



# NEWSLETTER 03/2014

Österreichische Gesellschaft für Essstörungen



Themenschwerpunkt:

## Adipositas und Essstörungen

- Interview mit Elisabeth Jäger, Adipositas Selbsthilfegruppen
- Artikel von Elisabeth Ardel-Gattinger, Universität Salzburg



## ÖGES-PRÄSIDIUM

### Präsident

Univ.-Prof. Dr. Günther Rathner  
Medizinische Universität Innsbruck  
Univ.Klinik f. Medizinische Psychologie &  
Psychotherapie, Schöpfstraße 23  
A-6020 Innsbruck  
Tel. +43-664-39 66 700  
guenther.rathner@i-med.ac.at  
www.oeges.or.at

### Vizepräsident

Univ.-Prof. Dr. Andreas Karwautz  
Medizinische Universität Wien  
Univ.Klinik f. Kinders- und Jugendpsychiatrie  
Ambulanz für Essstörungen  
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien  
Tel. +43-1-40 400-3057 oder 3012  
essstoerung@meduniwien.ac.at  
www.ess-stoerung.eu

### Kassierin

Mag.<sup>a</sup> Maria Monika Seiwald  
Psychotherapeutische Praxis  
Boznerplatz 1, A-6020 Innsbruck  
Tel. & Fax +43-512-58 77 43  
maria.seiwald@chello.at

### Vizepräsidentin

Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Karin Waldherr  
Ferdinand Porsche FernFH-Studiengänge  
Lothringerstraße 4-8, A-1040 Wien  
Tel. +43 1 505 77 78-61  
karin.waldherr@fernfh.ac.at

### Schriftführerin

Mag.<sup>a</sup> Rahel Jahoda  
intakt – Therapiezentrum für Menschen mit  
Essstörungen  
Grundlgasse 5, A-1090 Wien  
Tel. +43-1-22 88 770-0  
office@intakt.or.at  
www.intakt.or.at

### Stellvertretende Schriftführerin

Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Ursula Bailer  
Univ.-Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien  
Tel. +43-1-40 400-3593  
ursula.bailer@meduniwien.ac.at

## KONTAKT

Für die Kontaktaufnahme mit der ÖGES steht Ihnen das ÖGES-Sekretariat sehr gerne und jederzeit zur Verfügung: c/o Zentrum für Essstörungen ZfE, Weiherburggasse 1 A, A-6020 Innsbruck, info@oeges.or.at, www.oeges.or.at.

Die Chefredaktion erreichen Sie unter: Mag.<sup>a</sup> Michaela Langer, michaela.langer@wien.gv.at, +43 (1) 4000-87161.

## IMPRESSUM

Offenlegung gemäß § 25 MedG

Medieninhaber und Herausgeber: Österreichische Gesellschaft für Essstörungen ÖGES, Präsident Univ. Prof. Dr. Günther Rathner,  
Redaktionsadresse: Zentrum für Essstörungen ZfE, Weiherburggasse 1 A, A-6020 Innsbruck, Tel. +43-664-39 66 700, info@oeges.or.at  
www.oeges.or.at

Chefredaktion und inhaltliche Koordination: Mag.<sup>a</sup> Michaela Langer (michaela.langer@wien.gv.at)

Layout und Grafik: Mag.<sup>a</sup> Michaela Langer

Erscheinungsweise: 2 mal jährlich als e-Mail-Newsletter im pdf-Format

Bildnachweis: Cover: Wiener Programm für Frauengesundheit/Ralf Kliem, Seite 3: privat; privat. Seite 4: Wiener Gesundheitsförderung;  
Wiener Programm für Frauengesundheit. Seite 5: Netzwerk Essstörungen; AED. Seite 7: Wiener Programm für Frauengesundheit. Seite 10:  
Netzwerk Essstörungen (5). Seite 11: intakt (4). Seite 12: Wiener Programm für Frauengesundheit/Ralf Kliem. Seite 14: Dagmar Weidinger.  
Seite 21: Grazer Frauenreferat/Foto Fischer. Seite 21: privat. Seite 23: Wiener Programm für Frauengesundheit/Andi Bruckner

## INHALT



## „Wer dick werden will, muss nur eine Diät machen“

Elisabeth Jäger, Präsidentin der Adipositas Selbsthilfegruppen Österreich, im Interview

<b>Aktivitäten der Mitglieder</b> .....	4
<b>Aus der Praxis</b> .....	7
<b>Konferenzrückblicke</b> .....	8
<b>Schwerpunkt</b>	
Artikel: Adipositas und Essstörungen .....	12
Interview mit Elisabeth Jäger .....	14
DSM-5: Essstörung "Binge Eating Disorder" .....	19
<b>Bücher, Filme, Mediensplitter</b> .....	20
<b>Wissenschaft</b> .....	21
<b>Porträt</b> Susie Orbach .....	23
<b>Service für Mitglieder</b> .....	24
<b>Terminplaner</b> .....	25
<b>Vorschau</b> .....	26

## EDITORIAL



50 Prozent der normalgewichtigen Frauen tun es und fast 90 Prozent der Menschen mit Übergewicht: statistisch gesehen ist Diät zu halten etwas Normales geworden. Schlanker hat es uns nicht gemacht. Und gesünder auch nicht. Gleichzeitig hat der Zwang zur Konformität menschlicher Körper bedenkliche Dimensionen angenommen. Vielfalt nach dem – ohnehin schon diskussionswürdigen – Maßstab des Body Mass Index (BMI) würde bei einer 170 Zentimeter großen Frau ein Normalgewicht zwischen 54 und 72 Kilogramm bedeuten, also 18 Kilogramm Schwankungsbreite. Von dieser Variabilität ist in den Medien nichts zu merken. Im Gegenteil: Als Prototyp gilt das Model mit der Körpergröße eines Mannes, der Taille eines Kindes und dem Gewicht einer Unterernährten.

Eine Folge davon ist, dass übergewichtige und adipöse Menschen immer stärker stigmatisiert werden. Selbst viele normalgewichtige Frauen und Mädchen empfinden sich heute als zu dick. Sie beginnen mit ungesundem Essverhalten und speziell auch extremen Diäten, bei denen der „Jojo-Effekt“ unvermeidbar ist, also eine rasche neuerliche Gewichtszunahme. So entstehen nicht selten manifeste Essstörungen.

Die aktuelle Ausgabe des ÖGES-Newsletters widmet sich schwerpunktmäßig dem Spannungsfeld Adipositas und Essstörungen und wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre.

Herzlichst,  
Ihre Michaela Langer

## AKTIVITÄTEN DER MITGLIEDER

### Kostenlose und anonyme Hilfe seit 15 Jahren

## Hotline für Essstörungen: Neues Team hilft und berät

Seit Herbst 2013 ist die Hotline für Essstörungen mit den beiden Expertinnen Mag.<sup>a</sup> Ursula Knell und Gabriele Haselberger neu besetzt. Beide sind seit vielen Jahren im Essstörungenbereich tätig: Ursula Knell als klinische Psychologin und Psychotherapeutin, Gabriele Haselberger im psychotherapeutischen Kontext und im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit.

Sie folgen den langjährigen Beraterinnen Christine Bischof und Romana Wiesinger nach. Diese haben in wertvoller Aufbauarbeit die anonyme, kostenlose und österreichweite Telefon- und e-Mail-Beratung in Fachkreisen und in der breiten Öffentlichkeit als eine erste Anlaufstelle beim Thema Essstörungen etabliert.

#### **Niederschwellige Hilfe ist frühe Hilfe**

Der Weg zur Psychotherapeutin, Ärztin oder persönlichen Beratung braucht viel Überwindung. Oft ist der erste Schritt für Betroffene der Schwierigste, nämlich sich die Erkrankung einzugestehen und Hilfe zu suchen. Daher arbeitet die Hotline für Essstörungen sehr niederschwellig. Betroffene aus ganz Österreich erhalten anonym und kostenlos telefonisch oder per e-Mail Hilfe. Die Beraterinnen unterstützen bei den ersten möglichen Schritten beim Weg aus der Essstörung, vermitteln Anlaufstellen zur weiteren professionellen Behandlung und bieten

auch tiefergehende Beratung bei allen Fragen rund um Essstörungen.

#### **Beratung auch für Angehörige**

Auch Eltern und Angehörigen dient die Hotline als wichtige Informationsstelle.

Denn deren Leben wird oftmals beherrscht von der Essstörung der Tochter, Frau oder Freundin. Gerade hier ist die Verzweiflung und Ohnmacht sehr groß, da der Wunsch helfen zu wollen, oftmals auf massive Ablehnung bei den Betroffenen stößt.

Neben der fachlich kompetenten Bearbeitung aller Anfragen wird das neue Team auch weiterhin mit Vorträgen, Workshops und Öffentlichkeitsarbeit zur Thematik sensibilisieren.

#### **25.000 Beratungen seit 1998**

Die Hotline für Essstörungen wurde im November 1998 auf Initiative der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten ao. Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Beate Wimmer-Puchinger ins Leben gerufen. Mehr als 25.000 Beratungen fanden seitdem statt. Seit 2009 ist die Hotline für Essstörungen eine Abteilung der



Gabriele Haselberger (l), Mag.a Ursula Knell (Reitung)

Wiener Gesundheitsförderung (WiG).

#### **Die Hotline bietet:**

- ein offenes Ohr für die/den AnruferIn, deren Gefühle und Lebenssituation
- viel Zeit zum Zuhören
- Information über Hilfsangebote
- Planung konkreter Behandlungsmöglichkeiten
- Vorbereitung auf einen persönlichen Kontakt, etwa mit einer/einem TherapeutIn oder Selbsthilfegruppe
- akute Krisenintervention
- Zuweisung in schweren Fällen zu medizinischer Behandlung

[www.essstoerungshotline.at](http://www.essstoerungshotline.at)



#### **Kontakt:**

Hotline für Essstörungen

Tel: 0800 20 11 20

E-Mail: [hilfe@essstoerungshotline.at](mailto:hilfe@essstoerungshotline.at)

[www.essstoerungshotline.at](http://www.essstoerungshotline.at)

Beratungszeiten:

Mo – Do (werktags): 12 – 17 Uhr

## Internationale Zusammenarbeit

# ÖGES ist Partnerorganisation der "Academy for Eating Disorders" (AED)

Seit Juli 2011 ist die Österreichische Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES) eine Partnergesellschaft der „Academy for Eating Disorders“ (AED). Das Ziel einer Entwicklung von sog. Partnergesellschaften der AED ist es, weltweite Zusammenarbeit mit anderen Essstörungsgesellschaften zu etablieren, deren Ziele denen der AED gleichen, im speziellen also die der Förderung der Behandlung, der Erforschung und der Prävention von Essstörungen.

Zu diesem Zwecke wurde im Jahr 2009 das "Partnership (ehemals Sisterhood), Chapter and Affiliate Committee" gegründet, welches die aktive Zusammenarbeit zwischen den Organisationen vorantreiben soll. Vorteile für beide Seiten, also sowohl für die AED als auch für die jeweilige Schwestergesellschaft, sind Forschungs- und klinische Kooperation, wechselseitige Einladungen von Vortragenden bei wissenschaftlichen Kongressen, gegenseitiger Austausch auf den jeweiligen Websites und Newsletters, ermässigte Mitgliedsbeiträge und Möglichkeiten für Reise-stipendien.

Derzeit gibt es vierzehn Partnergesellschaften, drei affilierte Gesellschaften, ein Chapter. Beitritte weiterer Gesellschaften sind im Laufen.

Mit Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Ursula Bailer, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES), "Fellow" der Academy for Eating Disorders (AED), und Mitglied des "Partnership, Chapter and Affiliate Committees" (PCAC) seit 2011, übernahm die ÖGES im Mai 2013 bis zum Jahr 2016 den Vorsitz des PCAC gemeinsam mit Annemarie van Elburg von der Niederländischen Akademie für Essstörungen.

Aus diesem Anlass fand bei der 21. Essstörungskonferenz in Alpbach von 16.-18. Oktober 2013 unter Vorsitz von Ursula Bailer eine Podiumsdiskussion des PCAC statt, an der unter anderem VertreterInnen der Australian and New Zealand Academy for Eating Disorders (ANZAED), des Experten-Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES), des Polish National Center for Eating Disorders (PNCED) und der ÖGES teilnahmen.



Karin Waldherr (l.), Ursula Bailer

Ziel der lebendigen Podiumsdiskussion war es, über die Arbeit des PCAC zu informieren, den bereits teilnehmenden Partnergesellschaften die Möglichkeit zu geben über ihre jeweiligen Aktivitäten zu berichten, und im gemeinsamen Austausch bestehende Kollaborationen zu festigen bzw. Essstörungsgesellschaften aus weiteren Ländern für die Idee der "Partnership" zu gewinnen.

[www.aedweb.org/Sister\\_Organizations/2418.htm](http://www.aedweb.org/Sister_Organizations/2418.htm)

## Wissenswertes über die "Academy for Eating Disorders"

Die "Academy of Eating Disorders" (AED) ist die weltweit größte, multidisziplinäre, professionelle Essstörungsgesellschaft. Die AED wurde 1993 gegründet und ihre Mitgliederzahl beläuft sich mittlerweile auf mehr als 1.500 Mitglieder aus 43 Ländern.

Alle Mitglieder sind in der Prävention und Behandlung von Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Disorders) tätig und engagieren sich in der Forschung und laufenden Verbesserung der psychotherapeutischen und medizin-

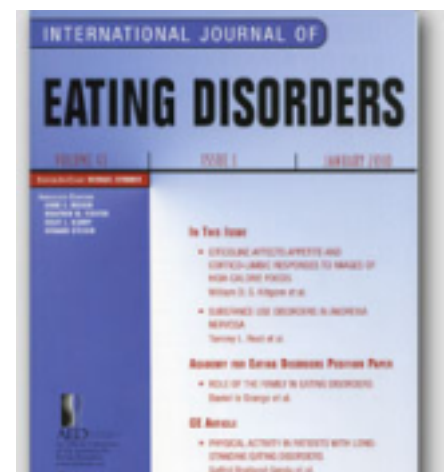
ischen Behandlung von Essstörungen.

### Wissenschaftliche Publikation

Die AED gibt das renommierte "International Journal of Eating Disorders" heraus, das acht Mal im Jahr erscheint.

