEBER¹

¹Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich; ²Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland

Mindfulness-basierte Therapieansätze haben das Potential, die Psychotherapie entscheidend zu verändern. Mindfulness (Achtsamkeit) kennzeichnet die grundlegende Haltung des Menschen, Bewusstseinsinhalte (Gefühle, Gedanken, Empfindungen, Verhaltensmuster, Impulse) wahrzunehmen, zu beobachten und nicht-bewertend zu beschreiben. Mindfulness bedeutet die Konzentration und Fokussierung von Aufmerksamkeitsprozessen auf den gegenwärtigen Augenblick, und fördert die Fähigkeit, das Gegenwärtige als gegeben anzunehmen (Akzeptanz). Ein weiteres wichtiges Merkmal ist die Grundeinstellung einer liebevollen Zuwendung zu sich selbst.

Das entscheidende Potential dieses Ansatzes in der Behandlung von Patienten mit Affekt- und Emotionsregulationsstörungen, und damit auch Patienten mit psychogenen Essstörungen, liegt darin, zu lernen, sich in eine reflexive Haltung zu Bewusstseinsinhalten zu bringen und sich nicht mit Gefühlen, Gedanken, Obsessionen, Impulsen, zu identifizieren. Diese reflexive Distanzierung und Akzeptanz fördert zugleich Fähigkeiten der Habituation, erleichtert aber auch psychotherapeutische Methoden der kognitiven Umstrukturierung.

Mindfulness ist über meditative Verfahren (Atemmeditation, Sitz- und Bewegungsmeditation), Hatha-Yoga und Übungen zu den Fünf-Sinnen erlernbar und vermittelbar.

Der Praxis-Workshop stellt Ansätze Mindfulness-basierter Therapien selbsterfahrungsbezogen vor und diskutiert mit den TN Implikationen für die praktische Therapie von PatientInnen mit psychogenen Essstörungen.

Adressen der ReferentInnen / Address list

Aguirregabiria Begona, University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, Barcelona, Spanien

Alexandridis Katharina, Dr., Praxis für Entwicklungsförderung & Bewegungsbildung/Reittherapie, Mesnerhof in Thalkirchen, Deutschland, jk.alexandridis@web.de

Andorfer Ute, Mag. Dr., Anton Proksch Institut, Gräfin-Zichy-Strasse 6, 1090 Wien, Österreich, andorf@api.or.at

Ardelt-Gattinger Elisabeth, A.o. Univ.-Prof. Dr., Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, Hellbrunnerstraße 34, 5020 Salzburg, Österreich, elisabeth.ardelt@sbg.ac.at

Bailer Ursula, Univ.-Prof. Dr., Universitätsklinik für Psychiatrie, Abt. Allgemeine Psychiatrie, Währinger Gürtel 8-10, 1090 Wien, Ursula.bailer@meduniwien.ac.at

Banhidi-Kitzmantel, Mag., FEM/Setpoint, Tautenhayngasse 15/2302, 1050 Wien, Österreich, monika@banhidi.net

Bello Mabel Beatriz, Dr., ALUBA, Dep. Psiquiatria, Pueyrredón 1775, 1119ACA Buenos Aires, Argentina, secretaria@aluba.org

Benecke Andrea, Dr., Staudingerweg 9, Psychologisches Institut, Universität Mainz, 55099 Mainz, Deutschland, benecke@uni-mainz.de

Berger Franziska, Inselspital Bern, PUPK, Sahri Haus 1/14c, 3010 Bern, Schweiz, franziska.berger@insel.ch

Berger Gabriele, Essstörungenambulanz, Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- & Jugendalters, Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Österreich

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

Bittner Claudia, Dipl.Psych., Parkland-Klinik, Abteilung für Essstörungen, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen, Deutschland, claudia.bittner@parkland-klinik.de

Brabant G., Prof. Dr. med., Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Psychosomatik & Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland

Brauner Regina, Hungrig-Online e.V., 91009 Erlangen, Deutschland, re.brauner@web.de

Brazda Christiane, Universität Wien, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Währinger Gürtel, 1090 Wien, Österreich, christiane.brazda@ycn.com

