



***Kongress  
Essstörungen 2008***

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

***Eating Disorders 2008***

16. Internationale Wissenschaftliche Tagung  
*The 16<sup>th</sup> International Conference on Eating Disorders*

**16.-18. Oktober 2008**

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)

## Sehr geehrte KongressteilnehmerInnen! Liebe KollegInnen!

Wir freuen uns, Sie beim **16. Internationalen Kongress Essstörungen 2008** in Alpbach/Tirol zu begrüßen und danken allen ReferenInnen für ihre Beiträge. Diese jährliche Tagung ist der **größte regelmäßig stattfindende Essstörungskongress im deutschsprachigen Raum**. Mit über 50 Vorträgen, 11 Posterpräsentationen sowie 16 Workshops ist es ein dichtes Programm; die Vortragenden und KongressteilnehmerInnen kommen aus 18 Ländern (Europa, Naher Osten, Australien).

Wie schon in den vergangenen Jahren wird ein **Internationaler Klinischer Workshop (Teaching Day) mit führenden ExpertInnen für Therapie & Prävention von Essstörungen, Eric van Furth (Niederlande) und Greta Noordenbos (Niederlande)** durchgeführt.

Wir fordern Sie auf, sich weiterhin für die Umsetzung der **Weltweiten Charta für Essstörungen** einzusetzen, um endlich eine adäquate Behandlung dieser ernsten Krankheit sicherzustellen.

Wir danken allen öffentlichen Förderern sehr herzlich; insbesondere dem **Land Tirol**, der **Stadt Innsbruck** und dem österreichischen **Bundeskanzleramt-Frauen** für die Basisfinanzierung des Netzwerk Essstörungen.

Ich hoffe, Sie können zumindest eine neue Idee mitnehmen und freue mich, Sie beim Kongress 2009 wiederzusehen.

Günther Rathner

Innsbruck, im Oktober 2008

(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 **meeting**, the 16<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. As already known, all sessions are open to sufferers, carers and clinicians/researchers; thus the voice of sufferers and carers and its influence on research and treatment can be strengthened. We are pleased – as shown by the programme - that the  **bilingual format of the meeting (German-English) is so well accepted to strengthen the (not-only European) cooperation in the future**. Our 5<sup>th</sup> Pre-Congress Clinical Workshop (Teaching Day) presents two renowned international experts on treatment and prevention of eating disorders, **Eric van Furth (Netherlands) and Greta Noordenbos (Netherlands)**.*

*We ask you to continue your support of the **World Wide Charter for Action on Eating Disorders**, which is a signal for fighting for proper treatment of this serious condition.*

*Finally, we would like to thank all sponsors and supporters.*

*I do hope that that you can grasp at least one new idea! See you in 2009!*

Günther Rathner

Innsbruck, October 2008

(Convenor & Chairman)

## **Ehrenschutz:**

**Univ.-Prof. DI Dr. Bernhard Tilg**, Landesrat, Tiroler Landesregierung

## **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

**Zentrum für Essstörungen  
ZfE**

Weiherburggasse 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)

Mag. Dr. Canaval Herta  
Mag. Haid Barbara

Mag. Judith Blank  
Gander Katja  
Neuschmid Bernadette  
Nicolussi-Leck Karoline  
Moser Lisa  
Mag. Österreicher Stefan  
Reinwald Isabella  
Wimmer Alexandra

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



Die Österreichische Ärztekammer hat den Kongress Essstörungen 2008 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.

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

# ZEITPLAN / SCHEDULE

## DONNERSTAG, 16. Oktober 2008 / THURSDAY, OCTOBER 16, 2008

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, 17. Oktober 2008 / FRIDAY, OCTOBER 17, 2008

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 – 11.00		Hauptvorträge mit Diskussion / Keynote Lectures Esstörungen & Prävention / Eating Disorders & Prevention			
11.00 – 11.30		Pause / Coffee Break			
11.30 – 13.00		Plenarvorträge mit Diskussion / Plenary Paper Sessions Prävention / Prevention			
13.00 – 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 Leitlinien Klinik	Parallelsitzung 2 / Parallel session 2 Therapie I	Parallelsitzung 3 / Parallel session 3 <i>Epidemiology</i>	Parallelsitzung 4 / Parallel session 4 <i>Body Image / Males &amp; ED</i>
16.30 – 16.45		Pause / Coffee Break			
16.45 – 18.15		Parallele Workshops / Parallel Workshops (1-5)			
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		<b>Kongressempfang des Netzwerk Essstörungen / Welcome Reception of the Netzwerk Essstörungen</b>			

## SAMSTAG, 18. Oktober 2008 / SATURDAY, OCTOBER 18, 2008

08.00 – 09.00	Poster exhibitions open	Anmeldung beim Kongressbüro Alpbach/ Registration Congress Centre Alpbach			
09.00 – 10.30		Parallelsitzung 5 / Parallel session 5 Therapie II	Parallelsitzung 6 / Parallel session 6 Männer / Komorbidität	Parallelsitzung 7 / Parallel session 7 <i>Psychopathology</i>	
10.30 – 11.00		Pause / Coffee Break			
11.00 – 12.30		Parallelsitzung 8 / Parallel session 8 Therapie III	Parallelsitzung 9 / Parallel session 9 <i>Treatment 1</i>	Parallelsitzung 10 / Parallel session 10 <i>Treatment 2</i>	
12.30 – 14.00		Mittagspause / Lunch Break			
14.00 – 15.30		Parallele Workshops / Parallel Workshops (6-11)			
15.30 – 16.00		Pause / Coffee Break			
16.00 – 16.30		<b>Verleihung der Awards „Bester Vortrag“ und „Bestes Poster“ / Best Oral Presentation &amp; Best Poster Award Ceremony</b>			
16.30 – 18.00		Parallele Workshops / Parallel Workshops (12-16)			
18.00		Ende des Kongresses Auf Wiedersehen beim Kongress Essstörungen 2009 Farewell until 2009			

**Kongress Essstörungen 2008  
Eating Disorders 2008**

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

**16. Internationale Wissenschaftliche Tagung  
The 16<sup>th</sup> International Conference on Eating Disorders**

16.-18. Oktober 2008  
Alpbach, Tyrol/Austria

**Kongressprogramm / Scientific Program**

---

**DONNERSTAG, 16. Oktober 2008 / THURSDAY, October 16, 2008**

---

**Internationaler Klinischer Workshop / Pre-Congress Workshop – Teaching Day  
09:00- 17:30 h**

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

09:00 - 10:30 h

**Patient Centered Care for Eating Disorders**

Eric VAN FURTH

*Centrum Eetstornissen Ursula, Leidschendam, The Netherlands*

11:00 - 12:30 h

**Is There a Future for Residential Treatment?**

Eric VAN FURTH

*Centrum Eetstornissen Ursula, Leidschendam, The Netherlands*

14:00 - 15:30 h

**Criteria For Recovery From Eating Disorders**

Greta NOORDENBOS

*Leiden University, Clinical Psychology, Leiden, The Netherlands*

16:00 – 17:30 h

**Care for Long-Term Eating Disorder Patients**

Greta NOORDENBOS

*Leiden University, Clinical Psychology, Leiden, The Netherlands*

---

15:00-18:00 h

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



Rosa M. RAICH, T. GUTIÉRREZ ROSADO, M. GONZÁLEZ, M. PORTELL, L. NEBOT, D. SÁNCHEZ-CARRACEDO, G. LÓPEZ GUIMERÁ  
*Autonomous University of Barcelona, Clinical and Health Psychology Department, Bellaterra, Spain*

12:00 - 12:15 h

**Evaluation of a New Dutch Prevention Program for Eating Disorders: a Health Promotion Strategy**

Greta NOORDENBOS, Leontien VELLEKOOP

*Leiden University, Clinical Psychology, Leiden, The Netherlands*

12:15 - 12:30 h

**"Me - Never?!" Training of Prevention Tutors in Order to Work in Schools**

Karen SILVESTER

*Danu e. V. Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland*

12:30 - 12:45 h

**A Prevention Program for Eating Disorders and Body Dissatisfaction in Adolescents: a 18 Months Follow-up**

Emanuel MIAN, Cinzia LACALAMITA, Elisa MATTALONI, Massimiliano FANNI CANELLES

*Istituto di Ricerca Internazionale Disagio Salute nell' Adolescenza (IRIDSA), Eating Disorders Research Department, Trieste, Italy*

12.45 - 13.00 h

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

---

**13:00 – 14:15 h      Mittagspause / Lunch Break**

---

**14:15 – 14:45 h**

**Plenare Postersitzung / Guided Plenary Poster Session**

**14:45 – 15:00 h**

**Posterbesichtigung / Poster Viewing**

**Vorsitz / Chair: Andreas Karwautz, Wien (A)**

---

**Postergruppe A: Psychopathologie**

**Präsentation / Presenter: Elisabeth Kohls, Budapest (HU)**

**P01) Processing of Emotional Faces in Anorexia Nervosa**

Michaela DEFRANCESCO, H. HINTERHUBER, J. MARKSTEINER, W. BIEBL, M. WILLIS, G. KEMMLER, C.G. KOHLER, E. WEISS

*Universitätsklinik Innsbruck, Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Innsbruck, Österreich*

**P02) Obsessive Symptoms in Anorectic and Obsessive Compulsive Disorder Patients**

Márta VARGA

*Institute of Behavioural Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary*

**P03) Maternal Eating Attitudes and Anger Emotions in the Development and Maintenance of Obesity in Their Children: Preliminary Results.**

Stefania CELLA, Mara IANNACCONE, Paolo COTRUFO

**Postergruppe B: Therapie I**

**Präsentation / Presenter: Ferenc Túry, Budapest (HU)**

**P04) Early Onset Anorexia Nervosa: Relevance of Early Specialists' Consultation**

Alice MALLUCCI, Giovanna FERRUCCI, Francesca PICCOLO  
*University of Rome "La Sapienza", Rom, Italy*

**P05) Vorstellung eines digitalen Dokumentationssystems für eine internationale Inanspruchnahmepopulation sondendependenter Kleinstkinder**

Hannes BECKENBACH<sup>1</sup>, Marlies WAGNER<sup>1</sup>, Thomas KRÖPFL<sup>1</sup>, Christian A. REITER<sup>1</sup>, Marguerite DUNITZ-SCHEER<sup>1</sup>, Markus WILKEN<sup>2</sup>, Peter SCHEER<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Psychosomatik, Graz, Österreich;* <sup>2</sup>*Institut für Psychologie und Psychosomatik des Säuglings- und Kindesalter GbR, Siegburg, Deutschland*

**P06) Online Aftercare Intervention for Eating Disordered Patients Following Inpatient Treatment**

Hayriye GULEC  
*Institute of Behavioural Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary*

**P07) The Predictive Value of “Early Response” for Treatment Outcome in Bulimia Nervosa**

Elisabeth KOHL<sup>1</sup>, Benjamin ZIMMER<sup>2</sup>, Stephanie BAUER<sup>2</sup>, Ferenc TÚRY<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences, Budapest, Hungary;* <sup>2</sup>*Ruprecht-Karls-University, Center for Psychotherapy Research, Heidelberg, Deutschland*

---

**Postergruppe C: Therapie II**

**Präsentation / Presenter: Ursula Bailer, Wien (A)**

**P08) Topiramate in the Postoperative Care of Morbidly Obese Patients with Binge Eating Disorder Treated by Laparoscopic Adjustable Gastric Bending: Three Case Reports**

Valentina MARTINES<sup>1</sup>, Paolo SCHIAVONE<sup>1</sup>, Antonio FIORELLINI<sup>1</sup>, Silvia FERRARA<sup>1</sup>, Paolo BERNANTE<sup>2</sup>, Mirto FOLETTTO<sup>3</sup>, Francesco FRANCONI PESENTI<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>*Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorders Unit, Villa di Teolo, Padova, Italy;* <sup>2</sup>*Università – Azienda Ospedaliera di Padova, Patologia Speciale Chirurgica, Padova, Italy;* <sup>3</sup>*Università-Azienda Ospedaliera di Padova, Clinica Chirurgica II, Padova, Italy;* <sup>4</sup>*Università-Azienda Ospedaliera di Padova, Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica, Padova, Italy*

**P09) Veränderung der Selbstregulationsdefizite von essgestörten Patientinnen durch Psychotherapie in Abhängigkeit von der bewussten Formulierung von essstörungsspezifischen Zielen**

Stephanie OST, Karin PÖHLMANN, Peter JORASCHKY  
*Technische Universität Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Dresden, Deutschland*

**P10) Struktur- und Inhaltsanalyse eines Online-Diskussionsforums für Betroffene von Bulimia Nervosa**

Dorette WESEMANN, Martin GRUNWALD

*Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Haptik-Labor, AG Essstörungen, Leipzig, Deutschland*

**P11) Eating Disorders Prevention Program: Body Dissatisfaction at Follow-up Two Years Later**

Rosa M. RAICH, T. GUTIÉRREZ ROSADO, M. GONZÁLEZ, M. PORTELL, L. NEBOT, D. SÁNCHEZ-CARRACEDO, G. LÓPEZ GUIMERÁ

*Autonomous University of Barcelona, Clinical and Health Psychology Department, Bellaterra, Spain*

---

**15:00 – 16:30 h**

Parallele Vorträge / Parallel Sessions (1-4)

---

**Parallelsitzung 1 / Parallel Session 1  
Leitlinien Klinik**

**Vorsitz / Chair: Ulrike Smrekar, Innsbruck (A)**

15:00 - 15:15 h

**V01) Die Bulimieleitlinien der gemeinsamen Leitlinien-Arbeitsgruppe der Fachgesellschaften. Ein Werkstattbericht**

Burkard JÄGER, J.V. Wietersheim, S. Herpertz, AG Bulimie der Leitlinienarbeitsgruppe der Fachgesellschaften

*Med. Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland*

15:15 - 15:30 h

**V02) Behandlung und Zwangsbehandlung der magersüchtigen Patientinnen: ethische Überlegungen.**

Anna PALLESCHI, Lucia CESCHIN, Melissa Rosa RIZZOTTO

*Universität Padua, Universitätsklinik für Psychiatrie, Neurowissenschaftliche Abteilung, Padua, Italy*

15:30 - 15:45 h

**V03) "Oder wisst ihr nicht, dass euer Körper ein Tempel der heiligen Geistkraft ist, die in euch ist und die ihr von Gott erhalten habt? Ihr gehört euch nicht selbst." (1 Kor 6, 19)<sup>1</sup>**

Dorothe SCHLEENSTEIN

*Universität Erfurt, Moraltheologie, Erfurt, Deutschland*

15:45 - 16:00 h

**V04) "Satte Hilfe für Afrika"**

Kathrin SEYFAHRT

*Netzwerk Wunschträume, München, Deutschland*

16:00 - 16:15 h

**V05) Unsere Familie in der Krise – Reaktionen auf die familiären Belastungen durch die Magersucht unserer Tochter**

Klaus LOGEMANN

*Elternkreis Essgestörter Töchter und Söhne, Bremen, Deutschland*

16:15 – 16:30 h      Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion  
with all presenters

---

**Parallelsitzung 2 / Parallel Session 2**  
**Therapie I**

**Vorsitz / Chair: Maria Seiwald, Innsbruck (A)**

15:00 - 15:15 h

**V06) Übersicht zum Stand der Forschung von anatomischen und neurophysiologischen  
Veränderungen im Gehirn von Patienten mit Essstörungen**

Sophie MURRMANN, Annegret KÖHRING

*Technische Universität Ilmenau, Institut für Biomedizinische Technik und Informatik, Ilmenau,  
Deutschland*

15:15 - 15:30 h

**V07) Energie- und Fettbedarf in der Therapie von Anorexie**

Wally WÜNSCH-LEITERITZ<sup>1</sup>, Andrea KÜHN-DOST<sup>1</sup>, Vyvian RÖNNBURG<sup>2</sup>, Andreas  
LEITERITZ<sup>1</sup>, Joachim WESTENHÖFER<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland; <sup>2</sup>Hochschule für angewandte  
Wissenschaften, Fachbereich Ökotrophologie, Hamburg, Deutschland*

15:30 - 15:45 h

**V08) Therapeutisches Schreiben - Möglichkeiten und Chancen in der Behandlung von  
Essstörungen**

Silke PFITSCHER, Helmut ZINGERLE, Michaela FALKENSTEINER

*Therapiezentrum Bad Bachgart, Psychosomatik, Rodeneck, Italy*

15:45 - 16:00 h

**V09) Individuelle Therapie bei Essstörungen**

Thomas LEGL

*Kur- und Gesundheitszentrum Knappenhof, Reichenau, Österreich*

16:00 - 16:15 h

**V10) Wieder Vertrauen fassen – Binge Eating als Lösungsversuch für traumatische  
Erfahrungen**

Ulrike JUCHMANN

*Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Berlin, Deutschland*

16:15 – 16:30 h      Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion  
with all presenters

---

**Parallelsitzung 3 / Parallel Session 3**  
**Epidemiology**

**Vorsitz / Chair: Emanuel Mian, Trieste (I)**

15:00 - 15:15 h

**V11) Early Detection of Eating Disorders in Middle School Female Students: A Prospective Study**

Daniel STEIN<sup>1</sup>, Laura CANETTI<sup>2</sup>, Eytan BACHAR<sup>2,3</sup>, Pinhas FEINSTEIN<sup>4</sup>, Eitan GUR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Ramat Gan, affiliated with the Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel; <sup>2</sup>Hadassah University Hospital, Jerusalem, Israel; <sup>3</sup>The Hebrew University at Jerusalem, Departments of Psychiatry and Psychology, Jerusalem, Israel; <sup>4</sup>Ness Ziona Mental Health Center, Ness Ziona, Israel

15:15 - 15:30 h

**V12) Weight and Psychological Problems in 10 to 17-Year-Old German Pupils**

Cornelia THIELS<sup>1</sup>, Harriet SALBACH-ANDRAE<sup>2</sup>, Klaus LENZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Sozialwesen, Bielefeld, Deutschland; <sup>2</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy, Charité, University Medicine Berlin, Germany

15:30 - 15:45 h

**V13) Eating Disorders and Alcohol Abuse in Finland and Austria**

Bettina GOBER<sup>1</sup>, Karin WALDHERR<sup>2</sup>, Günther RATHNER<sup>3</sup>, Anu RAEVUORI<sup>4</sup>, Jaakko KAPRIO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universität Wien, Institut für Psychologische Grundlagenforschung, Wien, Österreich; <sup>2</sup>Universität Wien, Institut für Entwicklungspsychologie und Psychologische Diagnostik, Wien, Österreich; <sup>3</sup>Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; <sup>4</sup>Department of Public Health, Helsinki, Finland

15:45 - 16:00 h

**V14) Level of Religiosity and Disordered Eating-Related Behaviors Among Orthodox Jewish Adolescent Girls in Israel**

Yael LATZER<sup>1, 2</sup>, Orna TZISCHINSKY<sup>3</sup>, Shira GEFEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Haifa, School of Social Work, Faculty of Social Welfare and Health Sciences, Haifa, Israel; <sup>2</sup>Rambam Medical Center, Eating Disorders Clinic, Psychiatric Division, Haifa, Israel; <sup>3</sup>Emek Yezreel College, Emek Yezreel, Israel

16.00 - 16.30 h

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

---

**Parallelsitzung 4 / Parallel Session 4  
Body Image / Males & ED**

**Vorsitz / Chair: Michel Probst, Leuven (BE)**

15:00 - 15:15 h

**V15) Eating Disorders Among Males Are Increasing; Which Differences and Similarities Between Men and Women? Data From a Research Into an Italian Residential Center for Eating Disorders.**

Laura DALLA RAGIONE, L. GIOMBINI, M. SCOPPETTA, D. CESARONI

Palazzo Francisci, Eating Disorder Residential Center, Todi, Italy

15:15 - 15:30 h

**V16) New Data for the Body Image Assessment Software (BIAS) Validation**

Marta FERRER-GARCÍA<sup>1</sup>, José GUTIÉRREZ-MALDONADO<sup>1</sup>, Elena MORENO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Barcelona, Barcelona, Spain; <sup>2</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain

15:30 - 15:45 h

**V17) The Impact of Exposure to Different Virtual Environments on Body Image in Patients with Eating Disorders and Controls**

Marta FERRER-GARCÍA<sup>1</sup>, José GUTIÉRREZ-MALDONADO<sup>1</sup>, Elena MORENO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Barcelona, Barcelona, Spain; <sup>2</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain

15:45 - 16:00 h

**V18) Size Evaluation in Anorexia Nervosa**

Michal HASON-ROZENSTEIN<sup>1</sup>, Yael LATZER<sup>2</sup>, Eitan GUR<sup>3</sup>, Daniel STEIN<sup>3</sup>, Miri GIVON<sup>2</sup>, Zohar EVIATAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Haifa, Haifa, Israel; <sup>2</sup>Rambam Medical Center, Haifa, Israel; <sup>3</sup>Shiba Medical Center, Tel Hashomer, Israel

16:00 – 16:30 h

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

---

16:30 – 16:45 h

**Pause / Coffee Break**

---

**16:45 – 18:15 h**

**Parallele Workshops (1-5)**

**WS01) "The Key for Your Daughter's Improvement is in Your Hands": Parents Focused Treatment Group for ED Patients**

Miri GIVON<sup>1</sup>, Yael LATZER<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Eating Disorders Clinic, Psychiatric Division, Rambam Health Care Campus, Haifa, Israel;

<sup>2</sup>School of Social Work, Faculty of Health and Welfare Sciences, University of Haifa, Haifa, Israel

**WS02) "Building Community Capacity for Rural and Remote Patients with Eating Disorders: Innovative Treatment Pathways"**

Christopher HARRIS, Steven COLLISHAW, Julie MCCORMACK, Nicola DALE, Lisa FERRARO, Hunna WATSON, Marion FORSTER, Kate ALDERSON

Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Perth, Australia

**WS03) (Über-) Lebenskunst... Essstörungen als Lösungsversuch bei Traumatisierungen**

Ulrike JUCHMANN

Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Berlin, Deutschland

**WS04) The Video Feedback Exercise in the Treatment of the Negative Body Experience of Eating Disorder Patients: Sense or Non-sense**

Michel PROBST

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

**WS05) Hypnose/Hypnotherapie in der Behandlung von Essstörungen**

Charlotte WIRL

MEGA, Wien, Österreich

---

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 Netzwerks Essstörungen / Welcome Reception of  
the Netzwerk Essstörungen**

---

**SAMSTAG, 18. Oktober 2008 / SATURDAY, October 18, 2008**

08:00-09:00 h            **Anmeldung beim Kongressbüro Alpbach /Registration Congress Center Alpbach**

---

**09:00 – 10:30 h**            Parallele Vorträge / Parallel Sessions (5-7)

---

**Parallelsitzung 5 / Parallel Session 5  
Therapie II**

**Vorsitz / Chair: Gudrun Wagner, Wien (A)**

09:00 - 09:15 h

**V19) Erste österreichische randomisiert kontrollierte Studie eines internet-basierten Selbsthilfeprogramms versus Bibliothherapie bei Bulimia nervosa: Vorläufige Ergebnisse.**

Johanna DOLLESCHKA, Marion SPITZER, Anna MAYRHOFER, Martina DIEPLINGER, Uschi GAL, Gerald NOBIS, Christian WANNER, Gudrun WAGNER, Andreas KARWAUTZ  
*Medizinische Universität Wien, Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien, Österreich*

09:15 - 9:30 h

**V20) Wem helfen internet-gestützte Selbsthilfeprogramme?**

Christian WANNER, Johanna DOLLESCHKA, Marion SPITZER, Anna MAYRHOFER, Martina DIEPLINGER, Uschi GAL, Gerald NOBIS, Gudrun WAGNER, Andreas KARWAUTZ  
*Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Eating Disorders Unit, Wien, Österreich*

09:30 - 09:45 h

**V21) Psychodynamische Fokaltherapie, kognitive Verhaltenstherapie und "Treatment as usual" bei ambulanten Patientinnen mit Anorexia nervosa: eine randomisierte kontrollierte Studie (ANTOP)**

Gaby GROSS<sup>1</sup>, Wolfgang HERZOG<sup>2</sup>, Martin TEUFEL<sup>1</sup>, Katrin GIEL<sup>1</sup>, Stephan ZIPFEL<sup>1</sup>, Beate WILD<sup>2</sup>, Hans-Christoph FRIEDERICH<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland; <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Heidelberg, Deutschland*

09:45 - 10:00 h

**V22) Ernährung und Ernährungsberatung bei Patienten mit schwerster Anorexia nervosa (BMI < 13 kg/m<sup>2</sup>)**

Annette NISCHAN

*Charité Universitätsmedizin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland*

10:00 - 10:15 h

**V23) Manualisierte kognitiv-behaviorale Gruppentherapie (G-KVT) für Mädchen mit Anorexia Nervosa (AN) und ihre Familien**

Susanne OHMANN, Christian POPOW, Bibiana SCHUCH, Andreas KARWAUTZ

10:15 – 10:30 h      Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion  
with all presenters

---

**Parallelsitzung 6 / Parallel Session 6**  
**Männer / Komorbidität**

**Vorsitz / Chair: Cornelia Thiels, Bielefeld (D)**

09:00 - 09:15 h

**V24) Anorexia/Bulimia nervosa bei Jungen und Männern**

Monika VOGELGESANG

*Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Neunkirchen, Deutschland*

09:15 - 09:30 h

**V25) MANNsBILD - Körperbild und Körperschema eines Mannes mit Bulimie**  
**MANsIMAGE – Body Image and Body Scheme of a Man with Bulimia Nervosa**

Martin KUMNIG

*Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und  
Psychotherapie, Innsbruck, Österreich*

09:30 - 09:45 h

**V26) "Sommerprojekt: Essen, Kunst und Körper". Teilstationäre Kurzzeittherapie zur  
Therapiemotivation in den Ferien**

Karen SILVESTER

*Danuvius Klinik Ingolstadt, Fachbereich Essstörungen, Ingolstadt, Deutschland*

09:45 - 10:00 h

**V27) Essstörungen und Selbstverletzung**

Waltraut KOMPEIN-CHIMANI, Katharina SULZBACHER

*Therapiezentrum Weidenhof, Grafenstein, Österreich*

10:00 - 10:15 h

**V28) Einfluss von Ernährung und Bewegung auf den Verlauf depressiver Erkrankungen**

Annelore TRIENDL

*Haus des Lebens, Innsbruck, Österreich*

10:15 – 10:30 h      Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion  
with all presenters

---

**Parallelsitzung 7 / Parallel Session 7**  
**Psychopathology**

**Vorsitz / Chair: Yael Latzer, Haifa (IL)**

09:00 - 09:15 h

**V29) Parenting Style and the Eating Disorder Pathology**

Moria GOLAN

*Shahaf, Community Based Services for Eating Disorders, Tel Hai Academic College & The Hebrew University of Jerusalem, Tel Aviv, Israel*

09:15 - 09:30 h

**V30) Sisters of Women with Eating Disorders: Neuro-cognition and Personality**

Michal HASON-ROZENSTEIN<sup>1</sup>, Yael LATZER<sup>2</sup>, Eitan GUR<sup>3</sup>, Daniel STEIN<sup>3</sup>, Miri GIVON<sup>2</sup>, Zohar EVIATAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Haifa, Haifa, Israel; <sup>2</sup>Rambam Medical Center, Haifa, Israel; <sup>3</sup>Shiba Medical Center, Tel Hashomer, Israel

09:30 - 09:45 h

**V31) Is Emetophobia Different from Anorexia Nervosa? A Preliminary Investigation.**

Emanuel MIAN, Massimiliano FANNI CANELLES

*Istituto di Ricerca Internazionale Disagio Salute nell' Adolescenza (IRIDSA), Eating Disorders Research Department, Trieste, Italy*

09:45 - 10:00 h

**V32) Attitudes Toward Life and Death in Suicidal and Non-suicidal Female Adolescent Eating Disorder Inpatients**

Daniel STEIN<sup>1</sup>, Dana ZINMAN<sup>1</sup>, Roni HALEVI<sup>1</sup>, Eytan BACHAR<sup>2</sup>, Shulamith KREITLER<sup>3</sup>, Israel ORBACH<sup>4</sup>

