



# Kongress Essstörungen 2007

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

## *Eating Disorders 2007*

**15. Internationale Wissenschaftliche Tagung**  
*The 15<sup>th</sup> International Conference on Eating Disorders*

**18.-20. Oktober 2007**

Congress Centrum Alpbach, Tirol,  
Österreich

**Programm und Abstracts**

[www.netzwerk-essstoerungen.at](http://www.netzwerk-essstoerungen.at)

[www.oeges.or.at](http://www.oeges.or.at)

[www.eced-innsbruck2005.at](http://www.eced-innsbruck2005.at)

## **Sehr geehrte KongressteilnehmerInnen! Liebe KollegInnen!**

Wir freuen uns, Sie bei unserer Jubiläumstagung, dem **15. Internationalen Kongress Essstörungen 2007** in Alpbach/Tirol zu begrüßen und danken allen ReferentInnen für Ihre Beiträge.

Diese jährlich stattfindende Tagung ist der **größte regelmäßig stattfindende Essstörungskongress im deutschsprachigen Raum**. Neben dem aktuellen Forschungsstand bei Essstörungen und Adipositas steht einerseits die Übersetzung der Forschung und klinischen Erfahrungen in die therapeutische Praxis im Mittelpunkt, andererseits die stärkere Berücksichtigung der Sichtweisen (ehemals) Betroffener und Angehöriger in der Behandlung. Mit über 50 Vorträgen, 14 Posterpräsentationen sowie 21 Workshops ist es ein dichtes Programm; die Vortragenden und KongressteilnehmerInnen kommen aus 12 Ländern.

Wie schon in den vergangenen Jahren wird ein **Internationaler Klinischer Workshop (Teaching Day) mit führenden ExpertInnen für Essstörungen, Sandra Sassaroli & Giovanni Ruggiero (Italien), Bärbel Wardetzki (Deutschland) und Adipositas/Übergewicht, Udo Pollmer (Deutschland)** durchgeführt.

Beim vorjährigen Kongress wurde die **Weltweite Charta für Essstörungen** erstmals in deutscher Sprache öffentlich vorgestellt. Die **Österreichische Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES)** und das **Netzwerk Essstörungen**, die **nationalen Kontaktstellen der Charta** für Österreich haben auch die Möglichkeit der **online Unterstützung für den deutschsprachigen Raum** eingerichtet. Wir berichten über die bisherigen persönlichen und institutionellen Unterstützer, darunter fast alle einschlägigen Kliniken und Beratungsstellen in Österreich und rufen dazu auf, für PatientInnenrechte einzutreten, die Position der Betroffenen und Angehörigen zu verbessern und deren Stigmatisierung aufzudecken.

Auch heuer werden **Urkunden für die Besten Vorträge und die Besten Poster** verliehen, durch Votum aller KongressteilnehmerInnen („Gold, Silber, Bronze“). Ziel ist es, herausragende wissenschaftliche oder klinische Vorträge und Poster zu würdigen.

Wir danken allen öffentlichen und privaten Förderern und Sponsoren sehr herzlich; insbesondere **Frau Dr. Zanon, Landeshauptmannstellvertreterin von Tirol; Frau Stadträtin Oppitz-Pöller und Frau Bürgermeisterin Hilde Zach (Innsbruck)** sowie **Frau Bundesministerin Doris Bures (Bundeskanzleramt Frauen)** für die Basisfinanzierung des Netzwerk Essstörungen.

Ich wünsche Ihnen einen interessanten Kongress, kritische Einblicke, neue Kontakte und eine schöne Zeit hier in Alpbach. Unterstützen Sie die Arbeit des Netzwerk Essstörungen und der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES) auch durch Ihre Mitgliedschaft!

Günther Rathner

Innsbruck, im Oktober 2007

(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 our jubilee meeting, the 15<sup>th</sup> International Congress. This meeting is the largest annual 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. Having regard for the policy of the Netzwerk Essstörungen, all sessions are open to sufferers, carers and clinicians/researchers; thus the voice of sufferers and carers and its influence on research can be strengthened. The bilingual format of the meeting (German-English) has been confirmed and will continue in the future to strengthen the European cooperation; simultaneous translation of plenary sessions, at least one English track in all parallel paper sessions and at least one English workshop in the parallel workshop series.*

*A Pre-Congress Clinical Workshop (Teaching Day) with leading international experts is included since 2004. This year Sandra Sassaroli & Giovanni Ruggiero (Italy) and Bärbel Wardetzki (Germany) cover eating disorders and Udo Pollmer (Germany) deals with myths in obesity research and treatment.*

*Our last year's meeting presented the World Wide Charter for Action on Eating Disorders for the first time in German. The Austrian Society on Eating Disorders (ÖGES/ASED) and the Netzwerk Essstörungen are national contact points for the Charter and have installed the online signature for Central Europe. Up to now almost all relevant eating disorders institutions in Austria have signed. We call up to enforce patient's right and fight stigmatization of sufferers and carers.*

*Again the Best Oral Presentation Award and the Best Poster Award will be presented, based on the voting of all congress delegates („gold, silver, bronze“). It is aimed at encouraging scientists and clinicians to present outstanding papers and posters.*

*Finally, we would like to thank all sponsors and supporters. I do hope that the discussions and contacts are stimulating and that you find at least some time to enjoy the amazing scenery of Alpbach. We hope we meet again in 2008 with an increased participation from all over Europe.*

Günther Rathner

Innsbruck, October 2007

(Convenor & Chairman)

### **Ehrenschutz:**

**Dr. Elisabeth Zanon**, Landeshauptmannstellvertreterin, Tiroler Landesregierung  
**Univ.-Prof. Dr. Clemens Sorg**, Rektor der Medizinischen Universität Innsbruck  
**Univ.-Prof. Dr. Karlheinz Töchterle**, Rektor der 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@i-med.ac.at](mailto:guenther.rathner@i-med.ac.at)

**Zentrum für Essstörungen  
ZfE**

Weierburggasse 1 A  
A-6020 Innsbruck  
Tel. +43-664-39 66 700

### **Kongressorganisation:**

Susanne Schweiger  
Netzwerk Essstörungen  
Templstrasse 22  
A-6020 Innsbruck  
☎ +43-512-57 60 26  
Fax. +43-512-58 36 54

E-mail: [info@netzwerk-essstoerungen.at](mailto:info@netzwerk-essstoerungen.at)  
[www.netzwerk-essstoerungen.at](http://www.netzwerk-essstoerungen.at)

### **Kongressveranstalter:**

- **Netzwerk Essstörungen** in Zusammenarbeit mit
- Österreichische Gesellschaft für Essstörungen (**ÖGES**) [www.oeges.or.at](http://www.oeges.or.at)
- Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie [www.i-med.ac.at](http://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 (Congress Secretariat)

Achenrainer Doris  
Canaval Herta  
Engelhardt Anna  
Gorfer Daniela  
Haid Barbara  
Knödl Janine  
Neuschmid Bernardette  
Oleksy Patricia  
Reinwald Isabella  
Schwald Patricia  
Sommavilla Sara  
Stammler Susanne

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



Die Österreichische Ärztekammer hat den Kongress Essstörungen 2007 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 die Kongressmappe, Abstractband, Teilnahme am wissenschaftlichen Programm und die Teilnahme am Kongressempfang.

# ZEITPLAN / SCHEDULE

## DONNERSTAG, 18. Oktober 2007 / THURSDAY, OCTOBER 18, 2007

09.00 – 17.30	INTERNATIONALER KLINISCHER WORKSHOP / PRE-CONGRESS-WORKSHOP – TEACHING DAY ACHTUNG: Separate Anmeldung & Gebühr / PLEASE NOTE: separate registration & fee
15.00 – 18.00	Anmeldung beim Kongressbüro Alpbach/ Registration Congress Centre Alpbach

## FREITAG, 19. Oktober 2007 / FRIDAY, OCTOBER 19, 2007

08.00 – 09.00	Poster exhibitions open	Anmeldung beim Kongressbüro Alpbach/ Registration Congress Centre Alpbach			
09.00 – 09.30		Begrüßung und Eröffnung / Opening Ceremony			
09.30 – 10.30		Plenarvorträge mit Diskussion / Plenary Paper Sessions Essstörungen und Adipositas / Eating Disorders and Obesity			
10.30 – 11.00		Pause / Coffee Break			
11.00 – 12.45		Plenarvorträge mit Diskussion / Plenary Paper Sessions Essstörungen und Adipositas / Eating Disorders and Obesity			
12.45 – 14.15		Mittagspause / Lunch Break			
14.15 – 15.00		Plenare Postersitzung & Posterbesichtigung / Guided Plenary Poster Session			
15.00 – 16.30		Parallelsitzung 1 / Parallel session 1 Information & Prävention / Information & Prevention	Parallelsitzung 2 / Parallel session 2 Psychopathologie, biologische Faktoren & Behandlung / Psychopathology, biological factors & treatment	Parallelsitzung 3 / Parallel session 3 Epidemiologie / Epidemiology	Parallelsitzung 4 / Parallel session 4 Symposium: Emotionen und Affektregulation bei Essstörungen
16.30 – 16.45		Pause / Coffee Break			
16.45 – 18.15		Parallele Workshops / Parallel Workshops (1-7)			
18.15 – 19.00		Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES) / General Assembly of the Austrian Society on Eating Disorders (ASED)			
19.00 – 21.00		Kongressempfang des Landeshauptmann von Tirol, DDr. Herwig van Staa / Welcome Reception of the Governor of Tyrol, DDr. Herwig van Staa			

## SAMSTAG, 20. Oktober 2007 / SATURDAY, OCTOBER 20, 2007

08.00 – 09.00	Poster exhibitions open	Anmeldung beim Kongressbüro Alpbach/ Registration Congress Centre Alpbach			
09.00 – 10.30		Parallelsitzung 5 / Parallel session 5 Gesellschaftliche Faktoren / Socio-cultural factors	Parallelsitzung 6 / Parallel session 6 Risk factors, comorbidity, and biological factors	Parallelsitzung 7 / Parallel session 7 Übergewicht und Adipositas	
10.30 – 11.00		Pause / Coffee Break			
11.00 – 12.30		Parallelsitzung 8 / Parallel session 8 Soziales Umfeld & Risikofaktoren	Parallelsitzung 9 / Parallel session 9 Beratungs- und Behandlungskonzepte	Parallelsitzung 10 / Parallel session 10 Treatment	
12.30 – 14.00		Mittagspause / Lunch Break			
14.00 – 15.30		Parallele Workshops / Parallel Workshops (8-14)			
15.30 – 16.00		Pause / Coffee Break			
16.00 – 16.30		Literatur & Malerei von B. Koxeder & E. Huemer Verleihung der Awards „Bester Vortrag“ und „Bestes Poster“ / Poem & Painting by B. Koxeder & E. Huemer Best Oral Presentation & Best Poster Award Ceremony			
16.30 – 18.00		Parallele Workshops / Parallel Workshops (15-21)			
18.00		Ende des Kongresses Auf Wiedersehen beim Kongress Essstörungen 2008 Farewell until 2008			

**Kongress Essstörungen 2007  
Eating Disorders 2007**

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

**15. Internationale Wissenschaftliche Tagung  
The 15<sup>th</sup> International Conference on Eating Disorders**

18.-20. Oktober 2007  
Alpbach, Tyrol/Austria

**Kongressprogramm / Scientific Program**

---

**DONNERSTAG, 18. Oktober 2007 / THURSDAY, October 18, 2007**

---

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

Separate Anmeldung erforderlich; nicht in der Kongressgebühr enthalten.  
*Separate registration necessary; not included in the congress fee.*

09:00 - 10:30 Uhr

**The worry and control centered treatment of eating disorders**

Sandra SASSAROLI<sup>1 2</sup>, Giovanni RUGGIERO<sup>1 2</sup>

<sup>1</sup> "Studi Cognitivi", Cognitive Psychotherapy School, Milan, <sup>2</sup> "Psicoterapia Cognitiva e Ricerca",  
Cognitive Psychotherapy School, Milan, Italy

11:00 - 12:30 Uhr

**Gestalttherapie bei Essstörungen**

Bärbel WARDETZKI

*München, Deutschland*

14:00 - 15:30 Uhr

**Adipositas: Symptom oder Diagnose?**

Udo POLLMER

*Europäisches Institut für Lebensmittel-Ernährungswissenschaften e.V., Gemmingen, Deutschland*

16:00 - 17:30 Uhr

**Essstörungen - etwa durch Prävention?**

Udo POLLMER

*Europäisches Institut für Lebensmittel-Ernährungswissenschaften e.V., Gemmingen, Deutschland*

---

15.00-18.00

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

---

**FREITAG, 19. Oktober 2007 / FRIDAY, October 19, 2007**

---

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/Vice Governor of Tyrol

**“Eat to attack”** Kurzfilm von “Margit”/Short film by “Margit”

---

**09:30-12:45 Uhr** **Plenarvorträge mit Diskussion / Plenary Paper Session**

---

Vorsitz/Chair: Günther Rathner, Innsbruck (A) & Karin Waldherr, Wien (A)

09.30 – 10.00 Uhr

**Control as the forgotten cognitive factor of eating disorders**

Sandra SASSAROLI<sup>1 3</sup>; Marcello GALLUCCI<sup>2</sup>; Giovanni Maria RUGGIERO<sup>1 3</sup>

<sup>1</sup>”Studi Cognitivi”, Cognitive Psychotherapy School, Milan, Italy <sup>2</sup>Department of Psychology, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy, <sup>3</sup>”Psicoterapia Cognitiva e Ricerca”, Cognitive Psychotherapy School, Milan, Italy

10.00 – 10.30 Uhr

**Weiblicher Narzissmus und Bulimie**

Bärbel WARDETZKI

München, Deutschland

---

**10.30 – 11.00 Uhr** **Pause/Break**

---

Vorsitz/Chair: Günther Rathner, Innsbruck (A) & Karin Waldherr, Wien (A)

11.00 – 11.05 Uhr

**Literatur & Malerei: “Masken-Bilder”: Von Verdrängung zu Selbsterkenntnis**

Birgit KOXEDER & Evelyn HUEMER

Linz, Österreich

11.05 – 11.10 Uhr

**“Initiative S-O-Ess”: Gemeinsames Lobbying gegen unerreichbare Schlankeitsideale**

Michaela LANGER, Beate WIMMER-PUCHINGER

Fonds Soziales Wien, Wien, Österreich

11.10 – 11.15 Uhr

**Ist meine Familie noch zu retten?- Eine Mutter berichtet über den Kampf gegen die Magersucht in Ihrer Familie**

Brigitte LIPPELT

Elternkreis Essgestörter Töchter und Söhne, Bremen, Deutschland

---

11.15 – 11.25 Uhr

**Weltweite Charta für Essstörungen: Für PatientInnenrechte und gegen Stigmatisierung/Worldwide Charta for Action on Eating Disorders: Support Patient's Rights and fight Stigmatisation**

Karin WALDHERR<sup>1</sup>, Günther RATHNER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Vienna, Faculty of Psychology, Vienna, Austria; <sup>2</sup>Medical University Innsbruck, Department of Psychological Medicine and Psychotherapy, Innsbruck, Austria

11.25 – 11.45 Uhr

**Real Time Monitoring und Therapieprozessforschung bei Essstörungen**

Andreas REMMEL

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

11.45 – 12.15 Uhr

**Kann denn Essen Sünde sein?**

Udo POLLMER

Europäisches Institut für Lebensmittel – Ernährungswissenschaften e.V., Gemmingen, Deutschland

12.15 – 12.45 Uhr

Plenardiskussion/Plenary Discussion

---

12.45 – 14.15 Uhr **Mittagspause/Lunch Break**

---

14.15 – 14.45 Uhr

**Plenare Postersitzung / Guided Plenary Poster Session**

14.45 – 15.00 Uhr

**Posterbesichtigung / Poster Viewing**

Vorsitz / Chair: Andreas Karwautz, Wien (A)

---

**1: Persönlichkeit/Personality**

**Präsentation/Presenter:**

Gudrun Wagner, Wien (A)

**P01) Emotionales Erleben bei Anorexia & Bulimia nervosa. Emotionserleben, Emotionsregulation und Alexithymie**

Viktoria KLUCKNER

Innsbruck, Österreich

**P02) The correlates of recovery from eating disorders: The role of profile characteristics, help-seeking behavior, illness cognitions, social support and coping styles**

Isabel KRUG<sup>1</sup>, Jane OGDEN<sup>2</sup>, Joanna HOLLIDAY<sup>3</sup>, Laura SOUTHGATE<sup>3</sup>, Fernando FERNANDEZ-ARANDA<sup>1</sup>, Janet TREASURE<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University Hospital of Bellvitge, Barcelona, Spain; <sup>2</sup>University of Surrey, Guildford, Great Britain; <sup>3</sup>Guy's Hospital, London, Great Britain



---

**P03) Can binge eating be defined by perfectionism, self-awareness, negative affect and avoiding behavior?**

Miljana KUKIC, Alessandra POKRAJAC-BULIAN, Sarlota SAINA, Mladenka TKALCIC  
*Faculty of Arts and Sciences, University of Rijeka, Rijeka, Croatia*

**P04) Männer haben's schwer, nehmen's leicht? Eine experimentelle Studie zum Einfluss von Modelbildern auf Körperzufriedenheit und Selbstwert**

Oswald David KOTHGASSNER<sup>1</sup>, Sylvia GRASSL<sup>1</sup>, Karin WALDHERR<sup>1</sup>, Günther RATHNER<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>*Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Wien, Österreich;* <sup>2</sup>*Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck Österreich*

**P05) Body Image Dissatisfaction, Coping Styles and Attachment in eating disordered women**

Despina LEARMONTH  
*London, Metropolitan University, London, Great Britain*

---

**2: Medizinische Aspekte/Medical aspects**

**Präsentation/Presenter:**

Michaela Tappauf, Graz (A)

**P06) Personality traits in muscle dysmorphia**

Bernadett BABUSA, Ferenc TÚRY  
*Semmlweis University Budapest, Budapest, Hungary*

**P07) Refeeding Syndrom und Zentrale Pontine Myelinolyse bei 22-jähriger Patientin mit Anorexia nervosa**

Eugenia Maria CRACIUN, Andrea RIEDL, Frank SCHOENREICH, Burghard KLAPP  
*Charité Universitätsklinik Berlin, Berlin, Deutschland*

**P08) Interdisziplinäre Sondenentwöhnung, das "Grazer Modell"**

Michaela TAPPAUF, Marguerite DUNITZ-SCHEER, Hildegard NITSCHKE, Katharina BRUMUCIC, Eva KERSCHISCHNIK, Thomas TRABI, Peter SCHEER  
*Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz, Österreich*

**P09) Accuracy of self reported height and weight in female adolescents and implications for epidemiological studies**

Karin WALDHERR<sup>1</sup>, Helga FRIEDL<sup>1</sup>, Günther RATHNER<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>*University of Vienna, Faculty of Psychology, Vienna, Austria;* <sup>2</sup>*Medical University Innsbruck, Department of Psychological Medicine and Psychotherapy, Innsbruck, Austria*

**Präsentation/Presenter:**

Isabel Krug, Barcelona (E)

**P10) “Ich wollte nicht mehr fühlen müssen”. Eine Analyse autobiographischer Literatur zu Magersucht/“I didn’t want to feel anymore”. An analysis of autobiographical books about Anorexia nervosa**

Brigitte LEYPOLD, Annemarie RETTENWANDER

*Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich*

**P11) Schwangerschaft und Fertilität bei Essstörungen anhand eines Case Reports einer Patientin mit bulimiformer Anorexia nervosa und Schwangerschaft**

Andrea RIEDL, Gabriele GOSSING, Boris KRETSCHMER, Burghard KLAPP, Martina RAUCHFUSS

*Charité Universitätsklinik, Campus Mitte, Berlin, Deutschland*

**P12) Fathers and daughter in eating disorders**

Linda SZABÓ

*Semmelweis University Budapest, Budapest, Hungary*

**P13) Hypnotizability in bulimia nervosa**

Ferenc TÚRY, Pál SZABÓ

*Semmelweis University Budapest, Budapest, Hungary*

**P14) Computer-based interventions for the prevention of eating disorders: a systematic review**

Despina LEARMONTH

*City University, London, Great Britain*

---

15.00 – 16.30

Parallele Vorträge/Parallel sessions (1-4)

---

Parallelsitzung 1/Paralles session 1  
Information & Prävention/Information & Prevention

Vorsitz/Chair: Gudrun Wagner, Wien (A)

15.00 – 15.15 Uhr

**V01) Essstörung außerhalb der Großstadt – Weg mit dem Tabu in den Kleingemeinden. Eine Laientheatergruppe erreicht Betroffene, Angehörige und Interessierte.**

Frederike AMESBERGER

*Theaterverein “Die Mitterndorfer Brettblödler”, Ebreichsdorf, Österreich*

15.15 – 15.30 Uhr

**V02) Entwicklung eines Inputs zur schulischen Prävention von Essstörungen im Jugendalter unter besonderer Berücksichtigung der Anorexia nervosa**

Manuela KONRAD

*Fachhochschule Joanneum, Bad Gleichenberg, Österreich*

15.30 – 15.45 Uhr

**V03) Wenn die Seele hungert – “Wer zu viel abnimmt, verliert mehr als nur ein paar Kilo”**

Bernhard WAPPIS

*Sowhat – Institut für Menschen mit Essstörungen, Wien, Österreich*

15.45 – 16.00 Uhr

**V04) “Initiative S-O-Ess”: Gemeinsames Lobbying gegen unerreichbare Schlankeitsideale**

Michaela LANGER, Beate WIMMER-PUCHINGER

*Fonds Soziales Wien, Wien Österreich*

16.00 – 16.15 Uhr

**V05) Essstörungen bei Männern**

Bernhard WAPPIS

*Verein “Mann-Sein” – Verein zur Förderung von ganzheitlichen Männer-Gesundheits-Projekten, Klagenfurt; Sowhat – Institut für Menschen mit Essstörungen, Wien, Österreich*

16.15 – 16.30 Uhr

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

---

**Parallelsitzung 2/Parallel session 2**  
**Psychopathologie, biologische Faktoren & Behandlung/Psychopathology, biological factors & treatment**

Vorsitz/Chair Anna Palleschi, Padua (I)

15.00 – 15.15 Uhr

**V06) Der Essanfall – für Betroffene (k)ein Tabuthema? – Zwischenergebnisse einer Fragebogenstudie**

Annegret HOPE, Peter HUSAR

*TU Ilmenau, Institut für Biomedizinische Technik und Informatik, Ilmenau, Deutschland*

15.15 – 15.30 Uhr

**V07) Topiramat bei Bulimia nervosa, Teil II: 18 Monate Follow-up**

Sabine KIENAST, Marius NICKEL, Melanie SCHATZ, Christian KETTLER

*Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie, Bad Aussee, Österreich*

15.30 – 15.45 Uhr

**V08) “Alles oder nichts” – Das Auftreten von Bulimia nervosa**

Martine KÖCK<sup>1</sup>, Lauri NEVONEN<sup>1</sup>, Katharina ASTRAND<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Anorexie- und Bulimie Spezialambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik des Königin Silvia Kinderkrankenhauses, <sup>2</sup>Sahlgrenska Akademie, Göteborg, Schweden*

15.45 – 16.00 Uhr

**V09) Verminderte Geschmackspapillendichte und veränderte Schmeckwahrnehmung bei PatientInnen mit Essstörungen**

Lars WÖCKEL<sup>1</sup>, Alice JACKOB<sup>1</sup>, Thomas HUMMEL<sup>2</sup>, Fritz POUSTKA<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Universitätsklinik Frankfurt/Main, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters; <sup>2</sup>Technische Universität Dresden, Hals-, Nasen-, Ohrenklinik, Fraktionsbereich Riechen und Schmecken, Frankfurt, Deutschland*

16.00 – 16.15 Uhr

**V10) Essstörungen und internistische Probleme in der Praxis – Komorbiditäten und Probleme anhand von Fallbeispielen**

Hartmut IMGART, Christiane STARKE

*Parkland Klinik, Bad Wildingen, Deutschland*

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

---

**Parallelsitzung 3/Parallel session 3**  
**Epidemiologie/Epidemiology**

Vorsitz/Chair: Giovanni Ruggiero, Milan (I) & Ferenc Túry, Budapest (H)

15.00 – 15.15 Uhr

**V11) Longterm Examination (10 years) of the Nutrition in the Czech Republic**

Vera ADÁMKOVÁ<sup>1,2</sup>, Zdena ŠKODOVA<sup>1</sup>, Vera LÁNSKÁ<sup>1</sup>, Renata CIFKOVÁ<sup>1</sup>, J. KAUCKÁ<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Institute for Clinical and Experimental Medicine Prague; <sup>2</sup>South Bohemia University, České Budějovice, Faculty for Public Health and Social Studies, Prague, Czech Republic*

---

15.15 – 15.30 Uhr

**V12) A preliminary survey on eating behaviors and body image concerns among adolescents of Friuli-Venezia-Giulia**

Emanuel MIAN

*Body Image, Triest, Italy*

15.30 – 15.45 Uhr

**V13) Modern disorders of eating and body image**

Ferenc TÚRY

*Semmelweis University Budapest, Budapest, Hungary*

15.45 – 16.00 Uhr

**V14) Intercultural Comparison of the Desire of Slimness as a Risk Factor for Bulimia Nervosa: New Results of the Hannover-Silhouettes**

Burkard JÄGER, Dounia ZOUAOUI, Franziska CARDEMATORI, Sonia BOTICA, Gomez PERESMITRÈ, Harald GÜNDEL

*Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland*

16.00 – 16.15 Uhr

**V15) A comparison between traditional submissiveness and modernistic sense of autonomy as cultural factors for eating disorders in Italian and Swedish women**

Giovanni Maria RUGGIERO, Lauri NEVONEN

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva Milano, Milano, Italy*

16.15 -16.30 Uhr

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

---

**Parallelsitzung 4/Parallel session 4  
Symposium: Emotionen und Affektregulation bei Essstörungen**

Vorsitz/Chair: Ulrike Smrekar, Innsbruck (A)

15.00 – 15.15 Uhr

**V16) Neurobiologie und Entwicklungspsychologie der Affektregulation**

Andreas REMMEL

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

15.15 – 15.30 Uhr

**V17) Psychische Komorbidität und Affektivität bei Patienten mit Adipositas per magna**

Sandra SCHWARZENBERGER, Saskia DRENNIG

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

15.30 – 15.45 Uhr

**V18) Emotionsreduzierte Psychotherapie und Skills-Training bei Essstörungen**

Verena WOEBER

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

15.45 – 16.30 Uhr

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

**WS01) Selbstzerstörung versus Selbstfürsorge – Verstehen und Behandeln von Patienten mit multi-impulsivem selbstverletzendem Verhalten**

Ute ANDORFER

*Anton-Proksch-Institut Wien, Wien, Österreich*

**WS02) 9 Jahre telefonische Beratung hautnah – in Theorie und Praxis**

Christine BISCHOF, Romana WEISINGER

*Fonds Soziales Wien, Wien Österreich*

**WS03) Aufstellen was Frau is(s)t! Gruppentherapie für Frauen mit Essstörungen**

Renate GÄNSZLE

*FEM Wien, Wien, Österreich*

**WS04) “Ein bewegter Zugang zur Seele” – Bewegungsanalyse (Methode C. Rick) und Essstörungen**

Gabriele HASELBERGER

*Intact Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen, Wien, Österreich*

**WS05) Mirror, Mirror on the Wall...Mirror Behavior and Mirror Exercise of Patients with Eating Disorders**

Michel PROBST

*K.U. Leuven, FaBeR, Leuven, Belgien*

**WS06) Achtsamkeitsbasierte Ansätze bei Patienten mit Essstörungen – Neurobiologische Grundlagen und praktische Anwendungen**

Andreas REMMEL

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

**WS07) Praktische Anwendungsbeispiele des Internet als Medium für KlientIN und BeraterIn**

Dominik Maria ROSENAUER

*<http://psycheonline.at>, Wien, Österreich*

---

19.00 – 21.00 Uhr      Kongressempfang des Landeshauptmanns von Tirol, DDr. Herwig van Staa, Congresszentrum Alpbach mit Aufführung der *Vienna Dance Kids*/ Welcome Reception of the Governor of Tyrol, DDr. Herwig van Staa, Congress Centre Alpbach with performance from *Vienna Dance Kids*

---

**SAMSTAG, 20. Oktober 2007 / SATURDAY, October 20, 2007**

---

**09.00 – 10.30 Uhr**

**Parallele Vorträge/Parallel sessions (5-7)**

---

**Parallelsitzung 5/Parallel session 5  
Gesellschaftliche Faktoren/Socio-cultural factors**

Vorsitz/Chair: Andreas Remmel, Eggenburg (A)

09.00 – 09.15 Uhr

**V19) Psychische Gesundheit und Krankheit im Kindes- und Jugendalter und der Einfluss von Schutz- und Risikofaktoren – Ergebnisse aus dem Kinder und Jugengesundheitssurvey (KiGGS)**

Heike HÖLLING, Robert SCHLACK  
*Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland*

09.15 – 09.30 Uhr

**V20) Die Diktatur des Schlankheitsideals**

Christoph KLOTTER  
*Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland*

09.30 – 09.45 Uhr

**V21) Der Traum von der jungen Figur**

Kathrin SEYFAHRT  
*Selbsthilfezentrum München, München, Deutschland*

09.45 – 10.00 Uhr

**V22) “Zu schön um wahr zu sein – was unrealistische Schönheitsideale mit uns tun. Eine Befragung von rund 2500 Mädchen und Burschen zu den Themen Schönheit, Aussehen, Diätverhalten und der Beeinflussung durch die Medien**

Maria BERNHART  
*Frauengesundheitszentrum F.E.M. Wien, Wien, Österreich*

10.00 – 10.15 Uhr

**V23) Macht die Lektüre von Frauenzeitschriften unglücklich? Eine experimentelle Studie/Do beauty and fashion magazines make their readers unhappy? An experimental study**

Annemarie RETTENWANDER, Lisa HUMER  
*Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich*

10.15 – 10.30 Uhr

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

Vorsitz/Chair: Henrik Hinrichsen, London (GB)

09.00 – 09.15 Uhr

**V24) Altered Eating Behavior, insulin resistance and body composition**

Daniela CATALANO, Carmela CALANDRA, Guglielmo Maria TROVATO, Giuseppe Fabio MARTINES, Elisabetta PISTORIO, Antonia TONZUSO, Nadia CALABRESE  
*University of Catania, Catania, Italy*

09.15 – 09.30 Uhr

**V25) Predictors of suicidal attempts in Bulimia nervosa**

Isabel KRUG<sup>1</sup>, Laura FORCANO<sup>1</sup>, Fernando FERNÁNDEZ-ARANDA<sup>1</sup>, Santamaría JUANJO<sup>1</sup>, Susana JIMÉNEZ-MURCIA<sup>1</sup>, Cynthia M. BULIK<sup>2</sup>, Pino ALONSO<sup>1</sup>, Eva Maria ÁLVAREZ-MOYA<sup>1</sup>, Nadine RIESCO<sup>1</sup>, Roser GRANERO<sup>1</sup>; Julio VALLEJO<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*University Hospital of Bellvitge, Barcelona, Spain;* <sup>2</sup>*Chapel Hill, North Carolina, USA*

09:30 - 09:45 Uhr

**V26) Comorbid alcohol and drug use in eating disorders: A Multicenter European study**

Isabel KRUG<sup>1</sup>, Janet TREASURE<sup>2</sup>, Marija ANDERLUH<sup>3</sup>, Laura BELLODI<sup>4</sup>, Elena CELLINI<sup>5</sup>, Milena DI BERNARDO<sup>5</sup>, Andreas KARWAUTZ<sup>6</sup>, Benedetta NACMIAS<sup>5</sup>, Roser GRANERO<sup>1</sup>, Valdo RICCA<sup>5</sup>, Sandro SORBI<sup>5</sup>, Kate TCHANTURIA<sup>2</sup>, Gudrun WAGNER<sup>2</sup>, David COLLIER<sup>2</sup>, Fernando FERNÁNDEZ-ARANDA<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*University Hospital of Bellvitge, Barcelona, Spain;* <sup>2</sup>*London, UK;* <sup>3</sup>*Ljubljana, Slovenia;* <sup>4</sup>*Milan, Italy;* <sup>5</sup>*Florence, Italy;* <sup>6</sup>*Vienna, Austria*