### Jährliche Konferenzen

Die AED veranstaltet jährlich die "International Conference on Eating Disorders", die mit meist mehr als 500 TeilnehmerInnen zu den größten Essstörungskonferenzen weltweit zählt. [www.aedweb.org](http://www.aedweb.org)



## AKTIVITÄTEN DER MITGLIEDER

### Auflistung aller AED-Partnergesellschaften

## AED-Partnergesellschaften auf der ganzen Welt

2009 richtete die AED erstmals formelle Kooperationen mit anderen Essstörungsgesellschaften ein. Seitdem wurden 14 Gesellschaften als Partnergesellschaften sowie drei affilierte Gesellschaften und ein Chapter anerkannt:

#### Partnerorganisationen:

- Argentinien:** Transdisciplinary Obesity Society  
**Australien/Neuseeland:** The Australian and New Zealand Academy for Eating Disorders (ANZAED)  
**Chile:** Chilean Society for the Study of Eating Disorders (SETA)  
**Deutschland:** Dt. Gesellschaft für Essstörungen (DGESS)  
**Island:** The Icelandic Eating Disorder Association (IEDA)  
**Israel:** The Israel Association for Eating Disorders (IAED)  
**Italien:** Ital. Society of Eating Behaviour Psychopatho. (SIPA)  
**Kanada:** Eating Disorder Association of Canada (EDAC)  
**Mexiko:** Mexican Association of ED Professionals (AMTA)  
**Niederlande:** Dutch Academy for Eating Disorders (NAE)  
**Österreich:** Österr. Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES)  
**Polen:** Polish National Center for Eating Disorders (PNCED)



Academy for Eating Disorders

- Schweden:** The Swedish Eating Disorder Society (SEDS)  
**Schweiz:** Experten-Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES), Réseau Expert Suisse Troubles Alimentaires (RESTA)

#### Affilierte Organisationen:

- England:** Eating Disorders Section of the Royal College of Psychiatrists (EDSECT)  
**USA:** Society for Adolescent Health and Medicine (SAHM)  
**USA:** Sports, Cardiovascular, and Wellness Nutrition (SCAN)

#### Chapter:

- Lateinamerika:** Hispano Latino American Chapter

## Aktivitäten von AED-Partnergesellschaften

### Australien

Die australische und neuseeländische Akademie für Essstörungen (ANZAED) veranstaltete im August 2013 eine sehr erfolgreiche Konferenz in Melbourne, an der über 400 Personen teilnahmen.

Höhepunkte waren die Vorträge von Susie Orbach ("The Politics of the Body and the Body Politic") und Professor Joe Proietto ("Why is it so Difficult to Maintain Weight Loss?"), eine aufregende Plenumsdiskussion mit dem Titel "I-Tools and the Internet", sowie eine zum Nachdenken anregende Falldiskussion von Susie Orbach (Psychoanalyse), Carolyn Costin (Klientenzentrierter Ansatz) und Anthea Fursland (Verhaltenstherapie). Diese "Fall-Podiumsdiskussion" zeigte die unterschiedlichen und doch ähnlichen Therapieansätze für junge Frauen mit Anorexia Nervosa.

Die nächste ANZAED Konferenz wird

2014 in Freemantle in Westaustralien stattfinden. [www.anzaed.org.au](http://www.anzaed.org.au)

### Schweden

Die "Swedish Eating Disorder Society" (SEDS), wurde 1993 gegründet und zählt ca. 250 Mitglieder. Ziel ihrer Arbeit ist die Verbesserung der Versorgung von Personen mit Essstörungen, indem Forschung zu diesem Thema, sowie Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen unterstützt wird.

Zusätzlich werden zwei jährliche Treffen veranstaltet. Die SEDS arbeitet mit der „Nordic Eating Disorders Society“ (NEDS) zusammen, die sich aus EssstörungsexpertInnen aus den nordischen Ländern Schweden, Dänemark, Finnland, Norwegen und Island zusammensetzt.

Die diesjährige Konferenz, gemeinsam von SEDS und NEDS organisiert, wird

von 17.-19. September 2014 in Stockholm/Schweden unter dem Titel "Life Changes and Eating Disorders" stattfinden und wird die Entstehung von Krankheit und Behandlung in den Mittelpunkt stellen. [www.nedsconference.com](http://www.nedsconference.com)

### Lateinamerika

Auch das lateinamerikanische „Hispano Latino American“-Chapter ist hochaktiv. Der 9. Essstörungskongress und die zugleich erste internationale Konferenz für Essstörungen fand von 28.-30. November 2013 in Lima/Peru statt.

EssstörungsspezialistInnen aus Argentinien, Brasilien, Columbien, Chile, Ecuador, Mexiko, Peru, Spanien und den USA gaben einen interessanten Überblick über Essstörungen in Lateinamerika.

Nächste Konferenz:

Quito/ Ecuador 12.-15. November 2014

## Folder informiert über Fakten und Risiken bei ästhetischen Operationen

### Neue Broschüre: Sachliche Info zu Schönheitsoperationen

Der Entschluss für eine ästhetische Operation soll wohlüberlegt sein. Die Broschüre "Schönheit um jeden Preis? Ästhetische Operationen: Gut informiert entscheiden!" möchte Frauen, die über einen ästhetischen Eingriff nachdenken, eine Entscheidungsgrundlage sowie unabhängige Informationen bieten.

Ziel der Broschüre ist es, sachliche Informationen ohne erhobenen Zeigefinger zu geben, damit Frauen die bestmögliche Entscheidung für sich selbst treffen können. In der Broschüre werden die wichtigsten Eckpunkte des seit 1.1.2013 gültigen Bundesgesetz zur Durchführung von Schönheitsoperationen dargelegt, u.a.:

- Nur ausgebildete plastische ChirurgInnen und von der Ärztekammer aufgelistete ÄrztInnen dürfen Schönheitsoperationen durchführen.
- Die Ärztin/der Arzt muss ein umfassendes Aufklärungsgespräch führen und diese Info auch schriftlich in verständlicher Sprache geben.
- Zwischen Aufklärung und Einwilligung gibt es eine zweiwöchige Wartefrist bei Erwachsenen.
- Für 16- bis 18-Jährige ist eine vierwöchige Wartefrist zwischen

- Einwilligung und Eingriff verpflichtend
- Verpflichtende psychologische Beratung bei Erwachsenen, wenn die Ärztin/ Arzt eine psychische Störung als Grund für den Eingriff vermutet.
- Für 16- bis 18-Jährige ist eine psychologische Beratung verpflichtend.
- Ästhetische Operationen an unter 16-Jährigen sind verboten.

Die Broschüre thematisiert auch die schwierige Rechtslage bei misslungenen Eingriffen im Ausland. Zusätzlich bietet der Folder eine praktische Checkliste mit wichtigen Fragen für das Beratungsgespräch.

#### Psychologische Beratung

Gewinnt die Ärztin/der Arzt bei erwachsenen Personen den Eindruck, dass eine psychische Störung das Motiv für den Eingriff ist, so ist sie/er verpflichtet, zu einer psychologischen Begutachtung/Beratung an eine/n klinische/n PsychologIn oder PsychiaterIn zu verweisen. Im Begleittext des Gesetzes verweist der Gesetzgeber explizit auf Essstörungen und körperdysmorphe Störungen als mögliche Ursachen für den Wunsch nach einer ästhetischen Operation. Für ÄrztInnen gilt in diesem Fall ein er-

höhter Sorgfaltsmaßstab: Personen, die ästhetische Operationen durchführen, müssen in der Lage sein, mögliche körperdysmorphe Störungen oder Essstörungen grundsätzlich zu erkennen.

#### Kostenlose Bestellung:

Wiener Programm für Frauengesundheit  
01/4000-87162 oder  
frauengesundheit@ma15.wien.gv.at



## Sensibilisierungskampagne in England

### B-EAT: Bewusstsein für Essstörungen an Universitäten schaffen

Beat ist eine britische NGO (Non-governmental Organisation), die Informationen, Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Essstörungen bietet. Ihr Ziel ist es, einerseits den Zugang zu Therapie und Beratung zu erleichtern und andererseits ein generelles Bewusstsein für Essstörungen und vorherrschende Schönheitsideale zu schaffen.

Die aktuelle Beat-Kampagne bemüht sich, an Universitäten ein besseres Verständnis und wirksamere

Unterstützung für betroffene StudentInnen zu schaffen. Das soziale Umfeld der Universität beinhaltet Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung wie Leistungsdruck, finanzielle Sorgen, neue Freunde finden und von zu Hause ausziehen.

#### Blogs, Videos und Infomaterialien

Auf der Website von Beat findet man Broschüren für Angehörige und Freunde von Essgestörten und Videos, sowie Blogs, in denen Betroffene zu Wort kommen. Weiters arbeitet die

Organisation mit den psychologischen StudentInnenberatungen zusammen.  
[www.b-eat.co.uk](http://www.b-eat.co.uk)



## KONFERENZRÜCKBLICK

### Rückblick

# MedUniWien veranstaltete die "5. Wiener Postgraduelle Fortbildung zu Essstörungen und assoziierten Krankheitsbildern"

**Am 15. und 16. März 2013 fand an der Medizinischen Universität Wien die 5. Wiener Postgraduelle Fortbildung zum Thema "Essstörungen und assoziierte Krankheitsbilder" statt. Bedeutende WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen aus diesem Bereich gewährten einen interessanten Einblick in ihre Arbeit.** Nina Heumayer, Leonie Moser.

Nach der Begrüßung durch o. Univ.-Prof. Dr. med. Max H. Friedrich und Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Karwautz startete der erste Vortragsblock mit dem Inhalt „Frühkindliche Essstörungen“. OÄ Dr.<sup>in</sup> Josephine Schwarz-Gerö, Wilhelminenspital, Wien berichtete über frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen sowie therapeutische Möglichkeiten in diesem Zusammenhang. Sehr eindrücklich, anhand von Fallvignetten, schilderte Dr.<sup>in</sup> Schwarz-Gerö ihre Arbeit an der Kinderklinik Glanzing am Wilhelminenspital.

Der Vortrag von Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Marguerite Dunitz-Scheer, stellvertretende Leiterin der psychosomatischen Station der Univ.Klinik für Kinderheilkunde Graz, beschäftigte sich mit der Prävention, dem Management und der Entwöhnung von künstlicher Ernährung im Kleinkindalter. Sie stellte das von ihrem Team entwickelte Konzept, in Form eines dreiwöchigen Intensivprogramms vor. Ihre lebendige Darstellung wurde durch eine Vielzahl praktischer Beispiele ergänzt.

#### **Internet basiertes Selbsthilfeprogramm zeigt hohe Wirksamkeit**

Dr.<sup>in</sup> Gudrun Wagner, Klinische und Gesundheitspsychologin an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der MUW gab Einblicke in ihre soeben fertiggestellte und hochrangig publizierte Dissertation, in der sie Internet-basierte geleitete Selbsthilfe-

programme für bulimische PatientInnen in einer Langzeitstudie evaluierte und mit dem Goldstandard „Geleitete Bibliothherapie“ verglich. Die Wirksamkeit ist bei mehr als 50% der Betroffenen sehr gut und über 1 ½ Jahre stabil.

Im anschließenden Seminarblock hatten die TeilnehmerInnen die Auswahl zwischen State-of-the-Art Seminaren und parallelen Workshops aus medizinischer, physiotherapeutischer und psychologischer Sicht. Themen der Seminare waren unter anderem psychosomatische und psychosoziale Aspekte der Adipositas oder das Körpererleben von PatientInnen mit Anorexia nervosa.

#### **Block II: Entstehung und Therapie der Essstörungen**

Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Karwautz, Leiter der Ambulanz für Essstörungen und Stationsleiter 06 an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, referierte über Gen-Umweltinteraktionen und ihre praktische Relevanz für die Therapie der Essstörungen. Aus seinem Vortrag ging deutlich hervor, dass bei der Erkrankung der Anorexia nervosa genetische Faktoren unbedingt Berücksichtigung für das Verstehen der Erkrankung finden müssen.

Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Ulrike Schmidt von der Abteilung für Essstörungen, Maudsley Hospital und Institute of Psychiatry, Kings College London, die eine der weltweit wenigen Professuren für Essstörungen inne hat, gab Einblick in neueste Entwicklungen in der Behandlung von Essstörungen.

#### **Block III: Essstörungen, Adipositas und Diabetes Typ I und II**

Im ersten Vortrag zu diesem Thema berichtete Prof. Dr. Stephan Herpertz, Direktor der Klinik für Psycho-

somatische Medizin und Psychotherapie LWL-Universitätsklinikum Bochum, über Binge-Eating-Störungen bei Erwachsenen mit Adipositas und Typ-2-Diabetes. Er wies auf die Bedeutung der Erhebung der Symptomatik des Night-Eating Syndroms bei PatientInnen mit einer Adipositas hin.

#### **Mangelndes Ernährungswissen von Jugendlichen**

Univ.-Prof. Dr. med. Kurt Widhalm, em. Professor für Ernährungsmedizin der MUW, stellte dem Plenum die Probleme morbid übergewichtiger Jugendlicher vor und verwies u.a. auf das mangelnde Wissen Jugendlicher über die Nährwerte von Speisen und Getränken, das unabhängig vom Bildungsgrad der Eltern auftritt.

Danach informierte Dr.<sup>in</sup> Gabriele Berger, Assistenzärztin an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Diabetesambulanz der Medizinischen Universität Wien, über Essstörungen bei Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes und ihre Therapie.

Im Nachmittagsblock standen den TeilnehmerInnen erneut die unterschiedlichsten Seminare und Workshops zur Verfügung. Themen der Seminare waren unter anderem die Relevanz von Psychopharmaka für die Behandlung von Essstörungen sowie die Bedeutung der Elternarbeit bei Essstörungen.

#### **Fazit**

Die Fortbildung gewährte vielfältige Einblicke und eröffnete neue Perspektiven im Hinblick auf diese komplexen Störungsbilder in all ihren Facetten. Eine ausgewogene Mischung theoretischer und praktischer Inhalte machte die Fortbildung zu einer in höchstem Maße gelungenen Veranstaltung. [www.ess-stoerung.eu](http://www.ess-stoerung.eu)



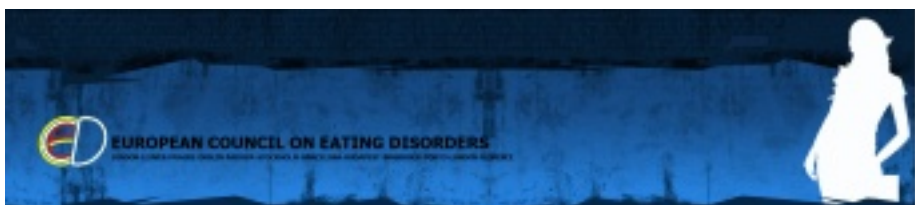
## Ein Rückblick von Gerry Butcher (Irland) auf das Treffen in Oslo/Norwegen: Internationale Vernetzung beim 13. Meeting des "European Council on Eating Disorders" (ECED)

Jedes Jahr treffen sich internationale ExpertInnen auf dem „European Council on Eating Disorders“ (ECED), um sich über den neuesten Stand der Forschung zum Thema Essstörungen auszutauschen, zu informieren und zu debattieren. Im September 2013 fand die ECED in Oslo statt. Gerry Butcher.