<sup>1</sup>The Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Ramat Gan, affiliated with the Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel; <sup>2</sup>The Hebrew University at Jerusalem, Departments of Psychology and Psychiatry, Jerusalem, Israel; <sup>3</sup>Tel Aviv University, Department of Psychology, Tel Aviv, Israel; <sup>4</sup>Bar Ilan University, Department of Psychology, Ramat Gan, Israel

10:00 – 10:30 h

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

---

10.30 – 11.00 h

**Pause / Coffee Break**

---

**11.00 – 12.30 h**

Parallele Vorträge / Parallel Sessions (8-10)

---

**Parallelsitzung 8 / Parallel Session 8  
Therapie III**

**Vorsitz / Chair: Burkard Jäger, Hannover (D)**

11:00 - 11:15 h

**V33) Der Weg von der Infostelle zur Fachstelle für Essstörungen in Südtirol - Entwicklungen und Erfahrungen aus der Praxis**

Angelika FAUSTER

*Forum Prävention, Fachstelle für Ess- Störungen, Bozen, Italy*

11:15 - 11:30 h

**V34) Stationäre Psychotherapie bei Patienten mit Anorexia nervosa**

Barbara VOIGT, Andrea RIEDL, Burghard F. KLAPP, Eugenia-Maria CRACIUN

*Charité Universitätsmedizin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin, Deutschland*

11:30 - 11:45 h

**V35) Patienten-Nutzerstruktur eines moderierten Internet-Esstörungsforums am Beispiel von [www.bulimie.at](http://www.bulimie.at)**

Friederike [AMESBERGER](#)<sup>1</sup>, Annegret [KÖHRING](#)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Theatergruppe "Die Mitternd. Brettblödler", Ebreichsdorf, Österreich; <sup>2</sup>Technische Universität Ilmenau, Institut für Biomedizinische Technik und Informatik, Ilmenau, Deutschland

11:45 - 12:00 h

**V36) Betreuungs- und Therapiestandards der essstörungsspezifisch betreuenden Wohneinrichtung Amidon in Uelzen**

Wally [WÜNSCH-LEITERITZ](#), Christiane [FRIEDRICH](#), Andreas [LEITERITZ](#)

Amidon, Essstörungsspezifische betreute Wohneinrichtung, Uelzen, Deutschland

12:00 – 12:30 h

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

---

**Parallelsitzung 9 / Parallel Session 9  
Treatment I**

**Vorsitz / Chair: Rosa Raich, Barcelona (ES)**

11:00 - 11:15 h

**V37) Therapeutic alliance in Eating Disorders: evaluation of the process between patients and their therapists**

Silvia [FERRARA](#), E. [PERIN](#), A.L. [FIORELLINI](#)

Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorder Unit, Teolo, Italy

11:15 - 11:30 h

**V38) Interdisciplinary Treatment of Severe Anorexia Nervosa (BMI < 13 kg/m<sup>2</sup>)**

Eugenia Maria [CRACIUN](#), B. [VOIGT](#), A. [NISCHAN](#), M. [PIRLICH](#), B.F. [KLAPP](#), M. [BALLMAIER](#)

Charité Universitätsklinik, Berlin, Deutschland

11:30 - 11:45 h

**V39) Light Therapy with Chronic Anorectic Patients**

Peter [DAANSEN](#)

PsyQ Haaglanden, Den Haag, The Netherlands

11:45 - 12:00 h

**V40) A Physiotherapy Pathway for Paediatric Patients with Eating Disorders**

Lauren [O'CONNOR](#), Kate [MARTIN](#)

Princess Margaret Hospital, Perth, Australia

12:00 - 12:15 h

**V41) Compulsory Treatment of Anorexia Nervosa: Clinical, Legal and Ethical implications**

Anna [PALLESCHI](#), Lucia [CESCHIN](#), Andrea [ANGELOZZI](#), Melissa Rosa [RIZZOTTO](#), Paolo [SANTONASTASO](#)

University of Padua, Psychiatric Clinic, Department of Neuroscience, Padua, Italy

12:15 – 12:30 h Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung / Plenary discussion with all presenters

---

**Parallelsitzung 10 / Parallel Session 10  
Treatment II**

**Vorsitz / Chair: Chris Harris, Perth (AUS)**

11:00 - 11:15 h

**V42) Parents as the Main Agent of Change in the Management of Childhood Obesity - from Research to Practice**

Moria GOLAN

*Shahaf, Community Based Services for Eating Disorders, Tel Hai Academic College & The Hebrew University of Jerusalem, Tel Aviv, Israel*

11:15 - 11:30 h

**V43) When Pleasure Turns into Torture... Case Study: Eating and Drinking Habits of a Cyclist During a 5000km Nonstop Race**

Manuela KONRAD, Helmut SIMI

*FH Johanneum Bad Gleichenberg, Bad Gleichenberg, Österreich*

11:30 - 11:45 h

**V44) The Therapy of Eating Disorders in the ANAD Therapeutic Communities: an Evaluation of Clinical Effects**

Sabine PRASCH, Eva WUNDERER, Andreas SCHNEBEL

*ANAD e.V., München, Deutschland*

11:45 – 12:30 h

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

---

12:30 – 14:00 h **Mittagspause / Lunch Break**

---

**14:00 - 15:30 h**

**Parallele Workshops (6-11)**

**WS06) More Than Family Therapy: The Role of Systems Theory in Developing Child and Adolescent Treatment Services**

Christopher HARRIS, Steven COLLISHAW, Julie MCCORMACK

*Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Perth, Australia*

**WS07) Physiotherapie / Wahrnehmung und Rhythmus - Freiraum für Beziehungsbildung. Ein Therapiebaustein des integrativen Therapiekonzeptes der Psychosomatischen Tagesklinik mit dem Schwerpunkt Essstörungen in Innsbruck.**

Agnes HOVE

*Universitätsklinik Innsbruck, Psychiatrie, Psychosomatische Tagesklinik für Essstörungen, Innsbruck, Österreich*

**WS08) Familienorientierte Therapie in der Behandlung von Essstörungen**

Hartmut IMGART

*Parkland-Klinik Bad Wildungen, Bad Wildungen, Deutschland*

**WS09) Lebenszentrum Zeitraum – innovative und nachhaltige Rehabilitation für Menschen mit Essstörungen**

Armin WIDAUER, Elgard SCHINKO

*Verein Zeitraum, Ostermiething, Österreich*

**WS10) Überwindung durch solidarische Hilfe – Elternselbsthilfe als wichtiges Instrument für die Gesundung betroffener Familien**

Brigitte LIPPELT

*Elternkreis Essgestörter Töchter und Söhne, Bremen, Deutschland*

**WS11) Schwerelos – multidisziplinäres Therapieprogramm bei Adipositas mit psychischer Komorbidität**

Sandra GNAUER, Daniela ULLMANN, Saskia DRENNIG, Andreas REMMEL

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

---

15:30 – 16:00 h **Pause / Coffee Break**

---

16:00 – 16:30 h **Verleihung der Awards „Bester Vortrag“ und „Bestes Poster“ / Best Oral Presentation & Best Poster Award Ceremony**

**Vorsitz / Chair: Andreas Karwautz, Wien (A)**

---

**16:30 - 18:00 h**

**Parallele Workshops (12-16)**

**WS12) Do Clinicians Provide 'Good Enough' Environment for Parents Struggling with Offspring's Weight-related Problems?**

Moria GOLAN<sup>1</sup>, Yael LATZER<sup>2,3</sup>

*<sup>1</sup>Shahaf, Community Based Services for Eating Disorders, Tel Hai Academic College & The Hebrew University of Jerusalem, Tel Aviv, Israel; <sup>2</sup>Eating Disorder Clinic, Psychiatric Division, Rambam Medical Center, Haifa, Israel; <sup>3</sup>School of Social Work, University of Haifa, Haifa, Israel*

**WS13) Physiotherapy and Body Awareness with Eating Disordered Patients: Presentation of a Film About Practical Approach**

Christiane KLEIN

*Psychosomatische Klinik, Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck, Lübeck, Deutschland*

**WS14) Movement Therapy as a New Pathway Towards a Positive Body Image**

Miri Sharir LINDER<sup>1</sup>, Ilona SENDEROWICZ<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Seminar Hakibbutzim College, Ramat Hasharon, Israel; <sup>2</sup>Beit Haya'eled, Residential Home, Tel-Aviv, Israel*

**WS15) Therapeutisches Schreiben - Möglichkeiten und Chancen in der Behandlung von Essstörungen**

Silke PFITSCHER, Helmut ZINGERLE, Michaela FALKENSTEINER

*Therapiezentrum Bad Bachgart, Psychosomatik, Rodeneck, Italy*

**WS16) Skills-Training bei Essstörungen**

Elisabeth FEHRMANN, Verena WÖBER

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

---

18:00 h      **Ende des Kongresses/Auf Wiedersehen beim Kongress Essstörungen 2009**  
**End of the Congress/Farewell until 2009**

---

# Kurzfassungen der Vorträge, Workshops und Poster / Abstracts

DONNERSTAG, 16. Oktober 2008 /  
THURSDAY, October 16, 2008

---

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

**DONNERSTAG, 16. Oktober 2008 / THURSDAY, October 16, 2008**

**9:00 - 10:30 Uhr**

**Patient Centred Care For Eating Disorders**

Eric VAN FURTH

*Centrum Eetstornissen Ursula, Leidschendam, The Netherlands*

Evidence-based medicine (EBM) has increasingly become the accepted means to offer optimal treatment for eating disorders, although the evidence on treatment of eating disorders is limited. In EBM, a therapist, when confronted with a specific problem, seeks to integrate evidence from scientific research with clinical expertise and a patient's preferences.

The growing importance of the patient's preferences arises from the changing attitudes towards (and of) patients. Today patients are considered to be emancipated citizens or consumers, who want to have a say in their treatment. Although a patient's preferences are considered important in an individual's encounter with a clinician, the patients' views are rarely considered to be a body of knowledge.

In this workshop the results of a large study on the patients' perspective on the treatment of eating disorders will be presented and discussed. The patients views on the quality of life, her experience with treatment and her perception of the quality of treatment will be addressed.

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

**Is There a Future for Residential Treatment?**

Eric VAN FURTH

*Centrum Eetstornissen Ursula, Leidschendam, The Netherlands*

In many European countries there is a long tradition of residential treatment. There is some evidence to suggest that prolonged residential treatment seems to be effective in the short run (up to 2½ years). However, the long term results are questionable and residential treatment is very costly. The government and insurance companies increasingly demand a limit on overall costs for health care. What is the role of specialized residential treatment in the 21st century?

In many specialized residential settings the therapists are very skilled and experienced, as are the patients! Many a time, both therapist and patient are caught up in the 'therapeutic game'. This may well lead to an environment where means and goals are mixed up.

In this workshop the focus is on what we have learned about motivation and patient centred care and apply that to the residential setting. Questions like: Who's therapy is it? Who's goals are we trying to achieve and Do we need therapeutic rules and consequences, will be addressed.

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

### **Criteria for Recovery from Eating Disorders**

Greta NOORDENBOS

*Leiden University, Clinical Psychology, Leiden, The Netherlands*

Although the question of how many patients recover from their eating disorder is a very important one, it is not easy to answer due to a lack of consensus about the criteria for recovery. Different criteria for recovery are used in effect and outcome studies, suggesting different rates of recovery. Not only researchers, but also patients and therapists have different ideas about recovery.

In this lecture I will first present which criteria for recovery are important according to ED patients. Information was gathered using interviews of former patients who see themselves as recovered. What do they see as the main criteria for recovery? Based on these interviews and literature about characteristics and consequences of eating disorders, a list of criteria for recovery was compiled, representing the domains eating behavior, body experience, physical recovery, psychological well-being, and emotional and social functioning. Using this list of criteria ED patients and therapists were asked to indicate which criteria they viewed as important for recovery and which criteria had been realized after treatment.

In the second part of this lecture the following questions will be discussed: What kinds of treatment are effective in realizing long term recovery? Is "full" recovery possible after a short treatment? Are some criteria for recovery a necessary condition to realize other criteria? Can we improve the motivation for treatment when we use a broad spectrum of somatic, psychological and social criteria for recovery?

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

### **Care for Long-Term Eating Disorder Patients**

Greta NOORDENBOS

*Leiden University, Clinical Psychology, Leiden, The Netherlands*

According to Steinhausen (2002) about 20% of Eating Disorder patients do not recover or improve, but develop a long term or chronic eating disorder. Many of these patients are very disappointed about their treatment and are not motivated to become involved in a new treatment program. However, they often have severe somatic, psychological and social complaints and are often very isolated. For these reasons several programs have been developed for chronic Eating Disorder patients to improve their quality of life.

In this workshop I first will present some characteristics of long-term ED patients and their treatment history. What kind of ED and BMI do they have, and what are their main somatic, psychological and social complaints? What do we know about co-morbidity in long-term ED patients? Which treatment did they receive and why was the treatment not successful?

In the second part of the workshop the possibilities to improve the quality of life of long term ED patients will be discussed. What care needs do they express? Are group meetings in clinics for ED useful, or do they prefer coaching via the internet particularly when the distance for group meetings is too far or too expensive? Which topics are important to them? Are food and eating behavior important topics, or do they prefer attention to topics such as relaxation, mindfulness, becoming less isolated, expression of emotions etc? Do they need long term care, or is some cure possible?

FREITAG, 17. Oktober 2008 /  
FRIDAY, October 17, 2008

---

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

Vorsitz / Chair: Günther Rathner, Innsbruck (A)

**9:30 - 10:00 Uhr**

**From Blaming Mothers and Media to Girl Power: A Critical Review of Risk Factors and Prevention Strategies**

Greta NOORDENBOS

*Leiden University, Clinical Psychology, Leiden, The Netherlands*

Primary prevention aims to reduce risk factors for eating disorders, so knowledge about risk factors is very important for developing effective prevention programs. However, research has demonstrated very differing risk factors for eating disorders, which has led to quite different prevention strategies. Looking for risk factors for eating disorders is still an ongoing process which shows the complexity of the causes of eating disorders.

In the first part of this presentation traditional and more recent risk factors will be presented varying from dominant controlling mothers and emotional distant fathers, to socio-cultural factors concerning the slimming culture and more recently the biological and genetic risk factors. What are the implications of these different risk factors for prevention strategies? Do we have to change the behaviour of parents, or do we have to prevent the media from showing extremely thin models? What are the consequences for prevention when we take biological and genetic factors into account?

In the second part of this presentation a review will be presented of prevention strategies which have been developed, ranging from screenings strategies to educative programs, media literacy and empowering girls with higher self esteem and coping strategies. Which prevention programs are the most successful? What are the possibilities that effective prevention programs will be developed which really reduce the development of eating disorders?

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

**Treating Anorexia Nervosa is Impossible**

Eric VAN FURTH

*Centrum Eetstoornissen Ursula, Leidschendam, The Netherlands*

Anorexia nervosa is an enigmatic illness of which we still know very little. The aetiology is unknown and the prognosis leaves much to be desired. The treatment of anorexia nervosa has evolved from a strict behavioural approach to an eclectic hodgepodge. Unfortunately, there is very little scientific evidence to guide us in our efforts to treat this intractable illness. However, many countries have developed evidence and consensus based (multi-disciplinary) treatment guidelines.

This presentation will present an overview of the results from published studies and guidelines, highlighting the conclusions that can be drawn for adolescents and adults. Next it will discuss a disease management model for anorexia nervosa focusing on the integration of self-management, diagnosis and treatment. (Selective) prevention is also part of the model. The aim of disease management is to enhance the (cost) effectiveness of treatment for people with anorexia nervosa.

## Plenarvorträge mit Diskussion / Plenary Paper Session

**Vorsitz / Chair: Karin Waldherr, Wien (A)**

### **Prevention / Prävention**

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

#### **Do Lessons About Eating Disorders by Ex-patients Contribute to Early Recognition?**

Greta NOORDENBOS

*Leiden University, Clinical Psychology, Leiden, The Netherlands*

Early recognition of Eating Disorders is seen as very important to increase the chance of earlier recovery. To realize early signalling of EDs in secondary schools several organisations in the Netherlands started to offer lessons about ED by ex-patients who receive a special training. In this paper the results will be presented of an evaluation of a total of 234 lessons followed by 3879 students of secondary schools. In total 17% of the students answered that they recognized ED symptoms in others, and 9% recognized these symptoms in themselves. Of the last group 41% would like to discuss their ED problems with peers and friends, 39% with their parents, 27% with an ex-patient, 5% with a teacher and 17% with a general practitioner or therapist. However, 33% of them did not want to talk about their ED problems at all.

Of the total group of 3879 students 37% wanted to have an extra hour for asking questions about ED. Although early intervention is an important result of lessons about ED, more activities are necessary to guarantee the possibility of early help and treatment.

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

#### **Eating Disorders Prevention Program: Follow-up Two Years Later on Eating Disorders Symptoms**

Rosa M. RAICH, T. GUTIÉRREZ ROSADO, M. GONZÁLEZ, M. PORTELL, L. NEBOT, D. SÁNCHEZ-CARRACEDO, G. LÓPEZ GUIMERÁ

*Autonomous University of Barcelona, Clinical and Health Psychology Department, Bellaterra, Spain*

Objective: This study evaluated the impact of a school-based program aimed to prevent disordered eating on Eating Disorders symptoms, two years latter.

The school-based multimedia preventive intervention have the following components: Nutrition directed towards correcting false beliefs on nutrition and towards providing knowledge on balanced eating; Media Literacy with Criticism of the Feminine Aesthetic-Beauty Model and Activism towards advertisements.

Method:

Participants: Two-hundred sixty three adolescent girls at seven schools were assigned to either the full program condition (Nutrition plus media literacy), media literacy condition or non-treatment control condition and assessed at pre-intervention, post-intervention and two-years follow-up.

Measures:

BMI: In situ measurements of height and weight using a scale and precision measuring apparatus to calculate BMI.

Biographic data: A questionnaire of developmental and personal details are listed.

Eating Attitudes Test (EAT; Garner & Garfinkel, 1979; Spanish adaptation by Castro, Toro, Salamero & Guimerà, 1991)

The CIMEC Questionnaire on Influences of Aesthetic Body Ideal -26 (CIMEC-26; Toro, Salamero & Martinez, 1994).

Nutrition Questionnaire (NUT-Q): Basic knowledge of nutrition, designed ad hoc.

Results:

We have lost the 36% of the original sample.

We will report the differential results in everyone of the groups (Experimental and Control) in the EAT's 40 results and diet, related to BMI and developmental details.

**12:00 - 12:15 Uhr**

### **Evaluation of a New Dutch Prevention Program for Eating Disorders: a Health Promotion Strategy**

Greta NOORDENBOS, Leontien VELLEKOOP

*Leiden University, Clinical Psychology, Leiden, The Netherlands*

In this paper the first evaluation of a new prevention program for Eating Disorders is presented. This program is based on the results of evidence based research at the most effective prevention programs (Stice, 2004).

The aims of the program were 1) a critical attitude towards slimming ideals in the media 2) to improve self esteem, 3) to improve body satisfaction, 4) to decrease the wish to be slim, and 5) to decrease unhealthy and extreme slimming behaviour. This program was given in the beauty and health department of a vocational training college with female students aged 16-22. Two groups were compared: an intervention group and a controlgroup. Both groups filled in a pre- and post test in which they had to fill in questionnaires about some personal characteristics and five scales concerning 1: the ideal figure in the media, 2: self esteem, 3: body dissatisfaction 4: attitude towards slimming and 5: slimming behaviour.

A paired t-test indicated that the intervention group had reached all five goals of the prevention program.

The controlgroup however indicated a negative development in the second measurement.

**12:15 - 12:30 Uhr**

### **"Me – never?!" Training of Prevention Tutors in Order to Work in Schools**

Karen SILVESTER

*Danu e. V. Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland*

In 2003 "Danu e.V. Ingolstadt" offered the advanced seminar "prevention tutors" to a high school for the first time. The seminar concept is simple: the clinic pedagogic staff specialised in eating disorders informs participating students about causes, diagnosis and treatment possibilities of eating disorders. A media package, consisting of short film, book and CD, jointly developed by the Danuvius clinic Ingolstadt and the department of health education science at Eichstätt University, provides training support. Adolescents are trained to become competent contact persons for their schoolmates (peer-to-peer approach). In the meantime other schools from the region have also realised that this kind of targeted prevention work improves school climate: three grammar schools, one secondary school and one secondary modern school currently offer the "prevention tutors" formation, supported by the Danuvius clinic and the municipal health office.

The prevention tutors primarily perform public relations: information booths, lectures in classes, campaigns on exercise and nutrition and wall posters with stories about women with eating disorders inform endangered schoolmates of eating disorders and therapy offers. Only the one acknowledging his illness is ready for therapy. The prevention tutors can contribute to speed this insight up and motivate to seek therapy. Experience has shown that students themselves know best

what catches on by their schoolmates. Therein lies the opportunity to be heard. But in no case can prevention tutors be a substitute for therapy.

The speaker herself earlier suffered from anorexia and now heads the eating disorder department of Danuvius clinic.

Im Jahr 2003 bot der Danu e.V. Ingolstadt erstmals das Fortbildungsseminar „Präventionstutoren“ an einem Gymnasium an. Das Konzept des Seminars ist einfach: Das pädagogische Fachpersonal der auf Ess-Störungen spezialisierten Klinik klärt die teilnehmenden Schüler über Ursachen, Diagnosen und Therapie-Möglichkeiten von Ess-Störungen auf. Als Ausbildungshilfe dient ein Medienpaket, bestehend aus Kurzfilm, Buch und CD, das die Danuvius Klinik gemeinsam mit dem Lehrstuhl Gesundheitspädagogik der Universität Eichstätt entwickelt hat. Die Jugendlichen werden zu kompetenten Ansprechpartnern für ihre Mitschüler ausgebildet – ganz im Sinne des Peer-to-Peer-Ansatzes. Dass sich durch derart gezielte Präventionsarbeit das Schulklima verbessert, haben inzwischen auch andere Schulen der Region realisiert: Drei Gymnasien, eine Realschule und eine Hauptschule bieten derzeit die Präventionstutoren-Ausbildung an, die von der Danuvius Klinik Ingolstadt und dem städtische Gesundheitsamt unterstützt wird.

Präventionstutoren leisten in erster Linie Öffentlichkeitsarbeit: Infostände, Vorträge in den Klassen, Aktionen zu Bewegung und Ernährung und Wandzeitungen mit Geschichten über essgestörte Frauen informieren gefährdete Mitschüler unverfänglich über Ess-Störungen und Therapie-Angebote. Nur wer sich seine Krankheit selbst eingesteht, ist zur Therapie bereit. Präventionstutorinnen können dazu beitragen, diese Einsicht zu beschleunigen und zur Therapie zu motivieren. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Schüler selbst am besten wissen, was bei ihren Mitschülern ankommt. Darin liegt die Chance, gehört zu werden. Keinesfalls können Präventionstutoren jedoch die Therapie ersetzen.

Die Referentin litt früher selbst unter Anorexie und leitet heute den Fachbereich Essstörungen an der Danuvius Klinik Ingolstadt.

**12:30 - 12:45 Uhr**

**A Prevention Program for Eating Disorders and Body Dissatisfaction in Adolescents: an 18 Months Follow-up**

Emanuel MIAN, Cinzia LACALhITA, Elisa MATTALONI, Massimiliano FANNI CANELLES  
*Istituto di Ricerca Internazionale Disagio Salute nell' Adolescenza (IRIDSA), Eating Disorders Research Department, Trieste, Italy*

The present study evaluated the efficacy of a prevention program to reduce weight loss behaviors, disordered eating, negative body image and lack of communication skills in adolescents. The Body Image Prevention Program (BIPP) consisted of a 6-week intervention using a new interactive multimedia content-presentation technique. It addressed several key issues based upon a review of the previous literature and research drawbacks. It consisted of specific eating disorders and body image topics with a participatory approach integrating also obesity. BIPP dealt with media images of women and men, healthy and unhealthy weight control methods, emotional eating, self esteem and communication approaches in youngsters.

The program was conducted in 2007 and 2008 in eight classes of male and female students (n = 178; mean age 15.8) as for the experimental group, while students of the same age but in different classes (n = 90) served as control subjects.

Outcome measures were completed at pretest, posttest, and 18-month follow-up using surveys and validated questionnaires. They consisted in a survey on ED topics knowledge, body image, eating habits, alcohol/substance abuse and physical activity together with the EAT12, ISED, EDI 2 and BAT.

BIPP reduced dieting behavior and eating disturbances found at pretest, also improving knowledge in both male and female experimental group at 18 months follow-up. No significant effects were observed in the control group.

Our findings suggest that BIPP intervention effects for eating disorder risk factors and eating disorder symptoms, persist over time. The implications of these data for school-based intervention programs in this area are examined. This intervention has public health significance and needs further research in the future.

**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: Psychopathologie / Psychopathology**

Präsentation / Presenter: Elisabeth Kohls, Budapest (HU)

### **P01) Processing of Emotional Faces in Anorexia Nervosa**

Michaela DEFRANCESCO, H. HINTERHUBER, J. MARKSTEINER, W. BIEBL, M. WILLIS, G. KEMMLER, C.G. KOHLER, E. WEISS

*Universitätsklinik Innsbruck, Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Innsbruck, Österreich*

**Background:** In patients with AN, previous neuropsychological studies found several neurocognitive deficits, especially in the processing and memory of emotional faces. The aim of this study was to examine implicit memory performance for emotional faces and the recognition of emotional faces in anorexia nervosa in comparison to a healthy control group.

**Methods:** 33 female anorexia nervosa patients and 39 healthy comparison females completed a battery of computerized emotional tests.

**Results:** The AN group showed clear deficits in emotion recognition and implicit memory performance for emotional and neutral faces compared with the control group. Especially the specification for happy and sad faces as well as a reduced sensitivity for the emotion happy were impaired in AN patients compared to healthy controls. Furthermore a low BMI correlated with reduced performance in these tests. On the other hand, depression didn't influence emotional processing.

**Discussion:** We suppose that a low level of attention and concentration in AN patients could be related to the impaired emotional processing. The reduced ability to estimate the intensity of emotion in faces as shown in our AN group could be related to an unbalance of the visuo-emotional processing of information in AN.

**Conclusion:** Patients with anorexia nervosa show deficits in recognition and memorization of emotional faces. Further studies are needed to investigate if besides attention deficits morphologic changes of brain areas could influence emotional processing in AN.

### **P02) Obsessive Symptoms in Anorectic and Obsessive Compulsive Disorder Patients**

Márta VARGA

*Institute of Behavioural Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary*

**Objective.** It is a preliminary study of the relationship between anorexia nervosa (AN), obsessive compulsive disorder (OCD), and the obsessive compulsive symptoms.

**Method.** Twenty individuals with AN and 18 individuals with OCD were given the Eating Disorder Inventory and the Leyton Obsessional Inventory. The two groups were compared to a nonclinical group of students.

**Results.** The rates of obsessionality and compulsivity were higher in patients with AN than in the control group. The rates of some eating disorder features were higher in patients with OCD than in the control group. Most of the categories of obsessionality and compulsivity were as frequent in AN as in OCD patients, and some categories containing obsessive and compulsive traits were more

frequent in patients with AN than in patients with OCD. The increased scores of obsessionality and compulsivity went hand in hand with the higher scores of eating disorder symptoms.

Conclusions. There are many obsessive compulsive features in AN, which are more frequent in people with AN than in a nonclinical group of individuals. The more obsessive compulsive features are present the more eating disorder symptoms can be found in the whole sample. Some categories of obsessionality and compulsivity are as frequent in the patients with AN, as in OCD. If eating disorder symptoms are present, exercises are more frequent.