09:45 - 10:00 Uhr

**V27) Social influence and psychological functioning in the development of body image and eating disturbance in Croatian college females**

Miljana KUKIĆ, Alessandra POKRAJAC-BULIAN, Neala AMBROSI-RANDIĆ  
*Faculty of Arts and Sciences, University of Rijeka, Rijeka, Croatia*

10:00 - 10:15 Uhr

**V28) Eating disorders symptomatology and stressful life events**

Ana María VILLARROEL LASTRA, Rosa María RAICH ESCURSELL  
*Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain*

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



Vorsitz / Chair: Wally Wunsch-Leiteritz, Bad Bevensen (D)

09:00 - 09:15 Uhr

**V29) T.O.M. (Therapie der Obesitas mit Motivation): Ein ambulantes interdisziplinäres Therapieprogramm für adipöse Kinder von 8 - 17 Jahren**

Annette CHEN-STUTE<sup>1,2</sup>, Ursula FAUPEL<sup>1,2</sup>, Henrik SCHULZ<sup>2</sup>, Sascha KOPCZYNSKI<sup>2</sup>, Ute BECKER<sup>2</sup>, Martin PFOHL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Adipositas Zentrum Oberhausen, <sup>2</sup>Ev. Krankenhaus Bethesda zu Duisburg GmbH, Duisburg, Deutschland

09:15 - 09:30 Uhr

**V30) Die Therapie von psychisch bedingtem Übergewicht in den ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen**

Andrea MESSMANN, Eva WUNDERER

ANAD e.V., München, Deutschland

09:30 - 09:45 Uhr

**V31) Behandlung von Übergewicht mit Essstruktur und Vollwertkost**

Eva-Maria OHMAYER, Frederik STROM, Godehard STADTMÜLLER

Adula-Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Oberstdorf, Deutschland

09:45 - 10:00 Uhr

**V32) Aus der Betroffenheit in die Betreuung**

Iris PESTEMER-LACH

Rheuma - Stoffwechsel - Vitalzentrum Mitterdorf, Mitterdorf, Österreich

10:00 - 10:15 Uhr

**V33) Obesity-intervention and prevention program for children in Graz**

Anna RADINGER<sup>1</sup>, Karin SCHÖBERLEITNER<sup>2</sup>, Alex SCHEIN<sup>2</sup>, Marguerite DUNITZ-SCHEER<sup>2</sup>, Peter SCHÖBER<sup>3</sup>, Wilhelm MÜLLER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departement of Paediatrics, Medical University Graz, Internal Medicine, LKH Salzburg,

<sup>2</sup>Departement of Paediatrics, Medical University Graz, <sup>3</sup>Departement of Paediatric Surgery, Medical University Graz, Graz, Austria

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 (8-10)

---

Parallel Sitzung 8/Parallel session 8  
Soziales Umfeld & Risikofaktoren

Vorsitz / Chair: Michel Probst, Leuven (B)

11:00 - 11:15 Uhr

**V34) Essstörungen im Leistungssport - Der Hunger nach Erfolg und sportlichen Höchstleistungen**

Andrea ENGLEDER

*Klinische und Gesundheitspsychologin, Sportpsychologin in freier Praxis, Wien, Österreich*

11:15 - 11:30 Uhr

**V35) Anorexia nervosa und Geschwisterbeziehung/Anorexia nervosa and sibling relationships**

Annemarie RETTENWANDER, Julia MARMSOLER, Claudia MOOSER, Bernadette RANIGLER, Lynn TURMES,

*Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich*

11:30 - 11:45 Uhr

**V36) Anorexia athletica - Sportanorexie: Zwei Seiten einer Medaille**

Michaela TAPPAUF, Peter SCHEER, Thomas TRABI

*Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz, Österreich*

11:45 - 12:00 Uhr

**V37) ADHS: ein Risikofaktor für essstörungsbedingte Adipositas? Neue Ergebnisse aus dem deutschlandweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurvey KiGGS**

Robert SCHLACK, Heike HÖLLING

*Robert - Koch - Institut, Berlin, Deutschland*

12.00 - 12.30 Uhr

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

---

Parallel Sitzung 9/Parallel session 9  
Beratungs- und Behandlungskonzepte

Vorsitz / Chair: Burkard Jäger, Hannover (D)

11:00 - 11:15 Uhr

**V38) Körperbilder - tiefenpsychologische und körpertherapeutische Konzepte und Behandlungsformen bei Essstörungen und Adipositas**

Regine LEHRER, Silke KLEINSCHMIDT

*Curtiusklinik, Fachklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bad Malente - Gremsmühlen, Deutschland*

11:15 - 11:30 Uhr

**V39) Skills-Training bei Borderline- und posttraumatischer Belastungsstörung**

Alice SENDERA, Eva Martina SENDERA

*Wien, Österreich*

---

11:30 - 11:45 Uhr

**V40) Ess-Psycho-Therapie: Ein Therapiebaustein in der Essstörungstherapie. Was ist hilfreich? Eine Bewertung anhand einer Untersuchung an stationär behandelten Patienten**

Wally WÜNSCH-LEITERITZ, Andreas LEITERITZ, Bärbel TEICHMANN, Andrea KÜHN-DOST

*Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland*

11:45 - 12:00 Uhr

**V41) Therapiemotivaton und Behandlungserfolg bei KlientInnen/PatientInnen mit Anorexie und Bulimie**

Sabine SCHMID-SIPKA<sup>1</sup>, Andreas KARWAUTZ<sup>2</sup>, Gudrun WAGNER<sup>2</sup>, Wolfgang LALOUSCHEK<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>sowhat Institut für Menschen mit Essstörungen, <sup>2</sup>Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, AKH Wien, Wien, Österreich*

12.00 - 12.30 Uhr      Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

---

**Parallelsitzung 10/Parallel session 10  
Treatment**

Vorsitz / Chair: Emanuel Mian, Triest (I)

11:00 - 11:15 Uhr

**V42) Effectiveness of individualized cognitive behavioural therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic cases: Generalisability of research to clinical settings**

Hendrik HINRICHSSEN<sup>2 3</sup>, Glenn WALLER<sup>1 2</sup>, Emma CORSTORPHINE<sup>2 3</sup>, Victoria MOUNTFORD<sup>2 3</sup>, Rachel LAWSON<sup>2 4</sup>, E. PATIENT<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Vincent Square Clinic, Central and North West London NHS Trust, London, UK; <sup>2</sup>Eating Disorders Section, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK; <sup>3</sup>Eating Disorders Service, South West London and St. George's Mental Health NHS Trust, London, UK; <sup>4</sup>South Island Eating Disorders Service, New South Wales, New Zealand*

11:15 - 11:30 Uhr

**V43) Competence and capacity in anorexia nervosa**

Anna PALLESCHI, Lucia CESCHIN

*Università Padua, Klinik für Psychiatrie, Padua, Italy*

11:30 - 11:45 Uhr

**V44) Clinical course and outcome of anorexia nervosa - a follow-up study of twelve years**

Sefik TAGAY, Catharina ZICK, Ricarda MEWES, Wolfgang SENF

*Rheinische Kliniken Essen, Essen, Deutschland*

11:45 - 12:00 Uhr

**V45) A comparison of perfectionism between depression, obsessive compulsive disorder and eating disorders**

Randy FROST<sup>1</sup>, Leonor ROMERO-LAURO<sup>2 3</sup>, Giovanni Maria RUGGIERO<sup>3</sup>, Sandra SASSAROLI<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup>Smith College, Clark Science Center, Massachusetts, USA; <sup>2</sup>Department of Psychology, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy; <sup>3</sup>"Psicoterapia e Ricerca", Cognitive Psychotherapy School, Milan, Italy; <sup>4</sup>"Studi Cognitivi", Cognitive Psychotherapy School, Milan, Italy;

12:00 - 12:15 Uhr

**V46) Introducing the Dresdner Körperbildfragebogen (Dresden Body Image Questionnaire) for measuring attitudes towards one's body**

Karin PÖHLMANN, Paul THIEL, Peter JORASCHKY

*Technical University Dresden, Abteilung für Psychosomatische Medizin, Dresden, Deutschland*

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

---

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

---

**14.00 – 15.30 Uhr**

**Parallele Workshops (8-14)**

**WS08) Therapeutische Vertragsarbeit als kognitiv-verhaltenstherapeutisches Element im Rahmen eines integrativen stationären Behandlungskonzepts für Essstörungen**

Volker BRACKE

*Psychosomatische Klinik Bad Grönenbach, Bad Grönenbach, Deutschland*

**WS09) How to do behavioural experiments: Practical guidance for implementing CBT with eating disorders**

Hendrik HINRICHSEN<sup>1 2</sup>

*<sup>1</sup>Eating Disorders Section, Institute of Psychiatry, King's College London, <sup>2</sup>St. George's Eating Disorders Service, South West London and St. George's Mental Health NHS Trust, London, Great Britain*

**WS10) Das Göttinger Stufenmodell in der Supervision der Therapie von Essstörungen**

Burkard JÄGER

*Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland*

**WS11) Die Diktatur des Schlankheitsideals**

Christoph KLOTTER

*Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland*

**WS12) JETZT HELFEN WIR UNS SELBST! - Die Elternkreisarbeit als wichtiges Element beim Gesundungsprozess essgestörter Kinder**

Brigitte LIPPELT

*Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne, Bremen, Deutschland*

**WS13) Emotionszentrierte Psychotherapie und Skills-Training bei Bulimie und Binge Eating Disorder**

Verena WOEBER

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

**WS14) Strategien der Wiederernährung bzw. des Aufbaus eines normalisierten Essverhaltens bei anorektischen als auch bulimischen Patienten sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Therapie**

Wally WUENSCH-LEITERITZ, Andreas LEITERITZ, Bärbel TEICHMANN, Nini GANNADIFARD

*Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland*

---

**15.30 – 16.00 Uhr** Pause / Break

---

16.00 – 16.30 Uhr **Literatur & Malerei von B. Koxeder & E. Huemer**  
**Verleihung der Awards „Bester Vortrag“ und „Bestes Poster“ /**  
**Poem & Painting by B. Koxeder & E. Huemer**  
**Best Oral Presentation & Best Poster Award Ceremony**

Vorsitz / Chair: Karin Waldherr, Wien (A)

---

**16.30 – 18.00 Uhr**

**Parallele Workshops (15-21)**

**WS15) Familienorientierte Therapie in der Behandlung von Essstörungen**

Hartmut IMGART

*Parkland Klinik, Bad Wildingen, Deutschland*

**WS16) Wege entstehen dadurch, dass man sie tanzt...**

**- in Bewegung neue Positionen ausprobieren / Dance your way – exploring new positions**

Ulrike JUCHMANN

*Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Berlin, Deutschland*

**WS17) Diagnostik und Umgang mit selbstverletzendem Verhalten bei Essstörungs-  
Patientinnen im Rahmen der therapeutischen und psychotherapeutischen Wohngemeinschaft  
„Therapiezentrum Weidenhof“**

Waltraut KUBELKA-CHIMANI

*Therapiezentrum Weidenhof, Grafenstein, Österreich*

**WS18) SKILLS-TRAINING nach der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT)**

Alice SENDERA, Eva Martina SENDERA

*Wien, Österreich*

**WS19) Methoden in der Ernährungsberatung**

Regina SPITZBART

*LKH Gmunden, Gmunden, Österreich*

**WS20) Körperbildtherapie bei Anorexie und Bulimie**

Martina TIEFENBACHER

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

**WS21) "Energetische Psychotherapie" oder "Multisensorische Psychotherapie" - Was ist  
das? Wie geht das? Was bringt das in der Behandlung von Menschen mit Essstörungen?**

Astrid VLAMYNCK

*Berlin, Deutschland*

---

**18.00 Uhr** **Ende des Kongresses/Auf Wiedersehen beim Kongress Essstörungen 2008**  
**End of the Congress/Farewell until 2008**

---

# Kurzfassungen der Vorträge, Workshops und Poster / Abstracts

DONNERSTAG, 18. Oktober 2007 /  
THURSDAY, October 18, 2007

---

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

**09:00 - 10:30 Uhr**

### **The worry and control centered treatment of eating disorders**

Sandra SASSAROLI<sup>1, 2</sup>, Giovanni RUGGIERO<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> "Studi Cognitivi", Cognitive Psychotherapy School, Milan, <sup>2</sup> "Psicoterapia Cognitiva e Ricerca",  
Cognitive Psychotherapy School, Milan, Italy

This workshop outlines the basic elements of a cognitive treatment for eating disorders focused on the distorted cognition in the domain of control. The therapist should develop a strategy that challenges the belief that the degree of control exerted by the patient is insufficient and the belief that only absolute control is acceptable. The main characteristics of the treatment are as follows: 1) Assessment and exploration of the perception of control; 2) Reframing the belief of insufficient control; 3) Cognitive and behavioral reframing of the desire and compulsion for absolute control; 4) Behavioral intervention.

**11:00 - 12:30 Uhr**

### **Gestalttherapie bei Essstörungen**

Bärbel WARDETZKI

München, Deutschland

Die Gestalttherapie hat sich bei der Behandlung von bulimischen Frauen bewährt, da sie von ihrem Ansatz her wesentliche Aspekte betont, die im Zusammenhang mit der bulimischen Esserkrankung und deren Überwindung von Bedeutung sind.

Das betrifft zum einen die dialogische Haltung, durch die Beziehungslernen stattfindet und die Erfahrung von Vertrauen und Sich –Einlassen ermöglicht. Durch die Erfahrungsorientiertheit der Gestalttherapie geht es vom rein kognitiven Erfassen zum Erleben und Fühlen. Da die Gestalttherapie im wesentlichen verständnisorientiert statt lösungsorientiert arbeitet, erwerben die Betroffenen Einsichten und Verständnis für sich, statt nach schnellen Lösungen von außen zu suchen. Die Betonung der Selbstverantwortung durch eigenes Handeln führt zu mehr Mut, Probleme nicht zu vermeiden, sondern sich mit ihnen zu konfrontieren und sie zu lösen. Der Aufbau von Selbstunterstützung verbessert die Fähigkeit, sich auf sich selbst verlassen zu können und stärkt das Selbstvertrauen.

**14:00 - 15:30 Uhr**

**Adipositas: Symptom oder Diagnose?**

Udo POLLMER

*Europäisches Institut für Lebensmittel- Ernährungswissenschaften e.V., Gemmingen, Deutschland*

Fachleute beklagen eine dramatische Zunahme von Übergewicht und prophezeien eine sinkende Lebenserwartung. Die aktuelle Datenlage stützt diese Untergangsszenarien allerdings nicht, auch wenn beim BMI Veränderungen beobachtet werden. Trotz aller Bemühungen, die befürchteten Trends aufzuhalten, sind bis heute alle Versuche, durch Kontrolle des Essverhaltens oder durch Ausdauersport das Gewicht zu manipulieren, gescheitert, sieht man einmal von Magersüchtigen und Bulimikern ab. Wenn eine Maßnahme, die von Abermillionen von Menschen über Jahrzehnte praktiziert wurde, immer wieder aufs neue mißlingt, sollten wir prüfen, ob vielleicht die zugrundeliegenden Theorien falsch sind – und nicht die Menschen. Adipositas ist ein Symptom und keine Diagnose. Der Hinweis an einen Patienten, er müsse abnehmen, ist etwa so hilfreich wie der Hinweis an einen Fiebernden er müsse abkühlen.

**16:00 - 17:30 Uhr**

**Essstörungen - etwa durch Prävention?**

Udo POLLMER

*Europäisches Institut für Lebensmittel- Ernährungswissenschaften e.V., Gemmingen, Deutschland*

Je mehr das hohe Lied des schlanken Körpers gepredigt wird, desto mehr Diätversuche, desto mehr jugendliche Raucher, desto höher der Alkoholkonsum und desto mehr Essstörungen. So finden wir uns der paradoxen Situation wieder, daß mit wachsender Aufklärung und Prävention die Störungen zunehmen. Die wichtigste Einstiegs-Ursache stellen nach wie vor Diäten dar, insbesondere in Verbindung mit Ausdauersport zum Zwecke der Gewichtskontrolle. Daß dies vor allem bei Kindern und Jugendlichen auslösende Faktoren sind, zeigen nicht nur die Berichte der Betroffenen, sondern auch epidemiologische Studien und Tierversuche. Es ist keine Kunst, juvenile Ratten mit Diät und Joggen in die Magersucht zu führen – ganz ohne Psychotricks. Lediglich die Bulimie funktioniert nicht bei der Ratte. Denn Ratten können sich nicht Erbrechen. Vorwerfen kann man den Aufklärern, Ernährungsberatern und Fitnesstrainerinnen nun wirklich nichts. Sie haben ja alles so gut gemeint.

FREITAG, 19. Oktober 2007 /  
FRIDAY, October 19, 2007

---

**Plenarvorträge mit Diskussion / Plenary Paper session**  
**09.30 – 12.45**

Vorsitz / Chair: Günther Rathner, Innsbruck (A) & Karin Waldherr,  
Wien (A)

**09:30 - 10:00 Uhr**

Control as the forgotten cognitive factor of eating disorders

Sandra SASSAROLI<sup>1,3</sup>, Marcello GALLUCCI<sup>2</sup>, Giovanni Maria RUGGIERO<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>"Studi Cognitivi", Cognitive Psychotherapy School, Milan, Italy, <sup>2</sup>Department of Psychology, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy, <sup>3</sup>"Psicoterapia Cognitiva e Ricerca", Cognitive Psychotherapy School, Milan, Italy

Objective: There is a large body of research about perfectionism and low self-esteem in eating disorders (ED). However, little is known about the influence of distorted cognition in the domain of control in ED. The present study examined the main and interactive effects of concern over mistakes (an important dimension of perfectionism), self-esteem, and anxiety about control on drive for thinness, bulimia, and body dissatisfaction. Method: Forty individuals with ED and 55 controls completed the Multidimensional Perfectionism Scale, the Anxiety Control Questionnaire, the Rosenberg Self-Esteem Scale, and the Eating Disorder Inventory. Multiple linear regression was used to test the hypothesis that anxiety about control has a significant effect on symptomatic measures of ED. Results: Analysis of interactive effects suggested that anxiety about control is an important cognitive factor in ED. Discussion: A combination of low perception of control and low self-esteem seems to moderate the effects of perfectionism on measures of ED. We outline the basic elements of a psychotherapeutic protocol, including cognitive treatment for distorted cognition in the domain of control.

**10:00 - 10:30 Uhr**

**Weiblicher Narzissmus und Bulimie**

Bärbel WARDETZKI

*München, Deutschland*

Die bulimische Essstörung ist in den meisten Fällen Ausdruck eines Hungers nach Anerkennung und eines instabilen Selbstwertgefühls. Die Frauen schwanken zwischen dem Gefühl, nichts wert zu sein und der Hoffnung, irgendwann einmal einem Idealbild von sich zu entsprechen, wenn möglich mit Hilfe der nächsten Diät und einem schlanken Körper. Aber auch besondere Leistungen, Perfektionismus und Attraktivität sollen Minderwertigkeitsgefühle ausgleichen. Nur aufgrund ihrer perfekten Fassade glauben die Frauen, Anerkennung und Beachtung zu finden. Das Sich - Verstecken hinter der Fassade führt jedoch zu einer Selbstentfremdung und es verkümmert der Kontakt zu den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen. Essanfälle, Diäten, Hungern, Erbrechen und Gewichtsreduzierung bekommen in diesem Zusammenhang die Bedeutung, die innere Zerrissenheit auszugleichen.

Das bulimische Symptom dient zum einen dem Erhalt der Grandiosität in Form eines perfekten Aussehens, soll zum anderen aber auch die innere Leere und Einsamkeit ausfüllen, die sich hinter



der Fassade verbirgt. Das übermäßige Fressen und Erbrechen sind zugleich aber auch Ausdruck der Selbstentwertung und verstärken die Minderwertigkeitsgefühle.

## Vorsitz / Chair: Günther Rathner, Innsbruck (A) & Karin Waldherr, Wien (A)

**11:00 – 11:05**

### **Literatur & Malerei: „Masken-Bilder: Von Verdrängung zur Selbsterkenntnis“**

Birgit KOXEDER & Evelyn HUEMER

*Linz, Österreich*

Wir wollen einfach nur Fragen stellen und hinter die Masken schauen. Stellt nicht jeder von uns irgendeine Rolle zur Schau? Wir wollen hinter den Vorhang blicken, nicht alles mit vorgehaltener Hand sagen, sondern den Mut zur offenen Aussprache durch unsere Kunst finden.

WIR haben den Mut, den Vorhang zu lüften, die Fassade zu durchbrechen und die Maske abzulegen...

Die literarische Spanne reicht von Gedankenströmen bis über innere Monologe hin zu lyrischen Texten. Bei den Techniken der dazu passenden Bilder handelt es sich um Acryl auf Leinwand und Tusche, Kohle und Kreide auf Papier.

Es werden abwechselnd Texte vorgelesen, zu denen ein entsprechendes Bild im Hintergrund auf einer Leinwand gezeigt wird. Danach folgt eine musikalische Darbietung und wiederum ein Gedicht.

**11:05 – 11:10 Uhr**

### **"Initiative S-O-Ess": Gemeinsames Lobbying gegen unerreichbare Schlankheitsideale**

Michaela LANGER, Beate WIMMER-PUCHINGER

*Fonds Soziales Wien, Wien, Österreich*

Durch gemeinsames Vorgehen und die enge Zusammenarbeit von Medien, Werbung, Wirtschaft, Mode, Show-Business und Industrie im Verbund mit GesundheitsexpertInnen sollen unrealistische – und somit gesundheitsschädigende – Frauen-Vor-Bilder korrigiert und gesundheitsförderliche Standards etabliert werden.

Nährboden für das Auftreten von Essstörungen sind unrealistische gesellschaftliche Schönheitsideale, die auf übertriebenem Schlankheits- und Jugendkult beruhen. Über Werbebotschaften von Mode, Industrie und Wirtschaft werden ungesunde mediale „Vor-Bilder“ transportiert, die extreme Schlankheit propagieren sowie eine bestimmte Körperästhetik vermitteln und diese mit Anerkennung, Erfolg, Glück und Selbstwert verknüpfen.

Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat die "Initiative S-O-Ess gegen ungesunde Schlankheitsideale" ins Leben gerufen, die unter wichtigen österreichischen Opinion Leadern und Prominenten Bewußtsein für die Problematik schafft und Lobbying betreibt.

Ziel der Initiative S-O-Ess:

- Lobbying und Sensibilisierung bei Opinion-LeaderInnen aus Mode, Werbung, Industrie, Wirtschaft, Medien, Show-Business und Politik gegen ungesunde Frauen-Bilder
- Schaffung von mehr Verantwortungsbewusstsein, soziales Gewissen und Aufmerksamkeit in diesen Branchen
- Planung und Umsetzung neue Initiativen gegen Essstörungen
- Verstärkung des internationalen Trends gegen den übertriebenen Schlankheitskult

Die Initiative S-O-Ess wird getragen durch:

- Christina Stürmer, Cordula Reyer und Melanie Scheriau
- Österreichischer Werberat
- Wiener Wirtschaftskammer mit Präsidentin Brigitte Jank

- Fachgruppe für Werbung und Marktkommunikation der Wirtschaftskammer
- Mode- und Starfotografin Inge Prader
- Modelagentur "Wiener Models"
- Modelabel "Jones"
- Modedesigner La Hong
- Österreichischer dm Frauenlauf durch deren Gründerin Ilse Dippmann
- Motivformforschungsinstitut Karmasin

Das Symbol der Initiative ist ein zerrissenes Maßband in Form einer Schleife in Anlehnung an das berühmte „Red Ribbon“. Der dazugehörige Slogan „No BODY is perfect“ soll die Abkehr vom übertriebenen Schlankheits- und Körperkult eingeläutet werden. Die Schleife symbolisiert das Ende des übertriebenen und gesundheitsschädigenden Schlankheitswahns. Es steht für Selbstbewusstsein und "Ich darf so bleiben, wie ich bin."

Die Initiative S-O-Ess steht unter der Patronanz der Wiener Gesundheitsstadträtin Mag. Sonja Wehsely und der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten Univ. Prof. Wimmer-Puchinger.

Details: [www.s-o-ess.at](http://www.s-o-ess.at)

### 11:10 – 11:15

#### **Ist meine Familie noch zu retten? - Eine Mutter berichtet über den Kampf gegen die Magersucht in ihrer Familie**

Brigitte LIPPELT

*Elternkreis Essgestörter Töchter und Söhne, Bremen, Deutschland*

Ist die Diagnose Essstörung gestellt, sind die Eltern in der Regel nicht sofort in der Lage die Komplexität dieser Krankheit und den Umgang mit ihr zu erfassen. Bedingt durch Unkenntnis und Unwissenheit über diese Erkrankung, stehen sie dieser hilflos gegenüber. Sie erleben, dass das Familiengefüge total durcheinandergebracht wird, und sie nicht in der Lage sind, dies ohne Hilfe zu bewältigen.

Die, für die Eltern fast unlösbare Problematik, lässt sie beschämt, manchmal wütend, aber immer verzweifelt und hilflos alleine stehen. Dies führt dann häufig zu falschen Reaktionen zwischen Eltern und Kind, welches das Verhältnis zum erkrankten Kind erheblich belastet, sowie dessen Gesundheitszustand möglicherweise verschlechtert.

Sie stehen am Anfang eines schwierigen Weges, der über viele Stationen von Unwissenheit über diese Krankheit und ihre Auswirkungen bis zu größtmöglichen Schuldgefühlen und Selbstzweifeln führt.

Im Elternkreis finden sie ein Forum von gleich Gesinnten; sie treffen auf andere betroffene Mütter und Väter. In einem geschützten Raum können sie ihre Ängste, Sorgen, „Fehler“ im Umgang mit der Krankheit, ihren Ballast offen aussprechen und abladen. Sie stoßen dabei auf Verständnis. Sie lernen, was es heißt: Loszulassen, Grenzen zu setzen und zu sich selber zu finden. In Gesprächen mit betroffenen Eltern erfahren sie, dass diese Gleiches erlebten und bewältigen mussten und dass sie ebenso „Fehler“ im Umgang mit der Krankheit gemacht haben, wie sie selber. Sie erhalten Informationen über positive Erfahrungen anderer Eltern, wie diese das eigene Leben aktiv veränderten und damit positiv die Gesundung des Kindes mit beeinflussten. Es wird ihnen aber auch deutlich gemacht, wo Grenzen sind, wo Eltern für sich professionelle Hilfe suchen sollten.

### 11:15 - 11:25 Uhr

#### **Weltweite Charta für Essstörungen: Für PatientInnenrechte und gegen Stigmatisierung/Worldwide Charta for Action on Eating Disorders: Support Patient's Rights and fight Stigmatisation**

Karin WALDHERR<sup>1</sup>, Günther RATHNER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Vienna, Faculty of Psychology, Vienna, Austria; <sup>2</sup>Innsbruck Medical University Innsbruck, Department of Psychological Medicine and Psychotherapy, Innsbruck, Austria

Die Weltweite Charta für Essstörungen (Worldwide Charta for Action on Eating Disorders) wurde im Juni 2006 auf dem Weltkongress für Essstörungen (Academy of Eating Disorders, AED) in Barcelona verabschiedet. Sie wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES) und dem Netzwerk Essstörungen mitunterzeichnet. Diese beiden Institutionen sind auch die nationalen Kontaktstellen in Österreich für diese weltweite Kampagne. Die Charta beinhaltet die Rechte und die berechtigten Erwartungen von Menschen mit Essstörungen.

PatientInnenrechte sind die Umsetzung der Menschenrechte auf den Gesundheitsbereich. Die Weltweite Charta für Essstörungen ist die Präzisierung der PatientInnenrechte für Menschen mit Essstörungen und - ganz wichtig - auch der Rechte von Angehörigen.

Die Gründe für den Bedarf einer speziellen Charta für Essstörungen liegen u.a. in der Stigmatisierung von Essgestörten und ihren Angehörigen (griechisch: stigmatizo = brandmarken) sowie in den Fakten der Behandlungswirklichkeit, d.h. wie Essgestörte behandelt werden und auch wie mit deren Angehörigen umgegangen wird. Essgestörte haben insbesondere unter dem in unserer Gesellschaft tief verwurzelten Stigma zu leiden, dass sie für ihre Erkrankung selbst verantwortlich seien und daher ihre Probleme auch selbst lösen könnten. Selbst von Behandlern wird die Schwere der Erkrankung häufig verharmlost, wodurch die Rechte der Betroffenen missachtet werden und woraus Behandlungsfehler resultieren. Oftmals haben Angehörige jedoch noch mehr unter Vorurteilen zu leiden als die Betroffenen selbst. Weit verbreitete Meinung ist, dass neben der Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen die Vernachlässigung durch die Eltern und ein Mangel an sozialer Unterstützung maßgeblich zur Entwicklung einer Essstörung beitragen würden. Im Behandlungsalltag werden sie oft „vergessen“, d.h. nicht oder zu wenig beachtet, als „lästig“ angesehen.

Einerseits kann die Charta Betroffenen und Angehörigen als Hilfsmittel bei der Suche nach geeigneten Behandlungseinrichtungen hoher Qualität dienen und sie bei der Ablehnung nicht hilfreicher, veralteter und unprofessioneller Praktiken unterstützen, andererseits ist die Charta durchaus als Korrektiv und Richtschnur für Behandler zu sehen.

**11:25 - 11:45 Uhr**

### **Real-Time Monitoring und Therapieprozeßforschung bei Essstörungen**

Andreas REMMEL

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

Die leitliniengerechte Behandlung von Essstörungen erfordert eine intensive empirische Forschung zur differentiellen Indikation, Effektivität und Effizienz therapeutischer Interventionen, sowie eine genauere Aufklärung therapeutischer Wirkfaktoren.

Die moderne Psychotherapieforschung erweitert die bisher dominierende Outcome-Forschung um eine Prozessanalyse, mit der der Verlauf von Psychotherapien genauer untersucht und beschrieben werden kann. Berücksichtigt werden dabei u.a. Informationen zu Beschwerden und Symptomatik, Emotionalität, Selbstwirksamkeit und Perspektivenerweiterung des Patienten, zur Qualität der therapeutischen Beziehung, Behandlungsklima, sowie zur Intensität und dem Verlauf der individuellen Problembearbeitung innerhalb der Therapien.

Das Real-Time-Monitoring als modernes EDV-gestütztes Instrumentarium liefert die methodische Basis für eine derartige Prozessanalyse. Es ermöglicht eine zeitkritische Erfassung der Selbsteinschätzungen von Patienten (sog. „1. Person-Perspektive“), ebenso wie der Fremdeinschätzungen von Therapeuten, und der gleichzeitigen Berücksichtigung physiologischer, endokrinologischer und weiterer körperbezogener Maße (sog. 3. Person-Perspektive“) im Therapieverlauf.

Diese Daten können mithilfe synergetischer Prozessmodelle analysiert, aufeinander bezogen und interpretiert werden. Dadurch lassen sich Muster und Wirkfaktoren im Behandlungsverlauf identifizieren.

Angewendet werden diese Ergebnisse zur Weiterentwicklung von Therapiestrategien, zur Therapiesteuerung, sowie zur Supervision.

Der Vortrag stellt Möglichkeiten und Ansatzpunkte der Therapieprozeßforschung in ihren methodischen und konzeptionellen Grundlagen praxisnah dar und fasst wesentliche Ergebnisse der Therapieprozessforschung bei Essstörungen zusammen.

**11:45 - 12:15 Uhr**

**Kann denn Essen Sünde sein?**

Udo POLLMER

*Europäisches Institut für Lebensmittel- Ernährungswissenschaften e.V., Gemmingen, Deutschland*

Alles was schmeckt ist ungesund! Je mehr Rohkost und Vollkorn auf dem Teller, desto gesünder dürfen wir eines Tages das Zeitliche segnen. Es mangelt nicht an Empfehlungen, was uns beim Essen schickt, wenn wir es schon nicht schaffen, generell auf die Zufuhr von Kalorien zu verzichten. Aber woher kommen die Empfehlungen, woher wissen wir eigentlich, was der Mensch so braucht?