Colleagues – what makes the ECED general meetings so special? In many ways, one could argue it's just another in a long list of conferences related to the understanding and treatment of eating disorders that take place all across the world. Yet somehow, in the midst of each gathering of this unique 'family', something different emerges. Often, this appears to happen over coffee during a break in proceedings, or in the evenings at a social gathering or in a local hostel. A casual observer, eavesdropping on a conversation, might be surprised to hear passionate debate taking place about an aspect of treatment or diagnosis or core understandings around epidemiology or causative factors in the world of eating disorders. And so, important relationships are both formed and maintained, and colleagues from all over the world get to enjoy the unique atmosphere of an ECED meeting.

This year, it was no exception. Finn Skårderud and his team accomplished the wonderful task of pulling together disparate groups from across Europe to share their knowledge and, most importantly, allow us to debate with those who work at 'the cutting edge' of research and treatment in order to enable us to bring that vital new information back to our various individual workplaces.

The official opening was kindly delivered by Roy Andersen, CEO Division of Mental Health and Addiction Marit Bjartveit at Oslo



University Hospital. There followed a wonderful Smörgåsbord (or more correctly perhaps, in Norwegian, koldtbord) of plenary discussions on New Technology, New Challenges, and New Possibilities.

### **Are Eating Disorders Brain Disorders?**

Then, after refreshments, we were treated to a sizzling debate entitled "Eating Disorders are Brain Disorders" between Bryan Lask (UK) and Finn Skårderud (NO), and it was truly riveting. These two research giants gave it their all and in my mind, it was like watching a (academic) clash of the Titans. Wonderful stuff and it was so elegantly moderated by Rachel Bryant-Waugh (UK). Judging by the debate among participants that followed, I somehow believe we will be returning to this topic again, and again.

Four quite diverse concurrent sessions took up most of the afternoon before we were treated to a splendid 'State of the Art' presentation from Hubert Lacey (UK). The topic "The problems of failure. The potential for success in the treatment of Eating Disorders" was delivered in a serious and engaging manner by Hubert, who expertly brought us through the challenges many clinicians face when dealing with those who fail to recover from what might be termed 'standard' approaches to treatment, especially in Anorexia Nervosa. We were challenged to consider not simply consigning 'treatment failures' to standard outpatient 'treatment-as-usual', but instead to take on the challenge of actively engaging these patients toward

recovery. Hubert showed how this could be achieved by aiming toward firstly, retaining the patient in treatment by deliberately putting weight gain, as a specific goal, to one side. Thereafter direct attention is given to working at improvement of quality of life, harm minimisation, and avoidance of a sense of failure. This is no easy task, but it was clearly demonstrated this could be achieved with some effort. An interesting 'side-effect' for many of those in the study was that, they actually gained weight.

### **Motion or no motion in the treatment of AN?**

Day two opened with a plenary session and we heard excellent presentations on Recent Clinical Studies from Ivan Eisler (UK). On Saturday, the second debate explored the thorny subject of "One disorder, one treatment?" with Riccardo Dalle Grave (IT) proposing the motion and David Clinton (SE) opposing. Both presented strong and compelling arguments and much debate followed among the participants. The result, when it came to a vote though, was overwhelmingly against the motion.

The afternoon was firstly covered by another round of diverse concurrent sessions followed by the final plenary session on Comorbidity and Therapeutic Implications.

The ECED 2015 will take place in Heidelberg, Germany where the organiser will be Dr. Stefanie Bauer.

[www.eced.co.uk](http://www.eced.co.uk)

## KONFERENZRÜCKBLICK

### Rückblick

## 21. Kongress "Essstörungen" in Alpbach



Zum 21. Mal jährte sich heuer der internationale Kongress Essstörungen in Alpbach, der von 17. bis 19. Oktober 2013 stattfand. Wie jedes Jahr war der Kongress von international hochkarätigen WissenschaftlerInnen gut besetzt. ReferentInnen aus Österreich, Deutschland, Belgien, den Niederlanden, Norwegen, Spanien, Italien, der Schweiz, Ungarn, Polen, Rumänien, den USA, China bis hin zu Australien waren in Alpbach vertreten. Von Nadja Burghart.

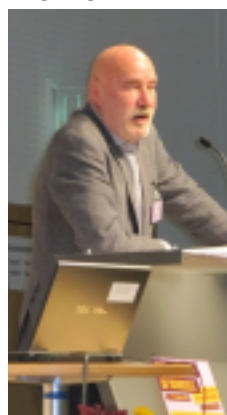
Mit 72 Beiträgen (2 Hauptvorträge, 43 Vorträge, einem Panel der Academy for Eating Disorders -Partnership (PCAC)



Karin Waldherr

mit 4 Präsentationen, 10 Posterpräsentationen und 12 Workshops) und mehr als 220 TeilnehmerInnen war der 21. Essstörungskongress eine erfolgreiche Veranstaltung.

Insgesamt fanden im Rahmen der zweitägigen Tagung 12 Parallelsitzungen mit jeweils vier bis fünf Vorträgen zu den Themenbereichen „Epidemiologie und Risikofaktoren“, „Neurobiologische Aspekte“, „Prävention“, „Therapie“, „Vernetzungsorganisationen von Betroffenen,



Günther Rathner

TherapeutInnen und WissenschaftlerInnen“, „Komorbidität“ sowie „Adipositas“ statt. Zusätzlich wurden 12 Workshops, im Rahmen derer sich die TeilnehmerInnen am Freitag und Samstag

intensiver mit unterschiedlichen therapeutischen Aspekten in der Behandlung von Essstörungen auseinandersetzen, veranstaltet.

### Teaching Day zu Prävention, Früherkennung und Versorgung

Zum 10. Mal fand im Vorfeld des Kongresses der Internationale Teaching Day statt. Dieser setzte sich intensiv mit Verbesserungen in Prävention, Früherkennung und Versorgung auseinander. Der Tag wurde von Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Beate Wimmer-Puchinger und Mag.<sup>a</sup> Michaela Langer vom Wiener Programm für Frauengesundheit und Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Anja Hilbert vom Forschungs- und Behandlungszentrum Adipositas aus Leipzig (DE) und Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Phillipa Hay von der University of Western Sydney (AUS) gestaltet.

### BM Heinisch-Hosek schickt Videogruß

Eröffnet wurde der Kongress dann am Freitag von Dr.<sup>in</sup> Karin Waldherr, Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES), gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Günther Rathner, dem Präsidenten der ÖGES.



Gabriele Heinisch-Hosek, die Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst, sandte eine Videogrußbotschaft, ebenso wie Herr DI Dr. Tilg, Gesundheitslandesrat von Tirol. Frau Gemeinderätin Herlinda Keuschnigg aus Innsbruck war nicht nur nach Alpbach gekommen, um die KongressteilnehmerInnen persönlich zu begrüßen, sondern auch um den beiden Hauptvorträgen von Prof.<sup>in</sup>



V.l.n.r.: Hilbert, Hay, Keuschnigg, Waldherr

Phillipa Hay aus Australien und Prof.<sup>in</sup> Anja Hilbert aus Deutschland zum Thema Veränderungen in der Prävalenz und Therapie von Essstörungen zu folgen.

### Posterpreis: Polnische EDI-3-Adaption

Zehn Poster von internationalen WissenschaftlerInnen, wurden diese Jahr präsentiert. Der 1. Platz für das beste Poster ging an Radoslaw ROGOZA aus Polen für sein Poster zum Thema „Polish adaption of Eating Disorders Inventory 3“. Den besten Vortrag hielt Ute ANDORFER zu „SAFE - Das Behandlungsmodul für traumatisierte Patienten mit Essstörungen bzw. multi-impulsivem, selbstverletzendem Verhalten am Anton Proksch Institut Wien“.

Abgerundet wurde das Programm des Kongresses durch den Kongress-



empfang. Bei Buffet und Musik in der Jam Session der SaxophonistInnen Johanna Lhotta und Florian Brambröck aus Innsbruck konnten die KongressteilnehmerInnen Kontakte und Gespräche intensivieren.

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

## Rückblick

# "Trotz allem intakt: Essstörungen in verschiedenen Lebensphasen"

Am 11.02.2014 lud "intakt – Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen" ExpertInnen sowie InteressentInnen zur Fachtagung im Festsaal der Bezirksvorstehung Alsergrund, Wien ein. ExpertInnen führten auf anschauliche und fachlich kompetente Weise das Publikum in den neuesten Wissensstand bezüglich Essstörungen in den verschiedenen Lebensphasen ein. Von Ines Sindelar.

Mag.<sup>a</sup> Michaela Langer, Klinische und Gesundheitspsychologin, Stv. Leiterin des „Wiener Programm für Frauengesundheit“, eröffnete die Tagung. Ihren Vortrag nutzte sie, um den Blick auf drei Punkte zu lenken: a) die steigende Zahl von schwangeren Frauen mit Essstörungen, b) Essstörungen als möglicher Ausschließungsgrund für Schönheitsoperationen laut dem seit 1.1.2013 geltenden "Bundesgesetz zur Durchführung von ästhetischen Operationen" und c) den Selbstbeschränkungskodex des Österreichischen Werberates, der zum Schutz von Jugendlichen Werbung mit untergewichtigen Abbildungen verbietet.



Michaela Langer

Dr.<sup>in</sup> med. Josephine Schwarz-Gerö, leitende Oberärztin der Säuglingspsychosomatik an der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im Wiener Wilhelminenspital, erklärte Essstörungen im Säuglings- und Kindesalter. Durch anschauliches Videomaterial verdeutlichte Schwarz-Gerö ihre thematischen Schwerpunkte und gab einen Einblick in ihre Arbeit.

Mag.<sup>a</sup> Karin Lobner, Psychotherapeutin und Ernährungswissenschaftlerin in

freier Praxis, spannte den fachlichen Bogen zwischen Physiologie und Psychologie bei Adipositas. Sie ging vor allem auf das "System Familie" ein, das bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle spielt.

Dr. Christian Wanner, FA für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leiter der Ambulanz an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Mödling, gab eine detaillierte Übersicht über Diagnostik, Besonderheiten und Therapie bei Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Wanner betonte, dass in der Arbeit mit Jugendlichen mit Essstörungen die Auseinandersetzung mit Eltern und dem Familiensystem ein wichtiger Bestandteil der Diagnostik und Therapie ist.

Essstörungen im Erwachsenenalter widmete sich Dr.<sup>in</sup> phil. Bärbel Wardetzki. Die Pädagogin, Diplompsychologin, klinische Psychotherapeutin und Supervisorin aus München führte die HörerInnen auf humorvolle Weise in ihr System des weiblichen Narzissmus bei Essstörungen ein. Ihre beruflichen Erfahrungen bei möglichen Hürden sowohl auf Seite des/der Therapeutin/en als auch auf Seite der Klientin rundeten den Vortrag ab.



v.l.n.r. Weninger, Wardetzki, Haselberger, Lenhard-Backhaus

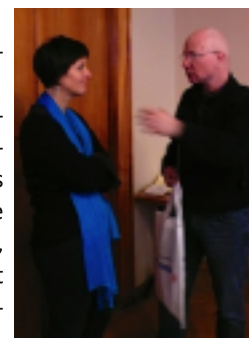
Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Karin Waldherr, Klinische u. Gesundheitspsychologin, Vizepräsidentin der ÖGES, Vorstandsmitglied des Netzwerk Essstörungen, Ferdinand Porsche FernFH-Studiengänge Wien, präsentierte umfangreiche Studien zu

Angaben des Auftretens von Essstörungen im höheren Lebensalter. Waldherr zeigte auf, dass in der Grundlagenforschung bei Essstörungen im höheren Lebensalter eine deutliche Wissenslücke vorliegt. Der gesellschaftliche „Jugend“-Trend übt auch auf Frauen in höheren Lebensaltern massiven Druck zu Aussehen und Figur aus.



Kathrin Seyfahrt, Autorin, freie Rundfunkjournalistin, Gründerin und Vorsitzende von „Wunschträume/Netzwerk für Mädchen- & Frauenprojekte e.V.“, München, entführte die HörerInnen mit ihrer Lesung in die Welt einer Magersüchtigen. Ihre eigene Geschichte und ihr Weg aus der Essstörung berührten und holten in die wissenschaftlich distanzierte Betrachtung wieder den Menschen und seine persönliche Leidensgeschichte zurück. Seyfahrt engagiert sich seit Jahren für Schulbildung und Ernährung von Kindern und Jugendlichen in Afrika.

Die körperlichen Folgen der Unter- und Mangelernährung von Essstörungen auf den Organismus thematisierte Dr.<sup>in</sup> Theresia Tiller, FÄ für Inneres bei intakt, OÄ im Psychosomatischen Zentrum Waldviertel Eggenburg, Psychotherapeutin. Anhand von Beispielen verdeutlichte Tiller, was der menschliche Körper benötigt, um optimal mit Nahrung versorgt zu sein.



Rahel Jahoda im Gespräch

## THEMENSCHWERPUNKT



Elisabeth Ardelt-Gattinger

# Essstörungen und Adipositas

**Nicht ganz unberechtigt wird Adipositas von Laien häufig als Essstörung bezeichnet. Adipöse und essgestörte Menschen zeigen meist eine zu hohe gedanklichen Fixierung auf Ernährung und Essen, ungünstige Ernährungsgewohnheiten und subklinisch dysfunktionales Essverhalten.<sup>1</sup> Sie finden Diät halten gut und weisen Unzufriedenheit mit dem Äußeren, sowie Selbstwertprobleme mit dem Wunsch das dünne Ideal zu erfüllen auf.<sup>2,3</sup>**

Dies wird durch bereits bei höherem Normalgewicht beginnende Diskriminierungen und das gerade von ExpertInnen bislang oft empfohlene Diätverhalten (Diätcamps etc.) begünstigt. Tatsächlich ist Adipositas als chronische Krankheit<sup>4</sup> und nicht als Essstörung definiert<sup>5,6</sup> und wurde bisher meist getrennt von dieser behandelt. Die Praxis und Studien zeigen, dass es fließende Übergänge und – vor allem - ungewöhnlich hohe Komorbiditäten der Adipositas mit Essstörungen gibt.