### **P03) Maternal Eating Attitudes and Anger Emotions in the Development and Maintenance of Obesity in Their Children: Preliminary Results.**

Stefania CELLA, Mara IANNACCONI, Paolo COTRUFO

*Second University of Naples, Department of Psychology, Observatory on Eating Disorders, Naples, Italy*

Objective: To better understand possible environmental factors that may lead to childhood obesity we explore the mother – obese child relationship. The primary aim was to evaluate the impact of maternal attitudes and eating habits on children's weight status. The study hypothesis was that high levels of anger characterize the quality of the relationship between mothers and their obese child, and that both the maternal abnormal eating behaviours and the relationship disturbances would be related to child feeding problems. Methods: We screened forty-six mothers of obese children (4 to 12 years of age), recruited at the Pediatric Hospital of Naples, Italy, by means of an ad-hoc socio-demographic schedule, STAXI and EAT-26. To explore maternal attitudes in child feeding and obesity and to collect information not emerged in the questionnaires, a semi-structured interview was also performed. Results: Mothers showed high levels of anger. Seventy-five percent of them reported an S-Ang score in the high range, and 18 (40%) showed a high score on the T-Ang scale. The tendency toward anger suppression (AX-IN) was also highlighted. Correlations were found between child Body Mass Index and the anger emotions (S-Ang  $r=0.471$   $p=.002$ ; T-Ang  $r=0.364$   $p=.018$ ), but there was no significant relationship between children's weight status and EAT-26 scores. Thirty-five percent of mothers scored higher than the cut-off value at the EAT-26. Discussion: These preliminary findings seem to not support the hypothesis that maternal abnormal eating behaviours are related to childhood obesity, but show how anger is the psychological feature most strongly related to the mother – obese child relationship.

## **2: Therapie / Therapy**

Präsentation / Presenter: Ferenc Túry, Budapest (HU)

### **P04) Early Onset Anorexia Nervosa: Relevance of Early Specialists' Consultation**

Alice MALLUCCI, Giovanna FERRUCCI, Francesca PICCOLO

*University of Rome "La Sapienza", Rom, Italy*

#### Introduction

Previous studies in the field of early onset eating disorders show that resolution of clinical features within the first year prevents illness chronicity. A one year delay in the first specialist's examination after symptoms insurgence seriously affect successful treatment of the disorder.

#### Method

A total of 44 patients (aged 13/17), 95% female, with adolescent onset of a diagnosed eating disorder (anorexia nervosa) were followed up by the the team for one year. While 23 (52% Group A) underwent their first specialist's examination more than one year after symptoms insurgence, 21

(48%, Group B) underwent a specialist's examination within the first year of symptoms insurgence. The difference in the outcomes of the two groups were observed in terms of positive evolution (weight regain, compliance, period reappearance), negative events (dropouts and chronicization) and hospitalization.

#### Results

In Group A, 9 patients (39%) had a positive evolution, four of them required more than one-year therapy, 5 (21%) dropped out, 8 (34%) chronicised and 1 (0,4%) was hospitalised.

In Group B, 14 patients (66%) had a positive evolution, 4 (19%) were hospitalised, two of which had <16 BMI value in their first visit, 1 (0,4%) chronicised, 2 (0,9%) dropped out and one of the dropouts had <14 BMI when first visited.

#### Conclusions

These data strongly agree with literature upon the importance, in prognostic terms, of parental early noticing of symptoms and specialists' consultations.

Reasons behind delayed consultation as well as links between very low BMI rates on first visit and chronicization need further investigation.

### **P05) Vorstellung eines digitalen Dokumentationssystems für eine internationale Inanspruchnahmepopulation sondendependenter Kleinstkinder**

Hannes BECKENBACH<sup>1</sup>, Marlies WAGNER<sup>1</sup>, Thomas KRÖPFL<sup>1</sup>, Christian A. REITER<sup>1</sup>, Marguerite DUNITZ-SCHEER<sup>1</sup>, Markus WILKEN<sup>2</sup>, Peter SCHEER<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Psychosomatik, Graz, Österreich; <sup>2</sup>Institut für Psychologie und Psychosomatik des Säuglings- und Kindesalter GbR, Siegburg, Deutschland

Die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Evaluation von E.A.T: Early Autonomy Training, einer renommierten interdisziplinären Behandlungsmethode an der Univ. Klinik für Kinderheilkunde Graz (Abteilung Psychosomatik) zur standardisierten Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit (Dunitz et al., 1997-2007) forcierte die Entwicklung von EAT-DOC. Die damit beschriebene Studiengruppe (1.1.2007 bis 31.6.2008) stellt eine erstmals erfasste internationale Inanspruchnahmepopulation von Säuglingen und Kindern mit komplexen medizinischen Diagnosen dar, welche durch das Phänomen der Sondendependenz (Nasogastrische und PEG Langzeitsondierung) und zur Sondenentwöhnung zuwiesen wurden. Alle im definierten Zeitraum aus 20 Ländern zugewiesenen und bisher therapierefraktären 122 kleinen Patienten wurden mit dem Dokumentationssystem erfasst. Das Ziel ist die Erfassung unterschiedlicher Variablen zur Evaluierung und Optimierung der Therapie und der Kontrolle des Langzeitverlaufs. Neben medizinisch-biometrischen Daten wurde das Essverhalten, die Ernährung, die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion, die Art der Sondierung, die Diagnosen (ICD-10, ZTT DC 0-3), sowie die tägliche Nahrungsaufnahme erfasst.

Bei langfristiger Sondendependenz von kindlichen High-Risk Patienten liegen bisher weder epidemiologische noch Inanspruchnahmepopulationsdaten vor. Mit EAT-DOC kann erstmalig eine Deskription einer in der Pädiatrie zwar bekannten, aber bisher unbeschriebenen Patientenpopulation zahlenmäßig beschrieben werden. In den letzten 10 Jahren wurden durch die gemeinsame Arbeit der Grazer Psychosomatik ([www.notube.at](http://www.notube.at)) und der Gründung der I.F.I.G. (International Feeding Intervention Group) auch Empfehlungen zur Prävention der Sondendependenz entwickelt, welche diese langfristig vermeiden helfen soll. Aufgrund der Internationalität der Gruppe liegt die englische Fassung des EAT-DOC bereits vor, sodass 2009 in den Partnerzentren (Tel Aviv, Zürich, Triest, Berlin, Wien, Toronto, Philadelphia) damit begonnen werden kann. Damit wäre ein wichtiger Schritt zur Behandlung und sekundären Prävention der Sondendependenz getan, deren Nichtbehandlung in lebenslanger enteralen Ernährung münden kann.

Das auf die individuellen Situationen speziell adaptierbare Dokumentationssystem stellt ein wichtiges Erfassungsinstrument für anamnestiche Daten, den diagnostischen Prozess und den

Therapieverlauf während und nach der Sondenentwöhnung dar. Dies ist umso wichtiger, als bisher keine Literatur über die Effizienz und das belastende Nebenwirkungsspektrum langzeitsondierter Kinder vorliegt. Zusätzlich stellt EAT-DOC ein Kommunikationsinstrument für die Zusammenarbeit der behandelnden Disziplinen dar und trägt damit zum Fortschritt der Wissenschaft bei.

#### **P06) Online Aftercare Intervention for Eating Disordered Patients Following Inpatient Treatment**

Hayriye GULEC

*Institute of Behavioural Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary*

Aftercare is an important issue in eating disorders as the relapse rate is quite high; this problem gets even more obvious when we take into consideration of limited health services after inpatient treatment. Online aftercare can help filling the gap and support sufferers. Current presentation will be about an online aftercare intervention program for eating disordered patients after inpatient treatment. The online program is developed at Semmelweis University, Institute of Behavioral Sciences in collaboration with Heidelberg University Center for Psychotherapy Research, and the study is granted by Marie Curie Research Training Network. Aftercare intervention study will be conducted in Hungary. Contents of the program will be available in English. The aim of the poster will be to introduce basic modules of the program.

The modules of the aftercare intervention are monitoring, forum and chat. Monitoring questions are weekly questions about eating disordered symptoms sent through e-mails and evaluated automatically in terms of symptom severity compared to the last monitoring time. Participants get automatized supporting e-mails after completing the monitoring questions. Forum includes some basic topics that patients can write comments and share ideas. Everybody registered has access to written documents. Chat is both on individual and group basis. Individual chat sessions are provided by online counselors. Participants can choose among available dates of the counselors on voluntary basis. Registered participants are required to attend to weekly group sessions which is planned to provide fixed amount of group synchronous communication online.

#### **P07) The Predictive Value of “Early Response” for Treatment Outcome in Bulimia Nervosa**

Elisabeth KOHL<sup>1</sup>, Benjamin ZIMMER<sup>2</sup>, Stephanie BAUER<sup>2</sup>, Ferenc TÚRY<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences, Budapest, Hungary; <sup>2</sup>Ruprecht-Karls-University, Center for Psychotherapy Research, Heidelberg, Deutschland*

Several studies investigated the course of bulimia nervosa over a longer period. However, there is only little empirical knowledge about the detailed course of bulimic symptoms and symptom changes during treatment.

The objective of the present longitudinal observational study in Hungary is to investigate the predictive value of “early response” to treatment for outcome and to describe the course of the key bulimic symptoms over time.

For this purpose, symptoms of patients undergoing inpatient or outpatient treatment for bulimia nervosa are monitored continuously throughout treatment (weekly assessments) as well as thereafter (monthly assessments) using an Internet-based software program. The duration of observation is min. 8 months and max. 23 months depending on time of recruitment.

Based on the recent literature, “early response” to treatment is defined as a reduction in purging methods (self-induced vomiting, misuse of laxatives, excessive exercise and fasting) of at least 51% over the first two weeks of treatment. Treatment outcome is defined as rates of abstinence from binge eating and purging over the last 28 days. Follow-up data will be analysed using the European consensus conceptualization of “partial remission” and “full remission” from COST Action B6.

The poster will describe the design, assessment strategy (including software demonstration) as well as the current data basis.

The study is part of the Marie Curie Research Training Network INTACT (“Individually Tailored Stepped Care for Women with Eating Disorders”) funded by the European Commission.

Präsentation / Presenter: Ursula Bailer, Wien (A)

### **P08) Topiramate in the Postoperative Care of Morbidly Obese Patients with Binge Eating Disorder Treated by Laparoscopic Adjustable Gastric Bending: Three Case Reports**

Valentina MARTINES<sup>1</sup>, Paolo SCHIAVONE<sup>1</sup>, Antonio FIORELLINI<sup>1</sup>, Silvia FERRARA<sup>1</sup>, Paolo BERNANTE<sup>2</sup>, Mirto FOLETTTO<sup>3</sup>, Francesco FRANCCINI PESENTI<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorders Unit, Villa di Teolo, Padova, Italy; <sup>2</sup>Università – Azienda Ospedaliera di Padova, Patologia Speciale Chirurgica, Padova, Italy; <sup>3</sup>Università-Azienda Ospedaliera di Padova, Clinica Chirurgica II, Padova, Italy; <sup>4</sup>Università-Azienda Ospedaliera di Padova, Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica, Padova, Italy

#### Background

Binge Eating Disorder (BED) is characterized by recurrent episodes of binge eating without the compensatory weight loss behaviours of bulimia nervosa or anorexia nervosa. BED is common among obese individuals seeking weight management, occurring in approximately 25% of bariatric surgery patients. Topiramate is a modern anticonvulsivant agent, approved in many countries for the treatment of epilepsy; it is associated to weight-loss (Perucca, 1997; Arnone, 2005) and to positive outcome in the treatment of binge eating disorder (BED) (Shapira et al., 2000; Apollinario et al., 2002; Mc Elroy et al., 2003; De Bernardi et al., 2005). Recently, only two studies have focused on the topiramate usefulness in obese patients with binge eating after the bariatric surgery (Guerdjikova et al., 2005; Zilberstein et al., 2004).

#### Methods

The effectiveness of topiramate was reported in three consecutive patients treated by adjustable gastric bending (AGB) who presented binge eating and inadequate weight-loss or weight gain, after a positive brief-term outcome. They were treated with topiramate for an average of 10 months.

According to DSM-IV criteria, the psychiatric diagnosis were confirmed by a psychiatrist. To assess outcome, the weight evaluation and self-rating instruments were used. To estimate the psychiatric symptoms were employed Symptoms Checklist-90 (SCL-90) and Binge Eating Scale (BES); the University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) to estimate readiness to change; and the Dieter’s Inventory of Eating Temptations (DIET) to evaluate the attitudes related to weight control.

#### Results

All three patients reported remission of BED symptoms and a greater diet compliance and displayed weight loss. Mr S. (40 years old man) after 18 months of topiramate lost 17 kg; Ms N. (40 years old woman) after 7 months lost 11 kg; Ms A. (43 years old woman) lost 6 kg after 5 months of topiramate use. No adverse events were reported.

#### Conclusions

These case reports give a further confirmation that Topiramate may represent an effective care strategy for those patients who experience recurrent binge eating and weight gain after initially successful LAGB.

### **P09) Veränderung der Selbstregulationsdefizite von essgestörten Patientinnen durch Psychotherapie in Abhängigkeit von der bewussten Formulierung von essstörungsspezifischen Zielen**

Stephanie OST, Karin PÖHLMANN, Peter JORASCHKY  
*Technische Universität Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie,  
Dresden, Deutschland*

Hintergrund: Essgestörte Patienten weisen beim Umgang mit Problemen und beim Streben nach Zielen weniger effektive Verhaltensweisen auf als gesunde Probanden (Ball & Lee, 2000). Bei psychotherapeutischen Interventionen fördern Therapieziele die Therapiemotivation der Patienten und haben positive Effekte auf den Therapieverlauf (Driessen et al., 2001).

Methodik: Die Stichprobe setzt sich aus 49 Patientinnen zusammen, die unter der Diagnose einer Essstörung (F50.0, F50.1, F50.2, F50.3) in einer stationären oder teilstationären Psychotherapie behandelt wurden. Die Selbstregulationsstrategien wurden mittels GSAB (Károly & Ruehlmann, 1995) vor und nach der Therapie erfasst. In diesem Fragebogen sollten die Patientinnen mittelfristige Ziele formulieren. Entsprechend des Vorhandenseins von essstörungsspezifischen Zielen wurde eine Gruppe von Patientinnen ohne störungsspezifischen Ziele und eine Gruppe von Patientinnen mit störungsspezifischen Zielen gebildet.

Fragestellung: Wie verändern sich die Selbstregulationsstrategien der Patientinnen im Therapieverlauf in Abhängigkeit vom Vorhandensein von essstörungsspezifischen Zielen?

Ergebnisse: Bei Patientinnen ohne essstörungsspezifische Ziele zeigten sich kaum Veränderungen der Selbstregulationsstrategien im Therapieverlauf. Patientinnen mit störungsspezifischen Zielen wiesen deutliche Verbesserungen ihrer Selbstregulationsdefizite auf. Sie schätzten am Ende der Therapie ihre Selbstwirksamkeit höher ein, belohnten sich mehr selbst, wiesen höhere Handlungskompetenz auf und berichteten über weniger negative Gefühle bei der Zielerreichung als zu Therapiebeginn.

Schlussfolgerung: Durch die Therapie zeigte sich bei Patientinnen, die essstörungsspezifische Ziele formulierten, eine deutliche Verbesserung der Selbstregulationsstrategien. Diese Gruppe von Patientinnen, deren Symptomatik in ihr Zielsystem integriert ist, kann gezielter am Fokus ihrer Essstörung arbeiten und einen besseren Behandlungserfolg abgebildet durch die Selbstregulationsstrategien erreichen.

### **P10) Struktur- und Inhaltsanalyse eines online-Diskussionsforums für Betroffene von Bulimia Nervosa**

Dorette WESEMANN, Martin GRUNWALD

*Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Haptik-Labor, AG Essstörungen, Leipzig, Deutschland*

Fragestellung: Online-Diskussionsforen stellen eine spezifische Form gesundheitsbezogener Angebote dar, die insbesondere von Betroffenen von Essstörungen stark genutzt werden. Sie erlauben den autonomen schriftlichen Austausch innerhalb selbst erstellter Themenplattformen („Threads“). Die Inhalte und Strukturen solcher Online-Diskussionsforen sind bislang kaum untersucht worden.

Methodik: Es wurden 2072 Threads mit insgesamt 14 903 Beiträgen eines unmoderierten Online-Forums für Betroffene von Bulimie (www.ab-server.de) im Zeitraum 10/2004 - 05/2006 analysiert. Die Threads wurden a) induktiv auf die zugrundeliegende Struktur untersucht und b) die erhaltenen Strukturtypen statistisch auf Unterschiede in der Anzahl der Beiträge, der Nutzer und der Hits geprüft.

Ergebnisse: Die Kommunikation der Betroffenen wurde innerhalb von drei grundlegenden Thread-Strukturtypen realisiert: 1) problemorientierte Threads (78.8 % der Threads), bei denen ein Betroffener ein Problem darlegte, um Unterstützung zu erhalten; 2) kommunikationsorientierte Threads (15.3 % der Threads), in denen sich Betroffene privat austauschten und 3) Metakommunikations-Threads (2.6 % der Threads), in denen der Austausch und die Problemlösung im Forum zum Thema gemacht wurde. In Metakommunikations-Threads beteiligten sich mehr User

(4.5) an der Diskussion als in problemorientierten Threads (3.9) und kommunikationsorientierten Threads (2.5), und diese Threads wurden signifikant häufiger angeklickt.  
Schlussfolgerungen: Themen der aktiven Auseinandersetzung mit der Erkrankung erhalten in Online-Diskussionsforen für Betroffene von Bulimie eine hohe Aufmerksamkeit.

### **P11) Eating Disorders Prevention Program: Body Dissatisfaction at Follow-up Two Years Later**

Rosa M. RAICH, T. GUTIÉRREZ ROSADO, M. GONZÁLEZ, M. PORTELL, L. NEBOT, D. SÁNCHEZ-CARRACEDO, G. LÓPEZ GUIMERÁ

*Autonomous University of Barcelona, Clinical and Health Psychology Department, Bellaterra, Spain*

Objective: This study evaluated the impact of a school-based program aimed to prevent disordered eating in body dissatisfaction, two years latter.

The school-based multimedia preventive intervention have the following components: Nutrition directed towards correcting false beliefs on nutrition and towards providing knowledge on balanced eating; Media Literacy with Criticism of the Feminine Aesthetic -Beauty Model and Activism towards advertisements.

Method:

Participants: Two-hundred sixty three adolescent girls at seven schools were assigned to either the full program condition (Nutrition plus media literacy), media literacy condition or non-treatment control condition and assessed at pre-intervention, post-intervention and two-years follow-up.

Measures:

BMI: In situ measurements of height and weight using a scale and precision measuring apparatus to calculate BMI.

Biographic data: A questionnaire of developmental and personal details are listed.

Eating Attitudes Test (EAT; Garner & Garfinkel, 1979; Spanish adaptation by Castro, Toro, Salamero & Guimerà, 1991)

The CIMEC Questionnaire on Influences of Aesthetic Body Ideal -26 (CIMEC-26; Toro, Salamero & Martinez, 1994).

Nutrition Questionnaire (NUT-Q): Basic knowledge of nutrition, designed ad hoc.

Results:

We have lost the 36% of the original sample.

We will apport the differential results in everyone of the groups (Experimental and Control) in.

The 5 factors of the questionnaire CIMEC Questionnaire on Influences of Aesthetic Body Ideal -26:

F1: Distress about Body Image; F2: Influence of Advertising; F3: Influence of Verbal Messages;

F4: Influence of Social Models; F5: Influence of Social Situations.

**15.00 – 16.30 Uhr      Parallele Vorträge/Parallel Sessions (1-4)**

**Parallelsitzung 1/Parallel Session 1  
Leitlinien Klinik/Clinical Guidelines**

**Vorsitz / Chair: Ulrike Smrekar, Innsbruck (A)**

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

**V01) Die Bulimieleitlinien der gemeinsamen Leitlinien-Arbeitsgruppe der Fachgesellschaften.  
Ein Werkstattbericht**

Burkard JÄGER, J.V. Wietersheim, S. Herpertz, AG Bulimie der Leitlinienarbeitsgruppe der Fachgesellschaften

Seit Sommer 2004 arbeiten 3 koordinierte Arbeitsgruppen unter Auftrag der psychiatrischen, psychosomatischen, psychologischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften an Leitlinien zur Therapie der Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Störung. Ergänzt werden die störungsspezifischen Arbeitsgruppen durch übergreifende Arbeitsgruppen z.B. zur Diagnostik und Epidemiologie. Die Leitlinien sind konform mit den AWMF-Standards zur Leitlinienerstellung.

Die Struktur der Leitlinien zur Bulimie orientiert sich an den Englischen NICE-Leitlinien (2004). Die Therapieempfehlungen zur Bulimie werden durch eine Metaanalyse randomisierter, kontrollierter Studien zur Bulimie abgesichert. Die zumeist durch jeweils zwei Rater durchgeführte Kodierung der Studien ist weitgehend abgeschlossen, parallel werden Empfehlungen zu Indikationen, Schnittstellen, Übergängen, Einbeziehung von Angehörigen etc. formuliert. Der Vortrag stellt den Stand der Leitlinienentwicklung an einigen Beispielen dar. Die politische Bedeutung von Leitlinienentwicklung auf dem Gebiet der Therapie von Essstörungen wird dargestellt und die Chancen und Risiken der Implementierung diskutiert.

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

**V02) Behandlung und Zwangsbehandlung der magersüchtigen Patientinnen: ethische Überlegungen.**

Anna PALLESCHI, Lucia CESCHIN, Melissa Rosa RIZZOTTO

*Universität Padua, Universitätsklinik für Psychiatrie, Neurowissenschaftliche Abteilung, Padua, Italy*

Einleitung: Die Anorexia nervosa bedingt ein hohes Gesundheitsrisiko, verbunden mit der Unfähigkeit, den Schweregrad des eigenen Krankheitszustandes zu erkennen und der hartnäckigen Verweigerung der Behandlung. Diese Merkmale des Leidens erfordern besondere ethische Betrachtungen hinsichtlich der Behandlung.

Zielsetzung: Bestimmen, wo und aufgrund welcher Kriterien unser Eingriff zu setzen ist in einem Kontinuum zwischen der Suche nach dem, was als „Wohl“ der Person zu betrachten ist, und der Achtung ihrer Autonomie.

Methode: Zusammenfassung der wichtigsten Forschungsergebnisse zu diesem Thema in MEDLINE und PUBMED.

Ergebnisse und Diskussion: Aus der Literatur ergibt sich keine einstimmige Sicht des Problems, doch scheint die Anwendung eines „milden Paternalismus“ in vielen Fällen von Anorexia nervosa gerechtfertigt. Solche Rechtfertigung gründet sich jedoch auf die Überlegung, dass die von den Patientinnen getroffenen Entscheidungen und besonders die Verweigerung der Behandlung nicht als Frucht einer autonomen und freien Entscheidungsfähigkeit betrachtet werden können. Es erscheint also notwendig zu unterstreichen, dass die ethischen Prinzipien, die den Kliniker bei der Behandlung der magersüchtigen Patientinnen leiten, untrennbar sind von einem immer besseren Verständnis des Leidens und der daraus folgenden Klärung der fehlgeleiteten Mechanismen, welche den Entscheidungsprozess dieser Patientinnen beeinträchtigen und das von der Ernährungsstörung hervorgerufene Verhalten nicht als Frucht einer freien und folglich zu achtenden persönlichen Entscheidung betrachten lassen.

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

**V03) "Oder wisst ihr nicht, dass euer Körper ein Tempel der heiligen Geistkraft ist, die in euch ist und die ihr von Gott erhalten habt? Ihr gehört euch nicht selbst." (1Kor 6,19)<sup>1</sup>**

Dorothe SCHLEENSTEIN

*Universität Erfurt, Moralthologie, Erfurt, Deutschland*

Hier sagt Paulus konkret, 'wo Gott wohnt': im Körper des Menschen, wobei zu bedenken ist, dass im semitischen Denken, im Unterschied zu platonisch-griechischem Denken der Körper des Menschen nicht im Gegensatz zu Seele/(menschlichem) Geist gedacht wird, sondern Körper und Seele sind voneinander durchdrungen. Die Seele, hebr. náfäsch, übersetzt eigentlich Kehle oder Atem, aber auch Person und Begierde, durchweht den Körper.

Als zentral für die (Sucht-)problematik essgestörter Frauen hat sich aus theologischer Perspektive die weibliche Seite Gottes herausgestellt. Aus der Kraft des Heiligen Geistes als weiblicher Person, der Heiligen Ruach, kann Frauen die Kraft erwachsen, Leitbilder, die in der Suchtdynamik greifen, anzunehmen. Als solche zeigen sich Prophetinnengestalten wie Debora und Jael aus dem Alten Testament und Hildegard von Bingen aus der Kirchengeschichte.

So wie der Weg essgestörter Menschen zu einer inneren Kraftquelle sich aus psychologischer Perspektive als Suche nach dem eigenen Selbstwert gestaltet, wird die theologische Perspektive analog als Suche nach dem Ort in einem selbst, 'wo Gott wohnt' formuliert. Genauer gesagt handelt es sich psychologisch um einen Wandlungsprozess von passiv-destruktiver zu aktiv-konstruktiver Aggression. Dieser Prozess übersetzt in die theologische Sprache bedeutet die Umkehr der Frau vom sündigen Handeln in der Ess-Störung hin zu einer prophetischen Existenz.

Die prophetische Dimension kommt schon in der humanwissenschaftlichen Betrachtung von Menschen mit Ess-Störungen zum tragen, insofern bulimische und anorektische Frauen als Fremdprophetinnen angesehen werden können, weil sie durch ihre Krankheit an den Missständen einer androzentrisch orientierten Gesellschaft Kritik üben, wie sie leider auch in Theologie und Kirche zu finden ist. Da sich das Leiden essgestörter Frauen jedoch in ihrer Symptomatik von Magersucht oder Ess-Brech-Sucht selbstdestruktiv äußert und zudem eine Gottesbeziehung nicht vorausgesetzt werden kann, sind mit der Charakterisierung dieser Menschen als Fremdprophetinnen nicht Prophetinnen im christlichen Sinn gemeint. Als fremdprophetischen Fingerzeig für die Theologie werden die Probleme Körperlichkeit und Weiblichkeit gesehen. Der Weg essgestörter Frauen hin zu einer prophetischen Existenz im christlichen Sinn ist möglich durch die spirituelle Dimension ihres Körpers, der als „Tempel“ der Heiligen Ruach Medium der Gottesbeziehung ist.

<sup>1</sup>Bibel in gerechter Sprache (1. Korintherbrief Kapitel 6 Vers 19).

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

**V04) "Satte Hilfe für Afrika"**

Kathrin SEYFAHRT

*Netzwerk Wunschträume, München, Deutschland*

Zeitweise brachte ich nur 39 Kilo auf die Waage, wäre völlig ungeeignet für jegliche Fernreise gewesen. Damals war ich Anfang 30 und magersüchtig. Inzwischen bin ich 56 und seit rund 15 Jahren gesund. Mehr als ein ganzes Lebensjahrzehnt hungerte ich, zählte Kalorien und war die Waage meine tägliche Anklägerin.

In meiner ‚magersten Zeit‘ wurde ich mit Biafra-Flüchtlingen verglichen.....

Dieser Gedanke brachte mich eines Tages auf das Thema meiner ersten eigenen Radiosendung, in der ich Wohlstandshunger dem Hunger in Afrika gegenüberstellte.

‚Wohlstandshunger/Armutshunger – eine Gegenüberstellung von Essstörungen als Spiegelbild unserer Überflussgesellschaft und Hungersnöte in Armutsländern dieser Welt am Beispiel Äthiopien‘ lautete der genaue Titel.

Für die Recherche flog ich vor 10 Jahren erstmals nach Afrika – eben nach Äthiopien. Nicht ohne Skepsis, denn natürlich hatte ich Angst davor, was mich erwarten würde. Aber die Neugier war stärker. Inzwischen bin ich mehr als 30 Mal in Afrika gewesen.

Letztlich war es meine eigene Essstörung, die mich zu hungernden Menschen in die so genannte Dritte Welt gebracht hat.

Vor 5 Jahren habe ich den Verein „Wunschträume/Netzwerk für Mädchen- & Frauenprojekte e.V.“ ins Leben gerufen, mit dem ich Entwicklungshilfe leiste. Im Februar dieses Jahres wurde meine erste Krankenstation eingeweiht. Und es gibt noch so viel Wichtiges zu tun, da bleibt für Kalorienzählen gar keine Zeit.

Als ich vor einiger Zeit von einer Frau las, die ihre Therapie beendet, aber wohl nie mehr mit wirklichem Genuss essen könne, mit anderen Worten, sie immer essgestört bleiben würde, habe ich beschlossen noch einmal mit Vortrag/Lesung an die Öffentlichkeit zu gehen. Ich möchte dagegen setzen und zeigen, dass es möglich ist, auch nach vielen Such(t)jahren satt und erfüllt leben zu können.