Jede Nation, die etwas auf sich hält, subventioniert Fachgesellschaften, denen es obliegt, dem Volke Empfehlungen für eine gesunde Kost zu künden. Die Folge: Wenns ums Essen geht, kocht jedes Land sein eigenes Süppchen. Der Bedarf des Menschen hängt deshalb in erster Linie von seinem Paß ab. Aber nicht nur jedes Land hat seine eigenen Regeln, sondern auch jede Zeit. Gerade hier gilt das alte Bonmot, dass die gesicherten Erkenntnisse von heute unsere grossen Irrtümer von morgen sind. Wären unsere Empfehlungen richtig, so wären zahlreiche Völker mit ihrer ganz andersartigen Ernährung längst ausgestorben. Eine „gesunde“ Ernährung muß bekömmlich sein, weil eine unkömmliche Kost niemals „gesund“ sein kann.

**12.15 – 12.45 Uhr**

**Plenardiskussion / Plenary Discussion**

**14.15 – 14.45 Uhr Plenare Postersitzung / Guided  
Plenary Poster Session**

**14.45 – 15.00 Uhr Posterbesichtigung / Poster Viewing**

Vorsitz / Chair: Andreas Karwautz, Wien (A)

## **1: Persönlichkeit / Personality**

### **Präsentation / Presenter:**

Gudrun Wagner, Wien (A)

### **P01) Emotionales Erleben bei Anorexia & Bulimia nervosa. Emotionserleben, Emotionsregulation und Alexithymie.**

Viktoria KLUCKNER

*Innsbruck, Österreich*

#### Einführung und Fragestellung

In den vergangenen Jahren wurden immer wieder große Bemühungen unternommen, den Forschungsstand des Emotionserlebens, der Emotionsregulation sowie der Alexithymie bei Patientinnen mit Essstörungen zu erweitern.

Das Verständnis für das Krankheitsbild der Anorexie als auch der Bulimie stellt einen Forschungsschwerpunkt von großer gesundheitspsychologischer Bedeutung dar. Dies beruht zum einen darauf, dass Essstörungen gravierende Konsequenzen für die Betroffenen ausüben und zum anderen aufgrund des über die Medien vermittelten Schlankheitsbilds sehr viele Mädchen bzw. junge Frauen betroffen sind.

Mein Anliegen im Rahmen dieser Studie ist es, diese emotionalen Aspekte genauer zu erforschen und Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede der anorektischen und bulimischen Patientinnen im Vergleich zur Kontrollgruppe zu finden.

#### Stichprobe und Methodik

Im Jahr 2006 wurden drei Stichprobengruppen (20 anorektische und 20 bulimische Patientinnen sowie 20 Probandinnen der Kontrollgruppe) anhand von drei Untersuchungs-instrumenten befragt.

Die Probandinnen beantworteten demnach Fragen zu ihrem Emotionserleben der letzten sieben Tage und wählen selbst eine belastende Emotion aus, um anhand dieser Fragen zur Emotionsregulation zu beantworten (EER). Ein weiteres standardisiertes Messinstrument, welches für diese Untersuchung verwendet wird, ist Überprüfung der Alexithymie (TAS-26) und lediglich bei den Patientinnen mit Essstörungen die Essstörungspathologie (EDI-2).

#### Ziel der Studie

Dieser Beitrag beleuchtet die aktiv-negative als auch die passiv-negative Emotionalität und die Regulationsmöglichkeiten der drei Probandengruppen, die Alexithymie sowie weitere Fragestellungen. Die detaillierten Forschungsergebnisse der Studie werden im Poster dargestellt.

Ein adäquater Umgang mit Emotionen kann die Ätiologie der Essstörung oder auch komorbider Störungsbilder erklären und damit auch den kurz- als auch langfristigen Krankheitsverlauf günstig beeinflussen.

**P02) The correlates of recovery from eating disorders: The role of profile characteristics, help-seeking behaviour, illness cognitions, social support and coping styles**

Isabel KRUG, Jane OGDEN, Joanna HOLLIDAY, Laura SOUTHGATE, Fernando FERNANDEZ-ARANDA, Janet TREASURE

*University Hospital of Bellvitge, Barcelona, Spain*

Objective: To explore the differences between recovered and non-recovered eating disorder patients in terms of profile characteristics, help-seeking behaviour, illness cognitions, social support and coping styles and to model the predictors of recovery Method: A cohort sample of 133 female participants with a lifetime history of an Eating Disorders and with a variety of different treatment experiences, who are registered on the “voluntary” database of the Eating Disorder Research Unit at the Institute of Psychiatry responded to a self-report questionnaire survey. Assessment: The questionnaire comprised questions related to profile characteristics, help-seeking behaviour, illness cognitions, the SSQ-6, the Brief-COPE and the EDDS. Results: 63% of anorexic patients and 73% of bulimic patients were classified as recovered. Independent t-tests revealed that recovered individuals agreed more that changeable factors were the causes and consequences of their eating disorders ( $p < 0.05$ ). No differences were found in terms of help-seeking behaviour, social support and coping styles. Logistic regression indicated that there was a negative association between the perceived helpfulness of health experts and recovery from eating disorders ( $p = 0.029$ ). Discussion: Recovery from eating disorders is associated with the perception that changeable factors are involved in the causes and consequences of the disorder. Recovery is not related to the perceived helpfulness of health experts. This might suggest that other meaningful relationships or important life events could be more influential in the recovery process than treatment itself.

**P03) Can binge eating be defined by perfectionism, self-awareness, negative affect and avoiding behaviour?**

Miljana KUKIC, Alessandra POKRAJAC-BULIAN, Sarlota SAINA, Mladenka TKALCIC

*Faculty of Arts and Sciences, University of Rijeka, Rijeka, Croatia*

Introduction: Binge eating is recognised as a significant problem within modern societies (Blackburn et al., 2005). It is important to explain what psychological characteristics and experiences put women at risk for disordered eating. Researches showed that binge eaters evaluated themselves in relation to high standards and demanding ideals. These high standards tend to see the self as deficient or unsatisfactory. Such aversive awareness of the self's failures should generate negative affect. The binge eaters are motivated to avoid these negative feelings by using an avoidant style of coping (Heatherton & Baumeister, 1991).

Objective: This investigation attempted to explain the relation of high perfectionism, aversive self-awareness, negative affect and coping styles with binge eating.

Method: The hypothesis was tested on 400 Croatian female university students, aged 19 to 29 ( $M = 20.6$ ,  $SD = 1.69$ ).

Results: Results of stepwise (backward) regression analysis showed that significant predictors of binge eating were: perfectionism, depression, avoidance, appearance fixing and positive rational acceptance. If person has high, demanding, perfectionist standards and depressive tendencies she used more avoidance style or appearance fixing strategy to cope with aversive situations. The consequence of this situation could be binge eating.

Conclusion: The empirical findings support the importance of perfectionism, especially setting the high standards, as well as depressive mood and tendency to use avoidance as coping with negative emotions in understanding binge eating behaviour. These data could be used in prevention and treatment of eating disorders.

#### **P04) Männer haben´s schwer, nehmen´s leicht? Eine experimentelle Studie zum Einfluss von Modelbildern auf Körperzufriedenheit und Selbstwert**

Oswald David KOTHGASSNER<sup>1</sup>, Sylvia GRASSL<sup>1</sup>, Karin WALDHERR<sup>1</sup>, Günther RATHNER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Österreich, <sup>2</sup>Medizinische Universität Innsbruck, Österreich Wien, Österreich

Einleitung: Bisherige Experimente zeigten, dass Körperunzufriedenheit und Depressivität bei jungen Männern unmittelbar nach der Präsentation von Bildern muskulöser, attraktiver Männer signifikant höher waren als davor (Leit et al., 2001; Agliata & Tantleff-Dunn, 2004; Baird & Grieve, 2006). Uns ist keine Studie bekannt, die überprüft, ob dieser Effekt auch über längere Zeit anhält.

Methode: 140 männlichen Adoleszenten (15-25 Jahre) wurden entweder Fotos muskulöser Männermodels oder Fotos junger Durchschnittsmänner gezeigt. Bei ca. der Hälfte waren weibliche Versuchsteilnehmerinnen im Raum, die positive Kommentare zum Aussehen der Männer auf den Fotos machten. Körperzufriedenheit und Selbstwert wurden vor der Präsentation, unmittelbar danach, sowie 24 Stunden danach erhoben. Messinstrumente waren: Rosenberg Self-Esteem-Scale (v. Collani & Herzberg, 2001), Body Attitude Test (Probst et al., 1995), Body Esteem Scale (Franzoi & Shields, 1984).

Ergebnisse: Körperzufriedenheit und Selbstwert waren unmittelbar nach der von weiblichen Personen kommentierten Präsentation der muskulösen Männermodels für junge Männer zwischen 18 und 22 Jahren signifikant niedriger, 24 Stunden später wieder ähnlich dem Ausgangsniveau. Bei Jugendlichen unter 18 Jahre verringerte sich nur der Selbstwert signifikant. Bei der unkommentierten Präsentation zeigten sich kleinere, jedoch nicht signifikante Effekte. Bei Männern über 22 Jahre verringerte sich nur die Körperzufriedenheit. Für die Kontrollgruppen, die Fotos von Durchschnittsmännern sahen, gab es sogar einen Anstieg des Selbstwerts über die drei Zeitpunkte.

Diskussion: Die Effekte sind zwar kurzfristig. Das ständige Vermitteln des für die meisten unerreichbaren „idealen Körpers“ durch die Massenmedien könnte jedoch vor allem in der für die Selbstwertentwicklung sensiblen Phase zwischen 15 und 22 Jahren bei männlichen Jugendlichen – so wie bei Mädchen – zu einer gravierenden Selbstwertproblematik und in der Folge zu schwerwiegenden Störungen führen.

#### **P05) Body Image Dissatisfaction, Coping Styles and Attachment in eating disordered women**

Despina LEARMONTH

*London Metropolitan University, London, Great Britain*

Objective:

This study explored the differences between two participant groups, eating disordered and non-eating disordered young women, on three variables, body image, attachment and coping, in order to establish the role that these three variables play in predicting eating disorders in women.

Method:

96 Caucasian women, 50 eating-disordered and 46 non-eating-disordered, were asked to fill in questionnaires measuring coping style (Coping Strategies Inventory - Tobin et al., 1984), body image dissatisfaction (Stunkard, Sorenson & Schulsinger, 1983), and attachment style (The Relationship Questionnaire - Bartholomew & Horowitz, 1991). The 26-item version of the Eating Attitudes Test (EAT-26) was also included to ensure that all individuals in the non-eating disordered group had self-reported their levels of eating distress correctly. T-tests and chi-squared analyses were performed to establish any differences on the 3 variables between the two groups. A logistic regression was carried out in order to establish whether levels of body image dissatisfaction, attachment style, and coping style could predict disordered eating.

Findings:

Eating disordered participants obtained significantly higher scores for the Disengagement style of coping and body image dissatisfaction ratings. They also scored significantly higher on, and

occurred more frequently in, the categories of Fearful and Ambivalent attachment styles than non-eating disordered participants whose dominant attachment style category was Secure. Independent samples t-tests on the Coping Strategies Inventory primary sub-scales revealed statistically significant differences on all but one of the primary sub-scales, problem avoidance. Non-eating-disordered participants scored higher on problem solving, cognitive restructuring, expressing emotions, social support, whilst eating-disordered participants had higher scores on wishful thinking, self criticism, and social withdrawal. Certain coping and attachment styles were found to be significant predictors of eating disorders; whilst body image dissatisfaction and Ambivalent attachment style appeared to be mediated by the coping style Disengagement. The logistic regression model accounted for 61.1% of variance. Having a Fearful attachment style meant participants were 1.9 times more likely to be eating disordered; whilst having a Disengaged coping style meant participants were 3.4 times more likely to be eating disordered

Discussion:

Coping and attachment styles play a significant role in eating disorders. In order to increase positive health outcomes, these factors need to be considered in prevention and treatment programmes. Future research should aim to include participants from more diverse ethnic and cultural backgrounds, and increase the participant sample size in order to be able to further explore sub-categories of the factors involved in causing and maintaining eating disorders.

## **2: Medizinische Aspekte / Medical aspects**

### **Präsentation / Presenter:**

Michaela Tappauf, Graz (A)

### **P06) Personality traits in muscle dysmorphia**

B. BABUSA, Ferenc TÚRY

*Semmelweis University Budapest, Budapest, Ungarn*

Muscle dysmorphia (earlier reverse anorexia) was firstly described in 1993. Bodybuilders are a risk population to this disorder and steroid use. The danger of the serious body image disorder featuring muscle dysmorphia is not only the compulsive workout but also the steroid abuse and dependency. The effects and medical dangers of steroid abuse are often serious. On the other hand the real danger is that steroid abuse causes changes in personality and behaviour which have an impact on social relationships. This paper explores the psychological causes and the possibilities of prevention of steroid abuse.

Exploring the causes of the development of muscle dysmorphia we have to take into account the possibility of the damage of early self. According to the theory of Fonagy the crude psychological self may cause that the person can experience him/herself only through his/her physical self. In this case the body will express the personality and provides the sense of stable identity for the person.

The early theory of Sartre specifies the gap between body experience and body image as the basis of problems related to body. Finally the theory of Merleau-Ponty surmounts this gap by the close relationship, bodily contact with mother, and the reflection of mother integrates the body image and inner body experience.

### **P07) Refeeding Syndrom und Zentrale Pontine Myelinolyse bei 22-jähriger Patientin mit Anorexia nervosa**

Eugenia Maria CRACIUN, Andrea RIEDL, Frank SCHOENREICH, Burghard KLAPP

*Charité Universitätsklinik Berlin, Berlin, Deutschland*

Refeeding- Syndrom und Pontine Myelinolyse (ZPM) stellen im Rahmen der Akutbehandlung der Anorexia nervosa lebensbedrohliche Komplikationen dar. Anhand eines schwerwiegenden Falles



möchten wir vor dem Hintergrund der vitalen Bedrohlichkeit und einer weiter zunehmenden Ökonomisierung der Patientenversorgung auf diese zu wenig Beachtung findenden Syndrome aufmerksam machen, mit dem Ziel der Minimierung solcher Komplikationen in der Behandlungspraxis.

Wir berichten über eine 22-jährige Patientin mit seit 3 Jahren bestehender Anorexia nervosa (BMI bei Aufnahme 8,8 kg/m<sup>2</sup>). Die Aufnahme erfolgte im hypoglykämischen Schock und akutem Leberversagen. Während der intensivmedizinischen Behandlung entwickelte sie im Rahmen eines Refeeding-Syndroms (1) eine ZPM mit Bewusstseinsstörung, bulbärer Dysarthrie, Schluckstörung, Doppelbildern, Hyp- und Dysästhesien am ganzen Körper und Hypo- bis Areflexie.

Die ZPM ist eine neurologische Erkrankung, zuerst beschrieben 1959 (2), bei der es zu einer Demyelinisierung von Nervenfasern besonders in der Pons kommt. Die abrupte Korrektur einer ausgeprägten Hyponatriämie (3) ist eine bekannte Ursache für die Entstehung einer ZPM, auch beschrieben ist die ZPM bei Korrektur einer Hypoglykämie (4) und Hypokaliämie (5). Als prädisponierende Faktoren für diese osmotische Demyelinisation werden bei Pat. mit Anorexia nervosa u.a. die oft exzessive Wassereinnahme (5), Diuretikaabusus (6), Hypokaliämie (7) und die Kachexie (3,8) vermutet. Eine multifaktorielle Genese ist wahrscheinlich (8). Die Pathogenese ist jedoch noch unbekannt.

Vorgestellt werden der Hintergrund des Falles, der Krankheits- und Therapieverlauf sowie aktueller wissenschaftlicher Forschungsstand zu Refeeding-Syndrom und Zentraler Pontiner Myelinolyse.

(1) Zauner et al. 2005

(2) Adams et al. 1959

(3) Lampl et al. 2002

(4) Nobuyasu et al. 2005

(5) Amann et al. 2001

(6) Copeland 1989

(7) Lohr 1994

(8) Bearcroft 1988

### **P08) Interdisziplinäre Sondenentwöhnung, das "Grazer Modell"**

Michaela TAPPAUF, Marguerite DUNITZ-SCHEER, Hildegard NITSCHKE, Katharina BURMUCIC, Eva KERSCHISCHNIK, Thomas TRABI, Peter SCHEER

*Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz, Österreich*

Einleitung:

Fortbildungs- und Forschungsaspekte frühkindlicher Ess- und Fütterungsstörungen sind Schwerpunkte der klinischen Tätigkeit an der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz. Eine große Gruppe machen dabei die sondendependenten (Klein-)Kinder aus: es handelt sich dabei um Kinder, die aus verschiedensten medizinisch begründeten Ursachen eine langfristige enterale Ernährung - meist seit der Geburt - über eine nasogastrische oder transgastrale Sonde erhalten und sich jeglichen Versuchen, selbstständig Essen und Trinken zu erlernen widersetzt haben. Da es kaum spezialisierte Zentren für diese grundsätzlich interdisziplinäre und psychosomatische Entwicklungsunterstützung gibt, kommen sie mit ihren Familien aus allen Kontinenten nach Graz zur Sondenentwöhnung.

"Grazer Modell"

Das "Grazer Modell" der Sondenentwöhnung beruht auf in einem differenzierten Organisationsentwicklungsprozess gewachsener interdisziplinäre Zusammenarbeit: Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, Pflegepersonal und paramedizinische Fachgebiete (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie) sowie Ernährungsberatung, (Entwicklungs-) Psychologie und zahlreiche Praktikanten beschäftigen sich mit den jungen PatientInnen und ihren Eltern. Die Kinder lernen in 2-3 Wochen über den Hungermechanismus bei gleichzeitiger Sondenvolumensreduktion und gleichzeitiger Stärkung ihrer Autonomie und Selbstregulation selbstständig und ausreichend zu Essen und zu Trinken. Die in anderen Zentren noch immer angewandten

Zwangsfütterungstechniken und bindungsspezifische Verhaltensmodifikationen sind aus ethisch moralischen Gründen bei Grazer Modell verboten.

Ausblick:

In den letzten 8 Jahren konnten über 200 vormalig ausschliesslich sondenernährter Kinder im Alter von 4 Monaten bis 10 Jahre erfolgreich und langfristig "sondenentwöhnt" werden. Im heurigen Jahr waren es bisher 56. Neben einer Verbesserung der nutritiven und wachstumsrelevanten sowie psychosozialen Situation und Lebensqualität der Kinder und ihrer Eltern kam es bei vielen nach erfolgreicher Sondenentwöhnung auch zu einem deutlichen Entwicklungssprung. Dieser Vorteil für die Entwicklung des Kindes und seiner Beteiligung am Leben nebst der Erforschung des Überganges von langfristiger Sondenabhängigkeit zu selbstgesteuerten Essverhalten über individuell sehr unterschiedliche Ernährungstechniken und Geschmackspräferenzen sind Gegenstand der momentanen interdisziplinären Forschungsprojekte.

### **P09) Accuracy of self reported height and weight in female adolescents and implications for epidemiological studies**

Karin WALDHERR<sup>1</sup>, Helga FRIEDL<sup>1</sup>, Günther RATHNER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Vienna, Faculty of Psychology, Vienna, Austria; <sup>2</sup>Medical University Innsbruck, Department of Psychological Medicine and Psychotherapy, Innsbruck, Austria

Purpose: Assess accuracy of self-reported weight, height, and body mass index (BMI) in female adolescents considering weight group (WG), menarcheal stage (MS), body dissatisfaction (BD) and drive for thinness (DT). Methods: Self-reported weight/height were verified in a random subsample of females enrolled in a survey to assess trends in the prevalence of disturbed eating behaviour/overweight in Austria (n=194, 12-17 years). To examine differences in the accuracy of self-reports between WGs (under-, normal-, overweight) and MSs (pre-, 0-2 year post-, > 2 years postmenarcheal) two-way repeated-measures analyses of variance with BD and DT as covariates as well as non-parametric methods were used. Results: Significant interactions between WG and MS were found for accuracy of self-reported weight and BMI. Overestimation of weight and BMI was largest in underweight girls 0-2 years after menarche and associated with BD and DT. Overweight girls at least two years after menarche underreported their weight and BMI to the greatest extent. For premenarcheal girls a trend to height underestimation was observable. Sensitivity and positive predictive value were greater for overweight/obesity than for underweight. Conclusions: Measured weight/height is the gold standard in epidemiological studies. Overestimation of weight in underweight and underestimation in overweight girls flaw results. In addition, the degree of weight over-/underestimation could be an indicator of disordered eating behaviours.

### 3: Therapie / Therapy

#### **Präsentation / Presenter:**

Isabel Krug, Barcelona (E)

#### **P10) "Ich wollte nicht mehr fühlen müssen". Eine Analyse autobiografischer Literatur zu Magersucht/"I didn't want to feel anymore". An analysis of autobiographical books about Anorexia nervosa**

Brigitte LEYPOLD, Annemarie RETTENWANDER

*Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich*

Es existiert eine große Anzahl von autobiographischen Büchern (ehemals) anorektischer Frauen. Neun dieser Monographien wurden in der vorliegenden Studie in Bezug auf folgende Fragestellungen wissenschaftlich untersucht:

Welche Ursachen geben die Autorinnen für ihre Magersucht an? Bestehen Unterschiede zwischen Frauen, welche die Krankheit bereits überwunden haben und solchen, die zum Zeitpunkt des Schreibens noch anorektisch waren, in Bezug auf ihre subjektiven Theorien oder hinsichtlich Sprechverwendung und Sprachstil? Welche Schlüsse lassen sich aus diesen Ergebnissen für die therapeutische Arbeit ziehen?

There are numerous autobiographical books by (formerly) anorexic women. Nine of these autobiographical books have now been analysed scientifically with regard to the following questions: Which causes do the authors identify for their anorexia? Are there differences concerning the subjective theories and/or the use of language and style of writing between women who have overcome their illness and those who are still anorexic at the time of writing? What conclusions can be drawn from these findings with regard to therapeutic interventions?

#### **P11) Schwangerschaft und Fertilität bei Essstörungen anhand eines Case Reports einer Patientin mit bulimiformer Anorexia nervosa und Schwangerschaft**

Andrea RIEDL, Gabriele GOSSING, Boris KRETSCHMER, Burghard KLAPP, Martina RAUCHFUSS

*Charité Universitätsklinik, Campus Mitte, Berlin, Deutschland*

Wir berichten über eine 17-jährige I. Gravida mit seit etwa 5 Jahren bestehender bulimiformer Anorexia nervosa (BMI bei Aufnahme 15,1), die sich bei stationärer Aufnahme an der Inneren Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Charité, Berlin in der 28. Schwangerschaftswoche befand. Es bestand eine beginnende fetale Retardierung, ein massiv ausgeprägter Ambivalenzkonflikt zwischen Kinderwunsch und starken Sorgen um den Fötus und die mit der Schwangerschaft verbundene Gewichtszunahme. Vorgestellt werden Verlauf der Schwangerschaft, die in diesem Fall notwendig gewordene Unterbringung nach PsychKG sowie der aktuelle wissenschaftliche Stand zur Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Schwangerschaft.

Bei anorektischen und bulimischen Patientinnen kann es trotz Zyklusunregelmäßigkeiten und Amenorrhoe zum Eintreten einer Schwangerschaft kommen, welche ein besonderes Risiko für Mutter und Kind darstellt. Schwangerschaften beeinflussen den Verlauf der Ess-Störung meist negativ. Andererseits führt eine in der Schwangerschaft bestehende Ess-Störung zu einem erhöhten Fehl- und Frühgeburtsrisiko und auch termingeborene Kinder sind oft untergewichtig.

Zur Sicherung der kindlichen intrauterinen Entwicklung bei Anorektikerinnen ist häufig eine integrierte psychosomatische Mitbetreuung erforderlich, insbesondere wenn es der Patientin aufgrund der Erkrankung nicht möglich ist, Gewicht zuzunehmen. Aufgrund der erheblichen Ambivalenz und fehlenden Krankheitseinsicht vieler Anorektikerinnen ist mitunter wie in unserem Case Report auch eine stationäre Behandlung mit Ernährung über Nasensonde, bzw. parenteral

notwendig. Die Tatsache, dass es postpartal meistens zu einer Verschlechterung oder Relapse der bulimischen oder anorektischen Symptomatik, sowie dem häufigen Auftreten von postpartalen Depressionen kommt, macht deutlich, dass eine über die Geburt hinausgehende Betreuung essgestörter Schwangerer unerlässlich ist.

### **P12) Fathers and daughters in eating disorders**

L. SZABÓ

*Semmelweis University Budapest, Budapest, Ungarn*

The review of literature outlines the family dynamical features of eating disorders, with special regard to the role of fathers. The theories and experiences dealing with the father–daughter relationship are considered from the point of view of different psychological concepts, and the psychodynamic approach is stressed. The research data corroborate that in the therapy of eating disorders the knowledge about the family environment is inevitable, and the communication among family members has to be stimulated, especially the father–daughter interactions. Several data show that the frequency of family conflicts, the freedom of emotional self-expression, and the coping style of the family influence the prevalence of eating disorder episodes. Psychodynamic experiences pay attention to the obstacles in the psychosexual development of the anorectic child, involving the ineffective solution of the oedipal phase, and the identification with the father, and the instinct drives with taboo. These show a parallelism with the symptoms of disordered eating. The review discusses the role of fathers also through the different paternal personality types.

### **P13) Hypnotizability in bulimia nervosa**

Ferenc TÚRY, Pál Szabó

*Semmelweis University Budapest, Budapest, Ungarn*

**Aim and background.** Former data relating to the higher hypnotizability of bulimic patients compared to anorectics and to the general population were published from 1985, but no East-European data were found. Our aim was to study the hypnotic susceptibility of bulimics in a Hungarian sample.

**Methods.** The hypnotic susceptibility of 16 DSM-IV bulimic patients (mean age: 24.2±1.9 years, range: 19-31 years) was assessed using the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form A. The data were compared to a control group of college students (n=20, mean age: 22.5±2.2 years, range: 19-26 years), and the Hungarian standard of the SHSS-A (n=178).

**Results.** The hypnotizability of bulimics was significantly higher (mean of SHSS-A scores of bulimics: 8.94±1.95; control group: 5.75±4.55; F: 6.8132, p: 0.013; mean score of Hungarian standard is slightly lower than that of control group: 5.53±3.76). The lowest score of the bulimic patients was six on the twelve-point scale.

**Conclusion.** These data support the dissociation theory of eating disorders, which is a selective model relating to a certain subgroup of eating disordered (mainly bulimic) patients, and indicate that hypnosis may be useful in the treatment of bulimics.

### **P14) Computer-based interventions for the prevention of eating disorders: a systematic review**

Despina LEARMONTH

*City University, London, Great Britain*

**Background:**

To review computer-based interventions aimed at preventing the development of eating disorders.

**Method:**

Search strategy: Relevant trials were identified by searching the Cochrane Controlled Trial Register (CCTR), relevant biomedical and social science databases, reference lists from related articles, and through contact with acknowledged experts.

Selection criteria: Trials were included if they: 1) were randomised controlled trials or comparative group studies that evaluated the effectiveness of computer-based eating disorder prevention interventions, 2) included at least one outcome measure reporting on level of eating disorder pathology, or weight and shape concern, coping, or self-esteem, 3) had a minimum follow-up of 1 month, and 4) included only participants with no known DSM-IV diagnosis of an eating disorder.

Data extraction and analyses: 4,608 abstracts were retrieved. Two reviewers independently applied the selection criteria to the studies and assessed study quality. Fourteen studies were critically appraised, and a meta-analysis was conducted.

Findings:

Prominent combined effects, found for higher risk participants only, were: average weighted effect size (WMD) for EDI drive for thinness subscale at post-test was 0.618 [0.432 to 0.803, 95% CI] and at follow-up = 0.498 [0.040 to 0.956, 95% CI], whilst at follow-up the EDE-Q eating concerns subscale WMD = 0.614. On the EDE-Q global subscale there was a medium effect size both at post-intervention [WMD = 0.653, 0.475 to 0.831, 95% CI], and at follow-up [WMD = 0.646, 0.271 to 1.021, 95% CI]. For the EDE-Q weight concerns subscale post-intervention WMD = 0.342 [0.001 to 0.683, 95% CI], follow-up WMD = 0.439 [0.095 to 2.500, 95% CI]; whilst the EDE-Q shape concerns WMD = 0.415 [0.069 to 0.760, 95% CI], and at follow-up WMD = 0.415 [0.069 to 0.760, 95% CI]. No effects were found on the restraint subscale.

Discussion:

Two of the computer-based programmes, Student Bodies and another unnamed CBT-based intervention, were found to decrease certain risk factors for eating disorders in high risk participants. However, there were insufficient research studies for firm conclusions to be drawn about decreased risk in low risk individuals. Further research with improved methodological rigour, increased sample sizes, and more diverse population groups would be very useful in establishing whether or not these interventions can be truly effective.

**Parallelsitzung 1/Parallel session 1****Information & Prävention/Information & Prevention**

Vorsitz / Chair: Gudrun Wagner, Wien (A)

**15:00 - 15:15 Uhr****V01) Essstörung außerhalb der Großstadt - Weg mit dem Tabu in den Kleingemeinden. Eine Laientheatergruppe erreicht Betroffene, Angehörige und Interessierte.**

Friederike AMESBERGER

*Theaterverein "Die Mitterndorfer Brettblödler", Ebreichsdorf, Österreich*

Das Thema Essstörungen ist im ländlichen Gebiet Österreichs noch heute ein Tabu-Thema und stößt auf Unkenntnis und Unverständnis der Bevölkerung. Ziel unserer Arbeit ist die Aufklärung und Information sowie die Enttabuisierung von Essstörungen in den Kleingemeinden. Des Weiteren sollen Betroffene und Angehörige Unterstützung in Selbsthilfegruppen finden.

Die Laientheatergruppe "Die Mitterndorfer Brettblödler" in Mitterndorf/Fischa gründete 2006 die Sektion "Hilfe für Essstörungen". Neben der Einarbeitung und Aufführung verschiedener Theaterstücke, startete die Gruppe eine Kampagne zur Erstellung von Informationsbrochüren für Kleingemeinden im Bezirk Baden. Die Verteilung erfolgte bei Theatervorstellungen, Adventmärkten und in einem Internetbulimieforum. Weiterhin wurden Treffen für Betroffene und Angehörige z.B. das Sommernachtsfest 2006 des Forums [www.bulimie.at](http://www.bulimie.at) organisiert.

Im Rahmen der Informations- und Aufklärungskampagne konnte eine Selbsthilfegruppe für Betroffene und Angehörige gegründet werden, die sich mit einer Teilnehmerzahl von 10 - 12 Personen 14-tägig trifft.

Das organisierte Sommernachtsfest und das Adventstreffen 2006 fand eine große Resonanz bei Betroffenen, Angehörigen und Interessierten aus Deutschland, der Schweiz und allen Österreichischen Bundesländern. Für Juli 2007 ist bereits das nächste Sommernachtsfest angesetzt.

Mit Hilfe der durchgeführten Kampagnen und Treffen konnte das Thema Essstörungen weitläufig enttabuisiert werden. Bei den betroffenen essgestörten Patienten ergab sich eine signifikant gesteigerte Therapiebereitschaft. Den Angehörigen konnte der Umgang mit der Krankheit erleichtert werden und das Gefühl der Ausgrenztheit und Hilflosigkeit sank.

Das Beispiel der Laientheatergruppe "Die Mitterndorfer Brettblödler" zeigt, dass auch in den ländlichen Gegenden Österreichs die Aufklärung und Enttabuisierung sowie die Hilfe für Betroffene und Angehörige möglich ist und sollte einen Anreiz für ähnliche Projekte in weiteren ländlichen Gebieten geben.