Brunner Helga, Adula Klinik Oberstdorf, Neurologie/Psychiatrie, In der Leite 6, 87561 Oberstdorf, Deutschland, godehard.stadtmueller@t-online.de

Casasnovas Carolina, University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, 4400 Barcelona, Spanien

Castro Yolanda, University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, Barcelona, Spanien

Christodoulou Irene, Surgical Department, Papanikolaou Hospital of Thessaloniki, Heronias 6, 56625 Thessaloniki, Greece, irenesurgeon@yahoo.gr

Cislakova Martina, Essstörungsambulanz, Univ. Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- & Jugendalters, Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Österreich

Cagnolato Sabrina, Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorder Hospital Unit, 35100 Padua, Italy

Dalle Grave Riccardo, Dr., Villa Garda Clinic, Eating Disorders Unit, Via Monte Baldo 89, 3716 Garda, Verona, Italy

De Zwaan Martina, Univ.-Prof. Dr., Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Erlangen, Deutschland

Dieterich Michael, Prof. Dr., Institut für Praktische Psychologie, Freudenstadt, Deutschland

Drennig Saskia, Mag., Mosergasse 5, 1090 Wien, Österreich, saskia.drennig@meduniwien.ac.at

Dummer Verena, OA. Dr., Tagesklinik für Essstörungen, Univ.-Klinik für Psychiatrie/Psychosomatik, Sonnenburgstraße 9, 6020 Innsbruck, Österreich, Verena.Dummer@uklibk.ac.at

Dunitz-Scheer Marguerite, Univ.-Prof. Dr., Univ.-Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Abt. Psychosomatik & Psychotherapie, 8020 Graz, Österreich

Eder Harald, Dr.med., Ambulanz für Essstörungen, Universität für Neuropsychiatrie des Kindes- & Jugendalters, Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Österreich

Eguà Fermin Roberto, ALUBA, Dep. Psiquiatria, Buenos Aires, Argentina

Eisenkölbl Astrid, Essstörungsambulanz, Univ.- Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- & Jugendalters, Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Österreich

Faller H., Prof. Dr. Dr., Institut für Psychotherapie & Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, Klinikstraße 3, 97070 Würzburg, Deutschland

Favaro Angela, Dr.ssa, Department of Neuroscience, University of Padova, 35100 Padova, Italy

Feister Renate, Dipl.Psych., Rat & Tat, Psychologische Praxis für Essstörungen, Herrnstraße 14, 90489 Nürnberg, Deutschland, R.Feister@gmx.de

Fernández-Aranda Fernando, Prof. Ph.D., University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, Barcelona, Spanien

Ferrara Silvia, Dr., Department of Neuroscience University of Padova, Italy, silvia.ferrara4@tin.it

Fiorellini Bernardis Antonio, Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorder Hospital Unit, 35100 Padua, Italy

Fischer Thomas, Inselspital Bern, PUPK, 3010 Bern, Schweiz

Francesconi Mario, Univ.-Doz. Dr., Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Alland, Österreich

Frank Guido, Western Psychiatric Institute & Clinic, University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA

Frankenberger Katrin, Praxis für Entwicklungsförderung und Bewegungsbildung/Reittherapie, Mesnerhof in Thalkirchen, Deutschland

Friedl Helga, Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Institut für Psychologische Grundlagenforschung, Wien, Österreich

Fründ Annette, Praxis für sozialpädagogische Beratung Südsteig 9, 32052 Herford, Deutschland

Gajda Tünde, Semmelweis University Faculty of Medicine, I. Department of Pediatrics, 35128 Budapest, Hungary,

Gawlik Wolfgang, Dr.-Ing., Hungrig-Online e.V., 91009 Erlangen, Deutschland

Gerstl Werner, Prim. Dr., Landes- Frauen- & Kinderklinik Linz, Abteilung Kinder- & Jugendneuropsychiatrie, Krankenhausstraße 26-30, 4020 Linz, Österreich, werner.gerstl@gespag.at

Glatz Irene, Suchtprävention Bremen, Langmarckstraße 113, 28199 Bremen, Deutschland, irene-glatz@web.de