Mein Honorar fließt in den Brunnenbau für die im Februar in Burkina Faso eröffnete Krankenstation.

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

**V05) Unsere Familie in der Krise – Reaktionen auf die familiären Belastungen durch die Magersucht unserer Tochter**

Klaus LOGEMANN

*Elternkreis Essgestörter Töchter und Söhne, Bremen, Deutschland*

Wie konnte das passieren? Was haben wir nur falsch gemacht? Warum hat es uns getroffen? Diese und eine Vielzahl weiterer Fragen haben wir uns gestellt als uns endlich klar wurde, bestätigt durch die ärztliche Diagnose, unsere Tochter ist essgestört - sie ist magersüchtig!!! Es konnte und durfte nicht wahr sein, daß diese Krankheit Zugang in unsere Familie gefunden hatte. Wir hatten doch einen so starken inneren Familienverbund, der eigentlich solche Eindringliche niemals zulassen würde bzw. sofort abwehren würde. War dieses nicht auch speziell eine Krankheit, welche besonders Familien betraf, die irgendwie Unordnung im Familiengefüge hatten und bei denen keine Harmonie existierte.

Bei uns war doch alles in Ordnung, also warum wir?

Wir haben eine sehr lange Zeit gebraucht, bis wir akzeptieren konnten und mussten, dass wohl doch nicht alles in Ordnung war und dass die Magersucht ein neues Familienmitglied wurde. Ein Familienmitglied mit einer übermächtigen alles beeinflussenden negativen Dominanz, das sich aufgrund von Unwissenheit und falschen Reaktionen zu einer der grössten Belastungen für unser Familienlebens entwickeln sollte.

Wie bei den meisten betroffenen Familien, führte auch unser Weg über viele Stationen, das Nichterkennen und falsche Einordnen der Krankheit, das Unwissen über Auswirkungen, Verlauf und Veränderungen, die endlose Phase der Selbstzweifel und Schuldgefühle, die Selbstisolation, die coabhängigen, erfolglosen Lösungsversuche und, letztendlich, die Resignation und Erkenntnis der eigenen Machtlosigkeit.

Das Anerkennen und Akzeptieren dieser totalen eigenen Unfähigkeit und Hilflosigkeit förderte die Einsicht dass wir uns unbedingt Unterstützung von aussen holen mussten. Wir suchten und fanden Menschen, die aufgrund eigener Erfahrung beurteilen konnten, wie es uns ging, welche Ängste und Nöte wir durchmachten und welche Kräfte hier auf uns einwirkten. Wir fanden diese Hilfe im Bremer Elternkreis, bei Eltern die ähnliches erlebt hatten und uns gezielt beistehen konnten, uns Hoffnung und Stärke vermittelten, so dass wir auch unsere eigene Handlungsfähigkeit zurückgewannen, was sich ebenfalls positiv auf den Gesundungsprozess unserer Tochter auswirken sollte.

**16:15 – 16:30 Uhr    Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung  
Plenary discussion with all presenters**

**Parallelsitzung 2/Parallel Session 2**

## Therapie I/Therapy I

Vorsitz / Chair: Maria Seiwald, Innsbruck (A)

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

### **V06) Übersicht zum Stand der Forschung von anatomischen und neurophysiologischen Veränderungen im Gehirn von Patienten mit Essstörungen**

Sophie MURRMANN, Annegret KÖHRING

*Technische Universität Ilmenau, Institut für Biomedizinische Technik und Informatik, Ilmenau, Deutschland*

Im Rahmen dieser Arbeit wurden 22 ausgewählte Publikationen der letzten Jahrzehnte (bis Juni 2007) systematisiert, klassifiziert und die Ergebnisse zusammengefasst. Inhaltlich untersuchten die Studien die Anatomie- und Physiologieveränderungen des Gehirns sowie eine veränderte Reizverarbeitung nach Stimulation mit Bildern, Gerüchen etc. bei Patienten mit Essstörungen (ES) insbesondere Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN). Zur Anwendung kamen dabei meist bildgebende Verfahren (MRT, fMRT, CT, PET, SPECT) und EEG/ERP.

ES-Patienten zeigen morphologische Gehirnveränderungen, die sich in vergrößerten Ventrikeln und Furchen sowie einer kortikalen Verkümmern widerspiegeln. Bzgl. der Neurophysiologie ergab sich bei ca. 50% ein abnormales EEG, welches besonders durch anfallsartige Funde gekennzeichnet ist. Vergleichend zur Kontrollgruppe ergab sich eine verminderte Aktivität in der parietalen Gehirnregion. In fünf Studien wurde unabhängig voneinander eine Umkehrung der rechts-größer-links-Hemisphärenaktivität bei Patienten mit BN publiziert. Des Weiteren konnte aus dem Ergebnis von sechs Studien abgeleitet werden, dass sich ein so genannter Essunterdrückungsmechanismus im präfrontalen Gehirnbereich befindet. Hier wurde bei Anorexie-Patienten eine erhöhte und Bulimie-Patienten eine verringerte Aktivität im Vergleich zur Kontrollgruppe nach Stimulation mit Nahrungsmitteln (Bilder, Vorstellung oder Einnahme) festgestellt. In weiteren Untersuchungen konnte eine Veränderung der Reizverarbeitung nach visueller, olfaktorischer oder Geschmacksstimulation bei Patienten mit ES sowie zwischen verschiedenen Arten der ES nachgewiesen werden. Es stellt sich die Frage, inwieweit im Krankheitsbild der Essstörungen Prozesse ablaufen, die nicht mehr dem freien Willen des Patienten unterworfen sind, sondern auf pathophysiologische Ursachen zurückzuführen sind. Die Untersuchung dieses Sachverhaltes sollte Gegenstand zukünftiger Forschungsprojekte darstellen.

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

### **V07) Energie- und Fettbedarf in der Therapie von Anorexie**

Wally WÜNSCH-LEITERITZ<sup>1</sup>, Andrea KÜHN-DOST<sup>1</sup>, Vyvian RÖNNBURG<sup>2</sup>, Andreas LEITERITZ<sup>1</sup>, Joachim WESTENHÖFER<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen, Deutschland; <sup>2</sup>Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fachbereich Ökotrophologie, Hamburg, Deutschland*

Einleitung: Im Rahmen eines mehrgleisigen Therapieprogrammes wird bei Patienten mit einer Anorexia nervosa eine Gewichtsrestitution angestrebt. Hierfür ist ein engmaschiges Ess-Psycho-Therapiekonzept notwendig, das eine Beurteilung der Energie- und Fettmenge zulässt, die benötigt wird, um eine Gewichtszunahme von 500 bis 1000g pro Woche zu erzielen.

In der Literatur sind zwar dafür Empfehlungen in Bezug auf den erforderlichen Kaloriengehalt pro Kilogramm Körpergewicht zu finden, es gibt aber keine Angaben zur Fettmenge in der Ernährungstherapie von Anorexia Nervosa Patienten.

Methode: Es wurden retrospektiv die Daten von 96 Anorexie-PatientInnen im Alter von 15 bis 51 Jahren ausgewertet, die sich im Zeitraum von Mai 2006 bis Dezember 2007 in stationärer

Behandlung befanden und diese abgeschlossen haben. Alter, Größe, Gewicht, BMI, Grad des anorektischen Gewichts, Aufenthaltsdauer sowie der aktuelle Energie- und Fettgehalt wurden in die Untersuchung einbezogen. Die Gewichtsentwicklungen in den unterschiedlichen anorektischen BMI-Bereichen und Altersstufen, sowie die dazugehörige Energie- und Fettzufuhr wurden ausgewertet.

Ergebnisse: Der durchschnittliche Energiebedarf des Gesamtkollektivs lag bei 2648 kcal ( $\pm$  306 kcal). Die Energiezufuhr bezogen auf das Körpergewicht lag bei 59 ( $\pm$  10) kcal pro Kilogramm Körpergewicht. Der durchschnittliche Fettgehalt lag bezogen auf den Gesamtenergiegehalt bei 40,1%. Durch dieses Ernährungsmanagement wird eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 644 g ( $\pm$  390 g) pro Woche erreicht. Mit zunehmendem Gewicht im Therapieverlauf ergibt sich auch ein Anstieg des Kalorienbedarfs, der mit Erreichen des Normalgewichtes wieder absinkt.

Zusammenfassung: Aus den Ergebnissen können Empfehlungen für die Wiederernährung bei Anorexia Nervosa abgeleitet werden.

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

### **V08) Therapeutisches Schreiben - Möglichkeiten und Chancen in der Behandlung von Essstörungen**

Silke PFITSCHER, Helmut ZINGERLE, Michaela FALKENSTEINER

*Therapiezentrum Bad Bachgart, Psychosomatik, Rodeneck, Italy*

Im Therapiezentrum Bad Bachgart wird seit einiger Zeit das Therapeutische Schreiben in der Behandlung von Essstörungen als wichtiger Therapiebaustein genutzt. Patientinnen mit Essstörungen haben oft Schwierigkeiten ihre Gefühle wahrzunehmen, zu differenzieren oder sie als verhaltensführend zu nützen. Das Therapeutischen Schreiben kann hier als ein Impuls gesehen werden, welcher den spontanen und unbeeinträchtigten Kontakt zu sich selbst fördert. Schreiben hilft tiefste Gefühle auszudrücken und ihnen eine Form und Gestalt zu geben. Im Gegensatz zu gesprochenen Worten, die sich schnell verflüchtigen, ist Geschriebenes Zeugnis einer Begegnung mit sich selbst und kann somit Gefühle greifbarer und verständlicher machen.

Kritzelnübungen, Wortfiguren und Sprachskizzen gehören zum Therapeutischen Schreiben ebenso wie "Clustern", ein Tagebuch, "17-Silber" und "Zaubertaschen". Es handelt sich um ein geführtes Schreiben, in dem die Gruppendynamik eine wichtige stützende Rolle einnimmt. In diesem Beitrag stellen wir unsere Erfahrungen vor, welche wir bisher mit dem Therapeutischen Schreiben in der Behandlung von Essstörungen, eingebettet in ein therapeutisch stationäres Konzept gemacht haben: Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und Verarbeitung, Stärkung des Selbstbewusstseins durch die neu entdeckte Ausdruckskraft sowie Förderung der Kreativität als auch der sozialen Kompetenz. Grundlage hierfür stellt unter anderem ein erstellter Fragenkatalog.

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

### **V09) Individuelle Therapie bei Essstörungen**

Thomas LEGL

*Kur- und Gesundheitszentrum Knappenhof, Reichenau, Österreich*

The Kur- und Gesundheitszentrum Knappenhof has developed a holistic and individual approach for the treatment of psychosomatic diseases including eating disorders. The therapy focuses on individual and group therapy, creative therapeutic directions as imaginative drawing therapy as well as body therapies. As second column outdoor activities in the nature in the sense of adventure therapy and a pleasure non performance oriented approach play a significant role while the third column offering relaxation techniques, massages, active meditation, shiatsu, yoga ideally rounds up the treatment programme. While offering strategies for acute crisis treatment does not focus on the symptom but the psychic problems and conflicts behind, promoting expression of feelings.

Every client receives an individual time frame as well as therapeutic plan fitting the special needs. The therapy takes place in Austria's first therapy hotel, costs have to be covered private with co-financing through private insurances.

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

**V10) Wieder Vertrauen fassen – Binge Eating als Lösungsversuch für traumatische Erfahrungen**

Ulrike JUCHMANN

*Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Berlin, Deutschland*

Beispielhaft wird die Therapie eines 16-jährigen Mädchens (die unter Binge Eating und Posttraumatischer Belastungsstörung leidet) und seiner Familie vorgestellt. Es wird erläutert wie im Rahmen einer Therapeutischen Wohngruppe für Mädchen mit Essstörungen (Mondlicht in Berlin) einzel- und familientherapeutisches Vorgehen kombiniert werden. Stabilisierung und Entlastung sind maßgebliche Ziele. Es wird verdeutlicht wie die Familie eine neue konstruktive Kommunikation entwickeln und dadurch wieder Vertrauen untereinander entstehen kann.

<p><b>Parallelsitzung 3/Parallel Session 3</b> <b>Epidemiologie/Epidemiology</b></p>
--

**Vorsitz / Chair: Emanuel Mian, Trieste (I)**

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

**V11) Early Detection of Eating Disorders in Middle School Female Students: A Prospective Study**

Daniel STEIN<sup>1</sup>, Laura CANETTI<sup>2</sup>, Eytan BACHAR<sup>2,3</sup>, Pinhas FEINSTEIN<sup>4</sup>, Eitan GUR<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>The Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Ramat Gan, affiliated with the Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel; <sup>2</sup>Hadassah University Hospital, Jerusalem, Israel; <sup>3</sup>The Hebrew University at Jerusalem, Departments of Psychiatry and Psychology, Jerusalem, Israel; <sup>4</sup>Ness Ziona Mental Health Center, Ness Ziona, Israel*

**Aims:** To improve the detection of eating disorders (EDs) in early adolescents.

**Methods:** The Eating Attitude Test-26 (EAT-26) and other relevant scales were administered to 1,057 7th grade female students. One hundred-nineteen students with EAT-26 > 30 (where EAT-26 scores > 20 are considered pathological) were defined as probable ED cases. Seventy-six girls (64% of the original cohort) agreed to be interviewed two years later with the standardized semi-structured Eating Disorders Family History Interview that allows for the assessment of lifetime and current weight and menstrual history, pathological eating behaviors, eating-related obsessionality, body image disturbances, vegetarianism, and physical activity. Thirty-one students with low EAT-26 scores (EAT-26 < 20), were similarly interviewed.

**Results:** None of the students with low EAT-26 scores was identified with an ED; 35 students with pathological EAT-26 scores were identified with any ED (either full-blown or subsyndromal) and 41 had no ED. Both groups with pathological EAT-26 scored higher on all the other scales introduced compared with the low EAT-26 group. Students with pathological EAT-26 scores and an ED had elevated eating-related obsessionality as assessed retrospectively with the EDFHI compared with the group with pathological EAT-26 scores and no ED.

**Discussion:** Female students with an EAT-26 score of 20 or less would likely not develop an ED at two year follow-up. Increasing the cutoff point of the EAT-26 from 20 to 30 predicts that about half of such students will develop an ED in the next two years. Additional assessment of eating-related obsessionality may improve the predictive potential of the EAT-26.

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

**V12) Weight and Psychological Problems in 10 to 17-Year-Old German Pupils**

Cornelia THIELS<sup>1</sup>, Harriet SALBACH-ANDRAE<sup>2</sup>, Klaus LENZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Sozialwesen, Bielefeld, Deutschland;* <sup>2</sup>*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy, Charité, University Medicine Berlin, Germany*

Objective: To study in children and adolescents associations between body mass index (BMI) on the one hand and socio-demographic variables and psychosocial problems on the other hand. Method: 874 pupils aged 10 to 17 years completed the Youth Self-Report (YSR, 1), at least one of their parents the Child Behavior Checklist (CBCL, 1), and one of their teachers the Teacher Report Form (TRF, 1). Socio-demographic data and information about height and weight was also gathered. Results: Unlike the findings of the nationwide German survey (2) that children and adolescents from families with lower SES had a higher risk for overweight and obesity, the three BMI-groups in our study did not differ in SES, age and gender. All CBCL, TRF and YSR mean scores were rated within the normal range. All TRF mean scores were globally higher than CBCL mean scores, and CBCL mean scores were higher than YSR mean scores. Differences between CBCL, TRF and YSR have been found before (1). For overweight participants CBCL, TRF and YSR mean scores were globally higher than for underweight pupils. Higher scores on the scales anxious/depressed and social problems may be due to stigma attached to overweight. The lowest CBCL, YSR and YSR mean scores were found for participants with a normal BMI. Conclusions: Overweight children and adolescents are more at risk for psychosocial problems than normal or underweight pupils.

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

**V13) Eating Disorders and Alcohol Abuse in Finland and Austria**

Bettina GOBER<sup>1</sup>, Karin WALDHERR<sup>2</sup>, Günther RATHNER<sup>3</sup>, Anu RAEVUORI<sup>4</sup>, Jaakko KAPRIO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Universität Wien, Institut für Psychologische Grundlagenforschung, Wien, Österreich;* <sup>2</sup>*Universität Wien, Institut für Entwicklungspsychologie und Psychologische Diagnostik, Wien, Österreich;* <sup>3</sup>*Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich;* <sup>4</sup>*Department of Public Health, Helsinki, Finland*

This study is comparing attitudes of women and men in Helsinki (Finland) and Vienna (Austria) towards eating disorders and alcohol.

Sample: The sample in Helsinki was collected by the Department of Public Health from 2000 to 2003. The age ranging between 22-28 years, the sample size was 630 persons.

The Austrian sample was collected via an online survey in March 2008. In addition to the age range of 22-28 years, the Austrian sample also surveyed the same age cohort (1974-1979) as in Finland and the sample contains 309 participants.

Method: The questionnaire included the first three scales of the EDI-2 (Eating Disorder Inventory 2) and two questionnaires about alcohol, (modified Michigan Alcoholism screening test, MMAST; Rutgers Alcohol Problem Index, RAPI). Furthermore, demographic data and additional issues related to eating disorders and alcohol were asked. Differences between the two countries for different groups (age / cohort, gender and education) as well as differences within the groups of the two countries were statistically verified by using Mann-Whitney-U-Tests.

Results: It turned out that both in Finland and in Austria women are affected by eating disorders and to dissatisfaction with the figure on a larger scale than men. Men on the other hand have a higher tendency to problematic attitudes towards alcohol. Comparing Helsinki and Vienna regarding eating

disorders, differences occurred mainly within the male sample. The Austrian men have more problematic attitudes to their bodies and eating habits. In relation to alcohol, women as well as men in Finland have more noticeable habits than the Austrians. In both countries there is only a slight correlation between the tendency of eating disorders and alcohol.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein Vergleich zwischen Helsinki (Finnland) und Wien (Österreich) bezüglich Essstörungen und Alkohol durchgeführt.

Stichprobe: Die Stichprobe in Helsinki wurde vom Department of Public Health zwischen 2000 und 2003 erhoben. Die Altersspanne beträgt 22-28 Jahre. Die österreichische Stichprobe wurde via online-Befragung im März 2008 erhoben. Zusätzlich zur Altersspanne von 22-28 Jahren wurde in Österreich auch die gleiche Alterskohorte (1974-1979) wie in Finnland erhoben.

Methode: Der Fragebogen bestand unter anderem aus den ersten drei Skalen des EDI-2 (Eating Disorder Inventory 2) und zwei Fragebögen zum Thema Alkohol, (modified Michigan Alcoholism Screening Test, MMAST; Rutgers Alcohol Problem Index, RAPI). Weiters wurden demographische Daten und zusätzliche Fragen in Bezug auf Essstörungen und Alkohol erhoben. Unterschiede zwischen den beiden Ländern für verschiedene Gruppen (Alter/ Kohorte, Geschlecht und Ausbildung) sowie Unterschiede der Gruppen innerhalb der beiden Länder wurden mittels U-Tests auf statistische Signifikanz überprüft.

Es zeigte sich, dass sowohl in Finnland als auch in Österreich die Frauen eher zu Essstörungen und zu Unzufriedenheit mit der Figur neigen und die Männer eher zu problematischen Einstellungen in Bezug auf Alkohol. Im Vergleich Helsinki - Wien unterscheiden sich bezüglich Essstörungen interessanterweise in den meisten der Gruppen vor allem die Männer. Die Österreicher haben problematischere Einstellungen zum Körper und zu den Essgewohnheiten. In Bezug auf Alkohol zeigen die Frauen, aber auch die Männer, in Finnland auffälligere Gewohnheiten als die Österreicherinnen und Österreicher. In beiden Ländern konnte nur ein leichter Zusammenhang zwischen der Tendenz zu Essstörung und Alkohol nachgewiesen werden.

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

**V14) Level of Religiosity and Disordered Eating-related Behaviors Among Orthodox Jewish Adolescent Girls in Israel**

Yael LATZER<sup>1, 2</sup>, Orna TZISCHINSKY<sup>3</sup>, Shira GEFEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Haifa, School of Social Work, Faculty of Social Welfare and Health Sciences, Haifa, Israel; <sup>2</sup>Rambam Medical Center, Eating Disorders Clinic, Psychiatric Division, Haifa, Israel;

<sup>3</sup>Emek Yezreel College, Emek Yezreel, Israel

To examine the relationship between level of religiosity, grade level, self-esteem, and level of disordered eating-related psychopathology among Modern Orthodox Jewish adolescent girls in Israel. Method: The sample consisted of 320 Jewish religious adolescent schoolgirls in the 9th to 12th grades of middle and high schools. They completed the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) and the religious questionnaire based on Guttman's instrument. Results: The more religious the student, the less eating-related psychopathology was found. The youngest (grade 9) students were found to be the least religious and to have the highest eating-related psychopathology. Discussion: The results are discussed in terms of the possibility that level of religiosity might, to some extent, protect women against developing body dissatisfaction and eating pathology. A high level of religiosity is associated with less emphasis on the physical attractiveness of women and less pressure for their success and achievement outside the home.

**16:00 – 16:30 Uhr Plenardiskussion mit den Vortragenden dieser Sitzung  
Plenary discussion with all presenters**

**Parallelsitzung 4 / Parallel Session 4  
Body Image/Males & ED**

**Vorsitz / Chair: Michel Probst, Leuven (BE)**

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

**V15) Eating Disorders Among Males are Increasing; Which Differences and Similarities Between Men and Women? Data from a Research into an Italian Residential Centre for Eating Disorders.**

Laura DALLA RAGIONE, L. GIOMBINI, M. SCOPPETTA, D. CESARONI

*Palazzo Francisci, Eating Disorder Residential Centre, Todi, Italy*

International literature highlights an increase in the prevalence of Eating Disorders (ED) among males confirmed in our centre where a consistent raise has been registered.

The aim of our transversal study is evaluating the differences between male and females in patient in our residential centre in terms of epidemiological, clinical and psychopathological characteristics, psychiatric comorbidities and prognosis. The study includes an experimental group of 24 man (mean age= 24,38, SD= 11,89) and a control group of 24 woman matched for age and diagnosis (mean age=23,26, SD= 6,89). All participants, presenting an ED according to DSM-IV, were submitted to: 1) clinical, nutritional and psychiatric evaluation; 2) Psychometric evaluation including SCL-90, BUT, EAT-26 and a semi-structured questionnaire developed by the authors. Patients affected by Psychotic or Affective Disorders were excluded. Groups were compared by means of Multivariate Analyses of Variance (MANOVA) considering age as covariate. The analysis revealed that men present significantly lower mean scores than women for ED symptoms (measured by BUT on Body Image Concern ( $F(1,45) = 4,729$   $p < .05$ ), Avoidance ( $F(1,45) = 5,175$   $p < .05$ ) and Depersonalization ( $F(1,45) = 4,636$   $p < .05$ ) subscales), psychological distress (measured by SCL-90 on the, Interpersonal Sensitivity ( $F(1,48) = 4,247$   $p < .05$ ), Depression ( $F(1,48) = 5,710$   $p < .05$ ), Anxiety Subscales ( $F(1,48) = 5,610$   $p < .05$ )) and food preoccupation ( $F(1,44) = 1,587$   $p < .05$ ) (revealed by the EAT). Despite limited, our study highlights clinical differences clinicians should consider in order to improve the treatment of ED in men.

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

**V16) New Data for the Body Image Assessment Software (BIAS) Validation**

Marta FERRER-GARCÍA<sup>1</sup>, José GUTIÉRREZ-MALDONADO<sup>1</sup>, Elena MORENO<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>University of Barcelona, Barcelona, Spain; <sup>2</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain*

This study provides new data that corroborates the good psychometrical qualities of the Body Image Assessment Software (BIAS), a new computer program for body image disturbances assessment. The program proposes two visual tasks, which can be carried out independently: body image distortion assessment and body dissatisfaction assessment.

The program was tested on 108 female undergraduate students and 85 women with eating disorders (ED), in the context of a greater research. The participants filled in the Eating Attitudes Test-26, the Body Shape Questionnaire, the Body Dissatisfaction Scale of the Eating Disorders Inventory-2 and the Body Image Assessment-Revised (a test of silhouettes).

Results showed good internal consistency (Cronbach's Alpha of 0.914 in the body image distortion scale and Cronbach's Alpha of 0.945 in the body dissatisfaction assessment task). Principal components analysis of body image distortion scale yielded a single main factor which accounted for 63.47% of variance. Principal components analysis of body dissatisfaction scale yielded a single main factor too, which accounted for 73.33% of variance. Scores obtained in BIAS's body image distortion and body image dissatisfaction scales were correlated with those obtained with other instruments with known validity. All correlations were significant. Finally, BIAS allowed discriminating between patients with ED and students without ED in both body image distortion ( $F = 42.78$ ;  $p < 0.001$ ) and body dissatisfaction ( $F = 64.08$ ;  $p < 0.001$ ).

Results show good internal consistency, construct validity, convergent validity and discriminant validity. Patients with ED show significantly more body image distortion (overestimation of body size) and body image dissatisfaction than controls.

The BIAS (Spanish, English, Italian and German version) is free available at <http://www.ub.es/personal/rv/ecic.htm>

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

**V17) The Impact of Exposure to Different Virtual Environments on Body Image in Patients With Eating Disorders and Controls**

Marta FERRER-GARCÍA<sup>1</sup>, José GUTIÉRREZ-MALDONADO<sup>1</sup>, Elena MORENO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Barcelona, Barcelona, Spain; <sup>2</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain

Some authors have stressed the fact that body image may be more a state than a trait and may change according to situational or emotional variables. The aim of this study is to assess the influence of the situation to which patients with eating disorders (ED) and controls are exposed on body image distortion and body image dissatisfaction.

Eighty-five patients with ED and 109 undergraduate students were exposed to four virtual reality environments: a kitchen with high-calorie food, a kitchen with low-calorie food, a restaurant with high-calorie food and people, and a restaurant with low-calorie food and people. After exposure to each environment Body Image Assessment Software was administered.

Repeated measures analysis 2 (Food: High-calorie vs. low-calorie) x 2 (People: Presence vs. absence) x 2 (Group: ED vs. control) were used. Results showed a main effect of the variable "Food" both on body image distortion ( $F(1, 191) = 63.738$ ;  $p < 0.001$ ) and body dissatisfaction ( $F(1, 192) = 26.586$ ;  $p < 0.001$ ), and an interaction between the variables "Food" and "Group". Patients with ED showed greater body image distortion ( $F(1, 191) = 38.916$ ;  $p < 0.001$ ) and more body dissatisfaction ( $F(1, 192) = 11.252$ ;  $p = 0.001$ ) after being exposed to environments where they had to eat high-calorie food, while controls showed similar levels of body image distortion and body dissatisfaction across all the situations.

These results suggest that body image can indeed be understood as a state rather than as a trait, being modified when the participants are exposed to situations which are emotionally relevant for them.

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

**V18) Size Evaluation in Anorexia Nervosa**

Michal HASON-ROZENSTEIN<sup>1</sup>, Yael LATZER<sup>2</sup>, Eitan GUR<sup>3</sup>, Daniel STEIN<sup>3</sup>, Miri GIVON<sup>2</sup>, Zohar EVIATAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Haifa, Haifa, Israel; <sup>2</sup>Rambam Medical Center, Haifa, Israel; <sup>3</sup>Shiba Medical Center, Tel Hashomer, Israel

**Aim:** Eating Disorder (ED) patients and especially women with anorexia tend to show bias in evaluating body size or food related stimuli. We examined ability and hemispheric dominance in women ED in an emotionally unbiased size evaluation task. Differences will indicate a more general deficit in size perception and evaluation that may be independent of the emotional aspects of the disease.

**Method:** We compared 3 groups of ED patients to a group of 21 healthy control participants: 19 Bulimia Nervosa Purging type (BNP), 18 Anorexia Nervosa Purging type (ANP), and 15 Anorexia Nervosa Restricting type (ANR). We measured error rate (ER) and response time (RT) using a divided visual field paradigm in which participants were required to decide whether a bar graph presented to the right or left visual field (RVF/LVF) represented an odd or even number.