### **Gedankenkontrolle steigt mit Gewicht**

Ein Definitionsmerkmal von Essstörungen ist das „restraint eating“. Adipösen Erwachsenen und Kindern wurde Jahrzehnte lang geraten, sich „einfach (!) besser zu kontrollieren“. Ein Mehr an Kontrolle nach Beratungen und Kuraufenthalten, die der Gesundheitsförderung dienen sollen, wird in einer rezenten Publikation<sup>7</sup>, immer noch als Erfolg der Maßnahmen gewertet. Tatsächlich nimmt die kognitive Kontrolle der Essgedanken mit zunehmendem (!) Gewicht zu.<sup>8,9</sup>

Neurokognitive Untersuchungen und die Kognitionsforschung<sup>10</sup> konnten zeigen, dass das menschliche Gehirn grundsätzlich nicht etwas NICHT denken kann. Man kann die Gedanken lediglich unterdrücken. Stroebe (2002) konnte mit Experimenten nachweisen, dass diese Unterdrückung von Essgedanken („Ich esse jetzt NICHT Schokolade, Chips“ etc.) zu den sog. ‚ironischen Prozessen‘ führt (vgl. dazu auch das Spiel „Denke 30 Sekunden

NICHT an einen rosa Elefanten“). Das Unterdrückte kommt in noch höherem Maße ins Bewusstsein als zuvor, was wiederum das Verhalten in Richtung Essen steuert - bis hin zum Essanfall.<sup>11</sup>

### **Binge Eating Disorder und Big Eating**

Komorbiditäten mit Binge Eating Disorder bestehen bei mindestens 25% erwachsener Adipöser. Dies liegt etwa beim 10-fachen der normalgewichtigen Bevölkerung.<sup>12</sup> Bei Kindern und Jugendlichen wird BED ebenfalls mit 30-50% angegeben.<sup>13</sup>

Eine für die Diagnostik relevante Unterscheidung zur BED bietet der nicht in Richtung psychologische Störung gehende Begriff des „Big Eating“. Beschrieben wird es als Verhalten von Menschen, die schnell sehr große Mengen (meist wesentlich mehr zu einer Mahlzeit als andere) essen, ohne dabei notwendig Hunger zu empfinden und dabei einen gewissen Kontrollverlust angeben. Dem Big Eating fehlen aber die weiteren der

## THEMENSCHWERPUNKT

im DMS IV definierten BED-Kriterien, nämlich die Empfindung von „Scham“ und „Schuldgefühlen“, so wie die Verhaltensweisen der Betroffenen Essanfälle zu „verbergen“ und „alleine essen“. Mit Hilfe eines neuen Fragebogens konnte eine trennscharfe Unterscheidung von BED und Big Eating getroffen werden.<sup>8</sup> Hohe Werte (>3 auf einer 5 stufigen Skala) auf der „Big-Eating“ Subskala konnte in einer Stichprobe von 220 Adipösen ein Prozentanteil von 86,3% ermittelt werden.<sup>8</sup> Es wäre zu diskutieren, ob man Big Eating somit als „normales“ - durch viele physische und psychische Faktoren der Adipositas erklärliches - übermäßiges Essen bezeichnet.

### Bulimie

Laut Definition von Bulimie nach ICD 10 kommen zu den „wiederholten Anfällen von Heißhunger (Essattacken)“, die Kontrolle des Körpergewichts und Kompensationsverhalten etwa durch Erbrechen, Laxantien oder Abführmittel („purging Typ“) sowie Sport („non purging Typ“) dazu. Bei morbid adipösen Erwachsenen wird von einer Komorbidität von etwa 7% gesprochen<sup>12</sup>. Bei Kindern und Jugendlichen wurden in einer eigenen Studie an ca. 200 für die Normalbevölkerung repräsentativen Adipösen zwischen 8-18 Jahren etwa 9% gefunden.<sup>8</sup> Der hohe Anteil bei Jugendlichen ist plausibel, da es sich um eine Störung handelt, die in der Pubertät beginnt und mit ca. 18 Jahren ihren Höhepunkt erreicht.

### Schwierige Essstörungsdiagnose bei Kindern

Über 40% der Kinder und Jugendlichen unterschiedlicher Gewichtsklassen konnten - bei vorliegenden Essstörungssymptomen - nicht eindeutig einer Diagnose zugeordnet werden.<sup>14,15</sup> In einer repräsentativen Stichprobe von 4000 Kindern und Jugendlichen zwischen 8 und 18 Jahren konnten zwei Faktoren, und zwar „Bulimisches Probiervverhalten“ (Erbrechen oder andere Kompensationen OHNE vorausgehenden Essanfall nur zum Zweck der Gewichtsregulation) und „Preoccupation with Weight and

Shape“ (übertriebene Sorgen um Figur und Äußeres, Vorliebe für Diäten) extrahiert werden. Diese beiden Subskalen wiesen hoch signifikante und relevante Unterschiede zwischen den Gewichtsklassen auf. „Bulimisches Probiervverhalten“ gaben 9% und „Preoccupation with Weight and Shape“ 24% der Adipösen zwischen 8 und 18 Jahren an.<sup>8</sup>

### Präventionsbotschaften überdenken

Einiges spricht dafür, dass diese Störungen bei Kindern und Jugendlichen u.a. durch - unglücklich formulierte oder verstandene - Präventionsbotschaften („Bulimie heißt, dass Kinder/Jugendliche erbrechen um abzunehmen“ was in der kindlichen Vorstellung heißt: „Damit KANN man abnehmen!“) begünstigt wurden. Stice & Shaw (2004) empfehlen daher, die „Paradoxie getrennter Essstörungs- und Adipositskampagnen“ besonders in Schulen aufzugeben. Man lehre die Kinder - oft in kurzem zeitlichem Abstand - jeweils, das Verhalten der anderen Störung/Krankheit als gefährlich und ungünstig zu betrachten und verunsichere sie dadurch.

Die empirische Evidenz ist schwer zu erbringen, aber viel deutet darauf hin, dass es besser wäre, das Denken von Kindern/Jugendlichen in Umbruchsphasen wie Pubertät und Adoleszenz mit dem diesen Phasen innewohnenden Protestpotential gar nicht erst mit Kenntnissen und Beschreibungen von Essstörungsritualen und Diäten zu infiltrieren, sondern die vielen Varianten zwischen Perfektion und Unvollkommenheit zu diskutieren, die letztlich Normalität konstituieren. Beratung, Therapie, Prävention und Gesundheitsförderung sollten sich grundsätzlich salutogener Kommunikation bedienen - was man essen könne, was an Bewegung Spaß mache und nicht, was pathogen zu meiden sei.

Es sollten auf allen Ebenen, wie in der Familie, in der Schule und generell in der Gesellschaft, die Bezugspersonen darauf achten, ein selbstbewusstes gewichtsunabhängig vernünftig essen- des und ein aus Freude körperlich

aktives Modell zu sein bzw. solche in der Öffentlichkeit aufzubauen.

### Werbeverbot für Crash-Diäten

Ebenso würde der Nutzen überwiegen, wenn Adipositas in Zukunft als ernst zu nehmende, chronische Krankheit akzeptiert und kommuniziert werden würde, für die die gleichen Regeln gelten wie für vergleichbare Leiden wie etwa Krebs oder Diabetes. Es wäre undenkbar im Kontext der genannten und anderer Erkrankungen Maßnahmen zu empfehlen, die mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu einer dauerhaften Verschlechterung derselben führen. Das bedeutet, dass beispielsweise auf die Risiken von Diäten hingewiesen oder Verbot von Werbungen wie „durch Diäten in 10 Tagen 10 kg verlieren“ hin gearbeitet werden müsste.

Alle Gesundheitsgruppen, die mit komorbid erkrankten adipösen Personen arbeiten, müssen sich klar sein, dass bei diesen äußerste Vorsicht bei allen Maßnahmen zur Änderung des Lebensstils geboten ist.

Literatur bei der Verfasserin

## Univ. Prof.in Dr.in Elisabeth Ardel-Gattinger

Elisabeth Ardel-Gattinger ist Psychologin und Psychotherapeutin mit langjähriger Erfahrung in Forschung und Therapie vor allem im Bereich von Adipositas und Essstörungen.

Als Professorin für Psychologie an der Universität Salzburg (1991 – 2011) forschte sie in den Bereichen Einstellung und Einstellungsänderung, Gruppenprozesse sowie der Diagnostik, Ätiologie und Komorbiditäten von Adipositas und Essstörungen. 2012 erhielt sie dafür den Wissenschaftspreis der ECOG für ihr Lebenswerk „Diagnostik, Ätiologie, Beratung, Therapie, Prävention und Gesundheitsförderung bei Adipositas im Erwachsenen-, Kindes- und Jugendalter“.

Elisabeth Ardel-Gattinger ist Mitglied wichtiger Fachgesellschaften u.a. der Obesity Academy Austria, European Childhood Obesity Group, der Deutschen Adipositasgesellschaft. Sie hält Vorträge und Schulungen zu Adipositas und Essstörungen.

Kontakt: elisabeth.ardelt@sbg.ac.at

## THEMENSCHWERPUNKT



# In Österreich haben wir acht Millionen ErnährungsberaterInnen

Elisabeth Jäger, Präsidentin der Adipositas-Selbsthilfegruppen Österreich, im Gespräch über das Leben mit Adipositas und den gesellschaftlichen Umgang mit übergewichtigen Menschen

Interview: Michaela Langer

**12% der Menschen in Österreich sind adipös, davon 9,7% Frauen und 14,9% Männer. Als Präsidentin der Adipositas-Selbsthilfegruppen vertrittst du Selbstbetroffene. Eine provokative Frage zu Beginn, die sich viele Menschen stellen, die sich mit Adipositas nicht auskennen: Wie kann man so dick werden?**

Jäger: Ganz einfach. Man braucht nur Diäten machen (lacht), dann wird man so dick. Mit Essen alleine ist es kaum zu schaffen. Viele von uns haben ihre „Gewichtskarriere“ mit leichtem Übergewicht begonnen und immer versucht, dem Körperbild zu entsprechen, das derzeit modern ist.

Leider stellt sich nach den Diäten der Jo-Jo-Effekt ein.

**Manche Menschen schaffen eine moderate Gewichtsabnahme und nehmen durch den Jo-Jo-Effekt nicht in diesem starken Ausmaß wieder zu. Was ist bei Menschen, die wieder stark zunehmen, anders?**

Jäger: Einerseits kommt die genetische Veranlagung dazu. Dann die Tatsache, dass wenn man einmal Körperfett angesetzt hat, dieses Fett eigene Hormone produziert, die Hunger signalisieren. Und vor allem: es kommt die Frustration über die Gewichtszunahme, also über das

Versagen dazu. Das bekommt man von allen Seiten auch immer wieder zu hören, dass man versagt hat. Dann beginnt man aus Frust zu essen, unkontrolliert und heimlich – das wird zur Sucht und damit wird der Teufelskreis immer größer. Alleine kann man schwer aussteigen.

**Adipösen Menschen wird häufig vorgeworfen, sich nicht kontrollieren zu können und zu wenig selbstdiszipliniert zu sein. Aktuelle Studien zeigen das Gegenteil, nämlich, dass adipöse Menschen zu sehr ihre Gedanken rund ums Essen kontrollieren.**

Jäger: Genauso ist es. Permanent

## THEMENSCHWERPUNKT

kreisen die Gedanken um das Nicht-Essen und irgendwann hält man das nicht mehr aus. Diese Gedankenkontrolle macht noch mehr Hunger. Wenn jemand sagt, Übergewichtige sind undiszipliniert, willenlos und faul, der weiß nicht, wieviel Disziplin und Willen ein Übergewichtiger schon aufgebracht hat, wenn er wieder einmal 20 oder 30 kg abgenommen hat, die sie oder er dann leider wieder zugenommen hat. Denn irgendwann verlässt einen die Kraft, man schafft es einfach nicht mehr, Diät zu halten.

**Kurzfristige Diäten funktionieren nicht, sondern eine Lebensstiländerung ist das Ziel. Diese Lebensstiländerung mit gesünderer Ernährung und mehr Bewegung wird seit Jahrzehnten als DIE Maßnahmen gegen Adipositas empfohlen. Was sind denn Barrieren bei der Lebensstiländerung?**

Jäger: Erstens einmal ist es auch eine finanzielle Frage. Viele Leute können sich diese Lebensstiländerung nicht leisten, weil die billigen Lebensmittel die energiedichten Lebensmittel sind. Damit kriegt man eine Familie locker satt, wenn man nicht sehr viel Geld zur Verfügung hat. Kritiker sagen dann immer: Dann muss man halt aufs Handy oder den Computer verzichten, dann könnte man sich bessere Lebensmittel leisten. Das ist ein Blödsinn, denn wenn man am gesellschaftlichen Leben teilnehmen will, braucht man diese Dinge. Das sind sogar Indikatoren für Armutgefährdung, wenn man sich z.B. ein Handy nicht mehr leisten kann. Das zweite ist die Genetik und das Suchtverhalten aufgrund dieser Hormonfabrik, die man im Körper hat. Für eine Lebensstiländerung bräuchte man eine Begleitung über Jahre, damit das wirklich funktioniert. Es sind 3-5 Leute von Tausenden, die es schaffen, ohne Hilfe dauerhaft abzunehmen. Drittens: Wer es nach massivem Übergewicht geschafft hat, abzunehmen, der weiß, dass dann die Haut zu groß ist und Fettschürzen an Bauch, Po und Armen herunterhängen. Wenn ich in den Spiegel schaue, dann bin ich wieder frustriert, denn das Körperbild passt wieder nicht. Man

beginnt wieder zu naschen und zu essen. Dadurch wird ein gewisses Glücksgefühl ausgelöst, so wie wenn man andere Drogen nimmt. Es spielt sich das gleiche im Gehirn ab, wie bei Drogensüchtigen. Man nimmt dann seine Droge Essen wieder zu sich. Und damit kommt man aus diesem Teufelskreis nicht raus.

**Wie geht es dicken Menschen in der Öffentlichkeit?**

Jäger: Kurz zusammengefasst: es geht ihnen schlecht, weil sie permanent ausgegrenzt werden. Eines höre ich in den Selbsthilfegruppen immer wieder: der größte Wunsch von dicken Menschen beim Abnehmen ist einfach, in der Masse unterzutauchen, nicht aufzufallen, nicht angestarrt zu werden oder keine blöden Sprüche zu hören. Isst ein dicker Mensch in der Öffentlichkeit, dann haben wir in Österreich meist acht Millionen ErnährungsberaterInnen, die genau wissen, wie das Abnehmen geht. Aber kein Mensch weiß, wann dieser übergewichtige Mann oder diese adipöse Frau zum letzten Mal etwas gegessen hat. Kein Mensch weiß, wann sie oder er das letzte Mal ein Eis gegessen hat. Ein dicker Mensch darf nicht in der Öffentlichkeit essen. „Der hat's notwendig“ ist dann noch die harmloseste Aussage.

**Und wie geht es ihnen, wenn sie alleine sind?**

Jäger: Wenn sie alleine sind, dann sitzen sie im stillen Kämmerlein und der gute Freund der Kühlschranks: der ist gut gefüllt und ist nicht garstig. Dann können sie ihren Frust raus lassen. Von einem Dicken erwartet man ja, dass er bei jedem Witz und bei jeder Blödsinnigkeit mitmacht. Zuhause kann er dann einmal die Maske hinunternehmen und sein wie er ist. Und sein einziger Freund ist meistens das Essen.

**Adipositas ist per se keine Essstörung. Aber es gibt eine hohe Komorbidität mit Essstörungen: bis zu 50% der Adipösen in Abnehmprogrammen haben eine Binge Eating Disorder und rund 7% leiden an Bulimie. Kannst du das auch durch deine Erfahrungen in**

**der Selbsthilfegruppe bestätigen?**

Jäger: Ich denke, die Zahl ist noch höher. Viele der unkontrollierten Essanfälle, bei denen man hinterher total verzweifelt ist und man sich denkt, warum habe ich das gemacht, gehen mit Bulimie einher. Wir müssen in den Selbsthilfegruppen sehr aufpassen, wenn jemand sich einer bariatrischen Operation unterzogen hat, dass sie oder er nicht noch weiter in dieses bulimische Essverhalten hineinkippt. Wir empfehlen dann ganz dringend eine psychotherapeutische Begleitung. Viele Leute sagen es am Anfang nicht offen, dass sie bulimisch sind. Wir kommen oft erst nach mehreren Gesprächen in der Selbsthilfegruppe drauf, dass viele Leute unter diagnostizierbaren Essstörungen leiden.

**Wie äußert sich dann die Essstörung?**

Jäger: Durch die bariatrische Operation können die Leute nicht so viel essen. Die Betroffenen lieben es zu erbrechen. Dieses Erbrechen kommt daher, dass der Magen sehr verkleinert ist und man erst einmal die Dimension kennen lernen muss. Wenn man mit den Menschen redet und darauf hinweist, dass sie sich ja nicht deswegen operieren lassen, damit sie nachher erbrechen, sondern damit sie ein normales Leben führen können, ist oft die Antwort: „Naja, das macht ja nichts und es stört mich ja nicht und das ist halt am Anfang so.“ Solche Aussagen lassen bei mir alle Alarmglocken schrillen. Für diejenigen, die vor der Operation schon unter Bulimie gelitten haben, ist das das „Paradies“. Auf einmal geht das Erbrechen noch viel besser, ohne irgendwelche Finger.

**Ganz wichtig im Vorfeld einer bariatrischen Operation ist eine psychologische Abklärung. Passiert das?**

Jäger: Ein Fachmann oder eine Fachfrau müssen gezielte Fragen in diese Richtung stellen. Und vor allem: Das müssen PsychologInnen sein, die mit dem Thema Essstörungen und Adipositas befasst sind und Erfahrung haben. Die großen adipositas-chirurgischen Zentren machen ohne

## THEMENSCHWERPUNKT

psychologische Abklärung keine Operationen. Doch leider gibt es – wie überall – Leute, die das nicht so ernst nehmen und auch ohne psychologische Gutachten operieren.

### **Psychologische Betreuung nach einer bariatrischen Operation ist ebenfalls sehr wichtig. Nehmen die Betroffenen das in Anspruch?**

Jäger: Jein! Wenn es kostenlos ist, nehmen sie es in Anspruch. Viele können es sich einfach nicht leisten. Es scheitert - wie immer - am Geld und oft auch an den Kassenplätzen. Es gibt zwar Kassenplätze, aber es ist sehr, sehr schwierig, diese zu bekommen. Ich bin oft schon sehr rigoros zu den Leuten, die vor der OP in die Selbsthilfegruppe kommen. Ich empfehle ihnen: „Bitte schaut euch jetzt schon um einen Kassenplatz um, es kann sein, dass ihr ihn hinterher braucht. Wenn nicht, dann habt ihr halt eine Stunde und dann könnt ihr noch immer den Kassenplatz weitergeben. Aber wenn ihr es braucht, dann habt ihr die Möglichkeit, euch psychologisch begleiten zu lassen.“

### **Gibt es auch Menschen, die nach einer bariatrischen Operation in eine Magersucht rutschen?**

Jäger: Ja. Es gibt schon gleich zu Beginn des Abnehmens nach einer OP eine Form der atypischen Magersucht. Die Menschen haben noch 120kg oder mehr, aber sie zeigen Verhaltensweisen oder Denkmuster, die wir von Frauen und Mädchen mit Magersucht kennen. Ich werde sehr achtsam, wenn jemand drei Bissen Linsensuppe isst und sich dafür eine Stunde auf das Rad setzt oder auf den Stepper stellt. Dann weiß ich, dass das nicht gesund ist. Nach dem Essen wird immer sofort Sport gemacht, um ja nicht einen Deka zuzunehmen, sondern im Gegenteil, um weiter Gewicht zu verlieren. Leider erkennen die Wenigsten - weder die Betroffenen noch die ExpertInnen -, dass das schon in eine Magersucht kippt.

### **Für das Erkennen von Essstörungen ist auch das Bewusstsein der Ärztinnen und Ärzte notwendig. Was müssen**

### **gerade sie besonders im Umgang mit adipösen Menschen bedenken?**

Jäger: Erstens einmal sollten sie mit adipösen Menschen menschlich umgehen. Das ist eine ganz wichtige Sache. Manche Ärztinnen und Ärzte glauben, mit Beleidigungen die Menschen zum Abnehmen zu motivieren. Das ist genau der verkehrte Weg. Keine andere Suchterkrankung versucht man, mit Beleidigungen zu heilen. Eine nicht diskriminierende und nicht stigmatisierende Sprache ist ganz wichtig. Gott sei Dank sind nicht alle so und es geschieht auch ein bisschen ein Umdenken. Auf der anderen Seite, braucht man auch kompetente ErnährungsmedizinerInnen: Wenn man nur ein Rezept für irgendwelche Pillen bekommt, ist das zuwenig. Eine richtige ErnährungsmedizinerIn muss adipöse Menschen beim Abnehmen begleiten, sie motivieren und nicht einfach ein Rezept ausstellen oder blöde Meldungen schieben.

### **Das britische Gesundheitsministerium wollte vor zwei Jahren, dass Ärzte und Ärztinnen Menschen mit Adipositas zukünftig als „fett“ bezeichnen, um sie zum Abnehmen zu motivieren. Aufgrund großer Proteste wurde diese Aktion nicht durchgeführt. Was bedeutet dieser vorgeschlagene „Behandlungsansatz durch soziale Ächtung“ für Menschen mit Adipositas?**

Jäger: Das ist eine Katastrophe. Eine psychologische Katastrophe. Weil die Betroffenen versinken in einem Loch. Der Schuss geht nach hinten los: denn viele adipöse Menschen gehen dann überhaupt nicht mehr zum Arzt. Ich weiß von Menschen, die übergewichtig waren, die wirklich erst im allerletzten Moment mit Krebs oder einer anderen sehr schweren Erkrankung zur Ärztin oder zum Arzt gekommen sind. Sie schicken einen Angehörigen oder jemand anders, um Medikamente zu holen. Aber sie selbst gehen nicht mehr zum Arzt, denn in dem Moment, wenn sie die Ordinationstür öffnen, hören sie „Na, Sie sind zu dick“. Aber dass weiß jeder stark übergewichtige oder adipöse Mensch selbst. Wenn ich mich in den Spiegel schau, dann weiß ich

auch, dass ich zu dick bin. Ich habe einmal in einer Gruppe eine Frau gehabt, die nach einer guten Gynäkologin bzw. einem guten Gynäkologen gefragt hat, weil ihr Gynäkologe gesagt hat: „Für diese Wampe hab ich keine Geräte!“. Das ist fürchterlich. Diese Verletzungen durch eine unsensible Sprache gehören rigoros abgestellt.

### **Menschen im oberen Gewichtsbereich sind in dreifacher Weise stigmatisiert: Körperlich, weil ihr Körper als unästhetisch und ungepflegt betrachtet wird. Charakterlich, weil sie als faul, willensschwach, wenig intelligent, unattraktiv, unbeliebt und mit Mangel an Selbstdisziplin angesehen werden. Und sozial, denn Frauen und Männer mit Pflichtschulabschluss haben die höchste Adipositas-Prävalenz. Wie kann man der Stigmatisierung entgegenwirken?**

Jäger: Das beginnt schon im Kindesalter. Wenn man in der Schule gemobbt wird, dann wird man sicher kein Vorzugsschüler. Und damit beginnt ein Teufelskreis: entweder man beginnt sich zu wehren, denn Gott-sei-Dank sind Jugendliche heute ein bisschen wehrhafter wie früher. Doch der Endeffekt ist, dass LehrerInnen sie dann zurechtweisen und sie beispielsweise eine Betragensnote bekommen. Und damit ist sie oder er schon wieder ein Mensch zweiter oder dritter Klasse.

Ein weiteres Problem ist, dass die Eltern auch keine Chance haben den Kindern zu helfen. Wenn eine dicke Mutter in die Schule kommt, wird sie von der Lehrerin oder dem Lehrer nicht ernst genommen. Und wie soll eine dicke Mutter ihrem dicken Kind helfen können, wenn sie nicht ernst genommen wird? Ich habe mich immer auf die Hinterfüße gestellt. Nur das Standing, das ich gehabt habe, haben leider nicht alle. Wenn man permanent Diskriminierungen an den Kopf geworfen bekommt, hat man irgendwann nicht mehr die Kraft zu kämpfen.

### **Was ist in deinen Augen notwendig, um diesem schulischen Teufelskreis entgegenzuwirken?**



Jäger: Es würde einer ganz massiven Aufklärung der Lehrkräfte bedürfen. Es würde auch einer ganz massiven Öffentlichkeitskampagne für die und in den Medien bedürfen, damit diese endlich aufhören, diese verzerrten Körperbilder zu zeigen. Und vor allem wichtig ist, dass es zu einem gesellschaftlichem Umdenken kommen und diese Verknüpfung von dick ist gleich dumm, fett und alle die Ausdrücke, die wir alle kennen, aufgehoben wird. Weil: so blöd das jetzt klingt, aber wir sind eigentlich schon die Mehrheit und nicht die Minderheit.

**Das ist natürlich sehr provokativ: Sollen wir jetzt alles auf die Bedürfnisse von adipösen Menschen ausrichten?**

Jäger: Jein. Ich will auf keinen Fall eine kranke Gruppe gegen eine andere Gruppe ausspielen, aber für eine/n RollstuhlfahrerIn muss immer Platz sein. Für dicke Menschen muss kein Platz sein. Es schadet nicht, wenn man auch X-Large Sessel aufstellt. Ich merke das in den Krankenhäusern, wo Adipositas-Chirurgie betrieben wird. Da ist die halbe Bestuhlung normal und die halbe Bestuhlung ist groß, also X-Large. Interessanterweise sitzen die Dünnen in diesen bequemen großen Sesseln und die Dicken quetschen sich wieder in ihren kleinen Sessel hinein, weil die Großen nicht frei sind. Offensichtlich haben die dünnen Leute auch gern größere Sessel. Also würde das gar nicht auffallen, wenn man größere Sesseln in Warteräumen, auf Ämtern usw. hinstellt und nicht Klappsesseln aus Plastik, bei denen man schon Angst hat, dass sie vom Anschauen zusammenbrechen. Diese kleinen Dinge würden vielen dicken Frauen und Männern das Leben erleichtern und den Dünnen würde es auch nicht schaden, weil die eh gerne auf breiten Sesseln sitzen.

**Meinst du, dass Adipositas als Sucht zu sehen letztendlich vielleicht sogar eine Hilfe beim Abnehmen wäre?**

Jäger: Ist es ganz sicher. Ich kann nur von mir sprechen. Ab dem Moment wo ich meine damals rund 145kg akzeptiert habe und mir selbst

zugegeben habe „Ich kann es nicht ändern“, habe ich nicht mehr zugenommen. Zuerst habe ich stetig zugenommen, weil ich ja stetig probiert habe abzunehmen. Und damit war ich in dieser Jojo-Spirale drinnen. Die letzten drei Jahre habe ich dann den Level gehalten. Erst als meine Knie so kaputt waren, habe ich mich zu einer bariatrischen Operation entschlossen. Hätte ich mich keiner Operation unterzogen, wäre es vermutlich zur Katastrophe gekommen, da brauchen wir gar nicht diskutieren. Mich hätte wahrscheinlich irgendwann der Schlag getroffen oder ich hätte einen Herzinfarkt gehabt. Fakt ist aber, erst wie ich akzeptiert habe, dass das mein Gewicht ist, habe ich nicht mehr zugenommen.

**Häufige Diäten senken letztlich den persönlichen Grundumsatz, also die basale Stoffwechselrate. Pendelt sich das wieder auf einem normalen Niveau ein?**

Jäger: Man muss sehr viel Sport machen, um den Grundumsatz wieder anzukurbeln. Allerdings: in dem Moment, wo man mit dem Sport aufhört, ist der Stoffwechsel sofort wieder im Keller. Man ruiniert ihn mit den Diäten. Es ist einfach so, dass der Körper meist Muskelmasse abbaut bei den Diäten. Man muss wirklich darauf achten, dass man nicht Muskelmasse abbaut, denn die ist der Verbrennungsmotor. Dazu kommt, dass, wenn man Muskelmasse ab- und dann wieder zunimmt, meistens Fettmasse zunimmt. Und damit wird der Grundumsatz immer weniger, weil ja immer weniger Muskelmasse da ist, sondern noch mehr Fettmasse. Und die Fettmasse als Hormonlabor sorgt dann wiederum dafür, dass man mehr Hunger bekommt. Und somit wird das zu einem ewigen Kreislauf, aus dem man nicht mehr rauskommt.