**15:15 - 15:30 Uhr****V02) Entwicklung eines Inputs zur schulischen Prävention von Essstörungen im Jugendalter unter besonderer Berücksichtigung der Anorexia Nervosa**

Manuela KONRAD

*Fachhochschule Joanneum, Bad Gleichenberg, Österreich*

Die Prävention von Essstörungen im schulischen Kontext ist nach wie vor in den Anfängen. Der Lebensraum „Schule“ ist aber gewissermaßen Bindeglied und Übergangsmedium vom Leben in der Familie zum Leben in der Gesellschaft und ermöglicht auf breit strukturierter Ebene dass österreichweit Kinder als auch Jugendliche erreicht werden. Präventionsarbeit, die in der Schule stattfindet, ist in erster Linie Primärprävention, jedoch ist eine gewisse Sensibilität des Lehrpersonals vonnöten, um frühzeitig Anzeichen von abweichendem Essverhalten zu erkennen

und adäquat zu reagieren. Anhand qualitativer Interviews werden Lehrerinnen befragt, die allesamt Schülerinnen mit Essstörungen unterrichteten um vorrangig der Frage auf den Grund zu gehen, welche Inhalte und Hilfestellungen sich Lehrpersonal für ein Präventionsprogramm zum Thema Essstörungen wünscht und wo eigenen Kompetenzen aber auch Grenzen gesehen werden. Um genauer spezifizieren zu können, wird nur auf das Krankheitsbild der „Anorexia nervosa“ eingegangen und dabei in sieben verschiedenen Items die Wahrnehmung und Herangehensweise der Lehrerinnen erfragt. Dabei wird u. a. die intensive Auseinandersetzung mit Medien, Rollenbildern und Problemlösungsstrategien laut. Die Mehrzahl der Befragten sieht im Allgemeinen eine deutliche Zunahme von abweichendem Essverhalten und thematisiert dies auch meist im Kollegenkreis. Der Schularzt spielt in diesem Setting meist keine Rolle, vereinzelt waren Lehrerinnen überfordert mit dem Krankheitsbild. Die Wahrnehmung der Interviewten hinsichtlich der Charaktermerkmale und des Sozialverhaltens waren unterschiedlich, die Tendenz zur Leistungsorientierung und der fehlenden Krankheitseinsicht aber ein stabiles Merkmal.

**15:30 - 15:45 Uhr**

**V03) Wenn die Seele hungert - "Wer zu viel abnimmt, verliert mehr als nur ein paar Kilo"**

Bernhard WAPPIS

*SOWHAT – Institut für Menschen mit Essstörungen, Wien, Österreich*

Die weltweite „Charta für Essstörungen“ (vgl. [http://www.netzwerk-essstoerungen.at/download/charta\\_vollversion.pdf](http://www.netzwerk-essstoerungen.at/download/charta_vollversion.pdf), 18.12.2006) die im Juli 2006 auf dem „Weltkongress der Academy for Eating Disorders (AED)“ in Barcelona verabschiedet wurde, ruft alle für Politik und Gesundheitsversorgung auf, die Gesellschaft über Essstörungen zu informieren und aufzuklären.

Aus diesem Grund hat sowhat, ein Institut für Menschen mit Essstörungen, welches 1993 gegründet wurde und derzeit rund 800 Menschen mit Essstörungen in Wien und Niederösterreich psychotherapeutisch, psychologisch und medizinisch betreut, gemeinsam mit der Essstörungshotline von DieSie, dem Wiener Programm für Frauengesundheit und dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, im Mai 2007, die erste österreichweite Sensibilisierungs- Kampagne gestartet.

Ziel dieser Kampagne ist es mit Hilfe von Inseraten in Zeitungen und Zeitschriften, Spots in Radio, TV und flankierten PR- Maßnahmen, ein Verständnis für die vielfach noch immer, unverstandenen Ursachen von Essstörungen in der breiten Öffentlichkeit zu schaffen. ExpertInnen gehen derzeit von rund 200.000 Betroffenen (G. Rathner [1999]: Was Sie über Essstörungen wissen sollten. Netzwerk Essstörungen, Innsbruck) österreichweit aus.

Zu den prominenten UnterstützerInnen der Kampagne zählen unter anderem BM Dr. Andrea Kdolsky, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, ao. Univ. Prof. Dr. Beate Wimmer- Puchinger, Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, Mode- Designer Thang de Hoo, „Dancing- Star“ Mirjam Weichselbraun, Ö3- Wecker- Stimme Daniela Zeller.

Inhalte und Ziele der Kampagne sind Schwerpunkt der Ausführungen von Mag. Bernhard Wappis.

**15:45 - 16:00 Uhr**

**V04) "Initiative S-O-Ess": Gemeinsames Lobbying gegen unerreichbare Schlankkeitsideale**

Michaela LANGER, Beate WIMMER-PUCHINGER

*Fonds Soziales Wien, Wien, Österreich*

Durch gemeinsames Vorgehen und die enge Zusammenarbeit von Medien, Werbung, Wirtschaft, Mode, Show-Business und Industrie im Verbund mit GesundheitsexpertInnen sollen unrealistische – und somit gesundheitsschädigende – Frauen-Vor-Bilder korrigiert und gesundheitsförderliche Standards etabliert werden.

Nährboden für das Auftreten von Essstörungen sind unrealistische gesellschaftliche Schönheitsideale, die auf übertriebenem Schlankkeits- und Jugendkult beruhen. Über

Werbebotschaften von Mode, Industrie und Wirtschaft werden ungesunde mediale „Vor-Bilder“ transportiert, die extreme Schlankheit propagieren sowie eine bestimmte Körperästhetik vermitteln und diese mit Anerkennung, Erfolg, Glück und Selbstwert verknüpfen.

Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat die "Initiative S-O-Ess gegen ungesunde Schlankheitsideale" ins Leben gerufen, die unter wichtigen österreichischen Opinion Leadern und Prominenten Bewußtsein für die Problematik schafft und Lobbying betreibt.

Ziel der Initiative S-O-Ess:

- Lobbying und Sensibilisierung bei Opinion-LeaderInnen aus Mode, Werbung, Industrie, Wirtschaft, Medien, Show-Business und Politik gegen ungesunde Frauen-Bilder
- Schaffung von mehr Verantwortungsbewusstsein, soziales Gewissen und Aufmerksamkeit in diesen Branchen
- Planung und Umsetzung neue Initiativen gegen Essstörungen
- Verstärkung des internationalen Trends gegen den übertriebenen Schlankheitskult

Die Initiative S-O-Ess wird getragen durch:

- Christina Stürmer, Cordula Reyer und Melanie Scheriau
- Österreichischer Werberat
- Wiener Wirtschaftskammer mit Präsidentin Brigitte Jank
- Fachgruppe für Werbung und Marktkommunikation der Wirtschaftskammer
- Mode- und Starfotografin Inge Prader
- Modelagentur "Wiener Models"
- Modelabel "Jones"
- Modedesigner La Hong
- Österreichischer dm Frauenlauf durch deren Gründerin Ilse Dippmann
- Motivformschungsinstitut Karmasin

Das Symbol der Initiative ist ein zerrissenes Maßband in Form einer Schleife in Anlehnung an das berühmte „Red Ribbon“. Der dazugehörige Slogan „No BODY is perfect“ soll die Abkehr vom übertriebenen Schlankheits- und Körperkult eingeläutet werden. Die Schleife symbolisiert das Ende des übertriebenen und gesundheitsschädigenden Schlankheitswahns. Es steht für Selbstbewusstsein und "Ich darf so bleiben, wie ich bin."

Die Initiative S-O-Ess steht unter der Patronanz der Wiener Gesundheitsstadträtin Mag. Sonja Wehsely und der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten Univ. Prof. Wimmer-Puchinger.

Details: [www.s-o-ess.at](http://www.s-o-ess.at)

**16:15 - 16:30 Uhr**

### **V05) Essstörungen bei Männern**

Bernhard WAPPIS

*Verein „Mann-Sein“ - Verein zur Förderung von ganzheitlichen Männer-Gesundheits-Projekten, Klagenfurt; sowhat - Insitut für Menschen mit Essstörungen, Wien, Österreich*

„Machos haben keine Magersucht!“ Diese Aussage von Maja Langsdorff (vgl. <http://www.maja-langsdorff.de/medmagma.htm>, 11.07.2007) ist sicher plakativ formuliert und stark verkürzt, aber dennoch treffend. Denn über Essstörungen wird sehr viel berichtet, doch mit Männern wird dieses Problem nach wie vor kaum in Zusammenhang gebracht. Es scheint nur Frauen zu betreffen, ein Thema für Mädchen und Models, nicht aber für Jungen. Dabei sind rund 10 Prozent aller an Essstörungen erkrankten Personen Männer zwischen 18 und 40 Jahren (vgl. [http://www.studentenwerk-oldenburg.de/kultur/archiv\\_2001/Ibiza\\_Interview.pdf](http://www.studentenwerk-oldenburg.de/kultur/archiv_2001/Ibiza_Interview.pdf), 03.01.2005).

Essstörungen bei Männern sind oft viel schwerer aufzudecken als bei Frauen obwohl das Krankheitserscheinungsbild dem der Frauen auffällig ähnlich ist. Häufig werden vor allem in Kliniken erst schwerste Fälle von Magersucht und Bulimie bei Männern identifiziert, weil sich diese meist erst sehr spät in Behandlung begeben und bis zu diesem Zeitpunkt bereits lange Krankheitskarrieren zu verzeichnen haben. Ein Grund dafür könnte sein, dass Essstörungen von den



meisten betroffenen Männern als „Frauenkrankheit“ gesehen werden und daher sehr schambesetzt sind.

Das Thema Essstörungen bei Männern, Hintergründe und Therapiemöglichkeiten, sind Schwerpunkte der Ausführungen von Mag. Bernhard Wappis.

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

<p><b>Parallelsitzung 2/Parallel session 2</b> <b>Psychopathologie, biologische Faktoren &amp; Behandlung/Psychopathology, biological factors &amp; treatment</b></p>
---

Vorsitz / Chair: Anna Palleschi, Padua (I)

**15:00 - 15:15 Uhr**

**V06) Der Essanfall - für Betroffene (k)ein Tabuthema? - Zwischenergebnisse einer Fragebogenstudie**

Annegret HOPE, Peter HUSAR

*TU Ilmenau, Institut für Biomedizinische Technik und Informatik, Ilmenau, Deutschland*

Ziel:

Die vorgestellte Studie dient zur Erfassung der optimalen Untersuchungsbedingungen für Messungen verschiedener Biosignale bei Patienten mit Essstörungen, speziell Bulimia Nervosa.

Material und Methodik:

Aus verschiedenen Internetforen in Deutschland und Österreich beantworteten 54 freiwillige, weibliche Patienten mit unterschiedlichen Ausprägungen von Bulimia Nervosa den von uns entwickelten Fragebogen mit folgenden Schwerpunkten: 1. Subjektive Empfindungen, Gedanken und Gefühle im Vorfeld und zu Beginn eines Essanfalls, 2. Mögliche auslösende Faktoren, 3. Körperliche Symptome während dieser Phase, 4. Reaktion bei plötzlicher Ablenkung, 5. Planung und Durchführung eines Essanfalls, 6. Bereitschaft zur Teilnahme an Messungen vor und während eines Essanfalls und notwendige Rahmenbedingungen.

Ergebnisse:

Insgesamt konnten 52 Fragebögen zur Auswertung herangezogen werden. Das Alter der Patientinnen lag zwischen 16 und 38 Jahren. Alle Befragten gaben zu den oben genannten Punkten bereitwillig Auskunft. Die Beschreibung der Gedanken und Gefühle erfolgte stets sehr detailliert und aufschlussreich. Erstaunlich offen legten die Patientinnen die Planung und den Ablauf eines Essanfalls bis hin zu genauen Mengen, Zeiten und Reihenfolgen dar. Auf die Frage, ob sie sich vorstellen könnten, einen Essanfall auszulösen und dabei verschiedene Messungen an sich durchführen zu lassen, antworteten 43% zustimmend. Die dazu notwendigen Rahmenbedingungen differierten stark zwischen den einzelnen Patientinnen.

Schlussfolgerung:

Anhand der ausgewerteten Fragebögen konnte ein Gefühl von Scham oder eine Tabuisierung des Themas Essanfälle bei den Betroffenen nicht festgestellt werden. Gegenüber der Forschung und möglicher Messungen zeigten sich die Patienten unerwartet offen und kooperationsbereit. Die gewonnenen Erkenntnisse bezüglich der Untersuchungsbedingungen geben Anlass zum Optimismus für eine erfolgreiche Durchführung der von uns angestrebten Messungen.

**15:15 - 15:30 Uhr**

**V07) Topiramat bei Bulimia nervosa, Teil II: 18 Monate Follow-up**

Sabine KIENAST, Marius NICKEL, Melanie SCHATZ, Christian KETTLER

*Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie, Bad Aussee, Österreich*

Die Studie untersuchte den Einfluss von Topiramat auf das Verhalten, das Körpergewicht und auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patientinnen mit Bulimia nervosa.

30 Patientinnen mit Bulimia nervosa wurden zuerst über 10 Wochen in einer placebokontrollierten, randomisierten, doppelblind Studie mit Topiramat behandelt. Die Personen wurden per Zufallsprinzip in 2 Gruppen geteilt, davon erhielten 30 Topiramat und 30 ein Placebo. Diese Patientinnen wurden anschließend in Rahmen einer 18-monatiger Follo-up weiter untersucht. Verglichen wurden die Veränderungen bezüglich des Körpergewichtes und die Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität basierend auf den SF-36.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnten nach 18 Monaten signifikante Änderungen in Häufigkeit von Binging/Purging ( $p < .01$ ), in Körpergewichtreduktion ( $p < .01$ ) und in allen Skalen des SF36 (alle  $p < .01$ ) gefunden werden.

Nach 18 Monaten Follow-up erscheint Topiramat in Behandlung von Patientinnen mit Bulimia nervosa in Reduktion der Häufigkeit von Binging/Purging, Körpergewichtreduktion und in Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität effektiv zu sein.

**15:30 - 15:45 Uhr**

**V08) “Alles oder nichts“- Das Auftreten von Bulimia nervosa**

Martine KÖCK<sup>1</sup>, Lauri NEVONEN<sup>1</sup>, Katarina ASTRAND<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Anorexie- und Bulimie Spezialambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik des Königin Silvia Kinderkrankenhauses, <sup>2</sup>Sahlgrenska Akademie, Göteborg, Schweden*

Ausgangssituation:

Das Ziel der Studie ist eine qualitative Untersuchung der Aussagen von Bulimiepatientinnen hinsichtlich ihrer Krankheitsgeschichte. Die Studie beleuchtet die Lebenssituation und die Erfahrungen junger Frauen mit ihrer Diagnose Bulimia nervosa. Durch tiefenpsychologische Interviews erhält man eine intrapersonelle Problemperspektive, da man die Frauen frei über Ihre Sichtweisen sprechen lässt.

Methode:

Das Material für die qualitative Analyse besteht aus tiefenpsychologischen Interviews von sieben Frauen im Alter von 23 bis 26 Jahren. Die Teilnehmerinnen leiden oder litten an Bulimia nervosa. Die jungen Frauen erhielten eine Behandlung an der Anorexie- und Bulimie Spezialambulanz der Kinder.- und Jugendpsychiatrischen Klinik des Königin Silvia Kinderkrankenhauses in Göteborg, Schweden. Das Interviewmaterial wurde mit Hilfe der „Grounded Theory Methodik“ kodiert und analysiert. „Grounded Theory“ ist eine qualitative Forschungsmethode, die aus drei schrittweisen Analysenstufen besteht: offene Kodierung, axiale Kodierung und selektive Kodierung, die genau befolgt wurden.

Resultat:

Das Resultat der selektiven Kodierung beinhaltet die drei folgenden übergreifenden Kernkategorien: Verhältnis zu Essen/Gewicht/Körper; intrapsychische Prozesse und interpersonelle Beziehungen.

Diskussion:

In den Erzählungen der Interviewpersonen treten unter anderem folgende Themen auf: Fixierung auf Körper und Gewicht; gestörter Selbstwert/niedriges Selbstvertrauen; mangelnde Coping-Strategien für Angst; Einsamkeitsgefühle; dichotomes Denken und Handeln sowohl in Bezug auf die Essstörung und auf das Leben im Allgemeinen; unsichere Beziehungen und Probleme mit Trennungen. Es zeigt sich, dass Unsicherheit, Einsamkeit und mangelnde Coping-Strategien

Faktoren für ein erhöhtes Risiko bezüglich des Auftretens und der Aufrechterhaltung einer Essstörung darstellen.

**15:45 - 16:00 Uhr**

**V09) Verminderte Geschmackspapillendichte und veränderte Schmeckwahrnehmung bei Patientinnen mit Essstörungen**

Lars WÖCKEL<sup>1</sup>, Alice JACOB<sup>1</sup>, Thomas HUMMEL<sup>2</sup>, Fritz POUSTKA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Frankfurt/Main, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters; <sup>2</sup>Technische Universität Dresden, Hals-, Nasen-, Ohrenklinik, Funktionsbereich Riechen und Schmecken, Frankfurt, Deutschland

Einleitung: Essstörungen werden seit längerem mit Störungen der Schmeckwahrnehmung in Verbindung gebracht. Die Rezeption von Schmeckstoffen erfolgt über die Geschmacksknospen in den Geschmackspapillen der Zunge. Ziel dieser Studie ist die Quantifizierung der Geschmackspapillen und die Untersuchung der unterschiedlichen Geschmacksqualitäten bei Patientinnen mit Essstörungen.

Methoden: 27 ambulante und stationäre Patientinnen mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, atypische Anorexie, Binge-Eating) mit einer Altersspanne von 14 – 20 Jahren ( $17,2 \pm 1,5$  Jahre) wurden in die Studie miteinbezogen. Die Kontrollgruppe bestand aus 16 gesunden weiblichen Probanden vergleichbaren Alters. Erfasst wurde die Anzahl der Geschmackspapillen auf der Zunge (Lebensmittelfarbe, Canon Digitalkamera 3.2 Mega Pixel, Adobe Photoshop 5.0), psychologische Testung (YSR 11-18, JTCI 12-18, EDI-SC, EDI-2). Ausserdem wurde eine Schmecktestung mittels „Schmeckstreifen“ (süß, sauer, salzig, bitter), Lösungen von Propylthiouracil (PROP, 0,05 mmol/l) und unterschiedlich fetthaltigen Naturmilchprodukten (0,1%, 1,5%, 3,5%, 20%, 24%) durchgeführt.

Ergebnisse: Bei Patientinnen mit Essstörungen war die Anzahl der Geschmackspapillen signifikant vermindert ( $p < 0,01$ ). Diese Verminderung war bei restriktiven Essstörungen deutlicher ausgeprägt ( $p < 0,001$ ) als bei Patientinnen, bei denen zusätzlich oder ausschließlich Erbrechen und / oder Essanfälle auftreten ( $p < 0,05$ ).

Bei restriktiven Störungen war die Aversion für die Qualität „süß“ höher und für die Qualität „bitter“ niedriger, als bei anderen Essstörungen oder der Kontrollgruppe. Patientinnen mit Essstörungen wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine stärkere Aversion gegenüber Naturmilchprodukten mit niedrigem Fettgehalt auf.

Diskussion: Unterschiede in der Geschmackswahrnehmung und die Ausbildung von Nahrungsmittelpräferenzen bzw. -aversionen werden u.a. durch biologische Faktoren bestimmt. Wir stellen die Hypothese auf, dass die verminderte Anzahl der Geschmackspapillen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen beiträgt.

**16:00 - 16:15 Uhr**

**V10) Essstörungen und internistische Probleme in der Praxis - Komorbiditäten und Probleme anhand von Fallbeispielen**

Hartmut IMGART, Christiane STARKE

Parkland Klinik, Bad Wildingen, Deutschland

Einleitung:

Internistische Komorbiditäten und Probleme sind bei Patientinnen mit Essstörungen häufig zu finden. Sie variieren von leichten Gesundheitsbeeinträchtigungen bis zu lebensbedrohlichen Komplikationen.

Besonders gefährdet sind anorektische Patientinnen, nach Langzeitstudien sterben 15% an ihrer Erkrankung. Bei den tödlichen Komplikationen stehen Herz- und Nierenversagen im Vordergrund. Wichtig für den Behandler sind Kenntnisse über das Refeeding-Syndrom, welches ein signifikantes

Mortalitätsrisiko darstellt. Das Refeeding-Syndrom ist ein komplexes pathophysiologisches Geschehen, das in der Wiederernährungsphase von exzessiv hungernden Patienten auftreten kann.

Methode:

Es wird ein Überblick über praxisrelevante internistische Komorbiditäten und Komplikationen bei Essstörungen gegeben. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf die Darstellung des Managements vom Refeeding- Syndrom gelegt. Grundlage stellt die aktuelle Literatur sowie Daten von 1100 stationären Behandlungen von essgestörten Patienten aus der Parkland-Klinik der letzten 5 Jahre dar.

Weiterhin wurden 58 gemeinsame Patienten mit der Asklepios-Stadtklinik untersucht, die akut-internistisch und psychosomatisch betreut wurden.

Diskussion/Ergebnisse

Das Refeeding-Syndrom bezeichnet eine durch die Wiederernährung induzierte Imbalance im Flüssigkeits- und Energiehaushalt. Weiterhin können auch akute Vitaminmangelzustände und Störungen der Leberfunktion auftreten.

Besonders gefährdet für ein Refeeding-Syndrom sind Patienten, die einen niedrigen BMI besitzen oder in kurzer Zeit sehr viel abgenommen haben.

Wichtigste Vorsorgemaßnahme ist, ein Refeeding-Syndrom überhaupt in Betracht zu ziehen sowie ein langsamer Kostaufbau. Monitoring und Substitution von Phosphat und Vitamin B1 kann zusätzlich notwendig sein.

Bei den kardiovaskulären Komplikationen von essgestörten Patienten sind Arrhythmien und eine Herzinsuffizienz durch morphologische Veränderungen des Herzens häufig. Das Refeeding-Syndrom kann kardiale Schädigungen verstärken und zur akuten Dekompensation führen.

Wir haben in unserer Patientenstichprobe (n=1100) alle Patienten mit kardialen Komplikationen nachuntersucht auf mögliche Koinzidenz mit einem Refeeding-Syndrom. Wir fanden eine hochsignifikante Korrelation mit einem unkontrollierten und/oder zu schnellen Kostaufbau.

Bei einem Teil unserer Patienten führten wir ein Phosphatmonitoring in der Wiederernährungsphase durch. Ein Phosphatabfall in kritische Bereiche konnte bei 50 % dieser Patienten festgestellt werden.

Bei differentialdiagnostischen Überlegungen zur Essstörungen kommen schwere konsumierende Erkrankungen in Frage- wir hatten nur 5 Fälle von 1100 Patienten. Bei differentialdiagnostischen Überlegungen zum Refeeding Syndrom ist auch ein exzessives Erbrechen in Betracht zu ziehen, welches in seltenen Fällen generalisierte Ödeme auslösen kann.

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

### **Parallelsitzung 3/Parallel session 3**

#### **Epidemiologie/Epidemiology**

Vorsitz / Chair: Giovanni Ruggiero, Milan (I) & Ferenc Túry, Budapest (H)

**15:00 - 15:15 Uhr**

#### **V11) Longterm Examination (10 Years) of the Nutrition in the Czech Republic**

Vera ADÁMKOVÁ<sup>1,2</sup>, Zdena ŠKODOVÁ<sup>1</sup>, Vera LÁNSKÁ<sup>1</sup>, Renata CIFKOVÁ<sup>1</sup>, J. KAUCKÁ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute for Clinical and Experimental Medicine Prague; <sup>2</sup>South Bohemia University, České Budějovice, Faculty for Public Health and Social Studies, Prague, Czech Republic

Introduction: Consumption of fat products (meal, cheese, milk) in Czech Republic is very high, in opposite, consumption of fresh vegetable, fruits, fibers is low. Offer of these fresh products has been very rich in the Czech market in last years, but the consumption has increased slowly.

Aim: To ascertain the changes in the consumption of the analysed products in 1% random sample of the Czech population.

The group and methods: Group of 2336 persons was examined in 1992 y. in 6 districts of Czech Republic (1127 males 1209 females) in 2000/01 y. were examined 2140 persons (1046 males, 1094 females) at the age 25-64 years. In one day diet recall we watched input of proteins, fats, saccharides, fibres, vitamin C, calcium, cholesterol, total energy and the change of body mass index (kg/m<sup>2</sup>).

The data was analysed by ANOVA.

Results: In 10 years follow-up period we ascertained:

- Increasing of consumption of saccharides, proteins, total energy, calcium, iron, vitamin C, body mass index (both gender)

- Decreasing of input of fats and cholesterol

Males: - increasing of animal proteins in men of the age 35-44 years

- minimal input of animal and total fats of the age 55-64 years and vegetable fats in 25-34 years

Females: - Maximal increasing of consumption of animal and total proteins at the age 35-44 years

- increasing of input of vegetable proteins only in the group of the age 55-64 years.

Conclusion: The spectrum of received nutrients in the Czech population is not satisfied according to recommended good nutrition. The increasing of body mass index is also not good, but very pleasant is fact, that the consumption of vitamin C, fibres, calcium has increased without according to gender and age of the analysed persons.

**15:15 - 15:30 Uhr**

### **V12) A preliminary survey on eating behaviors and body image concerns among adolescents of Friuli Venezia-Giulia (Italy)**

Emanuel MIAN

*Body Image, Trieste, Italy*

Wrong eating behaviors and body dissatisfaction often appear during adolescence and can be prodromic of an Eating Disorder (ED). The "Body Image 2007" (BI07) preliminary survey, originates from the growing need to acquire information about eating behaviors, ED knowledge and body image of Friuli Venezia-Giulia's (North-East of Italy) teenagers. The survey included ED knowledge, body image, eating habits, alcohol abuse, cultural pressure for thinness, physical appearance and self-esteem.

Ninety students (male n=50 ; female n=40 ; mean age 15 +/- 1) attending a secondary school in Trieste were assigned to the BI07 survey. They were also administered the Eating Attitudes Test (EAT12), the Inventory for Screening of Eating Disorders (ISED) and the Eating Disorders Inventory (EDI2) to evaluate risk factors for an ED.

Results indicate that binge episodes were frequent between male sample instead than in female one ((F = 6,716 ; p < 0.01) and was correlated (r = .51 ; p < 0.01) with EAT12 Bulimia subscale. Self-esteem was higher in males (F = 28,226 p < 0,0001) that were rarely on a self-managed diet than female students ((F = 57,973 ; p < 0.0001). This result was correlated (r = .76 ; p < 0,0001) with Drive for Thinness EAT12 subscale. Female students rated their physical appearance significantly higher (F = 8,875 p < 0.005) than males, and this was correlated (r = .47 p < 0.01) with body dissatisfaction. The findings of BI07 give encouraging results and will continue in a forthcoming study on larger samples.

**15:30 - 15:45 Uhr**

**V13) Modern disorders of eating and body image**

Ferenc TÚRY

*Semmelweis University Budapest, Budapest, Hungary*

Eating disorders show an important change in the last two decades in the morbidity and clinical picture. After bulimia nervosa, which was described in 1979, the muscle dysmorphia was published in 1993 as a special body image disorder of males, regarded a reverse form of anorexia nervosa in females. The orthorexia nervosa, written by Bratman in 1997, means an obsessional dependence on healthy food. Eating disorder, body builder type was described only in 2000, demonstrating overconcern about the body composition and muscle mass, accompanied by strict dieting rules. One of the major characteristics of this syndrome is the body fat phobia.

The overview discusses the proposed diagnostic criteria and the role of some sociocultural factors in these recent disorders.

**15:45 - 16:00 Uhr**

**V14) Intercultural Comparison of the Desire of Slimness as a Risk Factor for Bulimia Nervosa: New Results of the Hannover-Silhouettes**

Burkard JÄGER, Dounia ZOUAOUI, Franziska CARDEMATORI, Sonia BOTICA, Gomez PERESMITRÉ, Harald GÜNDEL

*Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland*

Besides psychological characteristics a distinct and longlasting desire to be slim is assumed to be one of the most important risk factors for bulimia. The Hannover-Silhouettes have been developed on the basis of former, similar instruments with a focus on the avoidance of culture-dependent details in order to apply this instrument in intercultural research on attitudes towards the own actual and desired body width. First results on differences between 12 European, African and Asian countries have already been presented in 2002 (Jaeger et al., Psychotherapy & Psychosomatics). The very economical instrument has been improved by enclosing two more variables and was now used in 4 further countries (Mexico, Chile, Tunisia, Portugal) and re-applied in Germany. Besides crossover-comparisons, country-specific interrelations have been analyzed via path analytic procedures. The samples consisted of 1301 female and 711 male medical and nursing students of both sexes within an age range of  $20.5 \pm 1.0$  yrs., i.e. a population being at risk for the development of eating disorders. In agreement with the former results, a more pronounced desire to be slim was found in European, mainly mediterranean countries and a more moderate body image was found in Tunisia, where Western influences are (still) less strong. For the Southamerican countries there was a surprisingly clear difference between the 'actual' and the 'ideal' body width, which might be traced back to the smaller body height of these samples. However, path analytic results suggest that here the desire of slimness is less associated with pathological eating.

**16:00 - 16:15 Uhr**

**V15) A comparison between traditional submissiveness and modernistic sense of autonomy as cultural factors for eating disorders in Italian and Swedish women**

Giovanni Maria RUGGIERO, Lauri NEVONEN

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva Milano, Milan, Italy*

It is still not clear whether eating disorders are associated with the westernisation and modernization of the ideal of body beauty, or to more complex phenomena of cultural transition. On one hand, there is the modernistic ideal of slim feminine beauty suggested by the media in the West since the 1960's. On the other hand, the clash between increased levels of urbanization and modernization, with their subsequent major changes to individual lifestyles, and the traditional patriarchal and familial values of cultural transition could be a possible socio-cultural determinant for eating

disorders in developing countries. This study administered the Cultural Values Scale: Self-Description (Triandis 1995), the Cultural Values Scale (Triandis, 1995), three scales of the Eating Disorders Inventory (Garner, 1991): 'Drive For Thinness', 'Bulimia' e 'Body Dissatisfaction', the Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) and three scales of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale: 'Doubts And Concern Over Mistakes' e 'Parental Criticism And Expectations Scales' (Frost Et Al., 1990) to Italian and Swedish females. The aim of the study is to explore the relationship between traditional and modernistic values, cognitive features of eating disorders and maladaptive eating behaviours in non clinical women.

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

## **Parallelsitzung 4 / Parallel session 4**

### **Symposium: Emotionen und Affektregulation bei Essstörungen**

Vorsitz / Chair: Ulrike Smrekar, Innsbruck (A)

**15:00 - 15:15 Uhr**

#### **V16) Neurobiologie und Entwicklungspsychologie der Affektregulation**

Andreas REMMEL

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

Hinweise für die unterschiedlichen Fähigkeiten von Menschen zur Affektregulation ergeben sich aus einem entwicklungspsychologischen Verständnis emotionaler Entwicklung und emotionalen Lernens, der Verschränkung emotionalen Lernens und emotionaler Kompetenz mit frühen Beziehungs- und Bindungserfahrungen, und aus modernen Ansätzen experimenteller Psychopathologie, hauptsächlich über fMRI-Studien. So hat sich in den letzten Jahren das Gebiet der „cognitive“, „affective“ und „social neuroscience“ entwickelt.

Der Beitrag referiert aktuelles Wissen zur Affektregulation aus diesen Bereichen.

**15:15 - 15:30 Uhr**

#### **V17) Psychische Komorbidität und Affektivität bei Patienten mit Adipositas per magna**

Sandra SCHWARZENBERGER, Saskia DRENNIG

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

Zahlreiche PatientInnen mit Adipositas per magna, insbesondere, aber nicht ausschließlich PatientInnen mit Binge Eating Disorder, weisen psychische Komorbiditäten, wie Angststörungen, Depressionen und Persönlichkeitsakzentuierungen, auf. Ein besseres Verständnis für die Problematik dieser PatientInnen ergibt sich aber nicht aus einer kategorialen Einordnung dieser Krankheitsmuster, sondern einer dimensional Betrachtung der Psychopathologie, und hier vor allem ihrer emotionalen Kompetenzen und ihrer Fähigkeiten zur Affektregulation.