Christopher HARRIS, Steven COLLISHAW, Julie MCCORMACK, Nicola DALE, Lisa FERRARO, Hunna WATSON, Marion FORSTER, Kate ALDERSON  
*Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Perth, Australia*

Rural and remote individuals with mental health problems experience significant barriers to treatment relative to their urban counterparts. These include: disadvantaged access to services, increased stigmatisation, care settings with fewer opportunities for specialist training and consultation liaison, and significant financial and social burden to individuals and families accessing urban tertiary services. These factors potentiate an increase in the risk of severity of illness and protract the trajectory of illness, as evidenced by a higher readmission rate for children from rural areas at Princess Margaret Hospital (hH) Eating Disorder Program (Clinical Audit, 2005). We describe the rationale and development of a State Health Research and Advisory Council (SHRAC) funded evaluation program implemented at hH in Western Australia. The primary aim of the project is to improve the efficiency of eating disorder management for children and adolescents from rural and remote settings. Interventions include a) a community-based training and consultation liaison program b) a group internet treatment and c) an intensive step-down treatment program. Enhancements to the clinical pathway for this group are described and preliminary data presented.

### **WS03) (Über-) Lebenskunst... Essstörungen als Lösungsversuch bei Traumatisierungen**

Ulrike JUCHMANN

*Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Berlin, Deutschland*

Essstörungen können ein Lösungsversuch sein, um traumatische Erfahrungen (Operationen, Verluste, Missbrauchs- und Gewalterfahrungen) zu bewältigen.

Im Workshop wird ein ressourcenorientierter Ansatz vorgestellt, der die Stärken und Fähigkeiten der Betroffenen in den Blick nimmt und gleichzeitig auch Raum gibt für das Mit-Teilen des Schmerzes. Methoden zur Distanzierung, Reorientierung und Stabilisierung werden erprobt und erläutert. Die Verfahren aktivieren und nutzen das kreative Potential der Klienten und schließen Schreibaufgaben, Imagination, Malaufgaben und Körperübungen mit ein. Die Prinzipien von Transparenz, Informiertheit und Wahlfreiheit sind bei diesem Vorgehen zentral.

### **WS04) The Video Feedback Exercise in the Treatment of the Negative Body Experience of Eating Disorder Patients: Sense or Non-sense**

Michel PROBST

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

In the eating disorder pathology body image disturbance is a central theme. Persons suffering from eating disorder evaluate their body structure, their size or certain body parts in an unrealistic way. Even when clearly underweight, some experience their appearance as normal or even too fat. Self-perception and body perception are therefore important aspects of the body experience. Mirror exercise and video feedback exercise are based on exteroception, the opposite of sensory awareness which is based on interoception of the body and are aimed at amplifying awareness of one's own body in its external appearance. Both exercises are assumed to have different effects.

In this workshop the emphasis lies on the use of the video in the treatment of the negative body experience of eating disorder patients. The video feedback exercise is a confrontation method and consists of making standardized video recordings of the patient at the start of the residential treatment and on discharge. General shots of the complete body in frontal back and profile positions

in addition to close ups of parts of the body are taken. The recordings last about 10 minutes. During the first week of the treatment the pictures are shown to the patient and to the group she belongs to. The week before discharge the patient is confronted both with the admission and the final recording. After viewing herself on video the patient tries to express her thoughts and feelings. Then her fellow patients in the group have the opportunity to express their feelings and ask questions. On discharge the two recordings are compared. The therapist refrains from giving comment but notes the responses. This method is a greatly modified form of Yager et al. (1981).

Clinical experience has increasingly strengthened the impression that the reactions to the video recording provide very important information for the therapy. Patients confirmed this impression. They stated that the video feedback is a very important exercise in their therapeutic process. Self confrontation and hetero-confrontation (= viewing of other patient's recordings is just as important as the self-confrontation) are combined. The pro and the cons and the integration in an individual outpatient treatment will be discussed and illustrated by a case study.

### **WS05) Hypnose/Hypnotherapie in der Behandlung von Essstörungen**

Charlotte WIRL

*MEGA, Wien, Österreich*

Die Hypnotherapie ist die moderne Hypnosetherapie nach Milton H. Erickson. Sie versteht sich als eine ressourcen-, ziel- und lösungsorientierte Therapieform. Die Hypnotherapie fördert das kreative Potential der Klientinnen, der Patient findet selbst seinen ganz individuellen persönlichen Lösungsweg in Trance. Indirekte Techniken wie Metaphernarbeit, Symptompersonifizierung, Teilarbeit und Geschichten werden kombiniert mit Zukunftsprogression, „Spiegeltechnik“ und klassischen direkten Imaginationen.

Die Hypnotherapie eignet sich im Bereich der Essstörungen vor allem für Adipositas und Bulimie.

SAMSTAG, 18. Oktober 2008 /  
SATURDAY, October 18, 2008

**09.00 – 10.30 Uhr      Parallele Vorträge/Parallel Sessions (5-7)**

**Parallelsitzung 5 / Parallel Session 5  
Therapie II / Therapy II**

Vorsitz / Chair: Gudrun Wagner, Innsbruck (A)

**9:00 - 9:15 Uhr**

**V19) Erste österreichische randomisiert kontrollierte Studie eines internet-basierten Selbsthilfeprogramms versus Bibliothherapie bei Bulimia nervosa: Vorläufige Ergebnisse.**

Johanna DOLLESCHKA, Marion SPITZER, Anna MAYRHOFER, Martina DIEPLINGER, Uschi GAL, Gerald NOBIS, Christian WANNER, Gudrun WAGNER, Andreas KARWAUTZ  
*Medizinische Universität Wien, Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien, Österreich*

In der Behandlung der Bulimia Nervosa (BN) ist die Wirksamkeit von Selbsthilfemanualen mehrfach nachgewiesen. Zum ersten Mal wird in einer randomisiert-kontrollierten Studie ein Internet-basiertes Selbsthilfeprogramm (INT) mit Bibliothherapie („Die Bulimie besiegen“, BIB) verglichen. Beide Programme basieren auf der Kognitiven Verhaltenstherapie und werden durch wöchentlichen E-Mail-Kontakt mit einem Coach ergänzt.

Insgesamt wurden 224 Interessentinnen auf Bulimia Nervosa gescreent, 99 erfüllten die Einschlusskriterien und wurden zufällig einem der beiden Programme zugeteilt: 59 Patientinnen arbeiteten mit INT, 40 mit BIB. Die aktive Arbeitsphase betrug in beiden Behandlungszweigen 7 Monate. Evaluationen erfolgten beim Erstkontakt, nach 4 und 7 Monaten.

Die Teilnehmerinnen hatten ein Durchschnittsalter von 24 und eine mittlere Erkrankungsdauer von 8 Jahren. Zu Beginn des Programms lag die mittlere Anzahl der Essanfälle bei über 30 pro Monat, die Anzahl der kompensatorischen Maßnahmen zwischen 24 und 30 pro Monat.

Derzeit haben 44,1% der Patientinnen das INT und 42,5% die BIB beendet. Eine höhere Reduktion der Essanfälle in den ersten 4 Monaten wurde mit INT (60%) im Vergleich zu BIB (31.1%) erzielt, wobei eine weitere Reduktion bis zu Monat 7 erfolgte. Eine Reduktion der kompensatorischen Maßnahmen wurde in den ersten 4 Monaten im Ausmaß von 48.4% mit INT erreicht, und von 20.9% mit BIB. Die Veränderungsmotivation ist im Laufe der 7 Monate angestiegen, begleitende psychopathologische Verhaltensweisen haben sich vermindert.

Erste Ergebnisse lassen darauf schließen, dass beide Programme auch bei einem schwer ausgeprägten Krankheitsbild der BN wirksam sind. Die Methode INT scheint ersten Resultaten zufolge zu einer schnelleren und höheren Symptomreduktion zu führen als BIB.

**9:15 - 9:30 Uhr**

**V20) Wem helfen internet-gestützte Selbsthilfeprogramme?**

Christian WANNER, Johanna DOLLESCHKA, Marion SPITZER, Anna MAYRHOFER, Martina DIEPLINGER, Uschi GAL, Gerald NOBIS, Gudrun WAGNER, Andreas KARWAUTZ  
*Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Eating Disorders Unit, Wien, Österreich*

Um einen günstigen Verlauf in der Behandlung der Bulimia nervosa (BN) zu erzielen, ist der frühzeitige Einsatz von therapeutischen Maßnahmen notwendig. Im Sinne einer stufenweisen Behandlung sind Psycho-edukative Methoden und Selbsthilfeprogramme der 1. Schritt.

Interventionen wie geleitete Selbsthilfe in Form von Manualen (Bibliotherapie) werden gut angenommen und sind wirksam. Die Entwicklung neuer Technologien erlaubt den Einsatz von Psychotherapie für BN in Form von CD-ROMS oder des World Wide Webs. Diese neuen Technologien wurden bisher in Österreich noch nicht zur BN-therapie eingesetzt. Es sollen dadurch besonders Patientinnen angesprochen werden, die sonst keine Behandlung (bzw. Klinik) aufsuchen würden. Ziel dieser Studie war, die geleitete Selbsthilfe mittels Internet (unterstützt durch E-mail Kontakte) bei Patientinnen mit BN hinsichtlich praktischer Einsetzbarkeit, Patientencompliance und Effektivität zu untersuchen und mit einem Selbsthilfemanual in Buchform zu vergleichen.

Wesentliche Bestandteile beider Verfahren sind das Führen eines Esstagebuches und die Identifikation von situationsspezifischen und emotionalen Auslösern für die Ess-/Brechanfälle. In einem weiteren Schritt wird versucht, ein regelmäßiges Essverhalten aufzubauen und Strategien zu entwickeln, mit deren Hilfe Ess-/Brechanfälle hinausgezögert oder vermieden werden können. Flankierende Übungen bestehen in Motivationsarbeit, der Vermittlung von Problemlösungsstrategien, der Veränderung von negativen, automatischen Gedanken, Selbstbehauptungstraining und Rückfallprophylaxe.

Es werden beide Programme vorgestellt und die Inanspruchnahmepopulation beschrieben. Über praktische Erfahrungen, Vorteile, aber auch Grenzen beider Verfahren wird berichtet.

**9:30 - 9:45 Uhr**

**V21) Psychodynamische Fokalthherapie, kognitive Verhaltenstherapie und "Treatment as usual" bei ambulanten Patientinnen mit Anorexia nervosa: eine randomisierte kontrollierte Studie (ANTOP)**

Gaby GROSS<sup>1</sup>, Wolfgang HERZOG<sup>2</sup>, Martin TEUFEL<sup>1</sup>, Katrin GIEL<sup>1</sup>, Stephan ZIPFEL<sup>1</sup>, Beate WILD<sup>2</sup>, Hans-Christoph FRIEDERICH<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland; <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Heidelberg, Deutschland

In der Praxis existieren viele verschiedene Ansätze für die Behandlung der Anorexia nervosa (AN), gleichzeitig fehlen jedoch bis heute größere randomisierte kontrollierte Studien, die eine angemessene Evaluation von Psychotherapieverfahren für diese Störung ermöglichen. Die sogenannte ANTOP-Studie (Anorexia Nervosa Treatment of OutPatients), die bisher größte multizentrische Untersuchung weltweit zur ambulanten Psychotherapie bei erwachsenen AN-Patientinnen, soll diese Lücke schließen. Ziel der Studie ist es, die Wirksamkeit zweier spezifischer Psychotherapieverfahren, fokale psychodynamische Psychotherapie (FPT) und kognitive Verhaltenstherapie (KVT), im Vergleich zur bisher üblichen Standardbehandlung i.S. eines "Treatment as usual" (TAU) zu untersuchen. Primärer Endpunkt ist die Veränderung des Gewichts im Behandlungsverlauf, erfasst werden außerdem Essstörungssymptomatik, psychische Begleitsymptomatik sowie Lebensqualität. Ein weiterer Fokus stellt die Untersuchung von Therapieprozessvariablen dar.

Derzeit werden 237 Patientinnen an 10 deutschen universitären Zentren rekrutiert. Patientinnen, die die Einschlusskriterien erfüllen, werden in eine der 3 Gruppen randomisiert. FPT und KVT umfassen 40 ambulante Einzelsitzungen über einen Zeitraum von 10 Monaten. Für die Durchführung wurden gemeinsam mit internationalen Beratern spezifische Behandlungsmanuale entwickelt. Aufgrund der ethischen Probleme hinsichtlich Warte-Kontrollgruppen bei AN wurde als Kontrollbedingung TAU gewählt, das die aktuelle Praxis der ambulanten Versorgung gemäß Richtlinienpsychotherapie bei AN widerspiegelt. TAU-Patientinnen werden nicht am Zentrum behandelt, sondern bei ihrer Suche nach einem ambulanten Therapieplatz unterstützt. Therapeutische Dosis und Behandlungsbedingungen werden systematisch erfasst.

Zum jetzigen Zeitpunkt werden das Studiendesign sowie die in der Studie zum Einsatz kommenden Methoden vorgestellt.

**9:45 - 10:00 Uhr**

**V22) Ernährung und Ernährungsberatung bei Patienten mit schwerster Anorexia nervosa (BMI < 13 kg/m<sup>2</sup>)**

Annette NISCHAN

*Charité Universitätsmedizin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Berlin, Deutschland*

Menschen mit A. nervosa sind Experten, wenn es um Kalorien zählen und Kalorien sparen geht. So lange es keine äußeren Anzeichen von Mangelerscheinungen gibt, wie z.B.: Haarausfall, trockene Haut, oder keine körperlichen Schwächen wahrgenommen werden, ist die Ernährung aus Sicht der Patienten perfekt. Das Monitoring des Essens ist das Instrument ihrer Krankheit. Das Instrument an einen anderen Ernährungsexperten abzugeben ist schwer, erfordert Vertrauen und kann nur schrittweise umgesetzt werden. Manchmal gelingt es nie.

Vertrauen kann geschaffen werden durch Transparenz der Ernährungstherapie: kein maßloses "Mästen", sondern ein gesundes, stoffwechseladaptiertes Zunehmen durch Ermittlung des genauen Energiebedarfs für eine Gewichtszunahme von 0,5 kg bis max. 1 kg wöchentlich. Mit einem täglichen Energieüberschuss von ca. 500 kcal und angemessener körperlicher Aktivität wird erreicht, dass nicht nur Körperfett, sondern auch Muskelmasse aufgebaut wird. Regelmäßige Bioimpedanz-Messungen können die Vorgehensweise bestätigen, fördern die Therapieakzeptanz. Nach ausführlicher Anamnese zur Ernährung und Gewichtsverlauf, wird die Startenergiezufuhr bestimmt und ein individueller Ernährungsplan erstellt. Ein schrittweiser Kostaufbau zur Vermeidung eines Refeeding-Syndroms und zur langsamen Akzeptanzsteigerung ist notwendig. Jeder Schritt wird zwischen Pat. und Diätassistentin abgesprochen. Eine Gewichtszunahme kann frühestens nach 7-10 Tagen erwartet werden, nach Abschluss des Kostaufbaus. Mit Pat. verhandelbar ist eine individuelle Kombination aus oraler Kost, enteraler Trink- und/oder Sondennahrung, nicht verhandelbar ist die Höhe der Energiezufuhr. Pat. mit BMI < 13 kg/m<sup>2</sup> werden in Anbetracht ihres vital bedrohlichen Zustandes anfangs parallel zur oralen Kost per nasoduodenaler Sonde ernährt. Unterstützend sind im Verlauf der Therapie das gemeinsame Kochen, Einkaufengehen, geplantes Essen (z.B. Cafébesuche etc.).

Patienten zeigen sich kooperativer in der Therapie, wenn sich für sie zeigt, dass Gewichtsentwicklung und Gewichtsprognosen übereinstimmen und sie in diesem schwierigen Thema individuell ernst genommen und in die Behandlungsplanung integriert werden.

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

**V23) Manualisierte kognitiv-behaviorale Gruppentherapie (G-KVT) für Mädchen mit Anorexia Nervosa (AN) und ihre Familien**

Susanne OHMANN, Christian POPOW, Bibiana SCHUCH, Andreas KARWAUTZ

*Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien, Österreich*

Ziele: Wir haben ein multimodales G-KVT Programm für anorektische Mädchen entwickelt und prospektiv innerhalb der letzten 4 Jahre evaluiert.

Patienten und Methoden: 30 Mädchen im Alter von 13 bis 17 Jahren (Median 14) mit AN (restriktiver und binge purging Typ, medianer BMI 15, Streubreite 12-17) wurden im Laufe von 4 Jahren vier aufeinanderfolgenden Therapiegruppen mit jeweils 7-9 Patientinnen zugeordnet. Die Patientinnen erhielten bis zu 40 wöchentliche Therapieeinheiten zu 90 Minuten: manualisierte, ambulante G-KVT mit monatlich einer Familiensitzung. Inhalte der G-KVT waren Aufbau therapeutischer Motivation und einer stabilen Patient-Therapeuten-Beziehung, Psychoedukation, kognitives Umstrukturieren, soziales Kompetenztraining, Selbstfürsorge (Genusstraining) und Erlernen von Problemlösestrategien. Der Therapieverlauf wurde vor, während und 1 Jahr nach Therapieende mittels verschiedener psychologischer Tests evaluiert.

Ergebnisse: 21 (70%) Patientinnen haben die G-KVT abgeschlossen, 9 (30%) schieden frühzeitig aus (drop outs). 15 (50% intent to treat (IT), 71% per protocol (PP)) erreichten die therapeutischen Ziele innerhalb des Behandlungszeitraums. 5 dieser Patientinnen (17%) bereits vor Ende des Therapieprogramms. 10 Patientinnen (33% IT / 48% PP) benötigten zusätzliche Einzeltherapiesitzungen während der G-KVT. 3 Patientinnen (10% IT / 14% PP) verbesserten sich während des G-KVT Programms, erreichten die Therapieziele aber erst nach weiterer Einzeltherapie innerhalb der nächsten 1-4 Jahre. Nach erfolgreicher Behandlung traten während einer zwei- bis vierjährigen Katamnese keine Rückfälle auf.

Stimmung, subjektiver Gesundheitsstatus, soziale Fertigkeiten, Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Essverhalten besserten sich bei erfolgreich behandelten Patientinnen deutlich. Soziale Integration, gute therapeutische Compliance und rasche Verbesserung des Essverhaltens erwiesen sich als günstige Verlaufsprädiktoren, komorbide psychiatrische Erkrankungen und schwerwiegende familiäre Psychopathologie als ungünstige. Geringe Therapiemotivation und schwer beeinträchtigte Eltern-Patient Beziehungen begünstigten einen Therapieabbruch.

Schlußfolgerungen: Unser G-KVT Programm ist zeiteffizient und erfolgreich für die Behandlung und Rückfallsprävention von jugendlichen Patientinnen mit AN.

Objectives: We compiled a multimodal cognitive behavioral group treatment (G-CBT) program for adolescent girls with anorexia nervosa (AN) and present extensive evaluation data of a four years prospective study.

Patients and Methods: Thirty girls, aged 13 to 17 years (median 14), with AN (median BMI 15, range 12-17) were assigned to four consecutive treatment groups of 7-9 patients. Patients received up to 40 weekly scheduled double sessions of manualized outpatient G-CBT including monthly scheduled family sessions. CBT included building up of therapeutic motivation and a stable patient therapist relationship, psycho education, cognitive restructuring, training of social skills, self-care (hedonism), and problem solving. The therapeutic course was evaluated using various psychological tests deployed before, during, and one year after therapy.

Results: 21 (70%) patients completed the G-CBT program, 9 (30%) dropped out ,15 (50% intent to treat (IT), 71% per protocol(PP)) reached the therapeutic goals within the treatment period. 5 of these (17%) reached the therapeutic goals earlier. 3 patients (10% IT/ 14% PP) improved but had a protracted course. 10 patients (33% IT/ 48% PP) needed additional single CBT. No patient relapsed after successful treatment during 2-4 years follow-up.

Mood, subjective state of health, social skills, self-care, self-efficacy and eating behavior improved. Social integration, good therapeutic compliance, and rapid improvement of eating behavior predicted favorable, comorbid psychiatric disorders and severe family psychopathology predicted poor outcome. Weak motivation for therapy and severely compromised parent-patient relationships predicted drop-out.

Conclusions: G-CBT is successful and time-efficient in improving outcome and preventing relapse of AN.

## **Parallelsitzung 6 / Parallel Session 6**

### **Männer / Komorbidität**

**Vorsitz / Chair: Cornelia Thiels, Bielefeld (D)**

**9:00 - 9:15 Uhr**

**V24) Anorexia/Bulimia nervosa bei Jungen und Männern**

Monika VOGELGESANG

*Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Neunkirchen, Deutschland*

Der Suppenkasper war ein Junge, dennoch sind die Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa hauptsächlich Erkrankungen des weiblichen Geschlechts. Vor diesem Hintergrund drohen

männliche Essstörungen aus dem Blickfeld zu geraten. Epidemiologie, Erscheinungsbild, Funktionalität und Therapie der Anorexia und der Bulimia nervosa bei Männern werden dargestellt unter Berücksichtigung klinischer Fallbeispiele und Beschreibungen eines spezifischen Therapieprogramms der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies.

**9:15 - 9:30 Uhr**

**V25) MANNsBILD - Körperbild und Körperschema eines Mannes mit Bulimie  
MANsIMAGE – Body Image and Body Scheme of a Man with Bulimia Nervosa**

Martin KUMNIG

*Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Innsbruck, Österreich*

Störungen des Körperbildes und Körperschemas repräsentieren wesentliche krankheitsdefinierende Faktoren bei der Anorexia und Bulimia nervosa (vgl. DSM-IV). Da genannte Essstörungen vorrangig bei Frauen auftreten, war auch die Forschung zu den beiden Körperkonstrukten und deren Störungen im Wesentlichen auf anorektische und bulimische Patientinnen konzentriert. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, hat eine systematische Beschäftigung mit Essstörungen bei Männern erst ab den 1990er-Jahren stattgefunden.

Anhand der Kasuistik eines Mannes mit Bulimia nervosa, der im Rahmen einer experimentalpsychologischen Einzelfallstudie untersucht wurde, wird die hier zu evaluierende Körperbild-/Körperschemastörung bei Männern mit Essstörungen und ihre konstruktvalide Erfassung (Operationalisierung) besprochen.

Die Ergebnisse des Patienten zu den adaptierten „körperprojektiven“ Instrumenten zeigen einen deutlichen Trend hinsichtlich seiner Körperwahrnehmung, - seinen Körper bzw. untersuchte Körperregionen signifikant zu überschätzen, - der für Essgestörte und ihre körperlichen Wahrnehmungsmuster charakteristisch zu sein scheint. Die Überschätzung von bestimmten Körperregionen scheint für Essstörungen symptomatisch bzw. ein relevantes Leitsymptom zu sein, diese ist jedoch krankheitsspezifisch unterschiedlich stark ausgeprägt und unterliegt entsprechenden soziokulturellen und geschlechtsspezifischen Differenzen.

Weiters wird das körperliche Wahrnehmungsmuster des Patienten dadurch bestimmt, dass das Selbstempfinden, das sich auf das grundlegende Erleben und Erspüren des eigenen Körpers bezieht, gravierend beeinträchtigt ist. Depersonalisierungserfahrungen bestimmen das körperliche Erleben, sodass z.B. einzelne Teile des Körpers als nicht zugehörig/abgespalten erlebt werden.

Demnach können jene, im Rahmen der verwendeten „körperprojektiven“ Verfahren erhobenen dysfunktionalen körperlichen Wahrnehmungsleistungen, mit dem Ausprägungsgrad dissoziativer Phänomene unmittelbar miteinander in Verbindung gebracht werden.

Ergänzend verdeutlicht eine Übersicht zu den bekanntesten Methoden und Instrumenten bezüglich des Assessments von Körperbild- und Körperschemastörungen bei Essstörungen, welche Anforderungen an ein derartiges Instrument gestellt werden, insbesondere hinsichtlich der Erfassung des männlichen Körperbildes.

Disorders of body image and body scheme represent essential pathological factors and key elements of anorexia and bulimia nervosa (see also DSM-IV). As mentioned, eating disorders occur primarily in women, also the research on these two constructs of body-/self-concept was mainly concentrated on female patients with Anorexia or Bulimia nervosa. With few exceptions, a systematic preoccupation with eating disorders among men was initiated not before the 1990s.

Using the exemplary case report of a man with bulimia nervosa, who was observed in the context of an experimental-psychological single case study, to discuss the here being evaluated disturbance of body image in men with eating disorders and their construct-valid operationalization.

The results of the male patient, who was adapted to so-called whole body image assessment instruments, show a clear trend in the patient's body perception. The patient's body perception can

be defined through a significantly overestimation of specific body parts. This trend seems to be characteristic for eating disturbed women and men, and their physical exercise patterns. The overestimation of certain body parts seems to be symptomatic for eating disorders, however it is specified through different processes of ailment and depends on appropriate socio-cultural and gender differences.

In addition, the patient's physical exercise patterns, that are furthermore determined by his self-/body-perception, that is based on the basic experience of the patient's own body, is seriously impaired. Experiences of depersonalization determine the patient's body-perception, so as individual body parts are perceived as external and foreign structures. Thus, those dysfunctional processes within the patient's body-perception, are directly associated with the degree of expression of dissociative phenomena. In addition, a methodological overview of the most well-known methods and instruments for the assessment of body image and body scheme disturbances in eating disorders, illustrates which demands on such an instrument are made, particularly concerning the coverage of the male body image.

**9:30 - 9:45 Uhr**

**V26) "Sommerprojekt: Essen, Kunst und Körper". Teilstationäre Kurzzeittherapie zur Therapiemotivation in den Ferien**

Karen SILVESTER

*Danuvius Klinik Ingolstadt, Fachbereich Essstörungen, Ingolstadt, Deutschland*

Anorektische und bulimische Ess-Störungen haben ihren Beginn fast ausschließlich während Pubertät und Adoleszenz. Diese Lebensabschnitte werden neben den einschneidenden körperlichen und seelischen Veränderungen auch durch Entwicklungen und Schwellensituationen in den Bereichen Schule, Ausbildung und Beruf geprägt. Die Jugendlichen befinden sich in entscheidenden Abschnitten ihrer Schulbildung, beispielsweise im Vorfeld von Abschlussprüfungen oder Schulwechsel, stehen vor der Entscheidung für eine Ausbildung oder haben letztere gerade eben begonnen. Bei einer in diesem Zeitraum auftretenden Ess-Störung kann die üblicherweise mehrmonatige Behandlung im stationären Setting, meist verbunden mit großer räumlicher Distanz, problematisch sein, da sie für die Jugendlichen eine längere Unterbrechung von Schule oder Ausbildung und ein Herauslösen aus dem Lebensumfeld bedeutet. Um diesen starken Eingriff in die diversen Lebensbereiche der Betroffenen einerseits zu vermeiden, andererseits aber die dringend notwendige und möglichst frühzeitige Behandlung zu ermöglichen, wird in der Danuvius Klinik in Ingolstadt seit 2004 ein vierwöchiges tagklinisches Therapieprojekt jeweils während der Schulsommerferien angeboten. Das „Sommerprojekt Ess-Störungen“ stellt eine auf die oben beschriebenen, aktuellen Lebensumstände der Betroffenen zugeschnittene Therapie dar. Darüber hinaus bietet es den Betroffenen die Möglichkeit, therapeutische Behandlungsmethoden kennenzulernen und diesbezügliche Vorbehalte und Ängste abzubauen. Darüber hinaus sollen die jungen Patientinnen und Patienten zur weiteren Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung bzw. zu weiteren erforderlichen therapeutischen Maßnahmen motiviert werden.

Die Referentin litt früher selbst unter Anorexie und leitet heute den Fachbereich Essstörungen an der Danuvius Klinik Ingolstadt.

**9:45 - 10:00 Uhr**

**V27) Essstörungen und Selbstverletzung**

Waltraut KOMPEIN-CHIMANI, Katharina SULZBACHER

*Therapiezentrum Weidenhof, Grafenstein, Österreich*

Immer häufiger werden wir als Therapeuten mit dem selbstverletzenden Verhalten von Mädchen und jungen Erwachsenen konfrontiert, die auch an Essstörungen leiden. Die Grenzen zwischen Selbstvernichtung, Selbstverletzung, body-art, body-modification sind fließend und verschwimmen immer mehr. Nach dem Motto: „Mein Körper gehört mir und deshalb mache ich mit ihm was ich

will“ hungern sich viele junge Menschen zu Tode oder verstümmeln ihre Körper auf alle erdenklichen Weisen bis zur Unkenntlichkeit. In unserem Beitrag möchten wir auf die unterschiedlichen Arten der Selbstverstümmelung eingehen und aufzeigen, wie man therapeutisch adäquat mit diesen Störungsbildern umgehen kann, was sie uns sagen wollen, wie Heilung möglich ist.