Gombas Wolfgang, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, Institut für Psychosoziale Strategien, Universitätsstraße 7, 1010 Wien, Österreich

Goris Marina, K.U. Leuven, FaBeR, Departement Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center-K.U. Leuven, Kortenberg

Gowers Simon, University of Liverpool, Department of Psychiatry, Liverpool, UK

Graf Thomas, Dipl.Psych., Adipositas Reha-Zentrum-Insula, Abteilung Psychologie, Insulaweg 8, 83383 Bischofswiesen, Deutschland, thomas.graf@dw-hohenbrunn.de

Granero Roger, University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, 4400 Barcelona, Spanien

Grylli Vasileia, Essstörungenambulanz, Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- & Jugendalters, Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Österreich

Guggenberger C., Adipositas Reha-Zentrum-Insula, Abteilung Psychologie, 4600 Bischofswiesen, Deutschland

Hansson Berit, M.D., Sahlgrenska University Hospital, Olskroksgatan 30, 35232 Gothenburg, Schweden, berit.eira.hansson@vgregion.se

Hartig Brigitte, Landratsamt Erlangen-Höchstadt, Gesundheitsamt, Schubertstraße 14, 91052 Erlangen, Deutschland, Brigitte.hartig@ga.erlangen-hoechst.de

Hartmann Armin, Universitätsklinik Freiburg, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hauptstraße 8, 79104 Freiburg, Deutschland

Haselberger Gabriele, sowhat Institut für Menschen mit Essstörungen, Gerstnerstraße 3, 1150 Wien, Österreich, gabriele.haselberger@chello.at

Hasselmann Margit, Suchtprävention Bremen, Langmarckstraße 113, 28199 Bremen, Deutschland, mhasselmann@lis.bremen.de

Hausmann Armand, A.o. Univ-Prof. Dr., Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Psychiatrie, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich

Henry Shannan, Western Psychiatric Institute & Clinic, University of Pittsburgh, 15213 Pittsburgh, USA

Hertzsch Helen, Hungrig-Online e.V., 1020 Erlangen, Deutschland, hhertzsch@gmx.net

Hinterhofer Herwig, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, Institut für Psychosoziale Strategien, Universitätsstraße 7, 1010 Wien, Österreich

Hochfellner Thomas, Univ.-Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Abt. Psychosomatik & Psychotherapie, 8020 Graz, Österreich

Hölling Heike, Robert Koch Institut, Department Kinder- & Jugendgesundheit, Seestraße 10, 13353 Berlin, Deutschland, HoellingH@rki.de

Hörndler Margit, MMag., Sowhat Institut für Menschen mit Essstörungen, Gerstnerstraße 3, 1150 Wien, Österreich, m.hoerndler@sowhat.at

Huber Wolf-Dietrich, Gastroenterologische Ambulanz, Univ.-Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Österreich

Hübner Helga, Essstörungenambulanz, Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- & Jugendalters, Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Österreich

Hunnekuhl Doris, Hungrig-Online e.V., Erlangen, Lerchenweg 59, 86156 Augsburg, Deutschland, drshunn@aol.com

Iff Samuel, Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie & Klinische Ernährung, Universitätsspital Bern, 3010 Bern, Schweiz