Der Beitrag stellt eigene Forschungsergebnisse aus dem „Schwerelos“-Behandlungsprogramm des PSZW vor und diskutiert Implikationen für Diagnostik und Therapie von Adipositas-PatientInnen.

**15:30 - 15:45 Uhr**

**V18) Emotionszentrierte Psychotherapie und Skills -Training bei Essstörungen**

Verena WOEBER

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

Das Skills-Training auf der konzeptionellen Basis der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) vermittelt PatientInnen Fertigkeiten zur Stresstoleranz, zum Umgang mit Gefühlen, zur Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen, zur Förderung von Selbstwert und Selbstachtung, und zur Förderung von Achtsamkeit, und trägt damit wesentlich zur Erhöhung ihrer praktischen Fähigkeit zur Affektregulation bei.

Die emotionszentrierte Psychotherapie erweitert und vertieft diesen Ansatz um das Thema „emotionales Lernen“, das Menschen zur verbesserten Wahrnehmung, Differenzierung und zum Ausdruck von Gefühlen, sowie zum Verständnis der Kernbeziehungsthemen und Bedeutungskomponenten von Emotionen befähigen will. Der Symposiumsbeitrag stellt diese Ansätze und Erfahrungen in der Therapie von PatientInnen mit Essstörungen vor.

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

---

**16.45 – 18.15 Uhr**

**Parallele Workshops (1-7)**

**WS01) Selbstzerstörung versus Selbstfürsorge - Verstehen und Behandeln von Patienten mit multi-impulsivem selbstverletzendem Verhalten**

Ute ANDORFER

*Anton - Proksch - Institut Wien, Wien, Österreich*

"Selbstfürsorge meint die Fähigkeit, mit sich gut umzugehen, zu sich selbst gut zu sein, sich zu schützen und nach sich selbst zu schauen, die eigenen Bedürfnisse zu berücksichtigen, Belastungen richtig einzuschätzen, sich nicht zu überfordern oder sensibel auf Überforderung zu bleiben" (Küchenhoff, 1999)

Menschen mit selbstschädigenden Verhaltensweisen, die also dazu neigen sich selbst auch die unterschiedlichsten Arten Leid zuzufügen, scheinen die Voraussetzungen für diese komplexen Fähigkeiten nicht zu haben. Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge ist für sie etwas nicht selbstverständliches.

Selbstverletzendes Verhalten stellt kein einheitliches, sondern für die klinisch psychologische Forschung sehr komplexes, und noch unzureichend erklärtes Phänomen dar. Selbstschädigendes Verhalten kann viele Formen annehmen und in direkter oder indirekter Form gezeigt werden. Zu den indirekten Formen zählen Essstörungen, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, aber auch riskantes sexuelles Verhalten. Direktes selbstverletzendes Verhalten ist gleichbedeutend mit der offenen Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, welche nicht mit suizidalen Absichten einhergeht. Selbstverletzendes Verhalten hängt zumeist mit frühen traumatischen Erlebnissen zusammen, auf die nicht angemessen reagiert werden konnte.

Professionelle Helfer sind von der Komplexität und den häufig erschreckenden Arten selbstverletzenden Verhaltens massiv betroffen und suchen nach Erklärungen und Behandlungsmöglichkeiten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lässt sich selbstverletzendes Verhalten nicht ausschließlich durch psychodynamische Konzepte erklären. Vielmehr muss heute auf biopsychosoziale Konzepte zurückgegriffen werden, wobei der Neurobiologie eine bedeutsame Rolle zukommt.

Der Workshop soll dazu beitragen, die verschiedenen Formen und Ausprägungen selbstverletzenden Verhaltens im Kontext und bezüglich der verschiedenen Funktionen besser zu verstehen. Fallbeispiele dienen als Ansatzpunkte für das Verständnis einzelner Komponenten des



Störungsbildes und tragen dazu bei, umfassendere, praxisrelevante Erklärungsansätze zu entwickeln. Zudem werden therapeutische Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

### **WS02) 9 Jahre telefonische Beratung hautnah - in Theorie und Praxis**

Christine BISCHOF, Romana WIESINGER

*Fonds Soziales Wien, Wien, Österreich*

Wir stellen unseren Erfahrungsschatz aus 9 Jahren telefonischer Beratung mit Betroffenen und Angehörigen zur Verfügung. Unsere Expertise von 15.000 Beratungen zeigt, dass gerade bei Essstörungen die Telefonberatung und die Emailberatung durch die Niederschwelligkeit eine sehr gute Möglichkeit ist, die AnruferInnen zu erreichen, um ihnen den Zugang zu der notwendigen Behandlung zu erleichtern.

Bei diesem Workshop erwartet Sie einerseits ein Stück theoretische Einführung in die professionelle telefonische Beratung, andererseits wird in praktischen Übungen aus der Sicht des Therapeuten/der Therapeutin und der Klientin/des Klienten gemeinsam mit allen TeilnehmerInnen eine telefonische Beratungssituation erlebbar gemacht. Wir erarbeiten anhand von Rollenspielen und Live - Beratungen sowie verschiedener Übungen die wesentlichen Kriterien.

Der Workshop richtet sich an alle BeraterInnen und PsychotherapeutInnen in Beratungseinrichtungen, aber auch an solche, die Interesse an Neuem zeigen.

### **WS03) Aufstellen was Frau is(s)t! Gruppentherapie für Frauen mit Essstörungen**

Renate GÄNSZLE

*FEM Wien, Wien, Österreich*

Seit über 10 Jahren leite ich im Frauengesundheitszentrum FEM Wien eine Psychodramagruppe für Frauen mit Essstörungen. Im Workshop werde ich das Gruppenkonzept mit allen Vor- und Nachteilen vorstellen und die typischen Themen mit psychodramatischen Techniken demonstrieren. Insbesondere die Aufstellungsarbeit ist für die Problematik der Essstörung hilfreich, da mit dieser Technik die Funktion und die emotionalen Hintergründe auf der therapeutischen Bühne schnell für die Betroffenen sichtbar werden.

### **WS04) "Ein bewegter Zugang zur Seele "- Bewegungsanalyse (Methode C. Rick) und Essstörungen**

Gabriele HASELBERGER

*intakt Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen, Wien, Österreich*

Die individuelle Art und Weise sich zu bewegen ist von der Vorstellung, die man vom eigenen Körper hat, geprägt. Geistige, seelische oder körperliche Erkrankungen beeinflussen die Beziehung zum eigenen Körper. Daraus können Einschränkungen des Bewegungspotentials resultieren und die persönlichen Handlungsmöglichkeiten reduzieren. Anhand ausgewählter, spezifischer motorischer Elemente möchte ich Körperbild, Selbstbild und Beziehungsbild von KlientInnen mit Essstörungen erfahrbarer machen und die Bewegungsanalyse als therapeutische Methode vorstellen. (max. 12 TN)

### **WS05) Mirror, Mirror on the Wall... Mirror Behaviour and Mirror Exercise of Patients with Eating Disorders**

Michel PROBST

*K.U. Leuven, FaBeR, Leuven, Belgien*

Patients with eating disorders experience an intense fear of gaining weight and present a negative body experience. They are concerned about certain body parts and distrust objective standards such as mirrors. Mirrors can play an important role in this experience. They tend to make the person self-

conscious, critical and suggestible. They can also be turned into a therapeutic ally. Mirrors can bring about a stable integrated mental perception of the own body, disrupt the denial and bring about an intense reality testing. Mirror exercises seem to be appropriate to obtain a stable mental position.

The goals of the workshop

- To give a review of the literature concerning mirror exercise in eating disorders
- To analyse the research data of mirror behaviour in eating disorder patients
- To analyse body checking and body avoidance behaviour on body experience.
- To propose "mirror exercise" based on our clinical experience
- To discuss the pros and the cons, the therapeutic and practical implications

The workshop is in English but German handouts will be available.

## **WS06) Achtsamkeitsbasierte Ansätze bei Patienten mit Essstörungen - Neurobiologische Grundlagen und praktische Anwendungen**

Andreas REMMEL

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

Achtsamkeit heißt, in der Gegenwart präsent zu sein und unsere Aufmerksamkeit in einer gerichteten und haltenden Weise äußeren Dingen und inneren Gedanken, Gefühlen, Körperwahrnehmungen, Konzepten und Verhaltensimpulsen gegenüber, zu entwickeln und aufrecht zu halten. Achtsamkeit bedeutet „annehmen“ dessen, was ist. Und - Achtsamkeit bedeutet, eine liebevolle Grundhaltung und ein Wohlwollen mir selbst und Anderen gegenüber.

Die Grundhaltung von Achtsamkeit spielt eine wichtige Rolle in verschiedenen störungsübergreifenden Therapieansätzen, wie der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT), der Acceptance- und Commitment-Therapie (ACT), der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT), verschiedenen Körpertherapien, der Gestalttherapie, sowie in störungsorientierten Ansätzen, etwa MB-EAT, aber auch in alltäglichen Lebensbezügen, wie essen, trinken, gehen, soziale Kontakte gestalten.

Der übungszentrierte Workshop stellt die konzeptionellen und praktischen Grundlagen achtsamkeitsbasierter Ansätze bei Essstörungen dar. Ferner werden die neuesten empirischen Forschungsergebnisse, insbesondere aus der Neurobiologie und der funktionellen Bildgebung, zu achtsamkeitsbasierten Ansätzen vorgestellt.

## **WS07) Praktische Anwendungsbeispiele des Internet als Medium für KlientIn und BeraterIn**

Dominik Maria ROSENAUER

*<http://psycheonline.at>, Wien, Österreich*

Im Rahmen dieses Workshops soll - aufbauend auf einer kurzen theoretischen Einführung - gemeinsam mit den TeilnehmerInnen an Hand von Beispielen aus realen Beratungssituationen im Internet praktisch erarbeitet werden, wie in verschiedenen Situationen online mit KlientInnen mit Essstörungen umgegangen werden kann und welche anderen Techniken dafür vorausgesetzt werden müssen. Die TeilnehmerInnen sollen durch das gemeinsame Erarbeiten von möglichen Interventionen oder Antworten ihre eigenen Kompetenzen mit diesem Medium erweitern und eventuell vorhandene Einwände im praktischen Tun hinterfragen können. Dabei sollen durch das eigene Arbeiten Erfahrungen gesammelt werden, die dann in der Praxis umgesetzt werden können. Weiters soll ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass das Internet den BeraterInnen dazu dienen kann, nicht nur neue Klientenschichten anzusprechen, sondern auch Kontakte mit KlientInnen aus dem realen Leben durch das Internet noch zu erweitern. Im gemeinsamen Dialog sollen dann die gemachten Erfahrungen diskutiert, allfällige Probleme besprochen werden.

Der Workshop wird auf den rechtlichen Gegebenheiten in Österreich aufbauen. Es sind keine technischen Kenntnisse oder Vorerfahrungen notwendig.

SAMSTAG, 20. Oktober 2007 /  
SATURDAY, October 20, 2007

09.00 – 10.30 Uhr

Parallele Vorträge/Parallel sessions (5-7)

**Parallelsitzung 5 / Parallel session 5**  
**Gesellschaftliche Faktoren / Socio-cultural factors**

Vorsitz / Chair: Andreas Remmel, Eggenburg (A)

09:00 - 09:15 Uhr

**V19) Psychische Gesundheit und Krankheit im Kindes- und Jugendalter und der Einfluss von Schutz- und Risikofaktoren - Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)**

Heike HÖLLING, Robert SCHLACK

*Robert Koch - Institut, Berlin, Deutschland*

Hintergrund: Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter stellen gesundheitliche Beeinträchtigungen mit z. T. schwerwiegenden Konsequenzen für die Entwicklung, das individuelle Wohlbefinden sowie die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit dar. Häufig sind diese Probleme auch mit starken Belastungen für das familiäre und weitere soziale Umfeld verbunden. Methoden: Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) beantworteten die Eltern von 14.478 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren und 6634 Kinder- und Jugendliche im Alter von 11-17 Jahren den Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Der Fragebogen, ein Screeninginstrument, erfasst Verhaltensauffälligkeiten und Stärken in den Bereichen emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten. Zusätzlich wurden auch die Kinder und Jugendlichen erfasst, bei denen jemals die Diagnose ADHS gestellt wurde. Symptome von Essstörungen wurden mit dem SCOFF-Fragebogen erhoben, der von den 11-17 Jährigen schriftlich beantwortet wurde. Insgesamt 6691 Kinder und Jugendliche im Alter von 11–17 Jahren gaben im Rahmen des KiGGS Auskunft über das Vorhandensein von personalen, sozialen und familiären Ressourcen. Ergebnisse: Insgesamt 14,7% der 3-17 Jährigen sind nach den Elternangaben verhaltensauffällig nach SDQ. Bei 11,5 % der Mädchen und 17,8 % der Jungen liegen im SDQ-Gesamtwert Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten bzw. emotionale Probleme vor. 23,2 % der Befragten mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) zeigen Hinweise auf psychische Probleme im Gegensatz zu etwa 8,1 % mit hohem sozioökonomischem Status (SES). Bei insgesamt 4,8% der Kinder und Jugendlichen wurde jemals ADHS diagnostiziert. Weitere 4,9% der Kinder und Jugendlichen wurden mit dem SDQ zusätzlich als Verdachtsfälle identifiziert. Jungen sind 4,4-fach häufiger von einer ADHS Diagnose betroffen als Mädchen. Kinder mit Migrationshintergrund weisen höhere Raten an Verdachtsfällen gegenüber den Diagnosen auf. Mit 21,9 % gibt ca. jedes fünfte Kind/ jeder fünfte Jugendliche an, Symptome von Essstörungen zu haben. Das Vorhandensein von Essstörungen nach SCOFF ist assoziiert mit Übergewicht, Körperschemastörung, psychischer Auffälligkeit (SDQ), niedrigem SES und anderem mehr. Auch in ihren personalen, sozialen und familiären Ressourcen weisen Kinder aus Familien mit einem niedrigen SES oder mit Migrationshintergrund häufiger Defizite auf. Ältere Kinder berichten geringere familiäre aber mehr soziale Ressourcen als Jüngere. Deutliche Zusammenhänge sind zwischen Schutzfaktoren und gesundheitlichem Risikoverhalten zu erkennen. Defizite in personalen und familiären Ressourcen gehen mit einem erhöhten Risikoverhalten einher. Fazit: Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche und solche mit Migrationshintergrund sind stärkeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Die Doppelbelastung aus sozialer Benachteiligung, gesundheitlichen Defiziten und

Verhaltensauffälligkeiten verschlechtern die Zukunftschancen dieser Kinder. Maßnahmen zur Förderung einer gesunden körperlichen und psychischen Entwicklung und zum Abbau von Risikofaktoren müssen daher vernetzt auf gesellschaftlicher, familiärer und individueller Ebene stattfinden.

**09:15 - 09:30 Uhr**

**V20) Die Diktatur des Schlankheitsideals**

Christoph KLOTTER

*Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland*

In fast der gesamten abendländischen Geschichte wird der schlanke Körper als Ideal angesehen. Er verkörpert in der griechischen Antike eine Idee von Harmonie und er repräsentiert das Prinzip der Mäßigung. Seine innere Natur soll der Bürger beherrschen weil er dann in der Politik weniger anfällig ist für die Tyrannei. Das Christentum übernimmt die Idee der Mäßigung, sie wird aber von nun an religiös interpretiert. Der dicke Leib wird als Ausdruck eines sündigen Lebens wahrgenommen. Erst seit ca. 100 Jahren ist aus dem Schlankheitsideal eine unterwerfende Verpflichtung geworden. Man muss schlank sein, um massive negative Sanktionen zu vermeiden. Diese Transformation hat u.a. damit zu tun, dass die genannten abendländischen Werte wie Mäßigung nicht mehr öffentlichkeitsfähig sind (nur der Papst verhält sich hier gegensätzlich), sie aber mittels der Diktatur des Schlankheitsideals verdeckt und verkörpert weiter wirken. Diese Transformation ist auch begründet durch die Überflussgesellschaft. Seit ca. 100 Jahren brauchen wir außer in Kriegszeiten nicht mehr zu hungern. Unsere evolutionäre Programmierung (möglichst viel, vor allem Fettes und Süßes zu essen) kann sich ungehindert Bahn brechen. Das Schlankheitsideal wurde radikalisiert, um eine Schranke gegen unsere evolutionäre Programmierung aufzubauen. Zudem dient das Schlankheitsideal der Strukturierung des Gesellschaftskörpers. Waren bis vor 100 Jahren nur die Wohlhabenden wohlbeleibt, und können seither sich fast alle einen dicken Bauch anessen, so dient heute die Schlankheit als Mittel der sozialen Distinktion. Wer hohes soziales Prestige haben will, muss schlank sein.

**09:30 - 09:45 Uhr**

**V21) Der Traum von der jungen Figur**

Kathrin SEYFAHRT

*Selbsthilfzentrum München, München, Deutschland*

„Ich dachte immer, wenn man fünfzig ist, dann darf man Probleme wie Essstörungen einfach nicht mehr haben, dann muss man doch endlich man erwachsen und vernünftig sein.“ – Magersucht und Bulimie gelten noch immer eher als typisches Krankheitsbild junger Mädchen und sehr junger Frauen, doch inzwischen erkranken mehr und mehr Frauen in der zweiten Lebenshälfte, oder eine lang zurück liegende Essstörung bricht erneut auf.

Bei den Recherchen zu meinem Buch „Traum von der jungen Figur“ habe ich (selbst ehemals Betroffene) ausführliche Gespräche mit Frauen in der Lebensmitte geführt. Viele litten unter den körperlichen Veränderungen, die sich durch Wechseljahre und Älter werden häufig einstellen, und suchten verzweifelt nach Möglichkeiten, ihre Figur und ihr Jugendlichkeit zu `retten`. Ein kurzer Rückblick zeigt, 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 Segensbuch. Wer es versteht, danach zu handeln, kann auch in unseren Breiten wieder in Würde alt werden und dennoch „eine gute Figur machen“.

**09:45 - 10:00 Uhr**

**V22) "Zu schön um wahr zu sein - was unrealistische Schönheitsideale mit uns tun" Eine Befragung von rund 2500 Mädchen und Burschen zu den Themen Schönheit, Aussehen, Diätverhalten und der Beeinflussung durch die Medien**

Maria BERNHART

*Frauengesundheitszentrum F.E.M. Wien, Wien, Österreich*

Im Rahmen der im Frauengesundheitszentrum F.E.M. veranstalteten Workshops mit Jugendlichen zur Suchtprävention wurde eine Fragebogenerhebung an 2500 TeilnehmerInnen durchgeführt. Ziel war es, die Einstellung der Jugendlichen zu Ihrem äußeren Erscheinungsbild und der eigenen Schönheit, die Zufriedenheit mit Körpergewicht und Figur, die persönlichen Schönheitsvorbilder, Diäterfahrungen und nicht zuletzt den Einfluss der Medien auf Schönheitsideale, zu erheben.

Es wurde auf eine Repräsentativität der Stichprobe geachtet: Mädchen und Burschen im Alter von 12 bis 18 Jahren, aus verschiedensten Schultypen und Jugendgruppen, Jugendliche aus allen Wiener Gemeindebezirken und dem angrenzenden Niederösterreich konnten in die Befragung miteinbezogen werden.

Die Ergebnisse zeigen ein beunruhigendes Bild: Die Hälfte aller Mädchen zwischen 12 und 18 hat bereits Diäten hinter sich! Mädchen sind mit eigener Schönheit und Aussehen und ihrem Gewicht unzufriedener als Burschen des gleichen Alters. Tendenziell wählen Mädchen öfters Models und SchauspielerInnen als Schönheitsvorbilder, während sich Burschen an eigenen Idealen orientieren. Die Meinung von Freundinnen hinsichtlich des Aussehens der Jugendlichen spielt eine wichtigere Rolle als die von Mitgliedern der eigenen Familie. Viele Befragte sind der Meinung, dass Medien und Werbung unrealistische, eng definierte Standards für Schönheit setzen. Sie würden sich wünschen, dass in der Werbung Menschen verschiedener Nationalitäten, unterschiedlichen Körpergewichts und Figur dargestellt würden.

**10:00 - 10:15 Uhr**

**V23) Macht die Lektüre von Frauenzeitschriften unglücklich? Eine experimentelle Studie/Do beauty and fashion magazines make their readers unhappy? An experimental study**

Annemarie RETTENWANDER, Lisa HUMER

*Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich*

Ziel dieser experimentalpsychologischen Untersuchung war es, herauszufinden, ob die Lektüre von Frauenzeitschriften einen negativeren Einfluss auf Stimmung und Zufriedenheit mit dem eigenen Körper hat, als die Lektüre von populärwissenschaftlichen Magazinen. An dem Experiment nahmen 143 Mädchen im Alter von 13 bis 15 Jahren teil. Es zeigte sich, dass jene Mädchen, die Frauenzeitschriften angesehen hatten, danach unzufriedener mit dem eigenen Körper waren; sie äußerten signifikant häufiger den Wunsch, dünner zu sein und schätzten ihre augenblickliche Stimmung deutlich negativer ein als jene Mädchen, denen populärwissenschaftliche Zeitschriften dargeboten worden waren.

The aim of this experimental psychological study was to find out whether beauty and fashion magazines influence mood and body image more negatively than popular science magazines. 143 girls aged 13 to 15 took part in this study. The results show that reading beauty and fashion magazines has a statistically significant negative influence on the mood and body image, compared to science magazines.

## **Parallelsitzung 6 / Parallel session 6**

### **Risk factors, comorbidity, and biological factors**

Vorsitz / Chair: Henrik Hinrichsen, London (GB)

**09:00 - 09:15 Uhr**

#### **V24) Altered Eating Behavior, insulin resistance and body composition**

Daniela CATALANO, Carmela CALANDRA, Guglielmo Maria TROVATO, Giuseppe Fabio MARTINES, Elisabetta PISTORIO, Antonia TONZUSO, Antonia LUCA, Nadia CALABRESE  
*University of Catania, Catania, Italy*

Altered eating behaviour patients (AEB), notably with anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), and binge eating disorder (BED), has unfavourable effects on physical health and on life expectancy. This may result in alterations of body composition and can be associated with modified hormonal profile and metabolic response, including altered insulin sensitivity. Aim of the study was to assess which difference in body composition vs. controls and which relationship and/or association, if any, with degree of insulin sensitivity is present in these patients. Patient and methods: Eating-Disorders-Inventory (EDI-2), State-Trait-Anger-Expression-Inventory (STAXI) and the Symptom-Checklist, along with BIA anthropometric-skinfold measurements, laboratory analysis, including HOMA-IR, were used to assess 5 AN (age  $30.6 \pm 10.1$ ) and 10 BN (age  $27.7 \pm 5.7$ ). A multidisciplinary approach to AEB, psychopharmacotherapy (SSRI and topiramate), Gestalt Psychotherapy and nutritional prescription, was used for treatment at the Psychiatry, Nutrition and Internal Medicine Departments. 16 women, age- sex- and body-weight matched, were the control group. Results: AEB patients have higher total body water (TBW%) ( $57,2 \pm 6,1$  vs.  $48,9 \pm 5,8$ ;  $p < 0,001$ ), and fat free mass (FFM% ( $78,1 \pm 8,3$  vs.  $66,8 \pm 7,9$ ;  $p < 0,001$ ), with a lower fat mass in comparison with the control group. Insulin, HOMA-IR, basal blood glucose were not different, whilst serum triglycerides were higher in AEB patients ( $\text{mg/dl } 110,1 \pm 60,1$  vs.  $74,7 \pm 22,3$ ;  $p < 0,05$ ) vs. control group.

Conclusion: patients with altered eating behaviour are malnourished with altered body composition (increased body water content and lower fat mass), without significant difference of insulin sensitivity.

**09:15 - 09:30 Uhr**

#### **V25) Predictors of suicidal attempts in Bulimia nervosa**

Isabel KRUG<sup>1</sup>, Laura FORCANO<sup>1</sup>, Fernando FERNÁNDEZ-ARANDA<sup>1</sup>, Santamaría JUANJO<sup>1</sup>, Susana JIMÉNEZ-MURCIA<sup>1</sup>, Cynthia M. BULIK<sup>2</sup>, Pino ALONSO<sup>1</sup>, Eva Maria ÁLVAREZ-MOYA<sup>1</sup>, Nadine RIESCO<sup>1</sup>, Roser GRANERO<sup>1</sup>; Julio VALLEJO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University Hospital of Bellvitge, Barcelona, Spain; <sup>2</sup>Chapel Hill, North Carolina, USA

Objectives: We explored the prevalence of lifetime suicide attempts in women with Bulimia Nervosa (BN), compared eating disorder symptoms, comorbid psychopathology, personality traits and impulsive behaviors between suicide attempters and non- attempters and assessed the best predictors of suicidality. Method: 480 BN patients (452 purging BN and 50 non-purging BN) consecutively admitted to our Unit participated in the study. Assessment measures included the EAT-40, EDI-2, BITE, SCL-90-R, SAD and TCI-R as well as other clinical and psychopathological indices. Results: In BN, the observed lifetime prevalence of suicide attempts was 26%. BN subtype was not significantly associated with lifetime suicide attempts ( $p=0.448$ ). Compared to non-

attempters, suicide attempters exhibited higher unemployment rates ( $p=0.001$ ), more previous eating disorder treatment ( $p<0.001$ ); a lower educational level ( $p=0.001$ ), more severe eating disorder symptomatology ( $p<0.001$ ) and general psychopathology ( $p<0.001$ ), and more impulsive behaviors such as substance abuse and compulsive buying ( $p<0.001$ ). In relation to personality traits, suicide attempters exhibited significantly higher scores on harm avoidance ( $p<0.001$ ) and lower scores on self-directedness ( $p<0.001$ ) and cooperativeness ( $p<0.001$ ). The best predictors of suicide attempts were: lower education ( $p=0.006$ ), younger age of onset of the eating disorder ( $p=0.006$ ), number of previous treatments ( $p=0.001$ ), substance abuse ( $p=0.031$ ), harm avoidance ( $p=0.001$ ) and persistence ( $p=0.015$ ). Conclusion: Suicidality in BN patients appears to be more prevalent than previously thought. Our results provide support for the notion that underlying internalizing personality traits in combination with self-harm behaviors such as substance abuse may increase the probability of engaging in suicidal behaviors in these patients.

#### **09:30 - 09:45 Uhr**

##### **V26) Comorbid alcohol and drug use in eating disorders: A Multicenter European study**

Isabel KRUG<sup>1</sup>, Janet TREASURE<sup>2</sup>, Marija ANDERLUH<sup>3</sup>, Laura BELLODI<sup>4</sup>, Elena CELLINI<sup>5</sup>, Milena DI BERNARDO<sup>5</sup>, Andreas KARWAUTZ<sup>6</sup>, Benedetta NACMIAS<sup>5</sup>, Roser GRANERO<sup>1</sup>, Valdo RICCA<sup>5</sup>, Sandro SORBI<sup>5</sup>, Kate TCHANTURIA<sup>2</sup>, Gudrun WAGNER<sup>2</sup>, David COLLIER<sup>2</sup>, Fernando FERNÁNDEZ-ARANDA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University Hospital of Bellvitge, Barcelona, Spain; <sup>2</sup>London, UK; <sup>3</sup>Ljubljana, Slovenia; <sup>4</sup>Milan, Italy; <sup>5</sup>Florence, Italy; <sup>6</sup>Vienna, Austria

Objectives: To assess the differences in comorbid substance use (alcohol and drug use) between eating disorder (ED) patients and healthy controls in five European countries. Method: Participants were a consecutive series of 879 ED cases (37.1% AN, 28.4 % BN, 27.3 % EDNOS), diagnosed according to DSM-IV criteria, referred to specialised ED Units in Spain, Austria, Italy, Slovenia and the UK. The ED cases were compared to a balanced control group of 785 healthy individuals. Assessment: Participants completed the Cross Cultural Questionnaire, a measure of substance use, which has been developed as part of a European Multicenter trial in order to detect dimensions associated with EDs in different countries. Results: Alcohol use did not differ significantly between ED patients and controls (ED= 49.5%, Controls=50.5%;  $p=NS$ ). Among the ED patients, EDNOS patients engaged significantly more often in alcohol use than the remaining ED diagnoses ( $p<0.001$ ). Contrastingly, significant differences between the ED group and controls were found for drug abuse (ED= 58.9%, Controls =41.1%;  $p<0.001$ ), and ED subtypes also differed significantly, with the BN-P patients exhibiting the highest frequency of drug use ( $p<0.05$ ). In addition, for both alcohol and drug use some cultural differences between countries were revealed ( $p<0.001$ ). Conclusions: These findings suggest that drug, but not alcohol use is more prevalent in ED patients than in healthy controls and that while alcohol is more prevalent in EDNOS, drug use is more common in BN-P. Finally for both alcohol and drug use, cultural differences were observed.

#### **09:45 - 10:00 Uhr**

##### **V27) Social influence and psychological functioning in the development of body image and eating disturbance in Croatian college females**

Miljana KUKIĆ, Alessandra POKRAJAC-BULIAN, Neala AMBROSI-RANDIĆ

*Faculty of Arts and Sciences, University of Rijeka, Rijeka, Croatia*

Recent theoretical approaches to the etiology of eating disorders and body image disturbances have begun to focus on multifactorial models. In the current study, three primary core sources of influence that contribute to the development of body image and eating disturbances (parents, peers and media) were examined. We also assumed that perfectionism, overall psychological functioning (indicators were measures of self-esteem, depression and anxiety), internalization of societal appearance standards and appearance comparison processes might be related to the development of

eating disordered behaviour and body dissatisfaction. This hypothesis was evaluated in a sample of 262 Croatian college females (ages 18-25;  $M=21.22 \pm 1.47$ ). Two hierarchical regression analyses were used to test this hypothesis. The results indicated that internalization of societal ideal of appearance significantly predicted bulimic and restrictive symptoms of disturbed eating behaviour. Media influence (girls' interest in watching TV shows or reading magazines that cover topics such as dieting, exercise and fashion), perfectionism and appearance comparison were found as significant predictors of bulimic behaviour (binge eating, vomiting). The results also indicated that body image dissatisfaction was more closely related to restrictive than to bulimic behaviour. These findings could be useful for understanding processes that may predispose young women to develop body image disturbances and eating dysfunction and also indicate the need for prevention programs which incorporate formative influences and processes such as internalization of societal norms and appearance comparison processes in the construction of therapeutic strategies.

**10:00 - 10:15 Uhr**

**V28) Eating disorders symptomatology and stressful life events**

Ana María VILLARROEL LASTRA, Rosa María RAICH ESCURSELL

*Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain*

The aim of this investigation is to study the prevalence of stressful life events, especially ones related to abuse experiences, in a sample of college students and to review their association with eating disorders, anxiety, depression and self-esteem.

A survey was taken of 386 caucasian women living in Catalonia, between the ages of 18 and 30. Results indicate that stressful life events with the greatest prevalence in the group were: sudden death and events that threaten the life of someone close, emotional, physical and sexual abuse.

Correlational analysis indicates that these three types of abuse correlate positively and significantly with symptoms of eating disorders (measured by EDE-Q), depression and anxiety, and indirectly with self-esteem.

Comparison of means between EDE-Q' scales and the measures of abuse, indicated that the group of women with a history of emotional abuse display significantly higher scores than those without such history in all the scales, except "Restrain". The group with sexual abuse history reported significantly higher scores than the women without sexual abuse in "Weight Concern" and "Shape Concern". The three abused groups showed significantly higher means in bulimic symptomatology, but not in restrain symptoms, and they appeared to be significantly more depressed than the women without abuse. Emotionally abused group showed significantly higher levels of anxiety and lower levels of self-esteem when compared to those without emotional abuse.

These findings agree with previous studies that suggest emotional, physical and sexual abuse are important risk factors in the development of eating disorders and depressive symptomatology.