**Medizinische Angebote für adipöse Menschen sollten immer von einem interdisziplinären Team betreut werden, dem immer auch PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen angehören.**

Jäger: Ja, unbedingt. Es ist ganz wichtig,

dass bei jedem Abnahmeprogramm bzw. nach Adipositas-Chirurgie immer auch eine psychologische Betreuung dabei ist. Denn Menschen, die sich bariatrisch operieren lassen, müssen lernen, sich in ihrem neuen Körper zurechtfinden. Das ist so, wie wenn jemand lange Haare gehabt hat und sich von einem Tag auf den anderen eine Stachelfrisur machen lässt. Der geht auch beim Spiegel vorbei und sagt „Wer ist das?“. Durch einen Magen-Bypass verlieren die Menschen zumeist sehr viel Gewicht. Und man muss wissen: Durch den starken Gewichtsverlust hängt die Haut dann an Bauch, Armen und Beinen herunter und man schaut aus wie ein tibetanischer Faltenhund. Das ist nicht sehr lustig. Mir hat einmal eine Betroffene erzählt, dass kurz vor ihrer Ehescheidung ihr Mann zu ihr gesagt hat: „Vorher warst du fett und jetzt hängt dir die Haut in Fetzen hinunter. Hässlich bist du nach wie vor.“ Das verletzt ganz tief in der Seele. Leider könnte ich Bücher über solche beleidigenden und verletzenden Aussagen schreiben.

**Noch einmal zurück zu den bariatrischen Operationen. 2011 unterzogen sich in Österreich 634 Männer und 1.748 Frauen einer bariatrischen Operation, obwohl mehr Männer adipös sind. Woher kommt dieser Geschlechterunterschied?**

Jäger: Das ist ganz einfach: Frauen stehen bezüglich des Körperbildes ja viel mehr unter Druck. Weil ein „gestandenes Mannsbild“ hat halt einen Bauch. Aber eine dicke Frau wird – und ich will jetzt nicht die Tiere vom Bauernhof aufzählen – für ihr Dick-sein beschimpft. Männer lassen erst dann eine Operation vornehmen, wenn sie gesundheitlich massive Probleme haben. Unter den jüngeren Männern passiert mittlerweile ein Umdenken. Die entscheiden sich aus gesundheitlichen, aber auch aus gesellschaftlichen Gründen zu einer OP. Einerseits, weil sie bei den Frauen nicht ankommen und andererseits auch aus beruflichen Aspekten. Aber ein 50jähriger Mann, der beruflich seinen Platz gefunden hat, lässt sich selten

## THEMENSCHWERPUNKT

operieren. Der lässt sich nur dann operieren, wenn er gesundheitliche Probleme hat. Die Frau hat ihn so zu wollen, wie er ist. Umgekehrt ist es aber anders. Wenn ein Mann eine dicke Frau hat, dann meckert er herum, dann wird sie gepiesackt. Sie ist eher bereit, in Richtung Operation zu gehen, weil sie ein normales Familienleben führen will. Weil sie dazu gehören will, weil sie einfach in der Masse untertauchen will.

### Und wird es nachher besser?

Jäger: Ja, es wird besser. Da wird man meist viel überschüssigen Ballast los – auf verschiedenen Ebenen. Meistens nehmen sie ungefähr 80 kg an einem einzigen Tag ab, nämlich den Mann. Die Scheidungsrate ist bei den operierten Frauen sehr hoch, weil die sich plötzlich nicht mehr alles gefallen lassen. Die Frauen entwickeln plötzlich Selbstbewusstsein trotz hängender Haut. Und sie sagen sich: „Warum muss ich mir das gefallen lassen?“

**Eine aktuelle Studie von Univ. Prof.<sup>in</sup> Elisabeth Ardel-Gattinger hat gezeigt: Nach Adipositaschirurgie nehmen die Menschen häufig stark ab und die körperliche Gesundheit verbessert sich. Jedoch zeigt sich keine Verbesserung beim Essgenuss, die Sorge um Gewicht und Körperform besteht weiterhin ebenso wie gezügeltes Essverhalten und auch die Umstellung auf gesunde Ernährung will nicht klappen. Sollte also im Fall bariatrischer Operationen nicht jedenfalls eine psychologische oder psychotherapeutische Begleitung erfolgen?**

Jäger: Das wäre wichtig und wünschenswert, aber es scheitert daran, dass viel zu wenige Kassenplätze da sind. Leider kommen auch viele Operierte nicht in die Selbsthilfegruppen. Aber mittlerweile legen es viele ChirurgInnen ihren PatientInnen sehr ans Herz, in die Gruppen zu kommen und wir haben mittlerweile ÄrztInnen, die keinen OP-Termin mehr vergeben, wenn die/der PatientIn vorher nicht mindestens einmal in der Selbsthilfegruppe war. Das ist sehr wünschens- und sehr lobenswert. Viele Betroffene sehen die Operation aber

nur als eine Unterstützung zur Diät. Das ist der völlig falsche Weg. Das ist genau das, was diese Studie belegt.

**Mit anderen Worten: die Verantwortung wird an den Magen-Bypass abgegeben.**

Jäger: Das ist das, was ich immer sage, vor allem, wenn es darum geht, das Gewicht zu halten. Der Bypass ist nur eine gewisse Zeit aktiv und die Malabsorption bleibt natürlich. Aber der Körper gewöhnt sich an die Mangelernährung und ab dem zweiten Jahr nach dem Bypass muss man sehr wohl selber etwas dazutun. Hier besteht die Gefahr in eine Essstörung zu rutschen. Das Ziel nach der OP sollte sein, das man lernt, locker mit dem Essen umzugehen. Primar Dr. Hoffer (Anm.: Leiter der chirurgischen Abteilung am Landeskrankenhaus Wien-Hollabrunn), sagt immer: Das Ziel sollte sein, eine kleine Portion mit Genuss zu essen. Leider haben viele Übergewichtige auch nach der OP Panik vor dem Essen.

**Die WHO hat im Juni 2013 bei einer großen Tagung in Wien entschiedenes Handeln gegen Übergewicht und Adipositas gefordert und eine "Wiener Deklaration" beschlossen. Gesunde Ernährung und Bewegung quer durch alle Lebensalter soll propagiert werden. Auch die Lebensmittelindustrie wird unmissverständlich aufgefordert, die Lebensmittelwerbung für Kinder zu beschränken. Regierungen wiederum sollen durch steuernde Maßnahmen auf die Lebensmittelproduktion Einfluss nehmen. Das ist ja eine Forderung, die auch du immer wieder erhebst!**

Jäger: Genau so ist es. Wenn man schaut, was in den Supermarktregalen angeboten wird, dann kriegt man wirklich das Kotzen. Zu sagen, ja die Frauen sollen wieder selber kochen - es geht halt manchmal nicht. Wenn schon Fertigprodukte im Regal stehen, dann werden sie die Leute auch verwenden. Da muss der Staat Einfluss nehmen, damit zumindest ordentliche Sachen in diesen Fertigprodukten drinnen sind und dass nicht versteckter Zucker, versteckte Glukose und was weiß der

Kuckuck alles drinnen ist. Vor allem dieser künstliche Mais-Sirup, das ist ganz, ganz schlimm. Da gehört der Riegel vorgeschoben. Aber wenn man sieht, wer als EntscheidungsträgerInnen für den Codex Alimentarius verantwortlich sind, dann braucht man nicht nachzufragen, woher diese Normen kommen und was alles in Lebensmitteln enthalten sein darf. Österreich wird von einem Regierungsbeamten vertreten, aber es war auch schon ein Vertreter einer Institution dabei, der vorher Manager bei Red Bull war. Ob das die richtige Zusammensetzung ist, wage ich zu bezweifeln. Nicht, dass ich dort hin will, aber es wäre vielleicht sinnvoller, wenn man z.B. Betroffene dort hinschickt (Anm.: der Codex Alimentarius, lat. für Lebensmittelkodex, ist eine Sammlung von Normen für die Lebensmittelsicherheit und -produktqualität, die von der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation und der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen erstmals 1963 herausgegeben wurde.)

**Vielen herzlichen Dank für das Gespräch.**

### Adipositas Selbsthilfegruppen Österreich

Die Selbsthilfegruppen wurden 2002 von Elisabeth Jäger mit je einer Gruppe für schwerst Übergewichtige in Krems und Salzburg gegründet.

Der 2007 aus den Selbsthilfegruppen entstandene Verein betreut heute österreichweit 30 SH-Gruppen und bietet:

- objektive Information von Betroffenen für Betroffene;
- ein Netzwerk aus Adipositas-ChirurgInnen, DiätologInnen, PsychologInnen und anderen Fachleuten;
- ein fachlich fundiertes, in Zusammenarbeit mit ÄrztInnen moderiertes Internet-Gesprächsforum;
- eine Telefonsprechstunde mit einer Allgemeinmedizinerin, die selbst einen Magen-Bypass hat;
- Öffentlichkeitsarbeit und Kampf gegen die Diskriminierung adipöser Menschen.

[www.adipositas-shg.at](http://www.adipositas-shg.at)

## DSM-5: "Binge Eating Disorder" seit Mai 2013 eine eigenständige Diagnose

Im Mai 2013 löste die fünfte Auflage des von der American Psychiatric Association herausgegebenen Klassifikationssystems "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kurz: DSM)" das DSM-IV ab. Seither stellt die „Binge Eating Disorder“ (BED) eine eigenständige Diagnose dar. Gleichzeitig wurde die Häufigkeit von Essanfällen bei Bulimie als Diagnosekriterium herabgesetzt. Auch die Diagnosekriterien für Anorexie (Magersucht) und Bulimie wurden geändert.

Die BED ist gekennzeichnet von regelmäßigen Essanfällen. Dabei wird in einem abgrenzbaren Zeitraum eine signifikant größere Nahrungsmenge gegessen, als die meisten anderen Leute unter gleichen Umständen essen würden. Während dieser Essanfälle wird ein Kontrollverlust empfunden. Menschen, die unter einer BED leiden, essen oft sehr schnell - auch wenn kein Hungergefühl verspürt wird. Schuld- und Schamgefühle sind häufige Begleiter. Betroffene versuchen meistens ihr Verhalten zu verheimlichen.

Für eine Diagnose müssen mind. 3 der folgenden Diagnosekriterien erfüllt sein: mind. einen Essanfall pro Woche über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten; extrem hastiges Essen; Essen bis zu einem starken Völlegefühl; der Essanfall wird nicht durch starken Hunger ausgelöst; die Person isst allein, da es ihr peinlich wäre, wenn andere wüssten wie viel sie isst; nach dem Essanfall treten Schuld- und Schamgefühle auf, teilweise bis zur Depression; die Betroffenen leiden unter den Essanfällen; sehr hohe Kalorienzufuhr bei einem Essanfall; Kontrollverlust während der Nahrungsaufnahme mit Verlust des Sättigungsgefühls.

Weiters kann die Schwere der Störung anhand der Anzahl der Essattacken klassifiziert werden.

### **BED-Kriterienänderung: Häufigkeit der Essanfälle wurde gesenkt**

Eine Änderung betrifft die Frequenz, mit der die Essanfälle für eine Diagnose auftreten müssen. Lag das Kriterium im DSM-IV als Forschungskriterium bis jetzt bei mindestens zwei Essanfällen wöchentlich über einen Zeitraum von sechs Monaten, wird in der Neuauflage nur mehr mindestens einen Essanfall wöchentlich über einen Zeitraum von drei Monaten verlangt. Es ist zu erwarten, dass dadurch jedenfalls die BED-Diagnosen sprunghaft ansteigen werden.

### **Verstärkte Bewusstseinsbildung durch eigenständige BED-Diagnose**

Dass BED als eigene Essstörungsdiagnose ins DSM-5 aufgenommen wurde, bewirkt zukünftig – so ist zu hoffen – ein gesteigertes Bewusstsein für die Unterscheidung zwischen der BED und simplen Überessen. Während das Überessen ein allgemeines, durchaus übliches Problem darstellt, sind wiederkehrende Essanfälle mit Kontrollverlust nichts Alltägliches und wegen der begleitenden physischen und psychologischen Begleiterscheinungen sehr ernst zu nehmen. Auch sind zwar viele Personen, die an einer BED leiden, übergewichtig, aber es ist wichtig zu wissen, dass es auch normalgewichtige Menschen gibt, die an diesem Krankheitsbild leiden.

### **Kriterienänderungen bei Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa**

Eines der Symptome der Anorexie, das Ausbleiben der Menstruation für mindestens drei Monatszyklen, wurde in DSM-5 ersatzlos gestrichen. Argumentiert wurde dies damit, dass dieses Kriterium weder auf Männer, noch auf Mädchen vor der ersten Regelblutung oder auf Frauen, die orale Kontrazeptiva einnehmen bzw. bei Frauen in der Menopause anwendbar ist. Zudem besteht die Möglichkeit, dass, auch wenn alle anderen Kriterien der Anorexie erfüllt sind, noch eine

menstruale Aktivität besteht. Gleichzeitig bedeutet diese Streichung möglicherweise, dass GynäkologInnen bei Frauen mit Zyklusproblemen einen wichtigen Hinweis auf das Vorliegen einer Essstörung verlieren. Damit wird auch die mögliche Früherkennung eingeschränkt.

Weiters erfolgte bei der Anorexia Nervosa im DSM-5 die Streichung des Wortes "Verweigerung (der Beibehaltung des Gewichtes)", da dieser Beweggrund nur schwer prüfbar ist. Ein weiterer Unterschied zum DSM-IV ist, dass das alte AN-Diagnosekriterium – 85% unter dem idealen Körpergewicht laut BMI – dahingehend geändert wurde, dass die Person „signifikant an Gewicht verloren hat“.