- Ikiz Tefrika**, Istanbul University, Psychology Department, 34000 Istanbul, Turkey
- Imgart Helmut**, Dr. med., Parkland-Klinik, Abteilung für Essstörungen, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen, Deutschland, hartmut.imgart@parkland-klinik.de
- Isenschmid Bettina**, Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie & Klinische Ernährung, Universitätsspital Bern, 3010 Bern, Schweiz
- Jäger Burkard**, Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Psychosomatik & Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland, jaeger.burkard@mh-hannover.de
- Jagsch Reinhold**, Mag. Dr., Institut für Klinische, Biologische & Differentielle Psychologie, Universitätsstraße 7/B606, 1010 Wien, Österreich, reinhold.jagsch@univie.ac.at
- Jeackel E.**, Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Psychosomatik & Psychotherapie, 30625 Hannover, Deutschland
- Jiménez-Murcia Susana**, University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, 08907 Barcelona, Spanien
- Juchmann Ulrike**, Dipl.Psych., Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Methfesselstraße 21, 10965 Berlin, Deutschland, UlrikeJuchmann@web.de
- Karoutsou Is.**, Laboratory of Hygiene and Environment Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Greece
- Karwautz Andreas**, Univ.-Prof. Dr., Ambulanz für Essstörungen, Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- & Jugendalters, Medizinische Universität Wien, 1050 Wien, Österreich
- Kaye Walter**, Prof. M.D., Western Psychiatric Institute & Clinic, University of Pittsburgh, 15213 Pittsburgh, USA
- Killius Uta**, Klinik & Poliklinik für Psychosomatik & Psychotherapie, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Deutschland
- Kinnunen Aija**, Inselspital Bern, PUPK, Murtenstraße 21, 3007 Bern, Schweiz, aija.kinnunen@insel.ch
- Kinzl Johann**, Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Psychiatrie, 6020 Innsbruck, Österreich
- Kololo Hanna**, National Research Institute of Mother and Child, Department of Epidemiology, 17A Kasprzaka Str., 01-211 Warsaw, Poland, hania_kololo@op.pl
- Kölz Daniela**, Centrum für Integrative Psychotherapie, Deutschland
- Konstantinidis Th.K.**, Laboratory of Hygiene and Environment Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Greece

Kramer Heike, Dr., Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau, 91052 Erlangen, Deutschland

Kratky Elisabeth, Univ.-Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Abt. Psychosomatik & Psychotherapie, 8010 Graz, Österreich

Krug Isabel, University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, Barcelona, Spanien, Isabel_Krug80@hotmail.com

Kubelka-Chimani, Mag., Therapiezentrum Weidenhof, Unterwühl 3, 9131 Grafenstein, Österreich, therapie-chimani@aon.at

Lager Caroline, Mag., Institut für Psychotherapie & Medizinische Psychologie, Klinikstr. 3, Universität Würzburg, 97074 Würzburg, Deutschland, Caroline.Lager@mail.uni-wuerzburg.de

Lam Tony, NETUNION, Ave Villamont 19, Lausanne, Schweiz

Lamprecht F., Prof. Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Psychosomatik & Psychotherapie, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Deutschland

Langsdorff M., Parkland-Klinik, Abteilung für Essstörungen, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen, Deutschland

Laub Dagmar-Tatjana, Dr., Psychotherapie-Tagesklinik, Giessereiweg 9, 3007 Bern, Schweiz, d.t.laub@gmx.ch

Leiteritz Andreas, Dr.med., Klinik Lüneburger Heide, An den Seewiesen 51, 29549 Bad Bevensen, Deutschland, leiteritz@klinik-lueneburger-heide.de

Lindroos Anna-Karin, Cambridge, Großbritannien

Logemann Klaus, Elternkreis Essgestörter Töchter und Söhne, Koringstraße 3A, 28755 Bremen, Deutschland

Lukács Liza, Semmelweis University Budapest, Institute of Behavioural Sciences, Budapest, Hungary

Lundblad Suzanna, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Schweden, suzanna.lundblad@vgregion.se

Maasche Barbara, Dr.med., Klinikum Berchtesgadener Land, Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 83471 Schönau am Königssee, Deutschland, ternst@schoen-kliniken.de

Malek Renate, Dr.med., Ordination für Psychiatrie und Neurologie, Maria Treng. 1/5c, 1080 Wien, Österreich, r.malek@tz8.at

Mangweth-Matzek Barbara, Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Psychiatrie, 6020 Innsbruck, Österreich, barbara.mangweth@uibk.ac.at

Martines Valentina, Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorder Hospital Unit, 35128 Padua, Italy

Martinez Cristina, University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, 08907 Barcelona, Spanien

Mathis Chet, Western Psychiatric Institute & Clinic, University of Pittsburgh, 15213 Pittsburgh, USA

Mattesich Monika, Dr., Medizinische Universität; Plastische & Wiederherstellungschirurgie, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich, Monika.Mattesich@uibk.ac.at