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



## Parallelsitzung 7 / Parallel session 7

### Übergewicht und Adipositas

Vorsitz / Chair: Wally Wunsch-Leiteritz, Bad Bevensen (D)

**09:00 - 09:15 Uhr**

#### **V29) T.O.M. (Therapie der Obesitas mit Motivation): Ein ambulantes interdisziplinäres Therapieprogramm für adipöse Kinder von 8 - 17 Jahren**

Annette CHEN-STUTE<sup>1, 2</sup>, Ursula FAUPEL<sup>1, 2</sup>, Henrik SCHULZ<sup>2</sup>, S. KOPCZYNSKI<sup>2</sup>, Ute BECKER<sup>2</sup>, Martin PFOHL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Adipositas Zentrum Oberhausen, <sup>2</sup>Ev. Krankenhaus Bethesda zu Duisburg GmbH, Duisburg, Deutschland

Einleitung:

Die Prävalenz der Adipositas im Kindes- und Jugendalter erfordert eine intensive Betreuung der Familien. Seit 10 Jahren führen wir eine interdisziplinäre Behandlung von Kind und Eltern ambulant durch.

Methode:

T.O.M. ist eine multimodale, 3-jährige Therapie für adipöse Kinder (8-17 Jahren) über der 97. Perzentile. Ihr liegt das verhaltenstherapeutische Konzept nach Kanfer zugrunde. Das Ziel ist die Kompetenzförderung zum Selbstmanagement der Kinder/Jugendlichen, insbesondere für das Bewegungs- und Ernährungsverhalten im Sinne der Lebensstiländerung der gesamten Familie. Es wird eine Gewichtskonstanz, eine -reduzierung und Senkung des gesundheitlichen Risikoprofils angestrebt.

Ergebnisse:

Der BMI-SDS aller Kinder (n=334) sank von 2,8 + 0,5 auf 2,0 + 0,8 kg/m<sup>2</sup>. Die Rate derer mit Glucosetoleranzstörung von 3,8% auf 0,8%, mit Diabetes mellitus 2 von 6,8 auf 0,8%, mit Dyslipidämie von 30% auf 6% nach 3 Jahren.

In der Kardiospirometrie werden eine ca. 20% Verbesserung nach 1 Jahr gemessen. Die Datenlage aus dem Sport lässt auf eine Steigerung der körperlichen Fitness im Verlauf der Therapie schließen. Ernährungsgewohnheiten verbesserten sich zugunsten fettärmerer und kohlehydratreicherer Nahrung. Spannungen innerhalb der Familie wurden in der Regel abgebaut, die Kohäsion der Familienmitglieder erhöht und das Selbstmanagement der Kinder deutlich verbessert.

Zusammenfassung:

Die komplexe Datenlage lässt nicht nur auf eine verbesserte körperliche Fitness schließen, sondern auch auf ein gewachsenes Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen der Kinder/ Jugendlichen. Der Fernseh- und Computerkonsum reduzierte sich; mehr Kinder traten in Sportvereine ein.

**09:15 - 09:30 Uhr**

#### **V30) Die Therapie von psychisch bedingtem Übergewicht in den ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen**

Andrea MESSMANN, Eva WUNDERER

ANAD e.V., München, Deutschland

Für den Therapieerfolg von psychisch bedingtem Übergewicht ist eine nachhaltige Ernährungsumstellung von entscheidender Bedeutung. Erforderlich ist eine längerfristige ernährungstherapeutische Begleitung, um Schritte hin zu einem gesunden Essverhalten festigen zu können. Gleichzeitig ist die Bearbeitung von auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren im psychischen, familiären und sozialen Bereich angezeigt. Spezialisierte Kliniken können hier gute Erfolge erzielen, doch oftmals ist die Aufenthaltsdauer zu kurz und eine ambulante Therapie nicht ausreichend, um die erzielten Erfolge in den Alltag zu übertragen. Diese Lücke schließen die

ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen, die 1994 gegründet wurden. Jugendliche und junge Erwachsene mit psychisch bedingtem Übergewicht, Adipositas und Essstörungen leben dort sechs Monate lang mit Gleichaltrigen in einer Wohngemeinschaft in der Münchner Innenstadt, bleiben im schulischen bzw. beruflichen Alltag integriert und werden rund um die Uhr intensiv begleitet. Träger der Wohngruppen ist ANAD e.V., die bundesweit größte professionelle Beratungsstelle bei Ess-Störungen. Das interdisziplinäre Team der ANAD Wohngruppen besteht aus ärztlicher Leitung, Diplom-PsychologInnen, Diplom-SozialpädagogInnen und Ernährungstherapeutinnen (Diplom-Oecotrophologinnen/Diätassistentinnen) und kann die PatientInnen somit in unterschiedlichsten Lebensbereichen unterstützen. Durch die Einbindung in Schule bzw. Beruf können stressbedingte Veränderungen im Essverhalten während des Therapieaufenthalts herausgearbeitet und bearbeitet werden.

**09:30 - 09:45 Uhr**

**V31) Behandlung von Übergewicht mit Essstruktur und Vollwertkost**

Eva-Maria OHMAYER, Frederik STROM, Godehard STADTMÜLLER

*Adula-Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Oberstdorf, Deutschland*

Übergewicht und die zu Übergewicht führenden Erkrankungen bilden für die Volksgesundheit besonders der Industrieländer ein zentrales Problem. Dies auch wegen der Verzahnung mit dem sog. Metabolischen Syndrom und den sowohl psychischen wie körperlichen Folgekrankheiten. Zu berücksichtigen sind nicht nur auslösende bzw. (mit)verursachende psychische Krankheiten, sondern auch psychische Störungen als Folge von massivem Übergewicht.

Wir stellen eine Behandlung vor, die prinzipiell auf zwei Säulen beruht:

- a) Psychotherapie mit einer verhaltensmedizinischen Struktur in Form einer komplexen Essstruktur (Anti-Diät-Programm) und tiefenpsychologischen, insbesondere auf die Konfliktdynamik, aber auch auf die emotionale Erlebnisaktivierung abzielenden Anteilen;
- b) Umstellung und Bewusstmachung von Ernährung (als Prozess) sowie Nahrung im Sinne der vitalstoffreichen Vollwertkost.

Die beiden Prinzipien und ihre Verzahnung werden dargestellt. Die Vollwertkost, unterstützt von der entsprechenden Psychotherapie, kann craving und damit den Jojo-Effekt wesentlich verringern.

Unser Argument ist, dass eine psychotherapeutische Behandlung ohne Umstellung der Ernährung und zwar der Art der Ernährung keinen genügend guten Effekt bringt. Wir stellen dazu die Evaluation der Behandlung der Patienten mit Übergewicht, insbesondere Patienten mit Binge-Eating-Disorder vor, sowohl was die habituellen Persönlichkeitszüge (gemessen im Freiburger Persönlichkeitsinventar und im Giessen-Test) wie auch was die Symptombelastung (SCL-90-R, Beck Depressions-Inventar, Kieler Änderungssensitive Symptomliste) anbelangt.

**09:45 - 10:00 Uhr**

**V32) Aus der Betroffenheit in die Betreuung**

Iris PESTEMER-LACH

*Rheuma - Stoffwechsel - Vitalzentrum Mitterdorf, Mitterdorf, Österreich*

17 Jahre lang erlebte ich das klassische Jojoprogramm einer durchschnittlich übergewichtigen Frau bis zu BMI 35. Durch Zufall lernte ich dann 2002 die "7 Stufen zum Gleichgewicht" kennen. Ein von einem Internisten entwickeltes Programm zur Adipositasbehandlung. Nach erfolgreicher Behandlung und einer intensiven Auseinandersetzung mit der Krankheit Adipositas arbeite ich nun selbst in der Betreuung und Beratung von übergewichtigen Patienten. Das Konzept ist ein lebendiges und stets wachsendes Programm zur Adipositasbehandlung. Die 7 Stufen zum Gleichgewicht, ein Projekt von Experten und Betroffenen. Lebensstilmodifikation in 7 Schritten und in Gemeinschaftsarbeit mit Arzt und ehemaligen Erkrankten. Meine Arbeit mit den Gruppen in der Steiermark und in der Einzelbetreuung möchte ich auf diesem Weg vorstellen. Welche Vor- und Nachteile entstehen aus meiner Rolle als Vorbild. Ich sehe meine Arbeit als Möglichkeit die

Verbindung zwischen Arzt und Patient, Fitnesstrainer und Patient zu sein. Anhand meines Beispiels und meiner Arbeit, schaffe ich es aufzuzeigen, dass Übergewichtsbehandlung ein lebenslanger Prozess ist. Die gemeinsame Arbeit von Arzt und Patienten hat aus einem wissenschaftlich fundierten Konzept und einer Arbeitsunterlage für Ärzte ein Buch entstehen lassen, das Patienten so anspricht, wie ich es mir 17 Jahre lang gewünscht hätte, angesprochen und behandelt zu werden. Wir versuchen Übergewicht zu heilen und arbeiten mit Menschen von BMI 25 bis BMI 70. Eine Bewegungs-DVD, von Übergewichtigen, für Übergewichtige komplettiert unser Programm. Fettabbau und Muskelaufbau als medizinisches Ziel, ohne Wiegewahn und Verbote. Abnehmen durch Genuss und Besinnung auf das Jetzt. Wie man das eigene Wunschgewicht erreicht, indem man die Lust am Essen wieder findet.

Abnehmen durch mehr Lebensqualität. Ein multifaktorielles Therapieprogramm und der Beweis, dass Diäten schuld am Übergewicht sind. Minimale Veränderungen mit großer Wirkung, die leicht in den Alltag integrierbar sind. Um erfolgreich abzunehmen und sein Gewicht dauerhaft zu halten muss man seinen Körper verstehen. Theorie und Praxis verschmelzen zu einem Lösungsansatz.

**10:00 - 10:15 Uhr**

**V33) Obesity-intervention and prevention program for children in Graz**

Anna RADINGER<sup>1</sup>, Karin SCHOBERLEITNER<sup>2</sup>, Alex SCHEIN<sup>2</sup>, Marguerite DUNITZ-SCHEER<sup>2</sup>, Peter SCHOBER<sup>3</sup>, Wilhelm MÜLLER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Department of Paediatrics, Medical University Graz, Internal Medicine, LKH Salzburg,*  
<sup>2</sup>*Department of Paediatrics, Medical University Graz,* <sup>3</sup>*Department of Paediatric Surgery, Medical University Graz, Graz, Austria*

Background:

Every 4<sup>th</sup> child in Austria suffers from overweight (Adipositasbericht 2006).

Childhood obesity is a global epidemic disease and rising trends in overweight and obesity, especially their long term consequences, are seen worldwide.

If children have already gained overweight, it is hard to lose it again without any professional help in Austria. Obese children are often not accepted in sports clubs, sports lessons in school are reduced and especially the numbers in low class children and immigrants are rising. Most of the time the problem affects the whole family and their help is needed to interfere.

Patients and methods:

We wanted to help children in Graz to a change of their lifestyle and to accompany the whole family one school year on their way to a healthful future.

Recruitment was done by information by press and flyers in school.

An interdisciplinary prevention and intervention programme started in Graz in October 2006 and will be finished in June 2007.

We offered the chance to

- Have lots of fun with cool exercise, two times a week
- Act together with like-minded children
- Get to know many different sports in cooperation with local sports clubs
- Expert advice in nutrition, not only theoretically, also in practice
- Psychological encouragement
- Integration of the whole family
- Supervision of paediatrics and specialists in sportsmedicine
- A 3-days-a-week-programme free of charge

The project was provided by the Department of Paediatrics, Medical University Graz and sponsored by the Styrian government.

Results:

Conclusion:

The exact result and conclusion can be delivered at the beginning of July and we would be proud of having the chance to present them at the international conference on eating disorders, especially because we have won the third place of poster award with this project last year in Alpbach.

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

## Parallelsitzung 8 / Parallel session 8

### Soziales Umfeld & Risikofaktoren

Vorsitz / Chair: Michel Probst, Leuven (B)

**11:00 - 11:15 Uhr**

#### **V34) Essstörungen im Leistungssport - Der Hunger nach Erfolg und sportlichen Höchstleistungen**

Andrea ENGLEDER

*Klinische und Gesundheitspsychologin, Sportpsychologin in freier Praxis, Wien, Österreich*

Essstörungen im Leistungssport werden in unserem Sportsystem immer mehr zum Thema, denn um eine höhere Leistung zu erzielen wird in gewichtsabhängigen Disziplinen wie den ästhetischen Sportarten oder Sportarten mit Gewichtsklassen viel riskiert um ein geringeres Körpergewicht zu erreichen, was sich oftmals in einer Essstörung manifestiert.

Durch ein verringertes Körpergewicht, sei es zum Beispiel im Skispringen, im Eiskunstlaufen oder beim Laufen, kommt es anfangs zu einer Steigerung der Leistungsfähigkeit, da das optimale Kraft-Leistungsverhältnis erreicht wurde. Der oder die AthletIn fühlt sich dadurch positiv verstärkt, da er oder sie mit der Gewichtsreduktion eine bessere Leistung erbringt als zuvor. Dieser Optimismus kann aber bei einer weiteren Fortführung der Gewichtsreduktion mit Hilfe pathologischer Mittel außer Kontrolle geraten. Die Folge ist ein Leistungsabfall, da der oder die AthletIn durch die geringere Energiezufuhr geschwächt ist, aber den Drang zum Abnehmen verstärkt, um damit wieder die Leistung zu steigern.

Besonders problematisch ist es in denjenigen Sportdisziplinen, wo eine gestörte Beziehung zur Nahrungsaufnahme als ganz normal angesehen wird und als "Risikofaktor" zum Leistungssport einfach dazugehört. Hier ist das Risiko einer negativen Einflussnahme des oder der TrainerIn auf das Ernährungsverhalten des oder der AthletIn besonders prekär, da der oder die TrainerIn als frühere/r LeistungssportlerIn denselben Bedingungen ausgesetzt war und ein geringes Körpergewicht auf Kosten der Gesundheit als normal betrachtet wird.

Um diesem Problem entgegen wirken zu können, bedarf es einer umfangreichen sportpsychologischen Präventionsarbeit in den Sportschulen und Vereinen als auch einer engen Kooperation mit den TrainerInnen, da diese ehemaligen LeistungssportlerInnen ihr damaliges fehlerhaftes Ernährungsverhalten oft unreflektiert an ihre Schützlinge weitergeben.

**11:15 - 11:30 Uhr**

#### **V35) Anorexia nervosa und Geschwisterbeziehung/Anorexia nervosa and sibling relationships**

Annemarie RETTENWANDER, Julia MARMSOLER, Claudia MOOSER, Bernadette RANIGLER, Lynn TURMES,

*Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich*

In der vorliegenden qualitativen Studie<sup>1</sup> wurden die subjektiven Theorien von Geschwistern magersüchtiger Frauen hinsichtlich folgender Fragestellungen untersucht: Wie erleben die Geschwister ihre Beziehung zur (ehemals) magersüchtigen Schwester? Hat sich die Beziehung durch die Magersucht verändert? Wie haben die Geschwister die (Familien)-therapie erlebt? Was sehen sie als Wirkfaktoren auf dem Weg zur Gesundheit von Magersucht? Nicht zuletzt wurde auch der Frage nachgegangen, wie es den Geschwistern selbst geht. In dieser Studie wurde versucht, die Geschwister zu Wort kommen zu lassen, die zwar Leittragende der Magersucht sind, deren subjektiven Theorien sonst aber in der Forschung viel zu wenig Beachtung geschenkt wird.

The aim of this qualitative study<sup>2</sup> was to analyze lay theories of siblings of anorexic women with regard to the following questions: How do siblings experience their relationship to the (formerly) anorexic sister? Did the relationship change as a consequence of Anorexia? What do siblings think about (family-)therapies? What do they consider as causal factors for recovery? Last but not least we asked the siblings about their well-being. In this study we tried to let siblings speak whose lay theories – although being sufferers of Anorexia – are rarely considered in research.

<sup>1</sup> Die Studie wurde von der Universität Innsbruck (Hypo Bank Tirol Fonds) unterstützt und entstand in Kooperation mit dem Zentrum für Ehe- und Familienfragen Tirol.

<sup>2</sup> The study was funded by the University of Innsbruck (Hypo Bank Tirol Fonds) and was conducted in cooperation with Zentrum für Ehe- und Familienfragen Tyrol.

**11:30 - 11:45 Uhr**

**V36) Anorexia athletica - Sportanorexie: Zwei Seiten einer Medaille**

Michaela TAPPAUF, Peter SCHEER, Thomas TRABI

*Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz, Österreich*

Einleitung:

Zusammenhänge zwischen gestörtem Essverhalten, Essstörungen und Sport sowie die Auswirkungen auf die Gesundheit werden seit mehr als zwanzig Jahren beschrieben. In zahlreichen Sportarten wird das Körpergewicht für Erfolg und Misserfolg verantwortlich gemacht. Dazu zählen im Besonderen ästhetischen Sportarten, gewichts(klassen)abhängige Sportarten sowie Ausdauersportarten.

Die sportliche Karriere und die Gesundheit der Sportlerinnen und Sportler sind in Gefahr. Jugendliche sind besonders gefährdet, weil sie ihre Grenzen noch nicht kennen: Sport wird Teil ihrer Identität. Sportliche Erfolge und Siege sind dem Sportler, Trainer und oft auch den Eltern wichtiger als die Gesundheit, sie nehmen die Gefahren für den sportlichen Erfolg in Kauf.

Erst in den letzten Jahren wurde begonnen, Lösungsstrategien zu erarbeiten. Ziel ist eine wirkungsvolle Prävention von Essstörungen im Sport.

Maßnahmen zur Prävention von Essstörungen im Sport - Wissen und Reglements:

Eine wichtige Säule ist eine Information und Bildung der Betroffenen über die gesundheitlichen Auswirkungen von Essstörungen bei (Leistungs-)SportlerInnen. Dies soll anhand von Informationsmaterialien, Fachbeiträgen und Vorträgen erreicht werden.

(Screening-) Untersuchungen mit einem besonderen Augenmerk auf Wachstum, Gewicht, Entwicklung im Kindes- und Jugendalter können erste Hinweise auf das Vorliegen einer Essstörung geben.

Doch Wissen alleine schützt nicht: Auch das Umfeld der Sportlerin und des Sportlers muss verändert werden. Das Reglement der Schispringer, das eine Kürzung der Schilänge bei niedrigem Körpergewicht beinhaltet ist ein erstes Beispiel für einen gelungenen präventiven Ansatz: Die Anzahl untergewichtiger Schispringer hat schlagartig abgenommen.

Zusammenfassung:

Essstörungen im Sport schaden der Gesundheit (Knochen, Wachstum, Entwicklung) und der sportlichen Karriere. Sportanorexie- Magerkeit für bessere sportliche Leistungen - kann der Beginn einer lebensbedrohlichen Essstörung sein. Die Grenze zwischen "noch normal und schon krank" ist verschwommen, und wird für sportliche Erfolge und Medaillen bisweilen auf Kosten der Gesundheit der Sportlerinnen und Sportler überschritten.

**11:45 - 12:00 Uhr**

**V37) ADHS: ein Risikofaktor für essstörungsbedingte Adipositas? Neue Ergebnisse aus dem deutschlandweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS**

Robert SCHLACK, Heike HÖLLING

*Robert - Koch - Institut, Berlin, Deutschland*

Hintergrund: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist gekennzeichnet durch die Leitsymptome „Motorische Unruhe“, „Unaufmerksamkeit“ und „Impulsivität“. Unter den zahlreichen kinderpsychiatrischen Komorbiditäten, die für ADHS beschreiben werden, befindet sich auch die esstörungsbedingte Adipositas. Vermutet wird, dass v. a. die eingeschränkte Impulskontrolle verantwortlich für die übermäßige Kalorienaufnahme bei adipösen ADHS-Kindern und -Jugendlichen ist. Methoden: Im Rahmen des deutschlandweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS wurden zwischen 2003 und 2006 ca. 18.000 repräsentativ ausgewählte Kinder und Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren körperlich untersucht, ihre Eltern, ab 11 Jahren auch die Kinder und Jugendlichen selbst, schriftlich befragt. Esstörungen wurden bei insgesamt 6634 Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren mit dem SCOFF-Questionnaire, ADHS als von den Eltern berichtete Arzt- oder Psychologendiagnose erfasst. Die Bestimmung von Übergewicht und Adipositas erfolgte nach ICD-10-Leitlinien. Ergebnisse: Bei 21,9 % der 11-17-Jährigen ließen sich Symptome von Esstörungen (SCOFF) identifizieren. Bei 7,1 % der 11-13-Jährigen und 5,9 % der 14-17-Jährigen wurde jemals ADHS von einem Arzt oder Psychologen diagnostiziert, insgesamt 8,7 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren waren übergewichtig, weitere 8% adipös. In der Gruppe der SCOFF-auffälligen Adipösen waren Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose mehr als doppelt so häufig vertreten wie in der Gruppe der nicht SCOFF-auffälligen Adipösen. Nach Kontrolle von Alter, Sozial- und Migrationsstatus sowie Geschlecht war die Chance (OR) esstörungsauffällig und adipös zu sein, für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose mehr als zweifach erhöht. Diskussion: Ob ADHS und esstörungsbedingter Adipositas miteinander einhergehen, wird kontrovers diskutiert. Während einige Autoren festgestellte Assoziationen bei klinischen Stichproben auf einen Inanspruchnahme-Bias zurückführen, scheinen die bevölkerungsbasierten Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS die Hypothese eines Zusammenhangs zu unterstützen.

**12.00 - 12.30 Uhr    Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters**

## **Parallelsitzung 9 / Parallel session 9**

### **Beratungs- und Behandlungskonzepte**

Vorsitz / Chair: Burkard Jäger, Hannover (D)

**11:00 - 11:15 Uhr**

#### **V38) Körperbilder - tiefenpsychologische und körpertherapeutische Konzepte und Behandlungsformen bei Essstörungen und Adipositas**

Regine LEHRER, Silke KLEINSCHMIDT

*Curtiusklinik, Fachklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bad Malente - Gremsmühlen, Deutschland*

Bei der Entwicklung von Essstörungen und Adipositas sind viele Einflussgrößen wirksam. Wesentliche Faktoren sind die Einstellung zum eigenen Körper, die Körperwahrnehmung und die damit verbundenen Gefühle. Die Summe dieser bewußten und unbewußten Einstellungen und Gefühle zum Körper zeigen sich im Körperbild.

Das Körperbild entsteht in den ersten Lebensjahren durch die Erfahrungen, die ein Kind mit dem eigenen Körper und im körperlichen Kontakt mit anderen macht, und ist verknüpft mit der Entstehung der Selbstkonzepte.

Gerade bei PatientInnen mit Essstörungen ist immer auch der Körper und das Körpererleben betroffen und muss somit im Fokus der Intervention stehen. Das Erspüren der eigenen Befindlichkeit, der Bedürfnisse und Impulse, der Wahrnehmung des Körpers und seiner bewussten und unbewussten Signale, sowie die Belebung basaler körperlicher Ressourcen wie Bewegungsfreude, emotionaler Ausdruck und Kontakt sind wesentlich.

In der Curtiusklinik wird im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungsprogrammes (Adipositasprogramm), sowie in tanz- und bewegungstherapeutischen Gruppen mit dem Körperbild gearbeitet.

In der Bewegungstherapie werden Informationen zum Körperbild zugänglich. Hierdurch können innere Themen identifiziert, konfrontiert und tiefenpsychologisch bearbeitet werden.

Im Adipositasprogramm der Curtiusklinik geschieht dies in der Gruppentherapie in einer Kombination mit katathym-imaginativer Psychotherapie. Beide Verfahren ergänzen sich durch ihre unmittelbaren und imaginativen Zugänge zum Körper- und Selbsterleben, welches die Basis für weitere tiefenpsychologische Bearbeitung darstellt. Die sich kristallisierenden inneren Themen werden durch weiterführende Körper- und Bewegungsarbeit vertieft.

In beiden Methoden werden im Therapieverlauf Bilder gemalt, die das Erleben kanalisieren und weiterer Reflektion zugänglich machen. Die theoretischen Zusammenhänge, die individuellen Ausprägungen und Prozesse werden durch die so entstandenen Bilder sichtbar gemacht.

**11:15 - 11:30 Uhr**

#### **V39) Skills- Training bei Borderline- und posttraumatischer Belastungsstörung**

Alice SENDERA, Eva Martina SENDERA

*Wien, Österreich*

Das Skills- Training ist ein störungsspezifisches Behandlungsprogramm. Es basiert auf den Elementen der Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) von Marsha M. Linehan und ist durch randomisierte und kontrollierte Studien belegt. Das Konzept beinhaltet eine Vielzahl von Strategien und Techniken verschiedener Therapierichtungen, wie z.B. der Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, körperorientierter Therapieformen, Hypnotherapie, fernöstliche Meditationstechniken (ZEN) u.a.m.



Als störungsspezifisches Konzept zur Stabilisierung und Ressourcenfindung kann das Training sowohl in das Behandlungskonzept unterschiedlicher Therapierichtungen als auch diagnoseübergreifend integriert werden.

**11:30 - 11:45 Uhr**

**V40) Ess-Psycho-Therapie: Ein Therapiebaustein in der Essstörungstherapie. Was ist hilfreich? Eine Bewertung anhand einer Untersuchung an stationär behandelten Patienten**

Wally WÜNSCH-LEITERITZ, Andreas LEITZERITZ, Bärbel TEICHMANN, Andrea KÜHN-DOST

*Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland*

Vorgestellt wird ein Essspsychotherapieprogramm in der Wiederernährung und im Wiederaufbau eines angemessenen Essverhaltens sowohl für anorektisch als auch bulimisch essgestörte Patienten im klinischen und ambulanten Bereich (einzelne Bausteine) mit der entsprechenden Bewertung durch die Patienten. Die Verantwortung für eine angemessene Wiederernährung liegt dabei solange in den Händen des therapeutischen Personals und nicht beim Patienten, als ihm Fehlüberzeugungen im Bereich Figur, Gewicht und Ernährung ein altersentsprechend gesund-verantwortliches Handeln hinsichtlich der Selbstfürsorge verunmöglichen. Dieses Programm unterscheidet sich von anderen verhaltenstherapeutischen Ernährungsmanagementprogrammen.

Der Identitätsgewinn/Spannungsabfuhr durch Nahrungsverzicht und besonders Dünnsein, legt es nahe, dass die Wiederernährung im Falle einer Anorexie eine komplexe essspsychotherapeutische Herausforderung ist, ebenso wie die Normalisierung essgestörter Verhaltensweisen beim Ausleben einer Bulimie. Eine Untersuchung zu den verschiedenen Bausteinen unseres Essspsychotherapieprogramms - Betreutes Essen/Tellerservice - gemeinsames Erstellen eines individuellen Essensplans - Mittagsessstörungsgruppe - Stufenplan - Löffeltraining - Lehrküche - wöchentliche Anpassungen des Essensplans - gibt Aufschluß darüber, wie hilfreich die einzelnen Komponenten im Wiederaufbau eines angemessenen Essverhaltens sowohl von anorektischen als auch bulimischen Patienten für sich selbst und für andere eingeschätzt werden.

**11:45 - 12:00 Uhr**

**V41) Therapiemotivaton und Behandlungserfolg bei KlientInnen/PatientInnen mit Anorexie und Bulimie**

Sabine SCHMID-SIPKA<sup>1</sup>, Andreas KARWAUTZ<sup>2</sup>, Gudrun WAGNER<sup>2</sup>, Wolfgang LALOUSCHEK<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>sowhat Institut für Menschen mit Essstörungen, <sup>2</sup>Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, AKH Wien, Wien, Österreich*

Verlaufsuntersuchungen bei KlientInnen/PatientInnen mit Essstörungen zeigen, dass die Mortalität bei Anorexie bei annähernd 10% liegt und fast 15% der Betroffenen einen chronifizierten Krankheitsverlauf zeigen. Die Mortalität ist bei KlientInnen/PatientInnen mit Bulimie mit 0,5% zwar deutlich geringer, in etwa 20% kommt es jedoch zu einer Chronifizierung. Aus bisherigen Untersuchungen sind mehrere Faktoren bekannt, die mit dem Behandlungserfolg bei Essstörungen assoziiert sind. Bei KlientInnen/PatientInnen mit Anorexie wirken sich eine frühzeitige Behandlungsaufnahme in einer spezialisierten Einrichtung, eine restriktive Anorexie sowie geringe psychosoziale Einschränkungen günstig auf den Krankheitsverlauf aus. Bei KlientInnen/PatientInnen mit Bulimie gehen eine starke ausgeprägte Symptomatik, eine familiäre Vorgeschichte an Depression und Alkoholismus, sexueller Missbrauch, Persönlichkeitsstörungen, Therapieabbrüche und wiederholte fehlgeschlagene Vorbehandlungen mit ungünstigeren Krankheitsverläufen einher. Bisher ist über den Einfluss der Motivation der KlientInnen/PatientInnen zu Beginn der Behandlung auf den Krankheitsverlauf und Therapieerfolg wenig bekannt. Die Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters und das Institut sowhat planen gemeinsam eine Verlaufsuntersuchung zum Einfluss der Motivation zu Beginn der

Behandlung auf den Krankheitsverlauf nach 6 Monaten und nach Abschluss der Behandlung. Auf der Tagung werden Studiendesign und erste Ergebnisse einer laufenden Pilotstudie vorgestellt.

12.00 - 12.30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

## **Parallelsitzung 10 / Parallel session 10**

### **Treatment**

Vorsitz / Chair: Emanuel Mian, Triest (I)

**11:00 - 11:15 Uhr**

#### **V42) Effectiveness of individualized cognitive behavioural therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic cases: Generalisability of research to clinical settings**

Hendrik HINRICHSEN<sup>2, 3</sup>, Glenn WALLER<sup>1, 2</sup>, Emma CORSTORPHINE<sup>2, 3</sup>, Victoria MOUNTFORD<sup>2, 3</sup>, Rachel LAWSON<sup>2, 4</sup>, E. PATIENT<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Vincent Square Clinic, Central and North West London NHS Trust, London, UK; <sup>2</sup>Eating Disorders Section, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK; <sup>3</sup>Eating Disorders Service, South West London and St. George's Mental Health NHS Trust, London, UK; <sup>4</sup>South Island Eating Disorders Service, New South Wales, New Zealand

Cognitive behavioural therapy (CBT) has a strong evidence base as the most effective treatment in bulimia nervosa. However, that evidence has been generated largely from funded research trials, with their exclusion criteria and adherence to manualised protocols. The aim of this study is to determine whether comparable results can be obtained in more routine clinical practice, including atypical cases. Seventy-eight patients with bulimia nervosa or atypical bulimic disorders entered individualised CBT, based on the principles detailed in research protocols, and 70 completed the course (mean = 19.2 sessions). The recovery rate was 47.4% of the 78 patients who started treatment, and there were improvements in bulimic symptoms, eating attitudes and depression levels. These changes were compatible with those found in funded research trials, adding to the literature that supports the use of CBT for bulimic disorders. Individualised CBT is suitable for use in general clinical practice, as long as it adheres to the principles that have been outlined in the research literature.

Keywords: Bulimia nervosa; atypical bulimic disorders; cognitive behaviour therapy

**11:15 - 11:30 Uhr**

#### **V43) Competence and capacity in anorexia nervosa**

Anna PALLESCHI, Lucia CESCHIN

*Università Padua, Klinik für Psychiatrie, Padua, Italy*

Introduction: The evaluation of competence and capacity of patients suffering from anorexia nervosa is assuming a peculiar relevance in the field of eating disorders. The term "capacity" refers to the legal criteria for the ability to make an autonomous and valid treatment decision and the term "competence" refers to the clinical concept of the ability to make valid treatment decisions. Aims: The systematic analysis of if and how the psychiatric disorder affects competence and capacity, with particular reference to cases of treatment refusal. Identification of the currently most suitable means for the clinician to evaluate such parameters. Method: A detailed review of the available literature on the subject in MEDLINE and PUBMED. Results and discussion: Such studies seem to highlight in anorexic patients a sort of "focal incompetence" concerning particularly the consideration of one's illness and the decisions regarding treatment. Such incompetence appears to

be peculiar to the disorder and seems not to prejudice to a relevant extent the more global competence as "understanding and reasoning abilities". The focal nature of this incompetence leads the clinician to a poor identification of the frequent pathological significance of treatment refusal and, consequently, to a rare recourse to coercitive treatment. The standardized instruments most commonly used to measure one or more functional abilities related to competence do not appear to be specific enough in seizing the observed competence alterations in patients suffering from anorexia nervosa.