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

**V28) Einfluss von Ernährung und Bewegung auf den Verlauf depressiver Erkrankungen**

Annelore TRIENDL

*Haus des Lebens, Innsbruck, Österreich*

In der Depression verkümmern unbemerkt wichtige innere (psychische) und äußere (sinnliche) Prozesse und damit geschieht eine Entfremdung der einzelnen Individuen (Prim. Haring). Geht es Menschen psychisch schlecht, essen sie einseitig und unregelmäßig. Entweder die Nahrungsaufnahme kommt zu kurz oder sie haben keine Lust zu essen - es vergeht ihnen der Appetit. Sie empfinden keine Freude am Essen selbst, oder mit jemandem zu essen. Andere aber essen übermäßig viel, füllen sich an, essen ohne Genuss, Freude und Sinn. Das kultivierte Miteinander-Essen verliert an Bedeutung, mit den Essens-Ritualen geht es bergab (Dir.Meller). In der Depression dominiert die Sichtweise für Unvermögen sich Dinge, die man verrichtet, mit größter Aufmerksamkeit (schauen, riechen, fühlen) und Dankbarkeit zuzuwenden; die Zutaten sorgfältig zu wählen und kochfertig vorzubereiten, zu kochen und zu genießen.

<p><b>Parallelsitzung 7 / Parallel Session 7</b> <b>Psychopathologie / Psychopathology</b></p>
--

Vorsitz / Chair: Yael Latzer, Haifa (IL)

**9:00 - 9:15 Uhr**

**V29) Parenting Style and the Eating Disorder Pathology**

Moria GOLAN

*Shahaf, Community Based Services for Eating Disorders, Tel Hai Academic College & The Hebrew University of Jerusalem, Tel Aviv, Israel*

With the increase in eating disorder incidence in recent years, the role of parents in the pathology of these illnesses is of great interest, particularly, the impact of parenting style.

Purpose: The presented study aimed to investigate the association between parenting style, eating disorder symptoms and treatment outcome in 50 patients treated in an intensive outpatient center in Israel.

Methods: Data was collected from the parents themselves, the patients and their siblings (30 families). To assess the association between patients' eating disorder symptoms and their parents' parenting style, parents' BMI and other demographic parameters the Parental Authority Questionnaire (PAQ), the Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2), the Eating Attitudes Test (EAT) and demographic questionnaire were used. Treatment outcome were measured using Strober et al's divisions into 4 recovery scores.

Results: No significant differences were found between the perception of parenting style of the offspring and parents, and patients were found to perceive parenting style in the same way as siblings. A negative correlation was found between mothers' BMI and their permissiveness and a significant, positive connection was found between patients' Drive for Thinness scores and the fathers' authoritarianism. Total EDI score was also significantly and positively correlated with both the authoritarian and permissive parenting styles of fathers. The association between parenting style and EDI scores at baseline and treatment outcome will be discussed.

**9:15 - 9:30 Uhr**

**V30) Sisters of Women with Eating Disorders: Neuro-cognition and Personality**

Michal HASON-ROZENSTEIN<sup>1</sup>, Yael LATZER<sup>2</sup>, Eitan GUR<sup>3</sup>, Daniel STEIN<sup>3</sup>, Miri GIVON<sup>2</sup>, Zohar EVIATAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Haifa, Haifa, Israel; <sup>2</sup>Rambam Medical Center, Haifa, Israel; <sup>3</sup>Shiba Medical Center, Tel Hashomer, Israel

**Aim:** We examined heritability as a risk factor and looked for protecting factors in Eating disorders (ED), focusing on hemispheric patterns and personality traits.

**Method:** We tested 5 groups of women: Bulimia Nervosa Purging type; Anorexia Nervosa Purging and Restricting Type; women who had a sister with one of these disorders; and healthy women. All participants performed 3 computerized cognitive tasks: size evaluation, lexical decision and facial-emotion recognition. The computerized tasks used a divided visual-field paradigm in order to define hemispheric patterns. We measured errors and latency. Personality traits were evaluated using questionnaires: depression, impulsivity, obsessive-compulsiveness and alexithimia.

**Results:** In the size evaluation and the lexical decision tasks the sisters scored in between the healthy and the ED groups. In the emotional facial task, the condition in which stimuli were presented in different visual fields resulted in a large bilateral advantage (BA) for the healthy controls, and significantly smaller BAs for the women with ED and their sisters. The results of the questionnaires revealed that the sisters were similar to the healthy participants and different from all ED groups in all the scales except alexithimia, in which they received the lowest scores.

**Discussion:** The experimental tasks suggest that hemispheric specialization and communication is different in healthy controls from the patterns in women with ED and their sisters. These patterns support a genetic basis for hemispheric function in ED and may point to a risk factor. We suggest that alexithimia may be a protecting factor in sisters of women with ED.

**9:30 - 9:45 Uhr**

**V31) Is Emetophobia Different From Anorexia Nervosa? A Preliminary Investigation.**

Emanuel MIAN, Massimiliano FANNI CANELLES

*Istituto di Ricerca Internazionale Disagio Salute nell' Adolescenza (IRIDSA), Eating Disorders Research Department, Trieste, Italy*

**Introduction:** Emetophobia is the fear of vomiting or to see others doing the same. Sufferers are also scared of nausea because of its strong link with vomiting. Emetophobics pay great attention to every gastrointestinal symptom and refuse to consume foods with fats or carbohydrates needing continuous reassurances on food content and avoiding social occasions where they are pushed to eat. This behaviour quickly force them to starve to underweight and many are often wrongly diagnosed as having an Eating Disorder mainly Anorexia Nervosa. **Objective:** The aim of this study was to evaluate differences between Emetophobia and Anorexia Nervosa patients. **Method:** Nineteen (19) women with Emetophobia (EPH) and twenty (20) women with Anorexia Nervosa Restricting Type (ANR) of the same age were recruited and randomly selected from an outpatients group at the beginning of treatment. They were subministered the Eating Disorders Inventory (Gardner et al., 1993), the Symptoms Checklist 90 (Derogatis, Lipman & Covi, 1973), the Body Attitude Test (Probst et al., 1995) and the Rosenberg Self Esteem Test (Rosenberg, 1965). **Results:** EPH patients had significant higher scores in EDI Ineffectiveness, BAT Lack of Familiarity (factor 2), SCL90 Paranoid Ideation and RSE Total Score while ANR patients had higher scores in EDI Drive for Thinness, Body Dissatisfaction, Enteroceptive Awareness, SCL90 Interpersonal Sensitivity, Anxiety, BAT Total and Body Dissatisfaction. **Conclusion:** More research is required to explore the distinctive eating patterns and body image issues in order to discriminate these two distinct psychopathologies.

**9:45 - 10:00 Uhr**

**V32) Attitudes Toward Life and Death in Suicidal and Non-suicidal Female Adolescent Eating Disorder Inpatients**

Daniel STEIN<sup>1</sup>, Dana ZINMAN<sup>1</sup>, Roni HALEVI<sup>1</sup>, Eytan BACHAR<sup>2</sup>, Shulamith KREITLER<sup>3</sup>, Israel ORBACH<sup>4</sup>

<sup>1</sup>The Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Ramat Gan, affiliated with the Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel; <sup>2</sup>The Hebrew University at Jerusalem, Departments of Psychology and Psychiatry, Jerusalem, Israel; <sup>3</sup>Tel Aviv University, Department of Psychology, Tel Aviv, Israel; <sup>4</sup>Bar Ilan University, Department of Psychology, Ramat Gan, Israel

**Aims:** To assess attitudes towards life and death in suicidal and non-suicidal eating disorders (ED) patients, and the variables mediating these attitudes.

**Methods:** We assessed 32 female adolescent ED inpatients who attempted suicide at least once, 43 female adolescent ED inpatients with no history of suicidal behavior, and 21 non-ED control female adolescents. The groups were compared with the Multi Attitudes Suicide Tendency Scale (MAST) assessing attitudes towards life and death, and according to demographic, clinical and psychometric data.

**Results:** Both ED groups scored lower on the MAST-Attraction to Life and higher on the MAST-Repulsion by Life compared with the controls. The suicidal ED patients scored higher on the MAST-Attraction to Death compared with both other groups, and lower on the MAST-Repulsion by Death compared with the non-suicidal ED patients. Suicidal ED patients had more pathological attitudes towards their body and lower body-protection compared with both other groups. Significantly more suicidal ED patients had bingeing/purging type EDs, comorbid depressive disorders, and past sexual abuse. Several variables were found to significantly predict the different MAST scales, primarily depression, anxiety, and attitudes towards the body.

**Discussion:** The non-suicidal and suicidal ED patients were similar in their attitudes towards life, with the suicidal patients faring worse in their attitudes towards death. These findings suggest that that the basic fear of life characteristic of adolescent ED patients may change into an increased suicidal risk in the context of childhood sexual abuse, bingeing/purging pathology, depression, anxiety, and negative attitudes towards the body.

<p><b>Parallelsitzung 8 / Parallel Session 8</b> <b>Therapie III / Therapy III</b></p>
--

Vorsitz / Chair: Burkard Jäger, Hannover (D)

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

**V33) Der Weg von der Infostelle zur Fachstelle für Ess- Störungen in Südtirol - Entwicklungen und Erfahrungen aus der Praxis**

Angelika FAUSTER

*Forum Prävention, Fachstelle für Ess- Störungen, Bozen, Italy*

infes- die Fachstelle für Ess- Störungen ist als solche einmalig in Südtirol. Es ist eine erste Anlaufstelle für das ganze Land. Die Tätigkeitsbereiche der Fachstelle reichen von der Präventionsarbeit über die Erstberatung bis hin zum Angebot angeleiteter Selbsthilfegruppen. Zentral für die Fachstelle ist zudem die Vernetzung mit den ambulanten und stationären therapeutischen Einrichtungen sowie den Bildungseinrichtungen im Lande. Die Mitarbeiter der Fachstelle kommen aus den Bereichen der Psychologie, Ernährungswissenschaft, Pädagogik und Lebensberatung und bilden somit ein bunt gemischtes Expertenteam.

Infes entstand 1992 aus einer Betroffeneninitiative und war lange Zeit ein privater, teilweise ehrenamtlicher Verein. Mit den Jahren ist die Stelle gewachsen und hat zahlreiche Entwicklungen durchgemacht, die im Jänner 2007 dazu geführt haben, dass die Stelle Teil des Vereines Forum Prävention wurde. Die Stelle hat einen starken Trägerverein erhalten wodurch die Weiterentwicklung zusätzlich gefördert wurde. Damit wurde infes von der Infostelle zur Fachstelle für Ess- Störungen. Zahlen belegen, dass die Nachfrage in allen Tätigkeitsbereichen stetig zunimmt und dass sich neue Bedürfnisse wie zum Beispiel verstärkte Elternarbeit, frühere Ansätze in der Prävention sowie häufigere Treffen bei den Selbsthilfegruppen auf tun. Bisherige Entwicklungen und Erfahrungen werden vorgetragen, sowie Zukunftsperspektiven im Bereich Prävention, Beratung und Selbsthilfe aufgezeigt.

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

**V34) Stationäre Psychotherapie bei Patienten mit Anorexia nervosa**

Barbara VOIGT, Andrea RIEDL, Burghard F. KLAPP, Eugenia-Maria CRACIUN

*Charité Universitätsmedizin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin, Deutschland*

Frühzeitige therapeutische Intervention mit der Integration von Verhaltenstherapie und psychodynamischer Psychotherapie umfasst eine komplexe Behandlung, die Einzelgespräche, Gruppen- und Sporttherapie sowie körperpsychotherapeutische und edukative Maßnahmen einschließt. Darüber hinaus wird die Familie in die Behandlung einbezogen. Ein wichtiger Eckpfeiler der Behandlung stellt eine längerfristige Planung ambulanter therapeutischer Maßnahmen dar.

Am Beispiel eines klinischen Verlaufs einer Patientin unter Einbeziehung der Selbsteinschätzung mittels psychometrischer Testverfahren (Einschätzung persönlicher Ressourcen, Selbstregulation, wahrgenommener Beschwerden) wird das Konzept stationärer Psychotherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans vorgestellt, welches sich auch bei schwer anorektischen Patienten mit einem BMI < 14 kg/ m<sup>2</sup> bewährt hat.

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

**V35) Patienten-Nutzerstruktur eines moderierten Internet-Esstörungsforums am Beispiel von [www.bulimie.at](http://www.bulimie.at)**

Friederike HESBERGER<sup>1</sup>, Annegret KÖHRING<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Theatergruppe "Die Mitternd. Brettblödler", Ebreichsdorf, Österreich; <sup>2</sup>Technische Universität Ilmenau, Institut für Biomedizinische Technik und Informatik, Ilmenau, Deutschland*

Die hier vorgestellte Studie diente zur Erfassung der Nutzerstruktur eines Internet-Esstörungsforums, des österreichischen Bulimie-Forums [www.bulimie.at](http://www.bulimie.at). Dabei wurden nur die an einer Essstörung, im konkreten Bulimia Nervosa, erkrankten Patienten untersucht, keine Angehörigen oder bereits gesunden Nutzer. Mittels eines Fragebogens wurden neben allgemeinen Angaben wie beispielsweise Alter, Familienstand, Personen im Haushalt, berufliche Tätigkeit und Schulabschluss, auch Daten bezüglich der Essstörung (Art, Erkrankungsdauer, BMI, Behandlungen, komorbide psychische Erkrankungen etc.) erfasst.

Insgesamt nahmen 87 freiwillige Forumsnutzer aus Österreich, Deutschland und der Schweiz, davon 4 männlich und 83 weiblich, an dieser Untersuchung teil. Das mittlere Alter lag bei 22 Jahren mit einem Bereich von 14 bis 43 Jahren. Als ihr derzeitiges Krankheitsbild gaben 75% der Teilnehmer Bulimia Nervosa an, 22% eine Mischform aus Anorexia und Bulimia Nervosa und der Rest wies atypische Formen auf oder machte keine Angabe dazu. Der mittlere Body-Mass-Index ergab sich zu 21.25 kg/m<sup>2</sup> mit einem Bereich von 14.79 bis 43.26 kg/m<sup>2</sup>, wovon 67% der Teilnehmer Normalgewicht aufwiesen, 22% Untergewicht und 8% Übergewicht. Die Erkrankungsdauer an einer Essstörung lag zwischen 1 und 24 Jahren im Mittel bei 6.64 Jahren. Erschreckenderweise gaben trotz dieser Erkrankungsdauer 46% der Patienten an, noch nie bei einer

Behandlung gewesen zu sein. Der Rest besuchte schon mindestens eine ambulante oder stationäre Therapie bzw. eine Kombination aus beiden. Für zahlreiche Patienten scheint die Anmeldung und Nutzung eines solchen Forums der erste Schritt in Richtung Krankheitseinsicht und Auseinandersetzung mit dieser bzw. Öffnung gegenüber anderer Personen zu sein. Weitere Handlungen auf dem Weg zu einem Therapiebeginn und zur Genesung werden initialisiert.

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

**V36) Betreuungs- und Therapiestandards der essstörungsspezifisch betreuenden Wohneinrichtung Amidon in Uelzen**

Wally WÜNSCH-LEITERITZ, Christiane FRIEDRICH, Andreas LEITERITZ

*Amidon, Essstörungsspezifische betreute Wohneinrichtung, Uelzen, Deutschland*

Seit November 2002 gibt es in Uelzen die essstörungsspezifisch (Anorexien und Bulimien) betreuende Wohneinrichtung Amidon.

Vorgestellt werden der Betreuungs- und Behandlungsansatz, die Aufnahmekriterien, häufig auftretende Problemstellungen, unseren Umgang damit und vor allem die angewendeten essstörungsspezifischen Strategien.

<p><b>Parallelsitzung 9 / Parallel Session 9</b> <b>Behandlung / Treatment</b></p>
--

Vorsitz / Chair: Rosa Reich, Barcelona (ES)

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

**V37) Therapeutic Alliance in Eating Disorders: Evaluation of the Process Between Patients and Their Therapists**

Silvia FERRARA, E. PERIN, A.L. FIORELLINI

*Casa di Cura Parco dei Tigli, Eating Disorder Unit, Teolo, Italy*

Introduction

The therapeutic alliance (TA) has been acknowledged as a significant factor in the process and in the effectiveness of treatment. Despite a growing research literature on the therapeutic alliance in psychotherapy, only a few studies have evaluated the TA in the hospital setting. About eating disorder one study only was conducted with an inpatient group (Gallop et al., 1994) but where they evaluated the working alliance between inpatients and staff assistance. As eating disorders are complex illnesses and the hospitalization is a complex treatment, in our study we want to evaluate the role of the therapeutic relationship including a complete conception with the aspects of the “working alliance” and “pure relationship” between the therapist and his patient.

Aims

The main objective of this study was to compare the perception of the therapeutic alliance between patients with eating disorder and their psychotherapists and to analyse the characteristics of this relationship.

Methods and Measures

Subjects who were admitted consequently in a regime of voluntary hospitalization at Eating Disorder Unit during last year were evaluated to be involved in our study.

SCID I structured interview was used according to the DSM IV-R to establish the diagnostic categories in eating disorders (AN-R; AN-BN; BN).

Inpatient sample and psychotherapists were involved to evaluate their therapeutic alliance relationship. We used California Psychotherapy Alliance Scale - CALPAS (Marmar et al., 1989) to measure the therapeutic alliance indexes. The CALPAS was completed by inpatients (CALPAS-P)

and psychotherapists (CALPAS-T) between the third and fourth week (T-1) and again between the seventh and eighth week (T-2). Inpatients and psychotherapists completed separate the scale CALPAS at each time point as soon stopped the session.

#### Results

20 inpatients and 4 psychotherapist were involve to complete the two versions of the Calpas scale. Therapeutic alliance process between patients and them therapists was investigated on 4 factors: Patient Working Capacity (PWC); Patient Commitment (PC); Working Strategy Consensus (WSC); Therapist Understanding and Involvement (TUI).

#### Discussion

There were important differences comparing 'patient' and therapist' evaluations in the first CALPAS administration and in the second one. The main result was the initial patient's overvalue of the TA; it's could be necessary to set off an important process of idealization of the therapist that will be to positive identification with the same (with the consequent organization of patient's Ego).

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

##### **V38) Interdisciplinary Treatment of Severe Anorexia Nervosa (BMI < 13 kg/m<sup>2</sup>)**

Eugenia Maria CRACIUN, B. VOIGT, A. NISCHAN, M. PIRLICH, B.F. KLAPP, M. BALLMAIER

*Charité Universitätsklinik, Berlin, Deutschland*

We would like to introduce a concept for an interdisciplinary inpatient treatment of Anorexia Nervosa (predominant patients with a BMI less than 13 kg/m<sup>2</sup>). The participating disciplines are internal medicine, psychiatry and psychosomatics. All the patients agree to the therapy voluntarily. The duration of the treatment is adapted to every patient's individual necessity. Usually it lasts between 3 and 8 months.

We start with a week of systematic diagnostics to verify the somatic and psychic state of the individual patient. Then the therapy starts on three different levels:

1. stabilisation of the somatic state and weight gain

(treatment of the different somatic problems; strict, individually adjusted diet-program including high caloric beverages and/or nasogastric-tube feeding; exercises to relearn eating and information about food and normal eating behaviour; medication)

2. amelioration of the own body perception and acceptance

(including individual physiotherapy and sports program, massage, mirror-exposure-therapy, music- and art- therapy)

3. work on conflicts and problem areas as well as perspectives

(psychotherapy including single, group and family sessions; work on and organisation of perspectives after the inpatient treatment)

The aim of our concept is to long-term stabilize our patients and prevent relapses on the bases of a strong relationship between patients and the therapeutic team during the months of treatment and afterwards (stable contact persons, control of the body weight, ambulant single and group sessions).

We will present first promising results.

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

##### **V39) Light Therapy with Chronic Anorectic Patients**

Peter DAANSEN

*PsyQ Haaglanden, Den Haag, The Netherlands*

The prognosis for recovery of patients with anorexia nervosa is very moderate. Of all psychiatric disorders anorexia nervosa has the highest mortality rate. Although nearly 50 percent fulfils the criteria of full recovery after and a third recovers partly, the relapse rate is high. Cognitive behavioural therapy is the first choice of treatment. However, it is unknown which subgroups of

patients actually might benefit of this treatment. Co-morbid depression and anxiety disorders are considered to be complicating variables.

The last few years light therapy seems to be an effective treatment, especially for seasonal affective disorder and more or less for social phobia and OCD. Also there are some studies which report that patients with bulimia nervosa might benefit of light therapy. Some of the somatic symptoms, typical for those disorders, can also be identified with anorexia nervosa. Several body processes are disturbed: the sleep/night-rhythm, eating behaviour, alertness, hormone and temperature regulation and some cardiovascular functions. All are under control of a biological clock, the so called circadian rhythm, a period of nearly exactly 24 hours. If patients are exposed to bright light in the eyes, the internal circadian processes are synchronized with the normal 24 hour wake and sleep rhythm. Psycho-education based on cognitive behavioural therapy supports the therapy. In this presentation the results of a small pilot study with chronic anorectic patients are presented. The study shows that drive for thinness, bulimia and the menstrual cycle of some female patients have improved immediately after treatment. A follow-up after 3 months still shows some improvement.

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

**V40) A Physiotherapy Pathway for Paediatric Patients with Eating Disorders**

Lauren O'CONNOR, Kate MARTIN

*Princess Margaret Hospital, Perth, Australia*

Physiotherapy intervention for patients with Eating Disorders is largely unexplored in Australia. Australian models of care for paediatric patients with eating disorders have typically not incorporated a structured physiotherapy program.

The Eating Disorders Program at Princess Margaret Hospital in Perth has been providing a Physiotherapy service specific to this patient group since January 2007. The innovative program was built and structured from information contained in the literature, as well as reviewing physiotherapy services provided to this patient group internationally.

This paper will explore and present the current Physiotherapeutic model used in the Eating Disorders program at Princess Margaret Hospital, in particular the structure and components of the program and the evidence supporting the program's implementation. The challenges and barriers to physiotherapy intervention will be discussed as well as the importance of the multidisciplinary team when co-ordinating Physiotherapy services for patients with diagnosed Eating Disorders. Further to this, the future direction for the physiotherapy program will be presented including community access and reduction of long stay hospital admissions.

**12:00 - 12:15 Uhr**

**V41) Compulsory Treatment of Anorexia Nervosa: Clinical, Legal and Ethical Implications**

Anna PALLESCHI, Lucia CESCHIN, Andrea ANGELOZZI, Melissa Rosa RIZZOTTO, Paolo SANTONASTASO

*University of Padua, Psychiatric Clinic, Department of Neuroscience, Padua, Italy*

Introduction: Anorexia nervosa is a psychiatric disorder with one of the highest mortality rates. Patients seem hardly aware of their illness and frequently refuse treatment even if they show an apparently normal capacity for reasoning.

Aims: To analyse the ethical, legal and clinical implications of compulsory treatment in anorexia nervosa.

Method: Review of the literature on the subject in MEDLINE and PUBMED.

Results and discussion: The most relevant ethical problem is at which point a therapeutic intervention may take place taking into account the "well being" of the patient and the respect for her autonomy. This is strictly connected to the evaluation of the patient competence to make valid treatment decisions which is primarily altered by the influence of the disorder on the systems of beliefs, values and wishes. As regards the clinical implications of compulsory treatment, the

existing studies in the literature are very scarce and they not allow us to arrive at any definitive conclusions, particularly in relation to the long-term outcome. Patients admitted compulsorily report a similar weight gain to those admitted voluntarily, albeit over a longer period. Additionally the therapeutic alliance doesn't seem to be compromised.

Conclusions: Additional studies to evaluate outcome in the long-term are necessary in order to define, on the basis of more systematic observation, indications and contraindications of compulsory treatment as a therapeutic tool.

## **Parallelsitzung 10 / Parallel Session 10**

### **Behandlung II / Treatment II**

**Vorsitz / Chair: Chris Harris, Perth (AUS)**

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

#### **V42) Parents as the Main Agent of Change in the Management of Childhood Obesity - from Research to Practice**

Moria GOLAN

*Shahaf, Community Based Services for Eating Disorders, Tel Hai Academic College & The Hebrew University of Jerusalem, Tel Aviv, Israel*

This talk presents the results of two RCT interventions for weight-related problems with the parent as the main agent of change and the implementation of the research conclusions to a national community-based survey.

The two RCT compared interventions in which parents served as the sole agents of change with interventions in which the intervention targeted only the child or the parents & the child.

Targeting parents as the exclusive mediator in a health-centered approach resulted in better reduction in children's overweight percentage and better improvement in the obesogenic load in the environment, than in the setting where parents attended sessions with the obese child or only children attended sessions.

At the national community-based survey, eighty professionals were supervised for 6 months, while recruiting and facilitating parents groups all over the country. Three hundreds and thirty obese children from more than 300 families participated in the project. Although only parents attended the group sessions both children and parents weight status were improved significantly ( $p < 0.02$ ,  $0.01$ ). After 3 months the change in mean BMI zscore of the obese children was  $-0.5$ .

A significant ( $p < 0.001$ ) reduction in the obesogenic load at home was also found in this study. Permissive parenthood was associated with less reduction in both parameters.

Omitting the obese child from the direct intervention, targeting parents only, with a health-promotion approach which emphasizes parenting style and practices, is a cost-effective approach with integrated messages for the management of weight related problems.

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

#### **V43) When Pleasure Turns into Torture... Case Study: Eating and Drinking Habit of a Cyclist During a 5000km Nonstop Race**

Manuela KONRAD, Helmut SIMI

*FH Joanneum Bad Gleichenberg, Bad Gleichenberg, Österreich*

We were working on the eating and drinking habits of a cyclist in ultra distance. The Race Across America (RAAM), is an annual transcontinental bicycle race from the west to east coast of the USA and covers a distance of 5000 km including 37 000 meters of altitude difference. As it is a non stop race, the participants themselves choose their amount and time of sleeping. Enormous variation in temperature as well as accidents like a broken collarbone were only some of the challenges during the 248 hours of the race.

Beside other things, we did exact research as regards the daily consumption of energy, the macro nutrients and anthropometric datas, and periodically took blood samples.

The focus on this work is based on interviews with the athlete after the race in order to get to know his point of view concerning eating and drinking. For him eating is neither pleasure nor relief but only the "last consequence" of hard training and something he has to do willy-nilly. The athlete himself calls it "conscious apathy" - he does not want to be involved in decisions concerning flavour, amount and temperature of his meal and drinks. It is not a pleasure for him to swallow, he even sees it as a duty and would prefer not having anything to do with it. Only common sense makes him pick up the given cups and bottles without asking. He completely abandons responsibility of nutrition and liquids to someone else.

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

**V44) The Therapy of Eating Disorders in the ANAD Therapeutic Communities: an Evaluation of Clinical Effects**

Sabine PRASCH, Eva WUNDERER, Andreas SCHNEBEL

*ANAD e.V., München, Deutschland*

Eating disorders are usually treated in specialised clinical settings. However, it is difficult for patients to transfer their achievements into everyday life. Therapeutic living communities offer an alternative as their setting is close to everyday life. Patients remain integrated in school or work, live largely independently and are continuously cared for by a multidisciplinary team. When evaluating the ANAD therapeutic living communities' concept, several professional disciplines were taken into consideration: psychotherapy, nutritional therapy and social work.

Standardised outcome measures (e.g. EDI2, BDI, SCL90R) were used to assess 38 patients with eating disorders in a pre-post design. Data analysis reveals significant improvements in multiple areas.

Esstörungen werden oftmals in spezialisierten Kliniken behandelt – doch der Transfer der erreichten Erfolge in den „Alltag draußen“ fällt schwer. Unterstützung bieten intensivtherapeutische Wohngruppen, die eine große Alltagsnähe garantieren. So bleiben die Betroffenen in Schule bzw. Beruf integriert, wohnen weitgehend selbständig und werden zugleich rund um die Uhr von einem interdisziplinären Team betreut. In der Evaluation des Therapiekonzeptes wurden die unterschiedlichen Fachbereiche berücksichtigt: Psychotherapie, Ernährungstherapie und sozialpädagogische Betreuung. Zur Anwendung kamen standardisierte Messinstrumente (z.B. EDI2, BDI, SCL90R, PSSI), neben Selbstratings wurden Fremdratings der Bezugspsychotherapeutinnen erhoben. Derzeit handelt es sich um ein Prä-Post-Design. Varianzanalytische Auswertungen zeigen bedeutsame Verbesserungen in den unterschiedlichen Bereichen.