Mauch Manuela, Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, Universitätsspital Bern, 3010 Bern, Schweiz, Manuela.Mauch@bluewin.ch

Mazur Joanna, National Research Institute of Mother and Child, Department of Epidemiology, 10-211 Warsaw, Poland

Mazzag Júlia, Semmelweis University Faculty of Medicine, Institute of Behavioural Sciences, 1089 Budapest, Hungary

Meindl Markus, Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, 5020 Salzburg, Österreich

Meltzer Carolyn, Western Psychiatric Institute & Clinic, University of Pittsburgh, 15213 Pittsburgh, USA

Merl J. Michael, Dr., Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz, Abt. für Kinder- & Jugendneuropsychiatrie, Krankenhausstraße 26-30, 4020 Linz, Österreich

Mian Emanuel, Dr., Villa Garda Clinic, Eating Disorders Unit, Verona, Italy, emanuel.mian@tiscali.it

Michler Petra, Dipl.Psych., Bezirksklinikum Regensburg, Kinder- u. Jugendpsychiatrie, 93053 Regensburg, Deutschland, petra.michler@medbo.de

Molfenter Stefan, Adula Klinik Oberstdorf, Neurologie/Psychiatrie, 87561 Oberstdorf, Deutschland

Mugele Brigitte, Dr., Klinik für Sucht und Psychosomatische Medizin, 91052 Erlangen, Deutschland

Mühlhans Barbara, FAU Erlangen-Nürnberg, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Schwabanlage 3, 91654 Erlangen, Deutschland, barbara.muehlhans@psych.imed.uni-erlangen.de

Nebot Vall-Ilovera Olga, University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, Barcelona, Spanien

Nedoschill Jan, Dr., Universitätsklinikum Erlangen, Kinder- & Jugendabteilung für Psychische Gesundheit, 91052 Erlangen, Deutschland

Nickel Marius, Univ.-Prof. Dr.med., Inntalklinik Simbach, Jacob-Weindler-Straße 1, 84359 Simbach, Deutschland, m.nickel@inntalklinik.de

Nobis Gerald, Ambulanz für Essstörungen, Universität für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien, Gerald.Nobis@univie.ac.at

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

Oberbichler Veronika, Mag., Tagesklinik für Essstörungen, Univ.-Klinik für Psychiatrie/Psychosomatik, Sonnenburgstraße 9, 6020 Innsbruck, Österreich

Ohmayr Eva-Maria, Adula Klinik Oberstdorf, Neurologie/Psychiatrie, In der Leite 6, 87561 Oberstdorf, Deutschland

Pászthy Bea, Semmelweis University Faculty of Medicine, I. Department of Pediatrics, 1089 Budapest, Hungary

Pellegrini Lisa, Ambulanz für Essstörungen, Universität für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Medizinische Universität Wien, Österreich

Pieters Guido, K.U. Leuven, FaBeR, Department Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center- K.U.Leuven, Campus Kortenberg, Belgien

Pirim Bengi, Istanbul University, Psychology Department, 34000 Istanbul, Turkey, bpirim@istanbul.edu.tr

Piza-Katzer Hildegunde, Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität, Plastische & Wiederherstellungschirurgie Innsbruck, 6020 Innsbruck, Österreich

Pogonidis C. Laboratory of Hygiene and Environment Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Greece

Pösz Krisztina, Semmelweis University Faculty of Medicine, I. Department of Pediatrics, 1089 Budapest, Hungary

Preißler Till, OA.Dr., Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz, Abteilung Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Krankenhausstraße 24-26, 4020 Linz, Österreich, till.preissler@gespag.at

Price Julie, Western Psychiatric Institute & Clinic, University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA

Probst Michel, Prof., Ph. D., K.U. Leuven, FaBeR, Department Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center- K.U. Leuven, Campus Kortenberg, Belgien michel.probst@faber.kuleuven.be

Purkarthofer Sandra, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Abt. Psychosomatik und Psychotherapie, Graz, Österreich

Radinger Anna, Dr. Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Abt. Psychosomatik und Psychotherapie, Körösistraße 104/4/23, 8010 Graz, Österreich, annaradinger@gmx.at