**11:30 - 11:45 Uhr**

**V44) Clinical course and outcome of anorexia nervosa - a follow-up study of twelve years**

Sefik TAGAY, Catharina ZICK, Ricarda MEWES, Wolfgang SENF

*Rheinische Kliniken Essen, Essen, Deutschland*

This study presents the long-term course of Anorexia Nervosa (AN) over 12 years of 75 female patients (age at discharge=25,8 years, SD=7.5, range 20-53). The duration of illness before admission was 72.0 months (range 6-360). Their mean body mass indexes at discharge and at follow-up were 17.4 kg/m<sup>2</sup> (SD=1.5, range=13.7-20.4) and 18.1 kg/m<sup>2</sup> (SD=1.6, range=12.5-25.4), respectively. Mean length of follow-up was 4.5 years (SD=3.5, range=1-12).

The overall correlation between body mass indexes (BMI) and follow up was  $r=0.31$  ( $p \leq .010$ ). Despite this low correlation, the 75 patients with body mass indexes less than 17.5 kg/m<sup>2</sup> at discharge had low weights at long-term follow up, reduced health related quality of life, and a negative evaluation of the body. A regression analysis with the BMI at follow-up as dependent variable was conducted. 48.3% of the BMI variance at follow-up was explained by three variables: 1. BMI at discharge ( $r=.457$ ,  $\leq .000$ ), 2. negative evaluation of the body ( $r=-.323$ ,  $\leq .010$ ), and 3. physical health-related quality of life ( $r=.252$ ,  $\leq .023$ ). Our results clearly reflect the strong clinical implications of a low BMI at discharge.

**11:45 - 12:00 Uhr**

**V45) A comparison of perfectionism between depression, obsessive compulsive disorder and eating disorders**

Randy FROST<sup>1</sup>, Leonor ROMERO-LAURO<sup>2 3</sup>, Giovanni Maria RUGGIERO<sup>4</sup>, Sandra SASSAROLI<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Smith College, Clark Science Center, Massachusetts, USA; <sup>2</sup>Department of Psychology, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy; <sup>3</sup>"Studi Cognitivi", Cognitive Psychotherapy School, Milan, Italy;*

*<sup>4</sup>"Psicoterapia e Ricerca", Cognitive Psychotherapy School, Milan, Italy*

Perfectionism is a cognitive factor underlying many emotional disorders. Scientific literature report empirical data of perfectionism in depression, obsessive compulsive disorder, and eating disorders. This work compare the presence of perfectionism in samples affected by the above mentioned pathologies. We recruited 38 Obsessive Compulsive Disorder patients, 25 individuals affected by depression, 40 individuals with Eating Disorders and 38 controls. Patients were assessed using the Structural Clinical Interview for DSM-IV. All the individuals completed the Multidimensional Perfectionism Scale by Frost et al. (1990). The MANOVA confirmed that perfectionism is significantly higher in all these pathologies than in controls. In addition, the results suggested that perfectionism is present in eating disorders in a higher level than in the other two considered disorders.

12:00 - 12:15 Uhr

**V46) Introducing the Dresdner Körperbildfragebogen (Dresden Body Image Questionnaire) for measuring attitudes towards one's body**

Karin PÖHLMANN, Paul THIEL, Peter JORASCHKY

*Technical University Dresden, Abteilung für Psychosomatische Medizin, Dresden, Deutschland*

Der Beitrag stellt einen neuen mehrdimensionalen Fragebogen zur Erfassung von Einstellungen zum eigenen Körper vor. Zufriedenheit / Akzeptanz und Vitalität stellen Kernkomponenten des subjektiven Körperbilds dar, die in mehreren Fragebögen erfasst werden. Bezüglich anderer Dimensionen besteht weniger Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Verfahren. Der Dresdner Körperbildfragebogen wurde auf der Basis einer Vorstudie entwickelt, in der eine gemeinsame Faktorenanalyse von drei deutschen Körperbildfragebögen durchgeführt wurde, um gemeinsame Dimensionen zu identifizieren. In Studie 2 wurden 89 neue Aussagen formuliert, die Einstellungen zum eigenen Körper ausdrücken. Die Items wurden einer gesunden (n = 356) und einer klinischen Stichprobe (n = 158) vorgelegt. Anhand von psychometrischen und faktoranalytischen Kriterien wurden 35 Items ausgewählt, die fünf Dimensionen abbilden: Selbstakzeptanz ("Wenn ich etwas an meinem Körper ändern könnte, würde ich es tun"), Selbsterhöhung ("Ich setze meinen Körper ein, um Aufmerksamkeit zu erhalten"), Vitalität ("Ich bin körperlich fit"), Sexuelle Erfüllung ("Ich bin mit meinem sexuellen Erleben völlig zufrieden"), und Körperkontakt ("Ich vermeide es bewusst, andere Menschen zu berühren"). Die fünf Skalen weisen sehr gute psychometrische Kennwerte auf und differenzieren klar zwischen gesunden und klinischen Stichproben. Der DKB-35 ist ein reliables und interessantes neues mehrdimensionales Verfahren, das klinisch relevante Aspekte des Körperbilds erfasst, wie z.B. Selbsterhöhung, die in anderen Fragebögen nicht enthalten sind.

A new multi-dimensional questionnaire measuring self-reported attitudes towards one's body will be introduced. Satisfaction / acceptance and vitality are conceived as core components of the body image and are measured in several inventories assessing body-related attitudes. Concerning other dimensions of the subjective body image there is less concurrence across different instruments. The Dresden Body Image Questionnaire (Dresdner Körperbildfragebogen) was developed based on a joint analysis of three German self-report questionnaires that assess attitudes towards one's body. In study 1 common dimensions of the three instruments were identified. In study 2 a new item-pool of 89 statements expressing body-related attitudes was created. The items were rated by a community sample (n = 356) and a clinical sample (n = 158). Based on psychometric criteria and factor analyses, 35 items pertaining to five dimensions were selected. The five dimensions are: self-acceptance ("If I could change something about my body I would do so"), self-aggrandisement ("I use my body to gain attention"), vitality ("I am physically fit"), sexual fulfilment ("I am completely satisfied with my sexual experience"), and physical closeness ("I actively avoid touching other people"). The five scales show excellent reliability and clearly differentiate between clinical and healthy samples. The Dresden Body Image Questionnaire is a promising new multi-dimensional instrument that assesses clinically relevant aspects of the subjective body image which are not included in other self-report questionnaires (e.g. self-aggrandisement through one's body).

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

**WS08) Therapeutische Vertragsarbeit als kognitiv- verhaltenstherapeutisches Element im Rahmen eines integrativen stationären Behandlungskonzepts für Essstörungen**Volker BRACKE*Psychosomatische Klinik Bad Grönenbach, Bad Grönenbach, Deutschland*

Im Rahmen eines gemeinschaftstherapeutischen Gruppenkonzepts findet die Bearbeitung der Essstörungssymptomatik mithilfe eines „Genesungsvertrages“ statt. In der dreiteiligen Gliederung geht es a) um die individuelle Definition des problematischen Essverhaltens und damit eines möglichen Rückfalls, b) um die Analyse kritischer Auslösesituationen für Essanfälle etc. sowie der darauf folgenden psychischen und Verhaltensprozesse in Anlehnung an das verhaltenstherapeutische SORK-Modell, und c) um die Erarbeitung funktionaler Bewältigungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Hinblick auf Essdruck und Rückfallgefahren.

Die therapeutische Grundhaltung basiert auf einer Sicht der Patientin als „Expertin ihrer Störung“ und der Betonung von Klarheit und Einfachheit in der Formulierung des Vertrages, um ihn als hilfreichen „Werkzeugkasten“ für Krisensituationen im Alltag verwenden zu können.

**WS09) How to do behavioural experiments: Practical guidance for implementing CBT with eating disorders**Hendrik HINRICHSEN<sup>1 2</sup>*<sup>1</sup>Eating Disorders Section, Institute of Psychiatry, King's College London, <sup>2</sup>St. George's Eating Disorders Service, South West London and St. George's Mental Health NHS Trust, London, Great Britain***Aims of the workshop**

One of the most powerful elements of cognitive-behavioural therapy (CBT) is the behavioural experiment, where behavioural change is used as a means of testing and modifying the central beliefs underlying the problem (i.e., the over-evaluation of eating, weight and shape in the eating disorders). Such experiments can also be powerful tools in modifying the central beliefs underlying co-morbid problems (e.g., concerns about being negatively evaluated in social anxiety). However, many clinicians using CBT often do not use behavioural experiments to the best effect (or at all), possibly because to challenge the beliefs directly can also create significant anxiety in both clinician and patient. This workshop will focus on understanding and developing the skills needed to implement successful behavioural experiments with the eating disorders.

**Content and timing**

We will stress the need to identify and cognitively restructure the underlying beliefs in order to formulate clear hypotheses and develop effective behavioural experiments. The different types of behavioural experiment will be discussed, and their suitability considered for different types of belief, stages in cognitive restructuring, and specific symptoms. These skills are relevant to the core eating pathology, but are also pertinent to the other psychopathologies that are commonly co-morbid with the eating disorders.

Participants will need a basic understanding of the principles of CBT, in order to be able to focus on this specific element of that approach. The workshop will be divided between: an outline of the principles of behavioural experiments; practical examples provided by the presenter; and discussion of problems brought by the audience. The audience will be asked to provide real life examples of difficulties in modifying patients' beliefs, in order to discuss appropriate behavioural experiments. Discussion will be encouraged throughout, in order to give the participants the opportunity to share both problems and solutions.

## **WS10) Das Göttinger Stufenmodell in der Supervision der Therapie von Essstörungen**

Burkard JÄGER

*Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland*

Das "Stufenmodell der Supervision ist von der Göttinger Arbeitsgruppe der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen (A. Heigl-Evers 1975) entwickelt worden, um ein Supervisionsverfahren zur Verfügung zu haben, welches einerseits die assoziativen, gruppodynamischen und Latenzen-evozierenden Prinzipien der Balint-Methode der Supervision in dem supervisorischen Prozess nutzt, andererseits weniger angstinduzierend wirkt und weniger Anforderungen an die Teilnehmer stellt. Das Verfahren soll zudem das Erlernen der psychoanalytischen Beobachtungstechnik und Schlussbildung erleichtern.

Über stärkere Strukturierung und Verschriftlichung der Supervision ist es gelungen, das Verfahren insbesondere auch auf die Bedürfnisse von Anfängern anzupassen und das Indikationsspektrum zu erweitern. Kern der Arbeit ist ein Tafelbild (ersatzweise Wandzeitung, mehrere Flipcharts, zu Not Overhead) mit 5 Spalten, die im Rahmen der Falldiskussion gefüllt werden. Die Methode ist für die meisten Anliegen, die als Fallsupervision klassifiziert werden können, geeignet. Anders als die klassische Balint-Methode funktioniert das Verfahren auch dann gut, wenn mehrere oder alle Teilnehmer den Fall kennen.

Im Rahmen des Workshops soll in 2 Supervisionen das Prinzip an der exemplarischen Durchführung deutlich gemacht werden. Die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme und zur Einbringung eines eigenen Falls aus dem Bereich der Therapie von Essstörungen wird vorausgesetzt.

## **WS11) Die Diktatur des Schlankheitsideals**

Christoph KLOTTER

*Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland*

In fast der gesamten abendländischen Geschichte wird der schlanke Körper als Ideal angesehen. Er verkörpert in der griechischen Antike eine Idee von Harmonie und er repräsentiert das Prinzip der Mäßigung. Seine innere Natur soll der Bürger beherrschen weil er dann in der Politik weniger anfällig ist für die Tyrannei. Das Christentum übernimmt die Idee der Mäßigung, sie wird aber von nun an religiös interpretiert. Der dicke Leib wird als Ausdruck eines sündigen Lebens wahrgenommen. Erst seit ca. 100 Jahren ist aus dem Schlankheitsideal eine unterwerfende Verpflichtung geworden. Man muss schlank sein, um massive negative Sanktionen zu vermeiden. Diese Transformation hat u.a. damit zu tun, dass die genannten abendländischen Werte wie Mäßigung nicht mehr öffentlichkeitsfähig sind (nur der Papst verhält sich hier gegensätzlich), sie aber mittels der Diktatur des Schlankheitsideals verdeckt und verkörpert weiter wirken. Diese Transformation ist auch begründet durch die Überflusgesellschaft. Seit ca. 100 Jahren brauchen wir außer in Kriegszeiten nicht mehr zu hungern. Unsere evolutionäre Programmierung (möglichst viel, vor allem Fettes und Süßes zu essen) kann sich ungehindert Bahn brechen. Das Schlankheitsideal wurde radikalisiert, um eine Schranke gegen unsere evolutionäre Programmierung aufzubauen. Zudem dient das Schlankheitsideal der Strukturierung des Gesellschaftskörpers. Waren bis vor 100 Jahren nur die Wohlhabenden wohlbeleibt, und können seither sich fast alle einen dicken Bauch anessen, so dient heute die Schlankheit als Mittel der sozialen Distinktion. Wer hohes soziales Prestige haben will, muss schlank sein.

## **WS12) JETZT HELFEN WIR UNS SELBST! - Die Elternkreisarbeit als wichtiges Element beim Gesundungsprozess essgestörter Kinder**

Brigitte LIPPELT

*Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne, Bremen, Deutschland*

Die Teilnehmer der Selbsthilfegruppe ergeben sich nicht ihrem Schicksal, sondern versuchen aktiv, mithilfe der Gruppe, einen notwendig gewordenen Veränderungsprozess einzuleiten und zu meistern. Eigene Erfahrungen und das Wissen um das Leiden der Anderen sind die Grundlagen für die angebotene Anteilnahme. Professionelle Unterstützung von außen ergänzt im Bedarfsfall die Gruppe positiv.

Der Elternkreis in Bremen arbeitet in diesem Rahmen.

Der EK wurde 1992 von zwei betroffenen Müttern gegründet und seitdem kontinuierlich weitergeführt. Er kann auf eine lange Zeit der Tätigkeit und einem reichhaltigen realitätsbezogenen Erfahrungsschatz (Erfahrungsaustausch), der im Laufe der Jahre von betroffenen Eltern zusammengetragen wurde, zurückgreifen, und an betroffene Eltern weitergeben.

Ist die Diagnose Essstörung gestellt, sind die Eltern in der Regel nicht sofort in der Lage die Komplexität dieser Krankheit und den Umgang mit ihr zu erfassen. Bedingt durch Unkenntnis und Unwissenheit über diese Erkrankung, stehen sie dieser hilflos gegenüber. Sie erleben, dass das Familiengefüge total durcheinandergebracht wird, und sie nicht in der Lage sind, dies ohne Hilfe zu bewältigen.

Die, für die Eltern fast unlösbare Problematik, lässt sie beschämt, manchmal wütend, aber immer verzweifelt und hilflos alleine stehen. Dies führt dann häufig zu falschen Reaktionen zwischen Eltern und Kind, welches das Verhältnis zum erkrankten Kind erheblich belastet, sowie dessen Gesundheitszustand möglicherweise verschlechtert.

Im Elternkreis treffen sie auf betroffene Mütter und Väter. Hier finden sie ein Forum von gleich Gesinnten. In einem geschützten Raum können sie ihre Ängste, Sorgen, „Fehler“ im Umgang mit der Krankheit, ihren Ballast offen aussprechen und abladen. Sie stoßen dabei auf Verständnis. Sie lernen, was es heißt : Loszulassen, Grenzen zu setzen und zu sich selber zu finden. In Gesprächen mit betroffenen Eltern erfahren sie, dass diese Gleiches erlebten und bewältigen mussten und das sie ebenso „Fehler“ im Umgang mit der Krankheit gemacht haben, wie sie selber. Sie erhalten Informationen über positive Erfahrungen anderer Eltern, wie diese das eigene Leben aktiv veränderten und damit positiv die Gesundheit des Kindes mit beeinflussten. Es wird ihnen aber auch deutlich gemacht, wo Grenzen sind, wo Eltern für sich professionelle Hilfe suchen sollten.

Im Elternkreis werden die Eltern gestützt, wenn sie sich aufmachen um neue Wege zu beschreiten so das sie besser mit der Situation zurechtkommen und sich nicht alleine fühlen.

In diesem Workshop sollen die Erkenntnisse, Erfahrungen, Struktur und Arbeitsweise, des Bremer Elternkreises vorgestellt werden, daraus resultierend Anregungen Tipps und Hilfestellung für die Gründung einer eigenen Elterngruppe.

### **WS13) Emotionszentrierte Psychotherapie und Skills-Training bei Bulimie und Binge Eating Disorder**

Verena WOEBER

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

Emotions- und Affektregulationsstörungen sind bedeutsame Pathomechanismen in der Auslösung, Verstärkung und Aufrechterhaltung von Essstörungen. Viele Patienten mit Essstörungen haben nicht gelernt, eigene Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen, zu äußern und ihnen gemäß zu handeln.

Defizite dieser emotionalen Kompetenz sind zumeist verbunden mit wahrgenommener innerer oder körperlicher Anspannung, die Patienten oft in dysfunktionaler Weise durch Ess- oder Brechattacken abzubauen versuchen. Der Workshop gibt einen praxisnahen Überblick über therapeutische Ansätze zum Umgang mit Emotionen und Affektregulationsstörungen, wie sie insbesondere im Skills-Training auf der konzeptionellen Grundlage der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT), aber auch in erweiternden Ansätzen einer emotionszentrierten Psychotherapie entwickelt wurden.

Der Workshop stellt auch eigene empirische Forschungsergebnisse zur Evaluation von Skillstraining und emotionszentrierter Psychotherapie bei Patienten mit Essstörungen vor.

**WS14) Strategien der Wiederernährung bzw. des Aufbaus eines normalisierten Essverhaltens bei anorektischen als auch bulimischen Patienten sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Therapie**

Wally WUENSCH-LEITERITZ, Andreas LEITERITZ, Bärbel TEICHMANN, Nini GANNADIFARD

*Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland*

Im Workshop, der von einer Ärztin und Diätassistentin geleitet wird, soll ein erprobtes esspsychotherapeutisches Konzept der Wiederernährung, bzw. der Normalisierung des Essverhaltens essgestörter Patienten (Anorexien und Bulimien aller Schweregrade) in verschiedenen Therapiephasen vorgestellt werden. Esspsychotherapeutische Grundsätze, Problemstellungen, Fehlüberzeugungen der Betroffenen, Fallstricke und potentielle Therapiefehler werden im Einzelnen erläutert. Konkrete Lösungs- und Umgangsstrategien werden vertiefend mit den Teilnehmern diskutiert.

Der Workshop richtet sich an alle Berufsgruppen (Ärzte/Psychologen/Ernährungsfachkräfte/Krankenschwestern/ Sozialpädagogen), die in die Auseinandersetzung um eine angemessene Wiederernährung anorektisch und bulimisch Essgestörter und die dazu gehörende Symptomaufgabe involviert sind. Willkommen sind auch Betroffene selbst und Eltern Betroffener.

**16:30 - 18:00 Uhr**

**Parallele Workshops (15-21)**

**WS15) Familienorientierte Therapie in der Behandlung von Essstörungen**

Hartmut IMGART

*Parkland Klinik, Bad Wildingen, Deutschland*

Die Einbeziehung der Familien in die Behandlung von essgestörten Patientinnen stellt vielfältige Anforderungen an das Behandlungsteam. Ziel des Workshops ist es, Ideen und ganz praktische „Tools“ für die Einbeziehung der Familien der eigenen Patientinnen und Klientinnen zu vermitteln. In dem Workshop wird ein Überblick über die gängigen familienorientierten Interventionsmethoden gegeben und in praktischen Übungen erfahrbar gemacht. Gängige Methoden sind das Familiengespräch, das Familiengenogramm, die Familienskulptur und die Elterngruppe. Dabei sind für verschiedene Altersstufen der Patientinnen verschiedene Interventionsformen zu wählen. Familienorientierte Intervention von Familien mit essgestörten Jugendlichen im Multifamilienbehandlungssetting sowie Familienmahlzeiten werden in letzter Zeit häufiger eingesetzt. Die neuen Möglichkeiten dieses Behandlungssettings werden an Hand von praktischen Übungen dargestellt.

**WS16) Wege entstehen dadurch, dass man sie tanzt...**

**- in Bewegung neue Positionen ausprobieren / Dance your way – exploring new positions**

Ulrike JUCHMANN

*Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Berlin, Deutschland*

Mädchen und junge Frauen mit Essstörungen sind oft eingeengt und festgefahren im Denken, Fühlen und auch in der Bewegung. Sie glauben, dass Lösungen durch angestregtes Denken gefunden werden müssen. Wie überrascht sind sie oft, wenn sie so ganz nebenbei durch eine Entspannungsübung oder in Bewegung Neues für sich entdecken und ausprobieren können.

Tanzen bringt in Bewegung, die Mädchen bekommen einen neuen Zugang, sie werden bewegt und bewegen. Im Tanz können Gefühle wahrgenommen, erlebt, ausgedrückt und gewandelt werden. Im Tanz können ungeahnte Kräfte entwickelt und neue Möglichkeiten entdeckt werden.

Der Workshop vermittelt ganz praktisch eine besondere Form der tanztherapeutischen Arbeit für essgestörte Mädchen und Frauen. Wir schlüpfen spielerisch in verschiedene Rollen. Anregend sind



dabei westafrikanische Gottheiten, die ihre eigenen, leicht zu erlernenden Bewegungen und Charaktereigenschaften haben. Das Tanzen unterschiedlicher Rollen ermöglicht es, auf eine spielerische Art, Neues, Unvertrautes zu entdecken, aber auch ganz Vertrautes wieder zu finden. So begegnen wir der Göttin der Schönheit und des Reichtums, dem Zauberer des Waldes (der auch für das Mischen von Medizin zuständig ist), wir tanzen unsere Kraft mit dem kämpferischen Gott und verbinden Gegensätze in der Rolle des Schlangengottes. Oder wir begegnen im Tanz der Ruhe und Langsamkeit der alten Nana.

Wir finden in Bewegung heraus, was angemessen ungewöhnlich ist und was uns gut tut.

Es geht darum, durch Selbsterfahrung die verschiedenen Positionen zu erleben. Für die Teilnahme sind keine Vorerfahrungen im Tanz nötig. Wichtig ist, Spaß an Bewegung und Lust am Experimentieren mitzubringen und Kleidung zu tragen, die Bewegung ermöglicht.

Die Erfahrung lässt sich sehr gut auf die Arbeit mit essgestörten Mädchen und Frauen übertragen und im Einzel- und Gruppensetting anwenden. Die Workshopleiterin arbeitet einzel- und familientherapeutisch in der therapeutischen Wohngruppe Mondlicht in Berlin. Das Tanzen unterschiedlicher Positionen ist fester Bestandteil der Bewegungs- und Entspannungsgruppe, die sie anbietet.

Girls and young women with eating disorders are often restricted and stuck in their thoughts, emotions and movements. They can be very surprised to experience and explore new aspects through relaxation and movement without much effort. Dancing allows to express feelings and enables to experience and transform them. Unexpected qualities and energies can be found in dance. During the workshop I will introduce a dancetherapeutic approach, which is useful for single and group therapy. We will get into different kind of types and roles. Inspiring are westafrican gods and goddesses which can be seen as archetypes or inner parts. Every character has its own music, talents, gestures and movements. We will meet the queen of the beauty, the magician, the warrior and the power which connects contradictions. Or we will experience the inner stillness and wisdom of an old grandmotherlike goddess.

We will find out, what is familiar to me and what is new, what is good and nurturing to me. In this workshop we will dance the different roles and experience their qualities ourselves. You don't have to have dancing experience. It is enough to be curious and open. So let's dance!

The conductor is psychotherapist and leads the residential group "Moonlight", a home for girls and young women with eating disorders.

Ulrike Juchmann, psychologist, she is trained as a family therapist, therapist for children, movement therapist and trauma therapist. She combines these approaches in her work. She worked at the Technical University in Berlin and lectured Personality Psychology. She wrote the concept for a new systemic institution for young girls and women with eating disorders and works there as the senior psychologist and as a therapist. She is the author of several articles on eating disorders, rituals, externalisation and reflecting processes. Several journeys across Northern Africa, Ghana, Lesotho, Namibia, South Africa and Mozambique brought her in contact with traditional african healers. She lives and works in Berlin.

Dieser Workshop wird in deutscher Sprache gehalten, ist jedoch aufgrund vieler praktischer Übungen auch für nicht-deutschsprachige Teilnehmerinnen und Teilnehmer geeignet. Englischsprachige Handouts stehen zur Verfügung, bei Bedarf gibt es zusätzliche englischsprachige Erläuterungen./

Non-German speaking delegates are invited to attend this workshop. It will be held mainly in German language, however, there will be many self-explaining exercises. Additionally English-language handouts and explanations will be provided.

**WS17) Diagnostik und Umgang mit selbstverletzendem Verhalten bei Essstörungspatientinnen im Rahmen der therapeutischen und psychotherapeutischen Wohngemeinschaft „Therapiezentrum Weidenhof“**

Waltraut KUBELKA-CHIMANI

*Therapiezentrum Weidenhof, Grafenstein, Österreich*

Selbstverletzung ist ein stilles Leiden, das Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfern zunächst rätselhaft erscheint. Vor allem Frauen richten bestehende Aggressionen in zerstörerischer Weise gegen sich selbst. Um sich zu spüren, und seelischen Schmerz vergessen zu können, fügen sie sich Wunden mit Messern, Scheren, Rasierklingen od. brennenden Zigaretten zu.

Bis zum Jahr 1996 wußte die Allgemeinheit nur wenig über Selbstverletzung. Dann bekannte sich Prinzessin Diana öffentlich dazu, dass sie ritzte und populäre Zeitschriften begannen über dieses Thema zu schreiben.

Insbesondere bei Patientinnen mit Essstörungen treten Selbstverletzungen in signifikanter Häufigkeit auf und stellen die Behandler vor immer neue therapeutische Herausforderungen.

Frau Mag. Waltraut Kubelka-Chimani möchte sich in ihrem Workshop mit diesem Thema auseinandersetzen und den Umgang mit selbstverletzendem Verhalten im Rahmen der Essstörungstherapie in der therapeutischen und psychotherapeutischen Wohngemeinschaft „Therapiezentrum Weidenhof“ darstellen.

### **WS18) SKILLS-TRAINING nach der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT)**

Alice SENDERA, Eva Martina SENDERA

*Wien, Österreich*

Der Workshop enthält Inhalte des Skills- Trainings aus Dialektisch Behavioralen Therapie von Marsha.M. Linehan. Das Skills- Training dient der Vermittlung von Fertigkeiten, die helfen belastende Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster zu verändern und beinhaltet Methoden zur Spannungs-, Emotionsregulation und Aufmerksamkeitsfokussierung (Achtsamkeit)

Inhalte:

Grundlagen des Skills- Trainings

Innere Achtsamkeit

Stresstoleranz/Umgang mit Dissoziation

Emotionsregulation

Stärkung des Selbstwertes

### **WS19) Methoden in der Ernährungsberatung**

Regina SPITZBART

*LKH Gmunden, Gmunden, Österreich*

Zeitgemäße Ernährungsberatung in der Praxis heißt mit verschiedenen Methoden den Selbsthilfeprozess unterstützen! "Sie müssen, sie sollen, sie dürfen,..." Auf diese Art und Weise ist Ernährungsberatung wenig erfolgreich. Vielmehr sind Methoden gefragt, welche es ermöglichen dem Klienten die Thematik individuell erfahrbar zu machen. Aus folgenden Bereichen werde ich Methoden vorstellen:

- Methoden zur Einschätzung der Lebensmittelmengen im Vergleich zu den Empfehlungen
- Methoden zu Vermittlung von Ernährungswissen
- Methoden zum Erkennen des persönlichen Essverhaltens
- Methoden zur Auflockerung von Kursinhalten (Einstieg/ Ausstieg)

All diese Methoden sind Teil meines Kurskonzeptes: "Schritt für Schritt gesünder Essen und Trinken,...besseres Essverhalten,...mehr Bewegung". In einem Zeitraum von mindestens drei Monaten machen sich die Teilnehmer auf den Weg ihr individuelles Ernährungs- und Bewegungsverhalten kennenzulernen und wenn nötig schrittweise den Empfehlungen anzupassen.

### **WS20) Körperbildtherapie bei Anorexie und Bulimie**

Martina TIEFENBACHER

Körperbild- und Körperschemastörungen sind wichtige aufrechterhaltende Bedingungen für Essstörungen, insbesondere für PatientInnen mit Anorexie und Bulimie. In den letzten Jahren wurden einige experimentelle Befunde vorgelegt, die die neurobiologische und psychologische Verankerung von Körperbildstörungen und Wahrnehmungsverzerrungen des eigenen Körpers eindrucksvoll demonstrieren. Therapiepraktisch wurden mehrere, z.T. manualisierte Interventionen, meist auf körpertherapeutischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis, entwickelt, mit dem Ziel, Körperbild- und -schemastörungen wirkungsvoll verändern zu können.

Der Workshop stellt sehr praxisnah ein in ein Gesamttherapiekonzept integriertes und implementiertes Behandlungsverfahren zur Körperbildtherapie vor und diskutiert empirische Ergebnisse zu dessen Wirksamkeit.

**WS21) "Energetische Psychotherapie" oder "Multisensorische Psychotherapie" - Was ist das? Wie geht das? Was bringt das in der Behandlung von Menschen mit Essstörungen?**

Astrid VLAMYNCK

*Berlin, Deutschland*

Eine innovative, non invasive psychotherapeutische Methode, die bei vielen essstörungsrelevanten Themen, u.a. in der traumatherapeutischen Behandlung als sanftes schonendes Verfahren zunehmend Verbreitung findet.

Die energetischen Methoden sind eingebettet in ein multimodales Gesamtkonzept hochwirksam bei der Auflösung von Ängsten, Traumata, dysfunktionalen Affekten und limitierenden Glaubenssätzen. Gut lassen sie sich nutzen zum Stabilisieren, zum Ressourcenaufbau, zur Stärkung erwünschter Selbstüberzeugungen. Sie helfen die Motivation zu steigern, Zielbilder und Zielhandlungsentwürfe zu festigen. Ebenso lassen sie sich früh als Selbsthilfe nutzen.

In die Energetische Psychotherapie gehen geläufige Konzepte der Humanistischen Psychologie (Selbstakzeptanz), der Verhaltenstherapie (Exposition, Entspannung), der tiefenpsychologisch fundierter Therapie (Introspektion, Versprachlichung, Freie Assoziation), von Hypnotherapie, NLP und EMDR (visuelle, akustische oder taktile Stimulierung mit bifokaler Aufmerksamkeit) sowie der Applied Kinesiology (Körpernahe Interventionen) und Traditionellen Chinesischen Medizin (Akupressur) ein.