**WS06) More Than Family Therapy: The role of Systems Theory in Developing Child and Adolescent Treatment Services.**

Christopher HARRIS, Steven COLLISHAW, Julie MCCORMACK

*Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Perth, Australia*

Anorexia has a profound impact on the family with parents experiencing a range of emotions from hopelessness to despair. In a recent study of parents of adolescents with anorexia nervosa we found that mothers reported significantly high levels of stress around Social Alienation and Incompetence/guilt compared with fathers. Mothers also reported significantly higher emotion oriented and avoidant coping, with fathers using more task oriented coping strategies. Family therapy has long been recognised as a treatment of choice in adolescent eating disorders, however there are other opportunities to engage families in the therapeutic process. This workshop explores the benefits of child and adolescent eating disorder services reflecting on treatment practices from a systemic perspective to minimise replication of family patterns and offer a model of difference to the families they work with. We present systemic initiatives that we have adopted over a 12 year period including family therapy, parent support groups, parents as consultants, parent psychoeducation seminars, and Consumer Advisory Groups (CAGS). There is an emphasis on inviting dads into treatment and our experience of an Involved Dad's group that has been running bimonthly over the past year. Participants will be asked to reflect on their own practice.

**WS07) Physiotherapie / Wahrnehmung und Rhythmus - Freiraum für Beziehungsbildung. Ein Therapiebaustein des integrativen Therapiekonzeptes der Psychosomatischen Tagesklinik mit dem Schwerpunkt Essstörungen in Innsbruck.**

Agnes HOVE

*Universitätsklinik Innsbruck, Psychiatrie, Psychosomatische Tagesklinik für Essstörungen, Innsbruck, Österreich*

In diesem Workshop haben die Teilnehmer die Möglichkeit durch "low Skill and high sensibility" (geringe Kenntnisse und großes Einfühlungsvermögen) die Wirkung der Wahrnehmung und des Rhythmus auf den eigenen Körper und die Seele zu erfahren. Es werden keine Vorkenntnisse erwartet.

Durch eine Art meditative Einstimmung der Gruppe werden die individuelle Körperhaltung und die individuelle Körperrhythmen wahrgenommen. (Atmung, Herzrhythmus, Körperschwingungen und Körpergeräusche). Ein Instrument, es wären Trommel, Körper, Stimme oder ein anderes noch nicht erkennbares Instrument, das für den Einzelnen passend ist, wird ausgewählt. Das Spielen fängt an. Rhythmen, Harmonien und Disharmonien führen zu unbekanntem Symphonien und die Rhythmen werden zur Musik. Die Rhythmen bekommen einen Rahmen und eine Form wo das Individuelle und das Gemeinsame Platz haben für musikalisches Gespräch.

Die Rhythmusgruppe ist eine Wahrnehmungstherapie wo wir einander mit allen Sinnen wahrnehmen und mit einander spielen.

Wie war es? Wie geht es mir? Hat etwas sich verändert mit der Zeit? Wie fühlt sich der Körper jetzt an? Gibt es ein AHA Erlebnis beim Spielen? Wie war es für Sie? Haben Sie die anderen gehört? Wurden Sie gehört? Diese Fragen wären zu beantworten bevor die Stunde zu Ende ist und die Instrumente und der Raum aufgeräumt wird. Die Spielzeit ist vorbei - klingt nach.

Dieses physiotherapeutische Konzept beinhaltet Elemente der Body Awareness Therapy / BAT und der Expressive Arts Therapy und gibt einen Freiraum, eine Pause für Beziehungen, zu sich selbst, zu den anderen und zu der Außenwelt, sie gibt Raum für "play" und etwas Neues / Veränderung.

### **WS08) Familienorientierte Therapie in der Behandlung von Essstörungen**

Hartmut IMGART

*Parkland-Klinik Bad Wildungen, Bad Wildungen, 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.

### **WS09) Lebenszentrum Zeitraum- innovative und nachhaltige Rehabilitation für Menschen mit Essstörungen**

Armin WIDAUER, Elgard SCHINKO

*Verein Zeitraum, Ostermiething, Österreich*

Der Verein Zeitraum im Oberösterreichischen Ostermiething bietet ein neues Konzept für ein Rehabilitationszentrum, das die Nachbetreuung von Menschen mit Essstörungen in Österreich sichert.

Für jede Bewohnerin wird von einem interdisziplinären Team aus Sozialpädagoginnen, Psychotherapeutinnen, Ärztinnen und Sozialarbeiterinnen ein spezielles Therapieprogramm erstellt. Individuelle Einheiten, sozialpädagogische Programme und Gruppentherapie werden durch ambulante und Angebote für Angehörige ergänzt. Einen weiteren zentralen Bestandteil des Konzepts stellen die berufliche Integration und das betreute Wohnen dar. Die Behandlung im Lebenszentrum Zeitraum erfolgt in drei Schritten: In der Clearing- und Motivations-Phase werden die Grundlagen für die eigentliche Gesundung geschaffen. Der nächste Schritt fördert die individuelle Stärkung und berufliche Integration der Betroffenen. Die abschließende ambulante Nachbetreuungsphase fördert durch eine schrittweise Begleitung (Kompetenztraining, Persönlichkeitsstärkung, Kurse und Schulungen) eine selbstständige und unabhängige Lebensführung. Alle Phasen werden durch entsprechende therapeutische Maßnahmen unterstützt.

Wir werden laufend von Angehörigen und Betroffenen, von Selbsthilfegruppen und von Expertinnen und Experten aus ganz Österreich ermutigt und motiviert, stoßen auf derartig breite positive Resonanz, dass wir uns ungeachtet des politischen Desinteresses dazu entschlossen haben, Teilangebote unseres Projekts vorläufig auf privater Basis zu starten. Die zuständigen Stellen bei Bund und Land räumen zumindest ein, dass eine dringende Notwendigkeit für ein derartiges Projekt besteht, scheuen sich jedoch gleichzeitig davor, Privatinitiativen wie diese zu fördern.

### **WS10) Überwindung durch solidarische Hilfe – Elternselbsthilfe als wichtiges Instrument für die Gesundung betroffener Familien**

Brigitte LIPPELT

### *Elternkreis Essgestörter Töchter und Söhne, Bremen, Deutschland*

In der Bremer Selbsthilfegruppe für essgestörte Töchter und Söhne schliessen sich Eltern zusammen, die für sich und ihre Familien zumindest zwei Fragen bereits beantwortet haben :

- sie erkennen, dass ihre Tochter/ihr Sohn eine Essstörung haben
- sie wissen, dass sie für sich bei der Bewältigung Hilfe benötigen

Sie ergeben sich nicht ihrem Schicksal sondern versuchen, aktiv mit Hilfe und Unterstützung der Gruppe Klarheit zu gewinnen. Sie wollen den für sich erkannten notwendigen Veränderungsprozess einleiten und bewältigen.

Eigene Erfahrungen und das Wissen um das Leiden der Anderen sind die Grundlagen für die angebotene Teilnahme. Professionelle Unterstützung von außen ergänzt im Bedarfsfall die Gruppe positiv.

Ist die Diagnose „Essstörung“ gestellt, sind die Eltern zunächst hilflos, machtlos, ratlos und fühlen sich alleine gelassen. Für die Betroffenen selber gibt es in der Regel - wenn auch manchmal erst nach langwieriger Suche – vielfältige Hilfsangebote ( Ärzte, Psychologen , Kliniken) . Für die Eltern gestaltet sich die Suche nach ädequater Hilfer wie die berühmte Suche nach der Nadel im Heuhaufen.

Die 1992 von zwei betroffenen Müttern gegründete Elternselbsthilfegruppe in Bremen schließt diese Lücke. Hier finden die Eltern ein Forum von Gleichgesinnten.

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 Loslassen, Grenzen setzen und zu sich selber zu finden.

In Gesprächen mit betroffenen Eltern erfahren sie, dass diese Gleiches erleben und bewältigen müssen und das sie ebenso „Fehler“ im Umgang mit der Krankheit machen oder gemacht haben, wie sie selber. Sie erhalten Informationen über positive Erfahrungen anderer Eltern.

Sie erfahren, wie diese das eigene Leben aktiv verändern oder verändert haben und damit positiv die Gesundheit des Kindes mit beeinflussen können oder konnten.

Es wird ihnen aber auch deutlich gemacht wo Grenzen sind, wo Eltern für sich professionelle Hilfe suchen sollten.

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

### **WS11) Schwerelos – multidisziplinäres Therapieprogramm bei Adipositas mit psychischer Komorbidität**

Sandra GNAUER, Daniela ULLMANN, Saskia DRENNIG, Andreas REMMEL

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

Das „Schwerelos“ Programm ist ein multidisziplinäres Therapieprogramm für PatientInnen mit schwergradiger Adipositas und komorbiden psychischen Störungen. Es beinhaltet medizinische, ernährungswissenschaftliche, psychologische und sport- bzw. bewegungstherapeutische Interventionen.

Nach dem Lifestyle-Prinzip beruhen die 4 Säulen auf Ernährung, Bewegung, Verhalten und Emotionen. Das „Schwerelos“-Programm orientiert sich an den international anerkannten Leitlinien der Adipositasgesellschaft, sowie Bausteinen des wissenschaftlich evaluierten „Schlank ohne Diät“-Programms nach Kiefer, Kunze und Schoberberger.

Hauptziel des „Schwerelos“-Programms ist eine langsame, nachhaltige Gewichtsreduktion mit Hilfe einer dauerhaften Umstellung der Ernährungs- und Lebensgewohnheiten. Weitere Ziele sind die Reduktion von Komorbiditäten und Folgeerkrankungen der Adipositas, eine Selbstwertförderung, die Behandlung und Sekundärprävention ernährungsabhängiger Krankheiten, sowie die Steigerung der körperlichen Aktivität..

Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten wird genau erfasst und schrittweise an die Lebenssituation angepasst. Im Rahmen einer Ernährungsumstellung auf eine gesundheitsbewusste Mischkost mit regelmäßigem Mahlzeitenrhythmus und Einübung eines flexibel kontrollierten Essverhaltens soll eine langfristige Gewichtsstabilisierung mit ausgeglichener Energiebilanz erreicht werden. In Form von Genussstrainings wird auch der bewusste Umgang mit Lebensmitteln eingeübt und über anschauliche Beispiele vermittelt wie viel Energie der Körper braucht, ohne hungern zu müssen.

Ein wichtiges Therapieinstrument dafür ist die Protokollführung zur Erfassung von Nahrungs- und Bewegungsenergiewerten, sowie der Affektivität. Die Protokollführung erfolgt schriftlich oder mittels „Schlank ohne Diät“-online-Programm.

Das Konzept des „Schwereelos“-Programms beinhaltet auch ein strukturiertes Nachbetreuungsangebot, um die Langzeitcompliance zu erhöhen. Nach dem stationären Therapieaufenthalt in der Klinik finden im 3-Monatsrhythmus „stationäre Tageschecks“ statt. Dieses motivierende Nachbetreuungskonzept ermöglicht, die Schwierigkeiten des Alltags besser zu bewältigen und unterstützt das erlernte Essverhalten zu stabilisieren, wodurch ein entscheidender Beitrag zu Rückfallsprophylaxe bzw. –management geleistet werden kann.

Der Workshop stellt das „Schwereelos“-Behandlungsprogramm in allen seinen Behandlungselementen und erste Ergebnisse einer Evaluationsstudie vor.

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

**Parallele Workshops (12-16)**

### **WS12) Do Clinicians Provide 'Good Enough' Environment for Parents Struggling with Offspring's Weight-related Problems?**

Moria GOLAN<sup>1</sup>, Yael LATZER<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>*Shahaf, Community Based Services for Eating Disorders, Tel Hai Academic College & The Hebrew University of Jerusalem, Tel Aviv, Israel;* <sup>2</sup>*Eating Disorder Clinic, Psychiatric Division, Rambam Medical Center, Haifa, Israel;* <sup>3</sup>*School of Social Work, University of Haifa, Haifa, Israel*

Parenting skills, parenting style and practicing are key factors that may be shaped to improve coping with conflicts in the house environment. When we counsel parents in the management of weight-related problems we provide parents with the knowledge and tools necessary for creating 'good enough parenthood'. We empower parents and enhance authoritative feeding style, while teaching them to balance responsiveness and demandingness.

Correspondingly, clinicians who deliver parents' counselling (individually or in groups) serve as both a source of authority, and a role model for parents trying to provide 'good enough parenthood' as well.

This experiential workshop will focus on the challenge of creating an appropriate environment for children's parents and clinicians' growth using simulations and role playing.

The interactive workshop will demonstrate the parallel processes and the manner things are resolved in the parent's-offspring relationship, parents-counsellors relationship and at the here and now relationship created in the workshop room, while addressing common conflicts in the management of weight-related problems and parents counselling.

The aim of this interactive workshop is to promote self insight into clinicians' counselling style and practices while coaching parents in the management of weight- related problems.

#### **OBJECTIVES**

At the completion of this workshop participants will be able to:

- 1.Participants will gain knowledge of the theory and practices of parenting styles and skills.
- 2.Participants will develop improved skills in coaching parents.
- 3.Participants will gain self-insight into their own parenting and counselling style.

### **WS13) Physiotherapy and Body Awareness With Eating Disordered Patients: Presentation of a Film About Practical Approach**

Christiane KLEIN

*Psychosomatische Klinik, Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck, Lübeck, Deutschland*

The purpose of the workshop is to show how patients with eating disorders, who are treated in an in-patient psychosomatic ward with other patients in a heterogeneous group of patients, can experience and change their body awareness. In a first diagnostic step we observe the expression and quality of movement of the patients with eating disorders and give them a feedback for better harmonizing and group adapted exercises. The eating disordered patients learn in the group to change their movement behaviour. In addition an individual treatment improves the group experience and gives the opportunity to demonstrate the results of a better body awareness.

At the end of the film the patients with eating disorders discuss among themselves about their experience with body awareness and relaxation exercises after lunch.

The cooperation of all patients was very good, they allowed us to present the film on the congress. They are talking in English, so that the participants can understand it. The film has a duration of 25 minutes. Discussion can follow.

The aim is to show the importance of physiotherapy in the treatment of eating disordered patients with negative body self experience, body awareness and lack of body borders and how they accept this form of body therapy.

### **WS14) Movement Therapy as a New Pathway Towards a Positive Body Image**

Miri Sharir LINDER<sup>1</sup>, Ilona SENDEROWICZ<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Seminar Hakibbutzim College, Ramat Hasharon, Israel; <sup>2</sup>Beit Hayeled, Residential Home, Tel-Aviv, Israel*

Eating disorders are mental disturbances in which most of their symptoms are expressed through the body. Patients with eating disorders suffer from a nonintegrated and incoherent body image.

In movement therapy, there is a direct encounter with the body which is both - the "weapon" and the "battlefield" of the patient simultaneously. Movement therapy enables the patients to bypass their defenses and provides a relatively rapid expression of their psychopathology. In order to arrive at a healthier body image, the patients are helped to become aware of and interpret the messages of their own body such as: hunger, thirst, aggression, tension, relaxation, love, caring, dependency and other internal needs, enabling the creation of an internal referent. Once the feelings and sensations have been made aware of, the patient enriches her/his ability to express them in a more constructive way.

The sense of "I", the "Other" and the separation between "Me" and the "Other" are manifested in the body.

In this workshop we will focus on movement experiences which enable investment of positive affect in the body. The emphasis on continuity, boundary and the use of movement in space opens a new pathway towards helping our patients to build a cohesive, clear and integrated body image and to meet the vitality to the body. This is a crucial step in the progress of making peace with their own body and the "Body Self".

Moving together - the patient and the therapist - creates a new dialog dealing with issues which eating disorder present us. The workshop will be followed by theoretical background and discussion. The therapists conducting this workshop have worked with eating disorders at the psychiatric hospital "Shalvata" and the "Shahaf" Institute, teach and supervise at Seminar Hakibbutzim College and work in private practice in Israel.

## **WS15) Therapeutisches Schreiben - Möglichkeiten und Chancen in der Behandlung von Essstörungen**

Silke PFITSCHER, Helmut ZINGERLE, Michaela FALKENSTEINER

*Therapiezentrum Bad Bachgart, Psychosomatik, Rodeneck, Italy*

Im Therapiezentrum Bad Bachgart, einem Zentrum zur Behandlung von Abhängigkeiten und psychosomatischen Störungen, wird seit einiger Zeit das Therapeutische Schreiben in der Behandlung von Essstörungen als wichtiger Therapiebaustein genutzt. Patientinnen mit Essstörungen haben oft Schwierigkeiten ihre Gefühle wahrzunehmen, zu differenzieren oder sie als verhaltensführend zu nützen. Das Therapeutische Schreiben kann hier als ein Impuls gesehen werden, welcher den spontanen und unbeeinträchtigten Kontakt zu sich selbst fördert. Schreiben hilft tiefste Gefühle auszudrücken und ihnen eine Form und Gestalt zu geben. Im Gegensatz zu gesprochenen Worten, die sich schnell verflüchtigen, ist Geschriebenes Zeugnis einer Begegnung mit sich selbst und kann somit Gefühle greifbarer und verständlicher machen.

Kritzellübungen, Wortfiguren und Sprachskizzen gehören zum Therapeutischen Schreiben ebenso wie "Clustern", ein Tagebuch, "17-Silber" und "Zaubertaschen". Es handelt sich um ein geführtes Schreiben, in dem die Gruppendynamik eine wichtige stützende Rolle einnimmt.

In diesem Beitrag stellen wir unsere Erfahrungen vor, welche wir bisher mit dem Therapeutischen Schreiben in der Behandlung von Essstörungen, eingebettet in ein therapeutisch stationäres Konzept gemacht haben:

Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und Verarbeitung, Stärkung des Selbstbewusstseins durch die neu entdeckte Ausdruckskraft sowie Förderung der Kreativität als auch der sozialen Kompetenz. Im Workshop wird Gelegenheit geboten einen Einblick durch Selbsterfahrung in das Therapeutische Schreiben zu erlangen.

## **WS16) Skills- Training bei Essstörungen**

Elisabeth FEHRMANN, Verena WÖBER

*Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, Eggenburg, Österreich*

Die Thematik dieses Workshops ist das klassische Skills- Training nach der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) bei Essstörungen.

Der Workshop beinhaltet einen konzeptionellen, praktischen und Reflexionsteil.

Unterschiedliche Ansätze in der Behandlung bei Essstörungen bei Affektüberregulation und Affektunterregulation werden dargestellt. Fokussiert wird auf Stresstoleranz, Notfallskills nach unterschiedlichen Modalitäten (sensorisch, motorisch, kognitiv), wie auch auf achtsamkeitszentrierte Fertigkeiten, die praktisch dargestellt und reflektiert werden.

**Alderson Kate**, Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Roberts Rd Subiaco, 6008 Perth, Australien

**Amesberger Friederike**, Theatergruppe "Die Mitterndorfer Brettblödler", Hilfe bei Essstörungen, Piestingaustr. 14, 2483 Ebreichsdorf, Österreich, [r.amesberger@hotmail.com](mailto:r.amesberger@hotmail.com)

**Angelozzi Andrea**, University of Padua, Psychiatric Clinic, Department of Neuroscience, Via Giustiniani 2, 35128 Padua, Italien

**Bachar Eytan, Dr.**, The Hebrew University at Jerusalem, Departments of Psychology and Psychiatry, Mount Scopus, 91905 Jerusalem, Israel, [bachare@mscc.huji.ac.il](mailto:bachare@mscc.huji.ac.il)

**Ballmaier Martina**, Dr. med. Dr. phil., Charité Berlin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Luisenstrasse 13, 10117 Berlin, Deutschland, [martina.ballmaier@charite.de](mailto:martina.ballmaier@charite.de)

**Bauer Stephanie**, Dr., Ruprecht-Karls-University, Center for Psychotherapy Research, Voßstr. 2, 69115 Heidelberg, Deutschland, [Stephanie\\_Bauer@med.uni-heidelberg.de](mailto:Stephanie_Bauer@med.uni-heidelberg.de)

**Beckenbach Hannes**, Mag., Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz, Psychosomatik und Psychotherapie, Auenbruggerplatz 30, 8036 Graz, Österreich, [hannesbe@gmx.de](mailto:hannesbe@gmx.de)

**Bernante Paolo**, Dr., Università –Azienda Ospedaliera di Padova, Patologia Speciale Chirurgica, Via Giustiniani 1, 35128 Padua, Italien, [paolo.bernante@unipd.it](mailto:paolo.bernante@unipd.it)

**Biebl Wilfried**, Univ. Prof. Dr. med., Uni-Klinik Innsbruck, Abt. für Experimentelle Psychiatrie, Innrain 66a, 6020 Innsbruck, Österreich, [Wilfried.Biebl@i-med.ac.at](mailto:Wilfried.Biebl@i-med.ac.at)

**Canetti Laura**, Dr., Hadassah University Medical Center, Department of Psychiatry, P.O.B. 12000, Ein Karem, 91120 Jerusalem, Israel, [lcannetti@hotmail.com](mailto:lcannetti@hotmail.com)

**Cella Stefania**, PhD Student, Observatory on Eating Disorders, Second University of Naples, Psychology, Via Vivaldi 43, 81100 Caserta, Italien, [stefania.cella@unina2.it](mailto:stefania.cella@unina2.it)

**Cesaroni Debora**, Dietician, Palazzo Francisci, Eating Disorder Residential Center, Department ASL PG2, Via Cesia 65, Todi, Perugia, Italien

**Ceschin Lucia**, University of Padua, Psychiatric Clinic, Department of Neuroscience, Via Giustiniani 2, 35128 Padua, Italien

**Collishaw Steven**, Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Roberts Rd Subiaco, 6008 Perth, Australien

**Cotrufo Paolo**, PhD, Observatory on Eating Disorders, Second University of Naples, Psychology, Via Vivaldi 43, 81100 Caserta, Italien, [paolo.cotrufo@unina2.it](mailto:paolo.cotrufo@unina2.it)

**Craciun Eugenia Maria**, Dr., Charité Berlin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Luisenstrasse 13, 10117 Berlin, Deutschland, [eugenia-maria.craciun@charite.de](mailto:eugenia-maria.craciun@charite.de)

**Daansen Peter**, Dr., PsyQ Haaglanden, Department Essstoerungen & Adipositas, Lijnbaan 4, 2512 VA Den Haag, Niederlande, [p.daansen@psyq.nl](mailto:p.daansen@psyq.nl)

**Dale Nicola**, Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Roberts Rd Subiaco, 6008 Perth, Australien

**Dalla Ragione Laura**, MD, Palazzo Francisci, Eating Disorder Residential Center, Department ASL PG2, Via Cesia 65, Todi, Perugia, Italien, [dallaragione@tiscali.it](mailto:dallaragione@tiscali.it)

**DeFrancesco Michaela**, Dr., Uni-Klinik Innsbruck, Abt. für allg. Psychiatrie, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich, [michaela.defrancesco@i-med.ac.at](mailto:michaela.defrancesco@i-med.ac.at)

**Dieplinger Martina**, Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währingerstr. 18-20, 1090 Wien, Österreich

**Dolleschka Johanna**, Mag., Medizinische Universität Wien, Neuropsychiatrie des Kinder- und Jugendalters, Egonstr. 7, 79106 Freiburg im Breisgau, Deutschland, [johanna.dolleschka@meduniwien.ac.at](mailto:johanna.dolleschka@meduniwien.ac.at)

**Drennig Saskia**, Mag., Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, EICoN - Eggenburg Institute for Complex Systems, Health and Neuroscience, Grafenberger Strasse 2, 3730 Eggenburg, Österreich

**Dunitz-Scheer Marguerite**, Univ. Prof. Dr., Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz, Psychosomatik und Psychotherapie, Auenbruggerplatz 30, 8036 Graz, Österreich, [marguerite.dunitz@klinikum-graz.at](mailto:marguerite.dunitz@klinikum-graz.at)

**Elbe Mete Hayriye**, Prof. Dr., Medical Faculty of Egean University, Psychiatry Department, Bornova, 35100 Izmir, Türkei

**Eviatar Zohar**, Shiba Medical Center, Tel Hashomer, 52621 Ramat Gan, Israel

**Falkensteiner Michaela**, Dr., Therapiezentrum Bad Bachgart, Psychosomatik, St. Pauls 56, 39030 Rodeneck, Italien, [badbachgart@sb-brixen.it](mailto:badbachgart@sb-brixen.it)

**Fanni Canelles Massimiliano**, IRIDSA-Istituto di Ricerca Internazionale sul Disagio e la Salute nell'Adolescenza, Eating Disorders, San Francesco d'Assisi 6, 34133 Trieste, Italien

**Fauster Angelika**, Dr., Forum Prävention, Fachstelle für Essstörungen, Talfergasse 4, 39100 Bozen, Italien, [fauster@infes.it](mailto:fauster@infes.it)

**Fehrmann Elisabeth**, Mag., Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, EICoN - Eggenburg Institute for Complex Systems, Health and Neuroscience, Grafenberger Strasse 2, 3730 Eggenburg, Österreich

**Feinstein Pinhas**, Ness Ziona Mental Health Center, Ness Ziona, Israel

**Ferrara Silvia**, MS, Casa di Cura Parco dei Tigli, Via Monticello 1, 35033 Costigliola di Villa di Teolo, Padua, Italien, [silvia.ferrara4@tin.it](mailto:silvia.ferrara4@tin.it)

**Ferraro Lisa**, Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Roberts Rd Subiaco, 6008 Perth, Australien

**Ferrer-García Marta**, Prof., University of Barcelona, Personality, Assessment and psychological Treatments, Passeig de la Vall d'Hebron 171, 08035 Barcelona, Spanien, [martaferrerg@ub.edu](mailto:martaferrerg@ub.edu)

**Ferrucci Giovanna**, Prof., University of Rome "La Sapienza", Child and Adolescent Neurological and Psychiatric Sciences Department, Via dei Sabelli 108, 00185 Rom, Italien, [giovanna.ferrucci@uniroma1.it](mailto:giovanna.ferrucci@uniroma1.it)

**Fiorellini A. L.**, Casa di Cura Parco dei Tigli, Via Monticello 1, 35033 Costigliola di Villa di Teolo, Padua, Italien

**Foletto Mirto**, Dr., Università degli studi di Padova, Clinica Chirurgica II, Via Giustiniani 2, 35128 Padua, Italien, [mirto.foletto@unipd.it](mailto:mirto.foletto@unipd.it)

**Forster Marion**, Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Roberts Rd Subiaco, 6008 Perth, Australien

**Francini Pesenti Francesco**, Dr., Università-Azienda Ospedaliera di Padova, Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica, Via Giustiniani 2, 35128 Padua, Italien, [francescofrancini@yahoo.it](mailto:francescofrancini@yahoo.it)

**Friederich Hans-Christoph**, Dr. med., Universitätsklinikum Heidelberg, Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Thibautstrasse 2, 69115 Heidelberg, Deutschland, [hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de](mailto:hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de)

**Friedrich Christiane**, Klinik Lüneburger Heide, Am Klaubusch 21, 29549 Bad Bevensen, Deutschland

**Gal Uschi**, Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währingerstr. 18-20, 1090 Wien, Österreich

**Gefen Shira**, Haifa University, School of Social Work, Faculty of Social Welfare and Health Sciences, Mount Carmel, 31095 Haifa, Israel

**Giel Katrin**, Dipl.-Psych., Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Osianderstr. 5, 72076 Tübingen, Deutschland, [katrin.giel@med.uni-tuebingen.de](mailto:katrin.giel@med.uni-tuebingen.de)

**Giombini Lucia**, Psychologist, Palazzo Francisci, Eating Disorder Residential Center, Department ASL PG2, Via Cesia 65, Todi, Perugia, Italien

**Givon Miri**, Rambam Medical Center, Eating Disorders Clinic, 24 Shlomzion Str., 31096 Haifa, Israel, [mirigivon@hotmail.com](mailto:mirigivon@hotmail.com)