Rathner Günther, Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Schöpfstraße 23, 6020 Innsbruck, Österreich, Guenther.Rathner@uibk.ac.at

Reich Günter, Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych., Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Deutschland, greich@gwdg.de

Reinarz Sina, Suchtprävention Bremen, Langemarckstraße 113, 28199 Bremen, Deutschland

Remmel Andreas, Prim. Dr. med. Dr. phil. Dipl. Psych., Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Grafenberger Straße 2, 3730 Eggenburg, Österreich, Andreas.Remmel@pszw.at

Ress Kata, Semmelweis University Faculty of Medicine, Institute of Behavioural Sciences, 1089 Budapest, Hungary

Richarz Britta, Dr. med., Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Grafenberger Straße 2, 3730 Eggenburg, Österreich, Britta.Richarz@pszw.at

Richter Stefanie, Dr.phil., Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Göttingen, Deutschland, Steff.Richter@gmx.de

Riedl Irmgard, Dipl.-Psych., Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Deutschland

Rieger Elizabeth, Dr., University of Sydney, School of Psychology, Darling Point Road 2/113, 2027 Sydney, Australia

Rosenauer Dominik M., Mag., Reiserstraße 50/12, 1030 Wien, Österreich, dmrosenauer@psychonline.at

Rosinger Eva, Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie Wien, Österreich

Rottensteiner Marion, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Abt. Psychosomatik und Psychotherapie, Graz, Österreich

Ruggiero Giovanni Maria, Dr., Studi Cognitivi „Scuola di Psicoterapia e Centro Ricerca“, Foro Buona Parte 57, 2012 Milano, Italia

Rupp CI., Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Psychiatrie, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich

Sandholz Angelika, Universitätsklinik Freiburg, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hauptstraße 8, 79104 Freiburg, Deutschland

Santonastaso Paolo, Prof. M.D., Department of Neuroscience, University of Padova, 35128 Padova, Italy

Sassaroli Sandra, Prof. M.,D., Studi Cognitivi, Scuola di Psicoterapia e Centro Ricerca, Foro Buonaparte 57, 20121 Milano, Italia, info@studicognitivi.net

Schäfer Judith, Hungrig-Online e.V., Erlangen, Deutschland, redzora_22@gmx.net

Scheer Peter, Univ.-Prof. Dr., Univ.-Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Auenbrugger Platz 30, 8036 Graz, Österreich

Schlack Robert, Robert Koch Institut, Department Kinder- und Jugendgesundheit, Seestraße 10, 13353 Berlin, Deutschland

Schlumbohm Heidi, Klinik Lüneburger Heide, Am Klambusch 21, 29549 Bad Bevensen, Deutschland

Schmid-Ott G., Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Psychosomatik und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Deutschland

Schnebel Andreas, ANAD e.V. – pathways, Poccistraße 5, 80336 München, Deutschland, wunderer@anad-pathways.de

Schober Edith, Gastroenterologische Ambulanz, Univ.-Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Österreich

Schowalter M., Dr., Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, 97074 Würzburg, Deutschland

Schwarzkopf Sarah, Hungrig-Online e.V., Erlangen, Deutschland, schwarz-kopf@gmx.de

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

Seyfarth Kathrin, Selbsthilfezentrum „Münchner Essrunde“, Lerchenauerstraße 4, 80802 München, Deutschland, Kathrin.Seyfahrt@web.de

Sinnreich Ursula, Essstörungenambulanz, Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- & Jugendalters, Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Österreich

Smith Evelyn, University of Sydney, School of Psychology, Sydney, Darling Point Road 2/113, 2027 Sydney, Australia, evelyns@psych.usyd.edu.au

Smrekar Ulrike, Dr.phil., Universitätsklinik für Psychologie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Ambulanz, Schöpfstraße 23a, 6020 Innsbruck, Österreich, ulrike.smrekar@uibk.ac.at

Stadtmüller Godehard, Dr., Adula Klinik Oberstdorf, Neurologie/Psychiatrie, In der Leite 6, 87561 Oberstdorf, Deutschland, godehard.stadtmueller@t-online.de