Die Bulimia Nervosa ist durch regelmäßige Episoden von Binge Eating gefolgt von kompensatorischem Verhalten (z.B. selbstinduziertes Erbrechen) charakterisiert. Bisher musste dieses Verhalten zweimal wöchentlich auftreten. Im DSM-5 wurde die Reduktion auf ein Mal pro Woche vorgenommen. Außerdem wurde die Unterscheidung in Purging-Type (selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittel, etc.) und Non-Purging-Type (exzessives Fasten oder Sport zur Gewichtsreduktion) aufgegeben, da viele Betroffene mehrere kompensatorische Maßnahmen verfolgen. Auch hier ist zu erwarten, dass es durch diese Kriterienänderung zu einem Anstieg der Diagnosen kommen wird.

Der DSM-5 erlaubt weiters eine Spezifizierung dahingehend, ob sich die Person in einer vollen oder teilweisen Remission von der Krankheit befindet, bzw. wie schwer die Störung ist. Die Kategorisierung der Schwere erfolgt einerseits durch die Häufigkeit der Ess- und Brechanfälle und andererseits dadurch wie stark die Krankheit das alltägliche Leben beeinflusst.

## BÜCHER, FILME, MEDIENSPLITTER

### Buchrezension

## „Wenn Essen nicht satt macht“

Luzia Hammerer, „intakt“ – Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen

**In ihrem Buch „Wenn Essen nicht satt macht: Emotionales Essverhalten erkennen und überwinden“ beschreibt Autorin Jennifer Taitz, Klinische Psychologin und Therapeutin am amerikanischen Institut für kognitive Therapie, das Symptom „Binge Eating“, die Ursache dieser emotionalen Fressanfälle und der Umgang der betroffenen Personen damit.**

Anhand vieler praxisnaher Beispiele und Anleitungen versucht die Autorin Auswege aus diesem Essverhalten aufzuzeigen. Geschrieben ist das Buch hauptsächlich für Betroffene. Es gibt aber auch Angehörigen und TherapeutInnen einen guten und eventuell auch neuen Einblick in die Denk- und Verhaltensweisen der von Binge Eating betroffenen Personen.

Das Credo des Buches ist, Achtsamkeit und Akzeptanz gegenüber sich selbst zu entwickeln. Ziel ist es, zu lernen, sich selbst so zu akzeptieren, wie man ist.

Und mit dieser Akzeptanz kann man dann auch eine Veränderung - in diesem Fall eine Veränderung seines Essverhaltens – herbeiführen, so Taitz.

Es wird aufgezeigt, dass Menschen, die Probleme haben, ihre Emotionen zu leben, sehr oft auch ein problematisches Essverhalten haben. Das heißt, man isst automatisch, um sich zu trösten, sich abzulenken, Aggressionen abzubauen oder sich zu belohnen. Die Übungen im Buch helfen, wieder zu lernen, seine Gefühle im Moment wirklich wahrzunehmen, zu benennen und vor allem sie anzunehmen. Dadurch kommt man in Folge zu einem „achtsamen Essverhalten“ und man muss die Gefühle nicht mehr mit Essen unterdrücken.

Es wird deutlich gemacht, dass, ein freundlicherer Umgang mit der eigenen Person dazu führen kann, dass man wieder auf andere Menschen zugeht. Ein weiterer Effekt ist, dass sich nicht mehr der gesamte Gedanken- und Lebenskreislauf um das Essen dreht.

Das Buch „Wenn Essen nicht satt macht“ ist ein gelungenes Selbsthilfebuch für Betroffene mit Binge Eating bzw. wie es die Autorin nennt, Menschen mit emotionalem Essverhalten.



**Wenn Essen nicht satt macht**  
von Jennifer Taitz (2013)  
320 Seiten  
Balance Buch + Medien Verlag

### Konsumentenschutz

## Feenfigur als Beigabe zu Schoko-Ei vermittelt unrealistisches Körperbild

Der Verein für Konsumenteninformation warnt vor dem "Mädchen-Überraschungsei" mit Beigaben, die ein völlig falsches Körperideal vermitteln und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper verursachen können.

Wer kennt sie nicht, die Kinder-Überraschungseier mit dem Spielzeug, die ein begehrtes Sammlerstück für viele Kinder darstellen. Eine neue Variante wurde nun speziell für Mädchen konzipiert, mit extrem schlanken Feenfiguren als Beigabe. Solche unrealistischen Puppen können schon bei kleinen Mädchen Unzufriedenheiten mit dem eigenen Körper auslösen. Erschwerend kommt hinzu, dass Kinder durch das Sammeln der Beigaben auch automatisch zum vermehrten Schokoladekonsum angeregt werden.

Ein kritischer Bericht zum Mädchen-Überraschungsei wurde auf der Lebensmittel-Check-Website des Vereins für Konsumenteninformation veröffentlicht. [www.konsument.at](http://www.konsument.at)

### Positives Beispiel

## Schaufensterpuppe mit Normalgewicht: "Schöne Helena" in Größe 42

Das Grazer Referat für Frauen und Gleichstellung will mit der normalgewichtigen Schaufensterpuppe „Schöne Helena“ ein Zeichen gegen fragwürdige Körperideale setzen.

Die Aktion ist Teil der Kampagne „Der ideale Körper“ gegen den Schlankheits- und Diätwahn. Ziel der Schaufensterpuppe ist es, Frauen und Mädchen in Bezug auf das herrschende Schlankheitsideal zu sensibilisieren und ihnen Mut zu machen, sich im eigenen Körper wohlfühlen.



## Studie der MedUniWien

### Internet-Selbsthilfe bei Bulimie ist erfolgreich

Rund 200.000 Österreicherinnen erkranken einmal im Leben an einer Essstörung, aber nur sechs Prozent begeben sich - wegen der großen Hemmschwelle - in die Betreuung einer psychiatrischen Einrichtung. Eine aktuelle Studie der MedUniWien zeigt, dass ein Therapie-Erfolg bei Bulimia nervosa auch über geleitete Selbsthilfeprogramme im Internet möglich ist.

"Die Bulimia nervosa gilt als eine schambesetzte Erkrankung, was viele Betroffene daran hindert, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen", sagt Studienleiterin und MedUniWien-Psychologin Gudrun Wagner. Zu Beginn der geleiteten Selbsthilfe via Internet oder Buch erfolgt eine psychiatrische Untersuchung und der Aufbau einer therapeutischen Beziehung mit der/dem PsychologIn, die/der die Patientinnen bei der Bearbeitung des Selbsthilfeprogrammes unterstützt. Danach läuft alles auf elektronischem Weg.

#### Bulimie: Geleitete Selbsthilfe im Internet ist erfolgversprechend

In der im British Journal of Psychiatry erschienenen Studie wurde an 155 Patientinnen die Wirksamkeit der geleiteten Selbsthilfe über das Internet-Programm "Salut BN" mit dem mehrfach evaluierten Selbsthilfebuch "Die Bulimie besiegen" verglichen.

Das Resultat: Die Erfolgsquote ist gleich hoch. Unmittelbar nach der sieben Monate dauernden Selbsttherapie waren beim Internet 46% und beim Buch 48% der Patientinnen in Remission, das heißt, die Symptome hatten deutlich nachgelassen. Die Quote blieb auch bei der Follow-Up-Untersuchung 18 Monate später stabil. Wagner: "Bei einer Face-to-Face-Therapie ist die Erfolgsrate ähnlich."

Die Selbsthilfeprogramme basieren auf Elementen aus der kognitiven Verhaltenstherapie und enthalten Module zu Motivation, Monitoring des krankhaften Essverhaltens und dessen Veränderung, Vermittlung von

Problemlösungsstrategien, kognitive Umstrukturierung, Selbstbehauptungstraining und Rückfallprävention.



Gudrun Wagner

#### Selbsthilfe als erster Schritt in die Therapie

Viele Patientinnen, die nach dem Selbsthilfeprogramm noch eine ausgeprägte Symptomatik zeigten, begaben sich im Anschluss in eine Psychotherapie: 41 Prozent jener, die via Internet betreut wurden, und 27 Prozent der Patientinnen, die mit dem Buch gearbeitet haben, nahmen eine anschließende Face-to-Face-Therapie in Anspruch.

Wagner et al (2013). "Internet-delivered cognitive-behavioural therapy v. conventional guided self-help for bulimia nervosa: long-term evaluation of a randomized controlled trial." The British Journal of Psychiatry; 202:135-41.

## Masterarbeit

### Management von medikamenteninduzierter Gewichtszunahme in der Psychiatrie

Christine Kapeller, MSc;  
Donau-Universität Krems

**Medikamenteninduzierter Heißhunger, unkontrollierte Gewichtszunahme und Übergewicht belasten Menschen mit psychiatrischer Diagnose zusätzlich. Strenge Diätregimes helfen nur kurzfristig. Diese Masterarbeit untersucht, welchen Einfluss die Arbeit von DiätologInnen bei der Betreuung von psychiatrischen PatientInnen hat. Außerdem wird die Wirkung der Frequenz der Mahlzeiteinnahme näher betrachtet.**

Das interdisziplinäre Zusammenarbeiten von ÄrztIn, PsychiaterIn,

PsychologInn, PhysiotherapeutIn, ErgotherapeutIn, Pflege und DiätologIn muss Ziel einer optimalen Behandlung und Betreuung sein. Studien bestätigen, dass PatientInnen in Bezug auf oben genannte Symptome ein umfassendes Therapieangebot zur Verfügung gestellt werden muss, um einen besseren therapeutischen Erfolg zu erzielen.

#### PatientInnen mit Heißhungerattacken profitieren vom 3-Mahlzeitenprinzip.

Eine endgültige Aussage zur optimalen Mahlzeitenfrequenz in Bezug auf Heißhunger und unkontrollierten Appetit kann bis dato nicht definitiv gemacht

werden. Jedenfalls konnte bestätigt werden, dass PatientInnen durch ein 3-Mahlzeitenprinzip profitieren. Es konnte eine Verbesserung im Wohlbefinden und in der Gewichtskontrolle aufgezeigt werden.

Auch in Bezug auf die Sättigung bzw. Satttheit profitierten die PatientInnen. Andere Begleiterkrankungen wie Obstipation oder Übergewicht wurden ebenfalls erfolgreich behandelt.

Die Masterarbeit konnte auch zeigen, dass bei einer Heißhungerattacke kohlenhydrat- bzw. zuckerreiche Lebensmittel bevorzugt werden.

## WISSENSCHAFT

### Diplomarbeiten

# Wirkung von Olanzapin (Zyprexa) und Aripiprazol (Abilify) in der Behandlung von AN bei Kindern und Jugendlichen

Derzeit gibt es wenige Studien über die Wirkung von atypischen Neuroleptika als Therapieansatz für Anorexie-PatientInnen. Weiters ist wenig Information über die genaue Dosierung von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen verfügbar. Ziel der Studien war es die Wirksamkeit von Olanzapin und Aripiprazol im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zu überprüfen.

Olanzapin und Aripiprazol sind atypische Neuroleptika und werden im Erwachsenenbereich für die Behandlung der Schizophrenie und auch zur Stimmungsstabilisierung bei PatientInnen mit bipolaren Störungen verwendet.

**Einsatz von Neuroleptika bei AN**  
Aufgrund seiner stimmungsstabilisierenden Wirkung und dem Einfluss auf ausgeprägte Zwangssymptome, kommen manche Neuroleptika als zusätzliche Therapie bei der adoleszenten Anorexia zum Einsatz und es konnten erste Erfolge bezüglich einer verbesserten Gewichtszunahme, einer

Verminderung der Angstsymptomatik und auch einer Verbesserung der Körperschemastörung und Zwangssymptomatik verzeichnet werden. Allerdings sind die meisten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verwendeten Psychopharmaka derzeit nur im Erwachsenenalter zugelassen und werden somit außerhalb ihres zugelassenen Altersspektrums verabreicht („off-label-use“). In zwei Studien wurde die Wirkung von Olanzapin bzw. Aripiprazol auf essgestörte Patientinnen untersucht. Zur Erfassung der Symptomveränderung wurden den Patientinnen zu jeweils drei verschiedenen Zeitpunkten standardisierte Fragebögen zu ihrem Essverhalten und ihrem Befinden vorgelegt. Auch wurde der BMI berechnet.

**Alle Patientinnen nahmen im Beobachtungszeitraum gleich viel an Gewicht zu wie Patientinnen ohne Antipsychotikum**

Jene Patientinnen, die Aripiprazol einnahmen, vertrugen das Medikament meist gut. Auch nahm das Gedankenkreisen um das Essen signifikant ab.

Am häufigsten wurden Gewichtszunahme, Abgeschlagenheit, reduzierter Appetit sowie motorische Unruhe als Nebenwirkung genannt. In der Olanzapin-Gruppe, konnten im Bereich der Zwangssymptomatik keine signifikanten Änderungen festgestellt werden. Beobachtete Hauptnebenwirkung war Müdigkeit in teilweise schwerer Ausprägung. Diese ersten positiven klinischen Ergebnisse sollen aber keinesfalls dazu dienen, PatientInnen außerhalb eines multidisziplinären Kontextes unkritisch mit Antipsychotika zu behandeln!

### **Schlussfolgerung**

In diesen Patientinnengruppen zeigten sich Olanzapin und Aripiprazol als wirksam und gut verträglich. Studien mit größeren Fallzahlen wären jedoch notwendig für bindende Aussagen.

cand med. Ines Pani (2012): „Aripiprazol in der Behandlung der Anorexia Nervosa - Therapeutic Drug Monitoring in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“; Betreuer: A. Karwautz, MedUni Wien

cand med. Margarethe Moyses (2012): „Qualitätssicherung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Psychopharmakotherapie Medikamentöse Begleittherapie der Anorexia Nervosa mit Olanzapin unter Einsatz des Therapeutic Drug Monitoring“; BetreuerInnen: J. Huemer, A. Karwautz, MUW

### Studie

## Ähnlich Risikofaktoren von Adipositas und Essstörungen

Rezensent: Andreas Karwautz

**In der Arbeit werden Risikofaktoren für Essstörungen mit geringem Körpergewicht (Anorexia-Type) und solche für Adipositas untersucht und der Frage nachgegangen, ob Essstörungen und Adipositas Risikofaktoren teilen bzw. ob ganz unterschiedliche Faktoren zu deren jeweiligen Entwicklung beitragen.**

Die AutorInnen fanden unter Verwendung von Selbstratingfragebögen und im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe sowohl gemeinsame als auch spezifische Faktoren von Relevanz.