**Gnauer Sandra**, Mag., Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, EICoN - Eggenburg Institute for Complex Systems, Health and Neuroscience, Grafenberger Strasse 2, 3730 Eggenburg, Österreich

**Gober Bettina**, Studentin Universität Wien, Institut für Psychologische Grundlagenforschung, Matznergasse 28/20, 1140 Wien, Österreich, [bettyg@gmx.at](mailto:bettyg@gmx.at)

**Golan Moria**, Prof., Shahaf, Community Based Services for Eating Disorders, Tel Havi Academic College & The Hebrew University of Jerusalem, Shahaf, Romema Str. 49, 69419 Tel Aviv, Israel, [moriag@netvision.net.il](mailto:moriag@netvision.net.il)

**González Marcela**, Autonomous University of Barcelona, Clinical and Health Psychology, Clinical and Health Psychology Department, UAB, Bellaterra 08193, Spanien

**Groß Gaby**, Dr. Dipl.-Psych., Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Osianderstr. 5, 72076 Tübingen, Deutschland, [gaby.gross@med.uni-tuebingen.de](mailto:gaby.gross@med.uni-tuebingen.de)

**Grunwald Martin**, Dr., Universität Leipzig, Med. Fakultät, Haptik-Labor, AG Essstörungen, Johannisallee 34, 04103 Leipzig, Deutschland

**Gulec Hayriye**, Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences, Nagyv´rad tér 4, 1089 Budapest, Ungarn, [hayriye\\_g@yahoo.com](mailto:hayriye_g@yahoo.com)

**Gur Eitan**, Dr., Shiba Medical Center, Tel Hashomer, The Eating Disorders Department, 52621 Ramat Gan, Israel, [eitan.gur@sheba.health.gov.il](mailto:eitan.gur@sheba.health.gov.il)

**Gutiérrez- Maldonado José**, Prof., University of Barcelona, Personality, Assessment and psychological Treatments, Passeig de la Vall d'Hebron 171, 08035 Barcelona, Spanien, [jgutierrezm@ub.edu](mailto:jgutierrezm@ub.edu)

**Gutiérrez Rosado Teresa**, Dr., Autonomous University of Barcelona, Clinical and Health Psychology, Clinical and Health Psychology Department, UAB, 08193 Bellaterra, Spanien, [teresa.gutierrez@uab.es](mailto:teresa.gutierrez@uab.es)

**Halevi Roni**, The Chaim Sheba Medical Center, Psychosomatic Department, Tel Hashomer, 52621 Ramat Gan, Israel

**Harris Christopher**, Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Roberts Rd Subiaco, 6008 Perth, Australien, [chris.harris@health.wa.gov.au](mailto:chris.harris@health.wa.gov.au)

**Hason Rozenstein Michal**, University of Haifa, Psychology, Mt. Carmel, 31905 Haifa, Israel, [michalhason@gmail.com](mailto:michalhason@gmail.com)

**Herpertz Stephan**, Prof. Dr., Ruhr-Universität- Bochum, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**Herzog Wolfgang**, Prof. Dr. med., Universitätsklinikum Heidelberg, Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Thibautstrasse 2, 69115 Heidelberg, Deutschland, [wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de](mailto:wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de)

**Hinterhuber Hartmann**, Univ. Prof. Dr. med., Uni-Klinik Innsbruck, Abt. für Allgemeine und Sozialpsychiatrie, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich, [Hartmann.Hinterhuber@i-med.ac.at](mailto:Hartmann.Hinterhuber@i-med.ac.at)

**Hove Agnes**, PT, Univ. Klinik Innsbruck, Psychiatrie, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich, [agnes.hove@inode.at](mailto:agnes.hove@inode.at)

**Iannaccone Mara**, Observatory on Eating Disorders, Second University of Naples, Psychology, Via Vivaldi 43, 81100 Caserta, Italien

**Imgart Hartmut**, Dr., Parklandklinik, Essstörungen, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen, Deutschland, [hartmut.imgart@parkland-klinik.de](mailto:hartmut.imgart@parkland-klinik.de)

**Jäger Burkard**, PD Dr., Med. Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland, [jaeger.burkard@mh-hannover.de](mailto:jaeger.burkard@mh-hannover.de)

**Joraschky Peter**, prof. Dr. med., TU-Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Deutschland, [joraschk@mail.zih.tu-dresden.de](mailto:joraschk@mail.zih.tu-dresden.de)

**Juchmann Ulrike**, Dipl.Psych., Therapeutische Wohngruppe Mondlicht, Methfesselstr. 21, 10965 Berlin, Deutschland, [ulrikejuchmann@web.de](mailto:ulrikejuchmann@web.de)

**Kabukcu Basay Bürge**, Dr., Medical Faculty of Egean University, Psychiatry Department, Bornova, 35100 Izmir, Türkei

**Kaprio Jaakko**, Prof. Dr. med., Department of Public Health, P.O. Box 41 00014 University of Helsinki, Helsinki, Finnland, [jaakko.kaprio@helsinki.fi](mailto:jaakko.kaprio@helsinki.fi)

**Karwautz Andreas**, Univ. Prof. Dr. med., Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währingerstr. 18-20, 1090 Wien, Österreich, [andreas.karwautz@meduniwien.ac.at](mailto:andreas.karwautz@meduniwien.ac.at)

**Kemmler Georg**, Dr., Uni-Klinik Innsbruck, Abt. für allg. Psychiatrie, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich

**Klapp Burghard F.**, Prof. Dr., Charité Universitätsmedizin Berlin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Luisenstrasse 13, 10117 Berlin, Deutschland, [burghard.klapp@charite.de](mailto:burghard.klapp@charite.de)

**Klein Christiane**, Psychosomatische Klinik Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck, Ratzeburgerallee 160, 23538 Lübeck, [klein.007@t-online.de](mailto:klein.007@t-online.de)

**Kohler C. G.**, Prof., Uni-Klinik Innsbruck, Abt. für allg. Psychiatrie, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich

**Kohls Elisabeth**, Dipl. Psych., Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences, Nagyvárad tér 4, 1089 Budapest, Ungarn, [elisabeth.kohls@gmx.de](mailto:elisabeth.kohls@gmx.de)

**Köhring Annegret**, Dipl. Ing., Technische Universität Illmenau, Institut für Biomedizinische Technik und Informatik, Fachgebiet Biosignalverarbeitung, Gustav-Kirchoff-Str. 2, 98693 Ilmenau, Deutschland, [annegret.hopf@tu-ilmenau.de](mailto:annegret.hopf@tu-ilmenau.de)

**Konrad Manuela**, Mag., FH Joanneum GesmbH, Kaier-Franz-Josef-Str. 418, 8344 Bad Gleichenberg, Österreich, [manuela.konrad@fh-joanneum.at](mailto:manuela.konrad@fh-joanneum.at)

**Kreitler Shulamith**, Prof., Tel Aviv University, Department of Psychology, 69978 Tel Aviv, Israel, [krit@post.tau.ac.il](mailto:krit@post.tau.ac.il)

**Kröpfl Thomas**, Dr., Kinderklinik Graz, Psychosomatik, Amberstr. 4, 8010 Graz, Österreich, [kroepfl@yahoo.com](mailto:kroepfl@yahoo.com)

**Kompein-Chimani Waltraut**, Mag., Therapiezentrum Weidenhof, Unterwuchel 3, 9131 Grafenstein, Österreich, [office@therapie-weidenhof.at](mailto:office@therapie-weidenhof.at)

**Kühn-Dost Andrea**, Klinik Lüneburger Heide, Am Klaubusch 21, 29549 Bad Bevensen, Deutschland, [kuehn-dost@klinik-lueneburger-heide.de](mailto:kuehn-dost@klinik-lueneburger-heide.de)

**Kumnig Martin**, Dr., Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Schöpfstr. 23a, 6020 Innsbruck, Österreich, [martin.kumnig@i-med.ac.at](mailto:martin.kumnig@i-med.ac.at)

**Lacalamita Cinzia**, IRIDSA-Istituto di Ricerca Internazionale sul Disagio e la Salute nell'Adolescenza, Eating Disorders, San Francesco d'Assisi 6, 34133 Trieste, Italien

**Latzer Yael**, Prof., Haifa University, School of Social Work, Mount Carmel, 31095 Haifa, Israel, [latzer@zahav.net.il](mailto:latzer@zahav.net.il)

**Legl Thomas**, Dr., Kur-und Gesundheitszentrum Knappenhof, Kleinau 34, 2651 Reichenau an der Rax, Österreich, [office@knappenhof.at](mailto:office@knappenhof.at)

**Leiteritz Andreas**, Dr. med., Klinik Lüneburger Heide, Am Klaubusch 21, 29549 Bad Bevensen, Deutschland, [leiteritz@klinik-lueneburger-heide.de](mailto:leiteritz@klinik-lueneburger-heide.de)

**Lenz Klaus**, Charité Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Mittelallee 5A, 10117 Berlin, Deutschland

**Linder Miri Sharir**, MA, Seminar Hakibbutzim College, Art Therapy, 46 Sold, Ramat Hasharon, Israel, [liorlin@zahav.net.il](mailto:liorlin@zahav.net.il)

**Lippelt Brigitte**, Elternkreis essgestörter Töchter & Söhne, 28215 Bremen, Deutschland, [b.g.lippelt@web.de](mailto:b.g.lippelt@web.de)

**Logemann Klaus**, Elternkreis essgestörter Töchter & Söhne, 28215 Bremen, Deutschland, [nameGol@gmx.de](mailto:nameGol@gmx.de)

**López Guimerá, Gemma**, Autonomous University of Barcelona, Clinical and Health Psychology Department, Bellaterra, Spanien

**Mallucci Alice**, Università di Roma La Sapienza, Dipartimento di scienze neurologiche e psichiatriche, Via Mogadiscio 19, 00199 Rom, Italien, [alicemallucci@hotmail.com](mailto:alicemallucci@hotmail.com)

**Marksteiner Josef**, Univ. Prof. Dr. med., Uni-Klinik Innsbruck, Abt. für Allgemeine und Sozialpsychiatrie, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich, [J.Marksteiner@i-med.ac.at](mailto:J.Marksteiner@i-med.ac.at)

**Martin Kate**, Princess Margaret Hospital, Eating Disorders Team, Roberts Rd Subiaco, 6008 Perth, Australien, [Kate.Martin@health.wa.gov.au](mailto:Kate.Martin@health.wa.gov.au)

**Martines Valentina**, Casa di Cura Parco dei Tigli, Via Monticello 1, 35033 Costigliola di Villa di Teolo, Padua, Italien, [valentina\\_martines@yahoo.it](mailto:valentina_martines@yahoo.it)

**Mattaloni Elisa**, IRIDSA-Istituto di Ricerca Internazionale sul Disagio e la Salute nell'Adolescenza, Eating Disorders, San Francesco d'Assisi 6, 34133 Trieste, Italien

**Mayrhofer Anna**, Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währingerstr. 18-20, 1090 Wien, Österreich

**McCormack Julie**, Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Roberts Rd Subiaco, 6008 Perth, Australien

**Mian Emanuel**, Dr., IRIDSA-Istituto di Ricerca Internazionale sul Disagio e la Salute nell'Adolescenza, Eating Disorders, San Francesco d'Assisi 6, 34133 Trieste, Italien  
[mian@iridsa.org](mailto:mian@iridsa.org)

**Moreno Elena**, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spanien

**Murmann Sophie**, Technische Universität Ilmenau, Institut für Biomedizinische Technik und Informatik, Fachgebiet Biosignalverarbeitung, Gustav-Kirchoff-Str. 2, 98693 Ilmenau, Deutschland, [sophie.murmann@stud.tu-ilmenau.de](mailto:sophie.murmann@stud.tu-ilmenau.de)

**Nebot, Laia**, Autonomous University of Barcelona, Clinical and Health Psychology Department, UAB, Bellaterra 08193, Spanien

**Nischan Annette**, Diätassistentin, Charité, Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Chariteplatz 1, 10117 Berlin, Deutschland, [annettenischan@web.de](mailto:annettenischan@web.de)

**Nobis Gerald**, Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währingerstr. 18-20, 1090 Wien, Österreich,  
[gerald.nobis@meduniwien.ac.at](mailto:gerald.nobis@meduniwien.ac.at)

**Noordenbos Greta**, Dr., Leiden University, Clinical Psychology, Wassenaarseweg 52, 2333AK Leiden, Niederlande, [noordenbos@fsww.leidenuniv.nl](mailto:noordenbos@fsww.leidenuniv.nl)

**O'Connor Lauren**, Clinical Specialist Physiotherapist, Princess Margaret Hospital, Eating Disorders Team, Roberts Rd Subiaco, 6008 Perth, Australien, [lauren.O'Connor@health.wa.gov.au](mailto:lauren.O'Connor@health.wa.gov.au)

**Ohmann Susanne**, Ass.Prof. Mag. Dr., Medizinische Universität Wien, Univ. Klinik für Psychiatrie des Kinder- und Jugendalters, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich,  
[susanne.ohmann@meduniwien.ac.at](mailto:susanne.ohmann@meduniwien.ac.at)

**Orbach Israel**, PhD, Bar Ilan University, Department of Psychology, 52900 Ramat Gan, Israel,  
[orbachi@mail.biu.ac.il](mailto:orbachi@mail.biu.ac.il)

**Ost Stephanie**, TU-Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Deutschland, [stephanieost@t-online.de](mailto:stephanieost@t-online.de)

**Palleschi Anna**, MD, University of Padua, Psychiatric Clinic, Department of Neuroscience, Via Giustiniani 2, 35128 Padua, Italien, [annapalleschi@yahoo.it](mailto:annapalleschi@yahoo.it)

**Perin E.**, Casa di Cura Parco dei Tigli, Via Monticello 1, 35033 Costigliola di Villa di Teolo, Padua, Italien

**Pfitscher Silke**, Dr., Therapiezentrum Bad Bachgart, Psychosomatik, St. Pauls 56, 39030 Rodeneck, Italien, [badbachgart@sb-brixen.it](mailto:badbachgart@sb-brixen.it)

**Piccolo Francesca**, University of Rome "La Sapienza", Child and Adolescent Neurological and Psychiatric Sciences Department, Via dei Sabelli 108, 00185 Rom, Italien

**Pirlich Matthias**, Dr. med., Charité Universitätsklinik, Charitéplatz 1, 10117 Berlin Berlin, Deutschland, [matthias.pirlich@charite.de](mailto:matthias.pirlich@charite.de)

**Pöhlmann Karin**, Dr. phil., TU-Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Deutschland, [karin.poehlmann@tu-dresden.de](mailto:karin.poehlmann@tu-dresden.de)

**Popow Christian**, Ao. Univ. Prof. Dr., Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währingerstr. 18-20, 1090 Wien, Österreich, [christian.popow@meduniwien.ac.at](mailto:christian.popow@meduniwien.ac.at)

**Portell, Mariona**, Autonomous University of Barcelona, Clinical and Health Psychology, Clinical and Health Psychology Department, UAB, Bellaterra 08193, Spanien

**Prasch Sabine**, Dipl. Psych., ANAD e.V., Poccistr. 5, 80336 München, Deutschland, [wunderer@anad-pathways.de](mailto:wunderer@anad-pathways.de)

**Probst Michel**, PhD, K.U.Leuven, FaBeR, Department of Rehabilitation Sciences & University Psychiatric Center-K.U.Leuven, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, Belgien, [Michel.probst@faber.kuleuven.be](mailto:Michel.probst@faber.kuleuven.be)

**Raevuori Anu**, Dr., Department of Public Health, P.O. Box 41 00014 University of Helsinki, Helsinki, Finnland, [anu.raevuori@helsinki.fi](mailto:anu.raevuori@helsinki.fi)

**Raich Rosa María**, Dr., Autonomous University of Barcelona, Clinical and Health Psychology, Clinical and Health Psychology Department, UAB, Bellaterra 08193, Spanien, [rosa.raich@uab.es](mailto:rosa.raich@uab.es)

**Rathner Günther**, Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Schöpfstraße 23, 6020 Innsbruck, Österreich, [guenther.rathner@i-med.ac.at](mailto:guenther.rathner@i-med.ac.at)

**Rommel Andreas**, Prim. Prof. Dr. Dr. Dipl. Psych., Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, EICoN - Eggenburg Institute for Complex Systems, Health and Neuroscience, Grafenberger Strasse 2, 3730 Eggenburg, Österreich, [Andreas.Rommel@pszw.at](mailto:Andreas.Rommel@pszw.at)

**Reiter Christian A.**, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Graz, Wittkeweg 7, 8010 Graz, Österreich, [chris.reiter@gmx.at](mailto:chris.reiter@gmx.at)

**Riedl Andrea**, Dr. med., Charité-Universitätsmedizin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Luisenstr. 13 A, 10117 Berlin, Deutschland, [andrea.riedl@charite.de](mailto:andrea.riedl@charite.de)

**Rizzotto Melissa Rosa**, University of Padua, Psychiatric Clinic, Department of Neuroscience, Via Giustiniani 2, 35128 Padua, Italien

**Rönnburg Vyvian**, Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fachbereich Ökotrophologie, Lohbrügger Kirchstraße 65, 21033 Hamburg, Deutschland

**Salbach-Andrae Harriet**, Dr., Charité Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Mittelallee 5A, 10117 Berlin Deutschland, [harriet.salbach@charite.de](mailto:harriet.salbach@charite.de)

**Santonastaso Paolo**, Prof., University of Padua, Psychiatric Clinic, Department of Neuroscience, Via Giustiniani 2, 35128 Padua, Italien, [paolo.santonastaso@unipd.it](mailto:paolo.santonastaso@unipd.it)

**Sánchez-Carracedo David**, Autonomous University of Barcelona, Clinical and Health Psychology Department, Bellaterra, Spanien

**Scheer Peter**, Univ. Prof. Dr., Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz, Psychosomatik und Psychotherapie, Auenbruggerplatz 30, 8036 Graz, Österreich, [peter.scheer@klinikum-graz.at](mailto:peter.scheer@klinikum-graz.at)

**Schiavone Paolo**, Casa di Cura Parco dei Tigli, Via Monticello 1, 35033 Costigliola di Villa di Teolo, Padua, Italien

**Schinko Elgard**, Mag, Praxisgemeinschaft für Entspannungstherapie- Mediation und Legasthenietraining- Psychotherapie und Psychodiagnostik , 4351 Saxen, Österreich, [elgard.schinko@gmx.at](mailto:elgard.schinko@gmx.at)

**Schleenstein Dorothe**, Universität Erfurt, Moralthologie, 99089 Erfurt, Deutschland, [dorotheschleenstein@gmx.de](mailto:dorotheschleenstein@gmx.de)

**Schnebel Andreas**, Dipl. Psych., ANAD e.V., Poccistr. 5, 80336 München, Deutschland, [wunderer@anad-pathways.de](mailto:wunderer@anad-pathways.de)

**Schuch Bibiana**, Dr., Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währingerstr. 18-20, 1090 Wien, Österreich, [bibiana.schuch@meduniwien.ac.at](mailto:bibiana.schuch@meduniwien.ac.at)

**Scoppetta Marta**, MD, Palazzo Francisci, Eating Disorder Residential Center, Department ASL PG2, Via Cesia 65, Todi, Perugia, Italien, [martascop@tin.it](mailto:martascop@tin.it)

**Senderowicz Ilona**, Dr., Beit Hayeled Residential Home Tel Aviv, Modigliani St. 7, 64687, Tel-Aviv, Israel, [ilonasender@gmail.com](mailto:ilonasender@gmail.com)

**Seyfahrt Kathrin**, Netzwerk Wunschträume, Nikolaiplatz 6, 80802 München, Deutschland, [Kathrin.Seyfahrt@web.de](mailto:Kathrin.Seyfahrt@web.de)

**Silvester Karen**, Dipl.-Päd., Danuvius Klinik Ingolstadt, Fachbereich Essstörungen, Preysingstr. 3-5, 85080 Ingolstadt, Deutschland, [silvesterkaren@yahoo.de](mailto:silvesterkaren@yahoo.de)

**Simi Helmut**, Mag., FH Joanneum GesmbH, Kaiser-Franz-Josef-Str. 418, 8344 Bad Gleichenberg, Österreich, [helmut.simi@fh-joanneum.at](mailto:helmut.simi@fh-joanneum.at)

**Spitzer Marion**, Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währingerstraße 18-20, 1090 Wien, Österreich

**Stein Daniel**, Prof., The Chaim Sheba Medical Center, Psychosomatic Department, Tel Hashomer, 52621 Ramat Gan, Israel, [dstein@netvision.net.il](mailto:dstein@netvision.net.il)

**Sulzbacher Katharina**, Mag., Therapiezentrum Weidenhof, Unterwuchel 3, 9131 Grafenstein, Österreich, [office@therapie-weidenhof.at](mailto:office@therapie-weidenhof.at)

**Sushko Vyacheslav**, Dr., Odessa State Medical University, Department of Psychiatry, 9 Str. Transornaya 21, 65039 Odessa, Ukraine, [sushkodoctor1@renome-i.net](mailto:sushkodoctor1@renome-i.net)

**Teufel Martin**, Dr. med., Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Osianderstr. 5, 72076 Tübingen, Deutschland, [martin.teufel@med.uni-tuebingen.de](mailto:martin.teufel@med.uni-tuebingen.de)

**Thiels Cornelia**, Prof., University of Applied Sciences Bielefeld, Dept. Of Social Studies, Kissinger Str. 14, 12157 Berlin, Deutschland, [cornelia.thiels@fh-bielefeld.de](mailto:cornelia.thiels@fh-bielefeld.de)

**Triendl Annelore**, Dipl. LSB, Haus des Lebens, Colingasse 9/IV, 6020 Innsbruck, Österreich, [hausdeslebens@aon.at](mailto:hausdeslebens@aon.at)

**Túry Ferenc**, Dr., Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences, Nagyvárad tér 4, 1089 Budapest, Ungarn, [turfer@net.sote.hu](mailto:turfer@net.sote.hu)

**Tzischinsky Orna**, Prof., Faculty of Medicine, Sleep Laboratory, Technion-Israel Institute of Technology, 36001 Haifa, Israel, [orna@yvc.ac.il](mailto:orna@yvc.ac.il)

**Ullmann Daniela**, Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, EICoN - Eggenburg Institute for Complex Systems, Health and Neuroscience, Grafenberger Strasse 2, 3730 Eggenburg, Österreich

**Varga Márta**, Semmelweis University Budapest, Institute of Behavioural Sciences, Nagyvárad tér 4, 1089 Budapest, Ungarn, [vmarta104@yahoo.com](mailto:vmarta104@yahoo.com)

**Van Furth Eric**, Dr., National Institute for Eating Disorders, P.O. Box 422, 2260 Leidschendam, Niederlande, [evanfurth@tiscali.nl](mailto:evanfurth@tiscali.nl)

**Vellekoop Leontien**, Leiden University, Clinical Psychology, Wassenaarseweg 52, 2333AK Leiden, Niederlande

**Vogelgesang Monika**, Dr.med., Psychosomatische Fachklinik Münchwies, Turmstr. 50-58, 66540 Neunkirchen, Deutschland, [mvogelgesang@AHG.de](mailto:mvogelgesang@AHG.de)

**Voigt Barbara**, Dipl.Psych., Charité-Universitätsmedizin, Med. Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie, Luisenstr. 13 A, 10117 Berlin, Deutschland, [barbara.voigt@charite.de](mailto:barbara.voigt@charite.de)

**Wagner Gudrun**, Mag., Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währingerstraße 18-20, 1090 Wien, Österreich, [gudrun.wagner@meduniwien.ac.at](mailto:gudrun.wagner@meduniwien.ac.at)

**Wagner Marlies**, Dipl.Ernährungspädagogin, Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz, Psychosomatik und Psychotherapie, Auenbruggerplatz 30, 8036 Graz, Österreich

**Waldherr Karin**, Dr., Universität Wien, Institut für Entwicklungspsychologie und Psychologische Diagnostik, Thaliastr. 132/6, 1160 Wien, Österreich, [karin.waldherr@univie.ac.at](mailto:karin.waldherr@univie.ac.at)

**Wanner Christian**, Dr. med., Medizinische Universität Wien-AKH, Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währingerstr. 18-20, 1092 Wien, Österreich, [christian.wanner@meduniwien.ac.at](mailto:christian.wanner@meduniwien.ac.at)

**Watson Hunna**, Princess Margaret Hospital for Children, Eating Disorder Program, Psychological Medicine Clinical Care Unit, Roberts Rd Subiaco, 6008 Perth, Australien

**Weiss Elisabeth**, DDr. med. univ., Uni-Klinik Innsbruck, Abt. für Allgemeine und Sozialpsychiatrie, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich, [Elisabeth.Weiss@i-med.ac.at](mailto:Elisabeth.Weiss@i-med.ac.at)

**Widauer Armin**, DAS, Verein Zeitraum Ostermiething, Geschäftsführung, Ernsting 31-32, 5121 Ostermiething, Österreich, [welcome@szz.at](mailto:welcome@szz.at)

**Wesemann Dorette**, Universität Leipzig, Med. Fakultät, Haptik-Labor, AG Essstörungen, Johannisallee 34, 04103 Leipzig, Deutschland, [dorette.wesemann@medizin.uni-leipzig.de](mailto:dorette.wesemann@medizin.uni-leipzig.de)

**Westenhöfer Joachim**, Prof. Dr., Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fachbereich Ökotrophologie, Lohbrügger Kirchstraße 65, 21033 Hamburg, Deutschland, [joachim@westenhoefer.de](mailto:joachim@westenhoefer.de)

**Jörn v. Wietersheim**, Prof. Dr., Universitätsklinikum Ulm, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**Wild Beate**, Dr. Dipl. Psych. Dr. math., Universitätsklinikum Heidelberg, Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin, Thibautstrasse 2, 69115 Heidelberg, Deutschland, [beate.wild@med.uni-heidelberg.de](mailto:beate.wild@med.uni-heidelberg.de)

**Wilken Markus**, Dipl. Psych, Institut für Psychologie und Psychosomatik des Säuglings- und Kindesalter GbR, Bambergstr. 2, 53721 Siegburg, Deutschland

**Willis Michael**, Dr. med. univ., Uni-Klinik Innsbruck, Abt. für Allgemeine und Sozialpsychiatrie, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich, [Michael.Willis@i-med.ac.at](mailto:Michael.Willis@i-med.ac.at)

**Wirl Charlotte**, Dr., MEGA, Vorsitzende, Waldmeistergasse 43, 1140 Wien, Österreich, [charlotte.wirl@gmx.at](mailto:charlotte.wirl@gmx.at)

**Wöber Verena**, Mag., Psychosomatisches Zentrum Waldviertel, EICoN - Eggenburg Institute for Complex Systems, Health and Neuroscience, Grafenberger Strasse 2, 3730 Eggenburg, Österreich

**Wünsch-Leiteritz Wally**, Dr. med., Klinik Lüneburger Heide, Ltd. Oberärztin, Am Klaubusch 21, 29549 Bad Bevensen, Deutschland, [wuensch-leiteritz@klinik-lueneburger-heide.de](mailto:wuensch-leiteritz@klinik-lueneburger-heide.de)

**Wunderer Eva**, Dr. phil., ANAD e.V., Poccistr. 5, 80336 München, Deutschland, [wunderer@anad-pathways.de](mailto:wunderer@anad-pathways.de)

**Zimmer Benjamin**, Dipl. Psych., Ruprecht-Karls-University, Center for Psychotherapy Research, Voßstr. 2, 69115 Heidelberg, Deutschland, [Benjamin.Zimmer@med.uni-heidelberg.de](mailto:Benjamin.Zimmer@med.uni-heidelberg.de)

**Zingerle Helmut**, Dr., Therapiezentrum Bad Bachgart, Psychosomatik, St. Pauls 56, 39030 Rodeneck, Italien, [badbachgart@sb-brixen.it](mailto:badbachgart@sb-brixen.it)

**Zinman Dana**, The Chaim Sheba Medical Center, Psychosomatic Department, Tel Hashomer, 52621 Ramat Gan, Israel

**Zipfel Stephan**, Prof. Dr. med., Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Oslanderstr. 5, 72076 Tübingen, Deutschland, [stephan.zipfel@med.uni-tuebingen.de](mailto:stephan.zipfel@med.uni-tuebingen.de)