Stähr Elisabeth, Drogen- & Suchtberatung der Stadt Erlangen, 91052 Erlangen, Deutschland

Stanga Zeno, Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, Universitätsspital Bern, 3010 Bern, Schweiz

Stankovic Miodrag, M.D., MSc, Child & Adolescent Psychiatrist, Family Counsellor Clinic for Mental Health Protection – Daily Hospital Department for Children and Adolescents, 18000 Nis, Serbien, s-misa@EUnet.yu

Stankovic Sandra, Child & Adolescent Psychiatrist, Family Counsellor Clinic for Mental Health Protection – Daily Hospital Department for Children and Adolescents, 18000 Nis, Serbien

Stephan M., Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Psychosomatik & Psychotherapie, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Deutschland

Sterchi Anna-Barbara, Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, Universitätsspital Bern, 3010 Bern, Schweiz

Strobich Michaela, Mag., Wiener Programm für Frauengesundheit, Guglgasse 7-9, 1030 Wien, Österreich

Sudi Karl, Karl-Franzens-Universität, Institut für Sportwissenschaften, Karl-Franzens Universität, Mozartgasse 14, 8010 Graz, Österreich, karl.sudi@uni-graz.at

Sztanò Flóra, Semmelweis University Faculty of Medicine, I. Department of Pediatrics, 35128 Budapest, Hungary

Tappauf Michaela, Dr., Universitätsklinik für Kinder & Jugendheilkunde, Auenbrugger Platz 30, 8036 Graz, Österreich, Michaela.Tappauf@klinikum-graz.at

Teuscher Patricia, Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie & Klinische Ernährung, Universitätsspital, 3010 Bern, Schweiz

Terret Liselle, Central School of Speech and Drama, Embassy Theatre 64, Eton Avenue, London, United Kingdom

Thun-Hohenstein Leonhard, Dr., Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, Salzburg, Österreich

Todt Jutta, Jugend- & Familienberatung der Stadt Erlangen, 91052 Erlangen, Deutschland

Tolomio Silvia, Department of Medical & Surgical Sciences, University of Padova, Via Gattamelata 64, Italy, silvia.tolomio@unipd.it

Torgerson Jarl, Trollhättan, Schweden

Trabi Thomas, Dr., Univ.-Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Auenbrugger Platz 30, 8036 Graz, Österreich

Traunwieder Elisabeth, Univ.-Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Abt. Psychosomatik & Psychotherapie, 8020 Graz, Österreich

Travaini Giuseppe, Department of Medical & Surgical Sciences, University of Padova, Via Gattamelata 64, Italy

Türy Ferenc, Prof. M.D., Ph. D., Semmelweis University Faculty of Medicine, Institute of Behavioural Sciences, Nagyva'rad ter 4, Budapest, Hungary, tury@axelero.hu

Vanderlinden Johan, Dr., K.U. Leuven, FaBeR, Department Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center- K.U.Leuven, Campus Kortenberg, Belgium

Vass Zoltán, Károli Gáspár University of the Reformed Church of Hungary, Institute of Psychology, 35128 Budapest, Hungary

Vogelgesang Monika, Dr.med., Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Turmstr. 50-58, 66540 Neunkirchen, Deutschland, medleitungmue@AHG.de

von Hippel A., Parklandklinik, Abteilung Essstörungen, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen, Deutschland

Wagner Angela, Western Psychiatric Institute & Clinic, University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA

Wagner Gudrun, Mag., Ambulanz für Essstörungen, Univ.-Klinik f. Neuropsychiatrie des Kindes- & Jugendalters, Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich, gudrun.wagner@meduniwien.ac.at

Wagner Manfred, Prof. Dr., Universität für angewandte Kunst, Institut für Kunst und Kulturwissenschaften- Kunstpädagogik, Kultur & Geistesgeschichte, Gentzgasse 26, Wien, Österreich

Waldherr Karin, Mag. Dr., Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Institut für Psychologische Grundlagenforschung, Wien, Österreich, karin.waldherr@univie.ac.at

Wanner Christian, Ambulanz für Essstörungen, Universität für Neuropsychiatrie des Kindes- & Jugendalters, Medizinische Universität Wien Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich

Wappis Bernhard, Mag., Verein „Mann-Sein“, Villacherstr. 49, 9020 Klagenfurt, Österreich, bwappis@gmx.at

Weber Stefanie, Dipl.Psych., Universitätsklinik Freiburg, Abteilung für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie, Hauptstr. 8, 79104 Freiburg, Deutschland, stefanie.weber@uniklinik-freiburg.de

Wetzler-Burmeister Edda, Universitätsklinik Freiburg, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hauptstraße 8, 79104 Freiburg, Deutschland

Wiesinger Romana, Mag., Fonds Soziales Wien, Frauengesundheit, Guglgasse 7-9, 1030 Wien, Österreich, hilfe@essstoerungshotline.at

Wiesnagrotzki Stefan, Dr.med., Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie, 1050 Wien, Österreich

Wimmer-Puchinger Beate, Univ.-Prof. Dr., Wiener Programm für Frauengesundheit, Guglgasse 7-9, 1030 Wien, Österreich

Winkler Martin, Dr., Klinik Lüneburger Heide, An den Seewiesen 51, 73035 Bad Bevensen, Deutschland

Wirsching Michael, Prof. Dr., Universitätsklinik Freiburg, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hauptstraße 8, 79104 Freiburg, Deutschland

Witte-Lakemann Gabriele, Klinik & Poliklinik für Psychosomatik & Psychotherapie, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Deutschland

Woeber Verena, Mag., Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Grafenberger Straße 2, 3730 Eggenburg, Österreich

Wolter-Flanz Andrea, Bezirksklinikum Regensburg, Kinder- & Jugendpsychiatrie, Regensburg, Hanfgärtliweg 1, 80538 Flüelen, Deutschland, an.wolter@gmx.de

Wunderer Eva, Dr., ANAD e. V.-pathways München, Poccistraße 5, 80336 München, Deutschland

Wünsch-Leiteritz Wally, Dr.med., Klinik Lüneburger Heide, An den Seewiesen 51, 29549 Bad Bevensen, Deutschland, wuensch-leiteritz@klinik-lueneburger-heide.de

Xenodoxidou E., Hospital Papanikolaou, Thessaloniki, Greece

Yavuz Elif, Istanbul University, Psychology Department, Ordu Cad. Vezneciler, Faculty of Letters, 34000 Istanbul, Turkey, eyavuz12@yahoo.com

Yücel Basak, Istanbul University, Psychology Department, 34000 Istanbul, Turkey

Zaccaria Marco, Department of Medical & Surgical Sciences, University of Padova, Via Gattamelata 64, 2390 Padova, Italy

Zampieri Melania, Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorder Hospital Unit, Padua, Italy

Zeeck Almut, Dr., Universitätsklinik Freiburg, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hauptstraße 8, 79104 Freiburg, Deutschland

Zeigermann S., Medizinische Hochschule Hannover, Abt.. Psychosomatik & Psychotherapie, 30625 Hannover, Deutschland

Zenati Elena, Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorder Hospital Unit, Padua, Italy

Zitt Christian, Mag., Universität für angewandte Kunst, Kultur & Geistesgeschichte, Gentzgasse 26/25, 1180 Wien, Österreich, ch.zitt@aon.at

Notizen / Notes

Wir danken folgenden Sponsoren für ihre Unterstützung dieser Tagung:

- Land Tirol
- Stadt Innsbruck
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen & Konsumentenschutz
- Wagner'sche Buchhandlung, Innsbruck
- Tiroler Sparkasse Innsbruck

Dieser Kongress wurde von keiner Pharmafirma gesponsort.



BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT
GENERATIONEN UND KONSUMENTENSCHUTZ



Museumstraße 4
A-6020 Innsbruck
t: 0512/59505-0
f: 0512/59505-38
buch@wagnersche.at
www.wagnersche.at

BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN



Tiroler
SPARKASSE 
In jeder Beziehung zählen die Menschen.