**Über- und Untergewicht haben ähnliche Entstehungsfaktoren**

Gemeinsam ist beiden Körpergewichtsextremen "Verspotten durch Freunde bzgl. der Figur", "Problematische Familienbeziehungen", "Sorgen bzgl. Figur in der Familie". Spezifisch für die untergewichtigen Patientinnen mit Essstörungen waren darüber hinaus "Verspottet werden bzgl. des Essverhaltens durch Familienmitglieder", der "Einfluss der Massemedien" und "Problematische Beziehungen zu Freunden". Spezifisch für Adipositas waren "Probleme mit dem eigenen Aussehen", "Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper", und erlebtes "Verspottet werden bezüglich der Figur

durch Familienmitglieder".

**Gemeinsame Präventionsprogramme sinnvoll**

Diese Ergebnisse untermauern die Ansicht, dass gemeinsame Präventionsprogramme für Probleme im Zusammenhang mit dem Körpergewicht richtig wären. Die Problematik, z.B. bei der Adipositasprävention Verhaltensweisen (z.B. Diäthalten) zu fordern und zu fördern, die die Gefahr der Entstehung von Essstörungen im Untergewichtsbereich in sich tragen, muss bedacht werden.

Isabel Krug, et al. "Eating-related Environmental Factors in Underweight Eating Disorders and Obesity: Are There Common Vulnerabilities During Childhood and Early Adolescence?", Eur Eat Disord Rev, 2013; 21(202-208

# Susie Orbach

Die britische Psychoanalytikerin Susie Orbach wurde am 6. November 1946 als Tochter jüdischer Eltern in Chalk nördlich von London/GB geboren. Ihr Vater Maurice war ein britischer Parlamentsabgeordneter und ihre Mutter eine amerikanische Lehrerin. Sie hat einen Bruder, Laurence Orbach. Susie Orbach ist Psychotherapeutin, Feministin, Autorin zahlreicher Bücher und betreibt eine Praxis, in der sie mit Einzelpersonen aber auch Paaren psychotherapeutisch arbeitet. Unter anderem hat sie als praktizierende Analytikerin Prinzessin Diana wegen deren Bulimie behandelt. In ihrer Arbeit konzentriert sie sich auf Feminismus und Psychoanalyse, die Konstruktion von Weiblichkeit und Geschlecht sowie Globalisierung und deren Auswirkungen auf das individuelle Körperbild von Frauen.

Susie Orbach gründete 1976 das „Woman´s Therapy Centre“ in London und veröffentlichte zwei Jahre später ihr erstes Buch, mit dem sie die internationalen Bestsellerlisten eroberte: In „Fat is a Feminist Issue“ (dt. „Das Anti-Diät-Buch“), das 1978 erschien, beschäftigt sie sich mit der Einstellung von Frauen zu Ernährung, Übergewicht und Diäten. Gleichzeitig begründete Susie Orbach mit diesem Buch eine erfolgreiche Therapie für Esssüchtige, indem sie vor allem den psychologischen Ursachen der Esssucht auf den Grund ging.

1983 publizierten Susie Orbach und Luise Eichenbach erstmals in ihrem gemeinsamen Buch "Understanding Women" Überlegungen zu feministischer Psychotherapie. 1981 folgte die Gründung des "Women´s Therapy Centre Institute" in New York. Sie ist Gastprofessorin an der „New School for Social Research“ in New York und an der renommierten „London School of Economics“. Außerdem war sie jahrelang Kolumnistin für den Guardian und Beraterin der Weltbank.

Seit Jahrzehnten zeigt Susie Orbach in ihren Büchern auf, wie das Selbstwertgefühl der Menschen durch ihr persönliches Körpergefühl geprägt wird und dass Schönheits-, Pharma-, und Diätindustrie einen entscheidenden Anteil zur negativen Wahrnehmung des Körpers beitragen. Ihre Vision, die Sehgewohnheiten der Menschen in Bezug auf Schönheit zu verändern, verwirklichte sie als Beraterin und Mitentwicklerin der seit 2004 laufenden Marketingkampagne der Kosmetikmarke "Dove" (Unilever-Konzern), in der Frauen verschiedener Altersgruppen die Vielfalt von Frauenkörpern repräsentieren. Sie ist Mitbegründerin der Organisation "Anybody", einer internationalen NGO, die sich zum Ziel gesetzt hat, die schädlichen Einflüsse unserer Kultur zu bekämpfen, die Frauen und Mädchen dazu bringt, den eigenen Körper zu hassen.

Susie Orbach hat zwei Kinder mit dem Autor Joseph Schwarz, von dem sie nach 30jähriger Beziehung getrennt lebt. Seit einigen Jahren lebt sie in einer neuen Beziehung mit der Autorin Jeanette Winterson.



## Bücher:

- Fat is a Feminist Issue (1978)
- Fat is a Feminist Issue II (1982)
- Understanding Women: A Feminist Psychoanalytic Approach (1983, gemeinsam mit Luise Eichenbaum)
- What Do Women Want? Exploding the Myth of Dependency (1983, gemeinsam mit Luise Eichenbaum)
- Hunger Strike: The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Time (1986)
- Bittersweet: Love, Competition & Envy in Women's Friendships (1987, gemeinsam mit Luise Eichenbaum)
- What's Really Going on Here (1995)
- Towards Emotional Literacy (1999)
- The Impossibility of Sex (1999)
- On Eating (2002)
- Bodies (2009)
- Fifty Shades of Feminism. (2013, Hrsg. zusammen mit Rachel Holmes und Lisa Appignanesi)

## SERVICE FÜR MITGLIEDER

### Sie haben eine Ankündigung?

Sie sind Mitglied in der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen und möchten etwas ankündigen, z.B.

- den Start einer Therapiegruppe?
- einen freien Platz für eine/n TherapeutIn in Ihrer Gruppenpraxis?

Sie haben ein anders Anliegen?

- Sie suchen eine ExpertIn für Vorträge oder Zusammenarbeit?
- Sie haben eine Stelle frei?
- und und und ...

Schreiben Sie uns, wir nehmen Ihr Anliegen gerne in den nächsten Newsletter auf!

#### Kontakt:

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

### Frauen mit Essstörungen für Studie gesucht (Österreichweit)

Für meine Dissertation an der Medizinischen Universität Wien suche ich Frauen, die an Essstörungen leiden und bereit sind, einen Fragebogen auszufüllen und ein kurzes Telefoninterview zu geben. Ich möchte mit meiner Studie zu einem besseren Verständnis von Frauen mit Essstörungen und ihrer Einstellung zu und Umgang mit ihrem Körper beitragen. Alle Informationen werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt. Ich freue mich auf (wenn gewünscht auch anonyme) Kontaktaufnahme und übermittle dann gerne den Fragebogen. Sehr gerne können auch PsychotherapeutInnen den Fragebogen anfordern und an ihre Klientinnen ausgeben.

#### Kontakt:

Mag.<sup>a</sup> Michaela Langer  
0699 11 63 61 18  
[michaela.langer@aon.at](mailto:michaela.langer@aon.at)

### Freie Praktikumsplätze beim Netzwerk Essstörungen (Innsbruck)

Beim Netzwerk Essstörungen (gesetzlich anerkannte Ausbildungsinstitution) können Praktika für das Psychologiestudium, die Ausbildung zur Klinischen & GesundheitspsychologIn, Psychotherapeutische Propädeutikum, Psychotherapeutische Fachspezifikum u.a. absolviert werden. Bewerbung mit tabellarischem Lebenslauf, Zeugnisse:

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

### PraktikantInnen gesucht (Wien)

Das Wiener Programm für Frauengesundheit vergibt Praktikumsplätze. Gesucht werden PsychologInnen in Ausbildung zur Klinischen und Gesundheitspsychologin. Willkommen sind auch Studierende aus dem Bereich Gesundheitsmanagement oder Gesundheitsförderung. Minimum: 3 Monate zu 40 Wochenstunden. Kontakt:

[www.frauengesundheit-wien.at](http://www.frauengesundheit-wien.at)

## IHR FEEDBACK



**Wir freuen uns über Ihre Anregungen und Hinweise, Ihr Feedback und Fachinputs! Konstruktive Kritik bringt uns weiter und über Zustimmung freuen wir uns sehr!**

Beiträge bitte an :  
[info@oeges.or.at](mailto:info@oeges.or.at)  
[www.oeges.or.at](http://www.oeges.or.at)

Letztes Mal hatten wir zwei Anregungen: Normalgewichtige Schaufensterpuppen wären schön für die Vielfalt und mehr Information über die Kooperation der ÖGES als Partnergesellschaft der "Academy for Eating Disorders" (AED) wurden angeregt.

Zur diesen Partnergesellschaften der AED haben wir in diesem Heft ausführliche Beiträge erarbeitet und hoffen, damit einen guten Überblick zu geben.

Und auch gegen die Hungerhaken-Modepuppen tut sich etwas: Graz hat mit der "Schönen Helena" eine Schaufensterpuppe in Größe 42 auf Tour geschickt! Bravo! Zwar ein Tropfen auf den heißen Stein, aber doch ein Anfang!

Michaela Langer

Air India hätte auch Bedarf an einem Entstigmatisierungsprogramm:

*ORF.at:*

*Die staatliche Fluglinie Air India will keine alten, dicken Stewards und Stewardessen mehr an Bord ihrer Maschinen dulden. Alle Flugbegleiter und Stewards, die älter als 40 Jahre alt sind, sollen ihren Körpermassenindex ausrechnen lassen, berichtete die indische Zeitung „Times of India“. Wer außer Form sei, dürfe nur noch auf dem Boden arbeiten. Die meisten Betroffenen weigerten sich demnach aber, den Test zu machen. Sie forderten, die Fluggesellschaft soll ihnen lieber Mitgliedskarten für Fitnessstudios schenken.*

Andreas Karwautz





## TERMINPLANER

### KONFERENZEN

#### 4. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen

20. - 22.3. 2014, Leipzig/D  
[www.dgess-leipzig2014.de](http://www.dgess-leipzig2014.de)

#### 2014 International Conference of Eating Disorders

27. - 29. März 2014, New York/USA  
[www.aedweb.org](http://www.aedweb.org)

#### Appearance Matters 6

1. - 2. Juli 2014, Bristol/GB  
Programm und Anmeldung:  
[www1.uwe.ac.uk/hls/research/appearance-research/events/appearance-matters.aspx](http://www1.uwe.ac.uk/hls/research/appearance-research/events/appearance-matters.aspx)

#### Kongress Essstörungen 2014

22. Internationale Wissenschaftliche Tagung  
16.- 18. Oktober 2014, Alpbach, Tirol  
[www.netzwerk-essstoerungen.at](http://www.netzwerk-essstoerungen.at)

#### Eating Disorder Research Society

20. Jahreskonferenz  
9.-11. Oktober. 2014, San Diego/USA

#### 2015 International Conference on Eating Disorders

23. - 24. April 2015, Boston/USA  
Programm und Anmeldung unter  
[www.aedweb.org](http://www.aedweb.org)

#### 2016 International Conference on Eating Disorders

4.-7. Mai, 2016, San Francisco, California/ USA  
[www.aedweb.org](http://www.aedweb.org)

### SEMINARE

#### Präventionsworkshops für Mädchen "Body Talk"

Für Schulklassen, Wien  
telefonisch unter 01/47 615-5771  
Frauengesundheitszentrum FEM  
[angebote.fem.at](http://angebote.fem.at)

#### Seminarreihe des Zentrums für Essstörungen Wien zu gender-sensibler/frauenspezifischer Arbeit:

Ort: Frauenberatung Wien  
[zentrum.fuer@essstoerungen.cc](mailto:zentrum.fuer@essstoerungen.cc)

#### Essstörungen. Mütter – Töchter – Frauen

Dr.<sup>in</sup> Brigitte Schigl, MSc  
25./26. April 2014  
Kosten: EUR 312,-

#### Essstörungen. Ätiologie, Diagnostik, Ernährungswissenschaftliche Grundlagen

Mag.<sup>a</sup> Sabine Kern, MSc  
Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Andrea Ferge  
17. Mai 2014  
Kosten: EUR 180,-

#### Essstörungen. Den Körper lieben lernen

Mag.<sup>a</sup> Sabine Kern, MSc  
14./15. Juni 2014  
Kosten: 270 Euro

#### Essstörungen. Supervisionsseminar

Dr.<sup>in</sup> Brigitte Schigl, MSc  
18. Oktober 2014  
Kosten: 216 Euro

#### „Über den Körper zur Seele“ Körperorientierte Interventionsformen bei Essstörungen – hilfreiche Methoden, um mit dem oft schwierig besetzten Körper in Kontakt zu kommen.

Frauengesundheitszentrum FEM  
Informationen und Fragen zur Buchungsorganisation unter 01/467 15-5771 oder [www.fem.at](http://www.fem.at)

### FORTBILDUNGEN

#### 6. Wiener Fortbildungstagung „Essstörungen und Assoziierte Krankheitsbilder“

28.-29. März 2014, Wien  
[www.ess-stoerung.eu](http://www.ess-stoerung.eu)

#### "Spieglein, Spieglein ...

#### Schönheitsideale, Essprobleme und Selbstvertrauen bei Mädchen und jungen Frauen"

5. Juni 2014, Graz  
Frauengesundheitszentrum Graz  
[www.fgz.co.at](http://www.fgz.co.at)

#### „Body Talk“ zum Selbstanleiten Vermittlung Mädchenspezifischer Arbeit zu Selbstwert, Körperbildern, Diäten, Schönheitsnormen und Essstörungen.

12. Juni 2014, Wien  
Kosten: EUR 50,-  
[www.fem.at](http://www.fem.at)

#### Fortbildungen für MultiplikatorInnen: Essprobleme –

#### Schönheitsideal – Selbstvertrauen

Ein steiermarkweites Angebot für MultiplikatorInnen in Schulen und Jugendeinrichtungen  
Anmeldeinfo: Information im Frauengesundheitszentrum unter 0316/83 79 98 sowie unter [maedchen.gesundheit@fgz.co.at](mailto:maedchen.gesundheit@fgz.co.at)  
[www.fgz.co.at](http://www.fgz.co.at)

#### Supervisionsworkshop für Fachfrauen

Termin nach Vereinbarung, Wien  
Dr.<sup>in</sup> Brigitte Schigl  
Tel: 01/37 42 720  
[brigitte.schigl@eunet.at](mailto:brigitte.schigl@eunet.at)

Themenschwerpunkt  
des nächsten Newsletter:

# Essstörungen und Schönheits- operationen

Wir freuen uns auf Ihre  
Beiträge, News, Fachinputs,  
Terminankündigungen und Feedback

[info@oeges.or.at](mailto:info@oeges.or.at)