---

## Adressen der ReferentInnen

**Adámková Vera**, Assoc. Prof. MC., Institute for Clinical and Experimental Medicine, University of South Bohemia, Faculty of Health and Social Studies, Jiroucoua 24, 37004 Ceske Budejoulce, Prague, Tschechien, [veraadamkova@seznam.cz](mailto:veraadamkova@seznam.cz)

**Álvarez-Moya Eva-Maria**, PhD, University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Feixa Llarga s/n, 08907 Barcelona, Spanien, [evamaria\\_alvarez@hotmail.com](mailto:evamaria_alvarez@hotmail.com)

**Alonso Pino**, MD, PhD, University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, c/ Feixa Llarga s/n, 08907 Barcelona, Spanien, [ffernandez@csub.scs.es](mailto:ffernandez@csub.scs.es)

**Ambrosi- Randic Neala**, Faculty of Philosophy Pula, University of Rijeka, I.M. Ronjgova 1, 52100 Pula, Kroatien, [nambrosi@ffpu.hr](mailto:nambrosi@ffpu.hr)

**Amesberger Friederike**, Theaterverein “Die Mitterndorfer Brettblödler”, Hilfe für Essstörungen, Piestingaustraße 14, 2483 Ebreichsdorf, Österreich, [r.amesberger@hotmail.com](mailto:r.amesberger@hotmail.com)

**Anderluh Marija**, PhD, University Psychiatric Hospital Ljubljana, Trubarjeva Ulica 2, 1000 Ljubljana, Slowenien, [marija.brecelj@guest.arnes.si](mailto:marija.brecelj@guest.arnes.si)

**Andorfer Ute**, Mag<sup>a</sup>. Dr., Anton Proksch Institut, Frauenabteilung, Gräfin-Zichy-Strasse 6, 1230 Wien, Österreich, [andorf@api.or.at](mailto:andorf@api.or.at)

**Astrand Katarina**, Mag<sup>a</sup>, Sahlgrenska Akademie, Göteborg Universität, Göteborg, Schweden

**Babusa Bernadett**, Semmelweis University Budapest, Ungarn

**Bänninger-Huber Eva**, Univ.-Prof. Dr., Institut für Psychologie, Innsbruck, Österreich, [eva.baenninger-huber@uibk.ac.at](mailto:eva.baenninger-huber@uibk.ac.at)

**Becker Ute**, Ernährungsberaterin/DGE, Adipositas-Zentrum Oberhausen und Ev. Krankenhaus Bethesta zu Duisburg GmbH, Heerstr. 219, 47053 Duisburg, Deutschland

**Bellodi Laura**, PhD, Department of Neuropsychiatric Sciences (DSNP), Fondazione Centro S. Raffaele del Monte Tabor, Via Prinetti 29, 21127 Milan, Italien, [bellodi.laura@hsr.it](mailto:bellodi.laura@hsr.it)

**Bernhart Maria**, Maga, Frauengesundheitszentrum F.E.M., Institut für Frauen- und Männergesundheit, Bastiengasse 36-38, 1180 Wien, Österreich, [m.bernhart@gmx.at](mailto:m.bernhart@gmx.at)

**Bischof Christine**, Fonds Soziales Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit, Guglgasse 7-9, 1030 Wien, Österreich, [Beate.Wimmer-Puchinger@fsw.at](mailto:Beate.Wimmer-Puchinger@fsw.at)

**Botica Sonia**, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland

**Bracke Volker**, Dipl.- Psych., Klinik für Psychosomatische Medizin, Sebastian-Kneipp- Allee 3, 87730 Bad Grönenbach, Deutschland, [bracke@kliniken-groenenbach.de](mailto:bracke@kliniken-groenenbach.de)

**Bulik Cynthia M.**, PhD, FAED, University of North Carolina at Chapel Hill, 1st Floor Neuroscience Hospital, Room 10505, Chapel Hill, NC 2799-7160, *cbulik@med.unc.edu*

**Burmucic Katharina**, Dr., Univ. Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Auenbrugger Platz 30, 8036 Graz, Österreich, *katharina.burmucic@gmx.net*

**Calabrese Nadia**, co-worker medical student, Clinica Medicina Interna e Terapia Medica, Università di Catania, Via Vanella 106 n° 62, 97015 Modica (RG), Italien, *calabrese.nadia@gmail.com*

**Calandra Carmela**, Prof., MD, Clinica Psichiatrica Università di Catania, Via Etna 255, 95125 Catania, Italien, *c.calandra@unict.it*

**Cardematori Franziska**, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland

**Catalano Daniela**, Prof., University of Catania, Internal Medicine and Psychiatry, Via Sant'Orsola 30, 95131 Catania, Italien, *danielacatalano@unict.it*

**Cellini Elena**, PhD, Department of Neurology and Psychiatric Sciences, University of Florence, Viale Morgagni 85, 50134 Florence, Italien, *nacmias@unifi.it*

**Ceschin Lucia**, Klinik für Psychiatrie, Padua, Italien

**Chen-Stute Anette**, Dr. med., Adipositas-Zentrum Oberhausen und Ev. Krankenhaus Bethesta zu Duisburg GmbH, Heerstr. 219, 47053 Duisburg, Deutschland, *adipositaszentrum-oberhausen@arcormail.de*

**Cifkova Renata**, Dr., Institute for Clinical and Experimental Medicine, Videnska 1958/9, 14021 Prague 4, Tschechische Republik, *recf@medicon.cz*

**Corstorphine Emma**, Eating Disorders Service, South West London and St. George's Mental Health NHS Trust, Eating Disorders Section, Institute of Psychiatry, King's College London, London, Großbritannien, *Emma.Corstorphine@swlstg-tr.nhs.uk*

**Craciun Eugenia Maria**, Charité Universitätsklinik Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Luisenstr. 13, 10117 Berlin, Deutschland, *eugenia-maria.craciun@charite.de*

**Collie David**, Ph.D., Cardiff University, London, Großbritannien, *Collie@cardiff.ac.uk*.

**Di Bernardo Milena**, PhD, Department of Neurology and Psychiatric Sciences, University of Florence, Viale Morgagni 85, 50134 Florence, Italien, *nacmias@unifi.it*

**Drennig Saskia**, Mag<sup>a</sup>, Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

**Dunitz-Scheer Marguerite**, Univ.-Prof. Dr., Univ. Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Auenbrugger Platz 30, 8036 Graz, Österreich, *marguerite.dunitz@klinikum-graz.at*

**Engleder Andrea**, Mag<sup>a</sup>, Klinische und Gesundheitspsychologin, Sportpsychologin in freier Praxis, Sickenberggasse 6a/3/13, 1190 Wien, Österreich, *aengleder@gmx.at*

**Faupel Ursula**, Dr. med., Adipositas-Zentrum Oberhausen und Ev. Krankenhaus Bethesta zu Duisburg GmbH, Heerstr. 219, 47053 Duisburg, Deutschland

**Fernandez Aranda Fernando**, PhD, FAED, University Hospital of Bellvitge, Ciber Fisiopatologia Obesidad y Nutricion (CB06/03) Instituto Salud Carlos III, c/ Feixa Llarga s/n, 08907-Barcelona, Spanien, *ffernandez@csub.scs.es*

**Forcano Laura**, Msc, Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, Ciber Fisiopatologia Obesidad y Nutricion (CB06/03) Instituto Salud Carlos III, c/ Feixa Llarga s/n, 08907-Barcelona, Spanien, *ffernandez@csub.scs.es*

**Friedl Helga**, Mag<sup>a</sup>, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, Wien, Österreich, *helgafriedl@gmx.at*

**Frost Randy**, Ph.D., Smith College, Clark Science Centre, Northampton, MA 01063, Massachusetts, USA, *rfrost@email.smith.edu*

**Gallucci Marcello**, Department of Psychology, University of Milano-Bicocca, Viale dell'Innovazione 10 (U9), 20126 Milan, Italien, *marcello.gallucci@unimib.it*

**Gannadi-Fard Nini**, Dr., Klinik Lüneburger Heide, Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen, am Klaubusch 21, 29459 Bad Bevensen, Deutschland

**Gänszle Renate**, Dr., F.E.M. Wien, Wien, Österreich, *renate.gaenzle@utanet.at*

**Gossing Gabriele**, Dr., Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Charité Campus Mitte, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, *gabriele.gossing@charite.de*

**Granero Roser**, PhD, Methodology Department, University Autònoma of Barcelona, 08193 Bellaterra, Spanien, *Roser.Granero@uab.es*

**Grassl Sylvia**, Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Österreich, *sylviagrassl@hotmail.com*

**Gündel Harald**, Prof. Dr. med., Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Psychosomatik & Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland, *Guendel.harald@mh-hannover.de*

**Haselberger Gabriele**, Intakt - Institut für Menschen mit Essstörungen, Grundlgasse 5/8, 1090 Wien, Österreich, *gabriele.haselberger@chello.at*

Hinrichsen Hendrik, Dr., San Georg's Eating Disorders Service London, London, Großbritannien, **Hendrik.Hinrichsen@swlstg-tr.nhs.uk**

**Holliday Joanna**, PhD, Eating Disorders Unit and SGDP Research Centre, Institute of Psychiatry, London, UK, 5th Floor, Thomas Guy House, Guy's Hospital, London SE 1 9RT, *Janet.Treasure@iop.kcl.ac.uk*

**Hölling Heike**, Robert Koch Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Seestraße 10, 13353 Berlin, Deutschland, *HoellingH@rki.de*

**Hopf Annegret**, Dipl. Ing., TU Ilmenau, Institut für biomedizinische Technik und Informatik, Fachgebiet Biosignalverarbeitung, Gustav-Kirchhoffstr. 2, 98693 Ilmenau, Deutschland, [annegret.hopf@tu-ilmenau.de](mailto:annegret.hopf@tu-ilmenau.de)

**Huemer Evelyn**, Liststraße 11, 4020 Linz, Österreich, [evelyn\\_huemer@gmx.at](mailto:evelyn_huemer@gmx.at)

**Humer Lisa**, cand.rer.nat., Brennerstr. 19, 4600 Wels, Österreich, [lisa.humer@student.uibk.ac.at](mailto:lisa.humer@student.uibk.ac.at)

**Husar Peter**, Prof. Dr.-Ing. habil., TU-Ilmenau, Fakultät Informatik und Automatisierung, Institut BMTI, PF 100565, 98684 Ilmenau, Deutschland

**Imgart Hartmut**, Dr., Parklandklinik, Abteilung für Essstörungen, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen, Deutschland, [dr.imgart@freenet.de](mailto:dr.imgart@freenet.de)

**Jäger Burkard**, PD Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Psychosomatik & Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland, [jaeger.burkard@mh-hannover.de](mailto:jaeger.burkard@mh-hannover.de)

**Jiménez- Murcia Susana**, PhD, Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, Ciber Fisiopatologia Obesidad y Nutricion (CB06/03) Instituto Salud Carlos III, c/ Feixa Llarga s/n, 08907-Barcelona, Spanien, [ffernandez@csub.scs.es](mailto:ffernandez@csub.scs.es)

**Joraschky Peter**, Prof. Dr. med., Universitätsklinikum Dresden, Direktor der Abteilung für Psychosomatik, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Deutschland, [Peter.Joraschky@mailbox.tu-dresden.de](mailto:Peter.Joraschky@mailbox.tu-dresden.de)

**Juanjo Santamaria**, Msc, Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, c/ Feixa Llarga s/n, 08907-Barcelona, Spanien, [ffernandez@csub.scs.es](mailto:ffernandez@csub.scs.es)

**Juchmann Ulrike**, Dipl. Psych., Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Methfesselstraße 21, 10965 Berlin, Deutschland, [UlrikeJuchmann@web.de](mailto:UlrikeJuchmann@web.de)

**Juen Barbara**, Ao. Univ.-Prof. Dr., Institut für Psychologie, Entwicklungspsychologie, Innsbruck, Österreich, [barbara.juen@uibk.ac.at](mailto:barbara.juen@uibk.ac.at)

**Karwautz Andreas**, MD, PhD, Univ.-Prof., Univ. Klinik für Psychiatrie im Kindes- und Jugendalter, Ambulanz für Essstörungen, Kliniken am Südgarten Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich, [andreas.karwautz@meduniwien.ac.at](mailto:andreas.karwautz@meduniwien.ac.at)

**Kerschischnik Eva**, Dipl. Physiotherapeutin, Universitätsklinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Auenbrugger Platz 30, 8036 Graz, Österreich, [eva.kerschischnik@aon.at](mailto:eva.kerschischnik@aon.at)

**Kettler Christian**, Dr. med., Inntalklinik Simbach, Jakob-Weindler-Straße 1, 84359 Simbach am Inn, Deutschland, [c.kettler@inntalklinik.de](mailto:c.kettler@inntalklinik.de)

**Kienast Sabine**, Dr., Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie an der Med. Uni Graz, Sommersbergseest. 395, 8990 Bad Aussee, Österreich, [s.kienast@klinik-badaussee.at](mailto:s.kienast@klinik-badaussee.at)

**Klapp Burghard**, Prof. Dr., Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Universitätsklinik Berlin, Luisenstr. 13, 10117 Berlin, Deutschland, [burghard.klapp@charite.de](mailto:burghard.klapp@charite.de)

**Kleinschmidt Silke**, Dr.med., Curtius Klinik, Bad Malente-Gremsmühlen, Deutschland

**Klotter Christoph**, Prof. Dr. habil, Hochschule Fulda, Oecotrophologie, Marquardstr.35, 36034 Fulda, Deutschland, *christoph.klotter@he.hs-fulda.de*

**Kluckner Viktoria**, MMag<sup>a</sup>, Dr. Stumpf-Straße 80/18, 6020 Innsbruck, Österreich, *viktoria.kluckner@student.uibk.ac.at*

**Köck Martine**, Mag<sup>a</sup>, Queen Silvia Children's Hospital, Child and Adolescent Psychiatry Centre, 41685 Göteborg, Schweden, *martina.kock@vgregion.se*

**Konrad Manuela**, Mag<sup>a</sup>, Fachhochschule Joanneum, Studiengang Dietologie, Kaiser Josef Str. 418, 8344 Bad Gleichenberg, Österreich, *manuela.konrad@fh-joanneum.at*

**Kopczynski Sascha**, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Sportwissenschaft, Stiepeler Straße 129, 44801 Bochum, Deutschland, *Sascha.Kopczynski@rub.de*

**Kothgassner Oswald David**, Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Wien, Österreich, *a0402889@unet.univie.ac.at*

**Koxeder Birgit**, Schillerstraße 9, 4020 Linz, *birgitkoxeder@gmx.at*

**Kretschmer Boris**, Charité Universitätsklinik, Campus Mitte, Berlin, Deutschland

**Krug Isabel**, University Hospital of Bellvitge, Department of Psychiatry, Eating Disorders Unit, Feixa Llarga S-n, 8907 Barcelona, Spanien, *Isabel\_Krug80@hotmail.com*

**Kubelka-Chimani Waltraut**, Mag<sup>a</sup>, Therapiezentrum Weidenhof, Klagenfurt, Österreich, *therapie-chimani@aon.at*

**Kühn- Dost Andrea**, Klinik Lüneburger Heide, 29549 Bad Bevensen, Deutschland

**Kukic Miljana**, M. A., Faculty of Arts and Sciences, University of Rijeka, Department of Psychology, Slavka Krautzeka b.b., 51000 Rijeka, Kroatien, *mkukic@ffri.hr*

**Lalouschek Wolfgang**, Ao. Univ. Prof. Dr., sowhat- Institut für Menschen mit Essstörungen, Gerstnerstr. 3, 1150 Wien, Österreich, *w.lalouschek@origo.at*

**Langer Michaela**, Mag<sup>a</sup>, Fonds Soziales Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit, Guglgasse 7-9, 1130 Wien, Österreich, *michaela.langer@fsw.at*

**Lanska Vera**, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Videnska 1958/9, 14021 Prague 4, Tschechische Republik, *vela@medicon.cz*

**Lawson Rachel**, Eating Disorders Section, Institute of Psychiatry, King's College London, South Island Eating Disorders Service, New South Wales, Neuseeland

**Learmonth Despina**, City University, Department of Psychology, Northampton Square, EC1V 0 HB London, Großbritannien, *despinasklearmonth@gmail.com*



**Lehrer Regine**, Curtiusklinik, Fachklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Körpertherapie, Neue Kampstr. 2, 23714 Bad Malente-Gremsmühlen, Deutschland, *s.kleinschmidt@curtius-klinik.de*

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

**Lippelt Brigitte**, Dipl. Sozialpädagogin, Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne Bremen, Porrathstr. 4, 27374 Visselhövede, Deutschland, *b.g.lippelt@web.de*

**Leypold Brigitte**, Mag<sup>a</sup>, Steinangerweg 2, 6370 Aurach, Österreich, *Brigitte.Leypold@student.uibk.ac.at*

**Luca Antonia**, MD, Clinica Psichiatrica, Università di Catania, Via Etnea 255, 95125 Catania, Italien, *anto.luca@tiscali.it*

**Marmsoler Julia**, Mag<sup>a</sup>, Scironstr. 58, 39046 St. Ulrich/ Gröden, Italien, *Julia.marmsoler@hotmail.com*

**Martines Giuseppe Fabio**, MD, Clinica Medicina Interna e Terapia Università Catania, Via Rovereto 1, 96016 Lentini, Italien, *gfabio.martines@tiscali.it*

**Messmann Andrea**, Dipl. Ökotrophologin, ANAD e.v. Ernährungstherapie, Poccistr. 5, 80363 München, Deutschland, *messmann@anad-pathways.de*

**Mewes Ricarda**, Dipl.-Psych., Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Rheinische Kliniken Essen, Universität Duisburg-Essen, Virchowstr. 174, 45147 Essen, Deutschland, *Ricarda.Mewes@uni-due.de*

**Mian Emanuel**, Dr., Body Image, Science and technology Park UD, Via San Francesco 6, 34133 Triest, Italien, *mian@body-image.it*

**Mooser Claudia**, cand.rer.nat., Bergfeld 19, 6233 Kramsach, Österreich, *claudia.mooser@student.uibk.ac.at*

**Mountford Victoria**, Eating Disorders Service, South West London and St. George's Mental Health NHS Trust, Eating Disorders Section, Institute of Psychiatry, King's College London, London, Großbritannien

**Müller Wilhelm**, Univ.-Prof. Dr., Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Abteilung für Neonatologie, Auenbruggerplatz 36, 8036 Graz, Österreich, *wilhelm.mueller@meduni-graz.at*

**Nacmias Benedetta**, PhD, Department of Neurology and Psychiatric Sciences, University of Florence, Viale Morgagni 85, 50134 Florence, Italien, *nacmias@unifi.it*

**Nevonen Lauri**, PhD, Child and Adolescent Psychiatry Centre, Queen Silvia Children's Hospital, 41685 Göteborg, Schweden, *lauri.nevonen@vgregion.se*

**Nickel Marius**, Prim. Univ.-Prof. Dr. med., Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Graz, Sommersbergseestraße 395, 8990 Bad Aussee, Österreich, *b.gottschmann@klinik-badaussee.at*

**Nitsche Hildegard**, Dr., Universitätsklinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Auenbrugger Platz 30, 8036 Graz, Österreich

**Ogden Jane**, PhD, University of Surrey, Guildford, Department of Psychology, School of Human Science, Surrey, GU2 7XH, Großbritannien, *J.Ogden@surrey.ac.uk*.

**Ohmayr Eva-Maria**, Adula Klinik Oberstdorf für Psychosomatik und Psychotherapie, In der Leite 6, 87561 Oberstdorf, Deutschland, *Godehard.Stadtmueller@t-online.de*

**Palleschi Anna**, MD, Klinik für Psychiatrie, Neurowissenschaftliche Abteilung, Universität Padua, Via Giustiniani 2, 35128 Padua, Italien, *buontutto-@yahoo.it*

**Patient E.**, Eating Disorders Service, South West London and St. George's Mental Health NHS Trust, London, Großbritannien

**Peresmitré Gomez**, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland

**Pestemer-Lach Iris**, Rheuma-Stoffwechsel-Vitalzentrum Mitterdorf, Rosenweg 2, 8662 Mitterdorf, Österreich, *iris.pestemer@die7stufen.com*

**Pfohl Martin**, Dr. med., Ev. Krankenhaus Bethesda zu Duisburg gGmbH, Medizinische Klinik, Heerstr. 219, 47053 Duisburg-Hochfeld, Deutschland

**Pistorio Elisabetta**, MD, Clinica Psichiatrica Università Catania, Via Lorenzo Bolano 39, 95122 Catania, Italien, *elisabetta.pistorio@libero.it*

**Pokrajac- Bulian Alessandra**, Dr. Sc., Filozofski fakultet u Rijeci - Slavka Krautzeka bb, 51000 Rijeka, Kroatien, *pokrajac@ffri.hr*

**Pöhlmann Karin**, PD Dr., Technical University Dresden, University Hospital for Psychosomatic Medicine, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Deutschland, *Karin.poehlmann@tu-dresden.de*

**Pollmer Udo**, Europäisches Institut für Lebensmittel- und Ernährungswissenschaften e. V., Eppingerstr. 4, 75050 Gemmingen, Deutschland, *www.das-eule.de*

**Probst Michel**, K.U. Leuven, FaBeR, Department Rehabilitation Sciences and University Psychiatric Center-K.U. Leuven, Campus Kortenberg, Belgien, *Michel.probst@faber.kuleuven.be*

**Radinger Anna**, Dr., Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz, Innere Medizin, LKH Salzburg, Gerhart-Hauptmannstr. 17, 1520 Salzburg, Österreich, *annaradinger@gmx.at*

**Raich-Escursell Rosa María**, Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spanien

**Rathner Günther**, Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie & Psychotherapie, Schöpfstraße 23, 6020 Innsbruck, Österreich, *guenther.rathner@i-med.ac.at*

**Ranigler Bernadette**, cand.rer.nat., Josef Mühlbacherstr. 11, 6200 Jenbach, Österreich, *bernadette.ranigler@student.uibk.ac.at*

**Rauchfuß Martina**, Dr., Medizinische Klinik mit Psychosomatischen Schwerpunkt, Luisenstr. 13a, 10117 Berlin, Deutschland

**Remmel Andreas**, Prof., Prim. Dr. med., Dr. phil. Dipl. Psych., Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Grafenberger Straße 2, 3730 Eggenburg, Österreich, *Andreas.Remmel@pszw.at*

**Rettenwander Annemarie**, MMag<sup>a</sup>, DDr., Leopold Franzens Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Innrain 52 f, Bruno Sander Haus, 6020 Innsbruck, Österreich, *Annemarie.Rettenwander@uibk.ac.at*

**Ricca Valdo**, PhD, Department of Neurology and Psychiatric Sciences, University of Florence, Florence, Italy, Viale Morgagni 85, 50134 Florence, Italien, *nacmias@unifi.it*

**Riedl Andrea**, Dr. med. Univ., Charité Universitätsklinik Campus Mitte, Innere Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Luisenstr. 13a, 10117 Berlin, Deutschland, *andrea.riedl@charite.de*

**Riesco Nadine**, Msc, Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, c/ Feixa Llarga s/n, 08907-Barcelona, Spanien, *ffernandez@csub.scs.es*

**Romero-Lauro Leonor**, Dr., Department of Psychology, University of Milano-Bicocca, Edificio U6, Piazza dell'Ateneo Nuovo 1, 20126 Milano, Italien, *leonor.romero@unimib.it*

**Rosenauer Dominik Maria**, Mag, Capistrangasse 4/15, 1060 Wien, Österreich, *dmrosenauer@psycheonline.at*

**Ruggiero Giovanni Maria**, Dr., Studi Cognitivi „Scuola di Psicoterapia e Centro Ricerca“, Foro Buona Parte 57, 2012 Milano, Italien, *giruggi@tin.it*

**Saina Sarlota**, Faculty of Arts and Sciences, University of Rijeka, Rijeka, Kroatien

**Sassaroli Sandra**, Prof. M.D., Studi Cognitivi, Scuola di Psicoterapia e Centro Ricerca, Foro Buonaparte 57, 20121 Milano, Italien, *info@studicognitivi.net*

**Schatz Melanie**, Mag<sup>a</sup>, Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Graz, Station S2, Sommersbergseestraße 395, 8990 Bad Aussee, Österreich, *m.schatz@klinik-badaussee.at*

**Scheer Peter**, Univ.-Prof. Dr., Univ., Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Auenbrugger Platz 30, 8036 Graz, Österreich

**Schein Alexandra**, Dr., Universität Graz, Abteilung für Pädiatrie, Graz, Österreich

**Schlack Robert**, Robert Koch Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Seestraße 10, 13353 Berlin, Deutschland, *rschlack@carthage.edu*

**Schmid-Sipka Sabine**, Mag<sup>a</sup>, sowhat – Institut für Menschen mit Essstörungen, Gerstnerstr.3, 1150 Wien, Österreich, *s.schmid-sipka@sowhat.at*

**Schober Peter**, Univ.-Prof. Dr., Universitätsklinik für Kinderchirurgie, Abteilung für Sport- und Leistungsmedizin, Österreich, *peter.schober@klinikum-graz.at*

**Schoberleitner Karin**, Dipl. Päd., Medizinische Universität Graz, Abteilung für Pädiatrie, Graz, Österreich

**Schoenreich Frank**, Dr. med., Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Universitätsklinik Berlin, Luisenstr. 13, 10117 Berlin, Deutschland, [frank.schoeneich@charite.de](mailto:frank.schoeneich@charite.de)

**Schulz Henrik**, Dipl. Psychologe, Adipositas-Zentrum Oberhausen und Ev. Krankenhaus Bethesta zu Duisburg GmbH, Heerstr. 219, 47053 Duisburg, Deutschland

**Schwarzenberger Sandra**, Mag<sup>a</sup>, Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

**Sendera Alice**, Dr., Wiener Gasse 23 - 25/2/8, 2380 Perchtoldsdorf, Österreich, [alice.sendera@kabsi.at](mailto:alice.sendera@kabsi.at)

**Sendera Eva Martina**, Dr. MAS, Aspettenstr. 30/3/13, 2380 Perchtoldsdorf, Österreich, [martina.sendera@kabsi.at](mailto:martina.sendera@kabsi.at)

**Senf Wolfgang**, Prof. Dr., Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Rheinische Kliniken Essen, Universität Duisburg- Essen, Virchowstr. 174, 45147 Essen, Deutschland, [wolfgang.senf@uni-due.de](mailto:wolfgang.senf@uni-due.de)

**Seyfart Katrin**, Selbsthilfezentrum München, Nicolaiplatz 6, 80802 München, Deutschland, [Katrin.Seyfart@web.de](mailto:Katrin.Seyfart@web.de)

**Skodova Zdena**, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Videnska 1958/9, 14021 Prague 4, Tschechische Republik, [zdska@medicon.cz](mailto:zdska@medicon.cz)

**Sorbi Sandro**, PhD, Department of Neurology and Psychiatric Sciences, University of Florence, Viale Morgagni 85, 50134 Florence, Italien, [nacmias@unifi.it](mailto:nacmias@unifi.it)

**Southgate Laura**, PhD, Eating Disorders Unit and SGDP Research Centre, Institute of Psychiatry London, 5th Floor, Thomas Guy House, Guy's Hospital, London SE 1 9RT, Großbritannien, [Janet.Treasure@iop.kcl.ac.uk](mailto:Janet.Treasure@iop.kcl.ac.uk)

**Spitzbart Regina**, LKH Gmunden, Diät und Ernährungsberatung, Liesengutstr. 2, 4810 Gmunden, Österreich, [regina.spitzbart@gmx.at](mailto:regina.spitzbart@gmx.at)

**Stadtmüller Godehard**, Dr., Adula Klinik Oberstdorf, Neurologie/Psychiatrie, In der Leite 6, 87561 Oberstdorf, Deutschland, [godehard.stadtmueller@t-online.de](mailto:godehard.stadtmueller@t-online.de)

**Starke Christina**, Dr.med, Abteilung für Naturheilverfahren und Ernährungsmedizin, Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen, Laustrasse 30, 34537 Bad Wildungen, [c.starke@asklepios.com](mailto:c.starke@asklepios.com)

**Strom Frederik**, Mag., Adulaklinik, Oberstdorf, Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Deutschland, [qualitaetssicherung@adula-klinik.de](mailto:qualitaetssicherung@adula-klinik.de)

**Szabò Linda**, Semmelweis University Budapest, Budapest, Ungarn

**Szabó Pál**, University of Debrecen, Ungarn

**Tappauf Michaela**, Dr., Universitätsklinik für Kinder & Jugendheilkunde, Augenbrugger Platz 30, 8036 Graz, Österreich, [Michaela.Tappauf@klinikum-graz.at](mailto:Michaela.Tappauf@klinikum-graz.at)

**Tagay Sefik**, Dr., Rheinische Kliniken Essen, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Virchowstr.174, 45147 Essen, Deutschland, *sefik.tagay@uni-due.de*

**Tchanturia Kate**, PhD, Eating Disorders Unit and SGDP Research Centre, Institute of Psychiatry, London, 5th Floor, Thomas Guy House, Guy's Hospital, London SE 1 9RT, Großbritannien, *Janet.Treasure@iop.kcl.ac.uk*

**Teichmann Bärbel**, Klinik Lüneburger Heide, Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen, am Klaubusch 21, 29459 Bad Bevensen, Deutschland

**Thiel Paul**, Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Technische Universität Dresden, Deutschland, *PaulThiel@gmx.de*

**Tiefenbacher Martina**, Mag<sup>a</sup>, Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich

**Tkalcic Mladenka**, Faculty of Arts and Sciences, University of Rijeka, Rijeka, Kroatien

**Tonzuso Antonia**, MD, Clinica Medicina Interna e Terapia medica Università Catania, Via Marchese di Casalotto 39, 95025 Aci S. Antonio (CT), Italien, *antonia.tonzuso@tiscali.it*

**Trabi Thomas**, Dr., Univ. Klinik für Kinder- & Jugendheilkunde, Auenbrugger Platz 30, 8036 Graz, Österreich

**Treasure Janet**, PhD, FRCP, FRCPsych, Eating Disorders Unit and SGDP Research Centre, Institute of Psychiatry, London, UK, 5th Floor, Thomas Guy House, Guy's Hospital, London SE 1 9RT, Großbritannien, *Janet.Treasure@iop.kcl.ac.uk*

**Trovato Guglielmo Maria**, Prof. MD, Clinica Medicina Interna e Terapia Medica, Università Catania, Via S. Orsola 30, 95131 Catania, Italien, *guglielmotrovato@unict.it*

**Turmes Lynn**, cand.rer.nat., Anna-Dengel- Str. 42, 6020 Innsbruck, Österreich, *lynn.turmes@student.uibk.ac.at*

**Tùry Ferenc**, Prof. M.D., Ph. D., Semmelweis University Faculty of Medicine, Institute of Behavioural Sciences, Nagyva'radter 4, Budapest, Ungarn, *ture@t-online.hu*

**Vallejo Julio**, MD, PhD, Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, c/ Feixa Llarga s/n, 08907-Barcelona, Spanien, *ffernandez@csub.scs.es*

**Villarroel Lastra Ana Maria**, Mag<sup>a</sup>, Universidad Autònoma de Barcelona, Psicologia Clinica y de la Salud, Calle Ventura Plaia 39, 2<sup>o</sup>1a, 8028 Barcelona, Spanien, *pianitavilla@hotmail.com*

**Vlamynck Astrid**, Psychotherapeutin, Praxis für integrative Therapie, Grolmanstraße 51, 10623 Berlin, Deutschland, *a.vlamynck@web.de*

**Wagner Gudrun**, PhD, Univ. Klinik für Psychiatrie im Kindes- und Jugendalter, Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich, *gudrun.wagner@meduniwien.ac.at*

**Waldherr Karin**, Mag<sup>a</sup> Dr., Fakultät für Psychologie der Universität Wien, Österreich, *karin.waldherr@univie.ac.at*

**Waller Glenn**, Prof., Vincent Square Clinic, Central and North West NHS Foundation Trust; Institute of Psychiatry, Eating Disorder Section, London, Großbritannien, *Glenn.Waller@iop.kcl.ac.uk*

**Wappis Bernhard**, Mag, Verein Mann-Sein, somewhat, Villacherstr. 49, 9020 Klagenfurt, Österreich, *b.wappis@sowhat.at*

**Wardetzki Bärbel**, Dr., M.A., Psychotherapeutin, Tizianstr. 9, 80637 München, Deutschland, *baerbel.wardetzki@netsurf.de*

**Wiesinger Romana**, Mag<sup>a</sup>, Fonds Soziales Wien, Frauengesundheit, Guglgasse 7-9, 1030 Wien, Österreich, *hilfe@essstoerungshotline.at*

**Wimmer-Puchinger Beate**, Univ.-Prof. Dr., Fonds Soziales Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit, Guglgasse 7-9, 1030 Wien, Österreich

**Wöckel Lars**, Dr. med., Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Frankfurt, Deutschordenstr. 50, 60528 Frankfurt/Main, Deutschland, *woeckl@em.uni-frankfurt.de*

**Wünsch-Leiteritz Wally**, Dr. med., Klinik Lüneburger Heide, Abteilung für Essstörungen, Am Klaubusch 21, 29549 Bad Bevensen, Deutschland, *wuensch-leiteritz@klinik-lueneburger-heide.de*

**Woeber Verena**, Mag<sup>a</sup>, Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Grafenberger Straße 2, 3730 Eggenburg, Österreich

**Wunderer Eva**, Dr., ANAD e. V.-pathways München, Poccistraße 5, 80336 München, Deutschland

**Zick Catharina**, Rheinische Kliniken Essen, Virchowstraße 174, 45147 Essen, Deutschland

**Zuoaooui Dounia**, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland