

BLOCK 1: DAS PRINZIP LEISTUNG IM 21. JAHRHUNDERT**INTERNATIONAL GUEST LECTURE 1 und Seminar 01****M. Schulte-Markwort****Burnout-Kids: Wie das Prinzip Leistung unsere Kinder überfordert**

Immer häufiger stellen sich in unseren Ambulanzen Kinder und Jugendliche vor, die unter dem Vollbild einer Erschöpfungsdepression leiden. Das Phänomen Burnout ist im Kindes- und Jugendalter angekommen.

In diesem Vortrag wird neben einer historischen Herleitung auf die Probleme der Definition und Einordnung des Burnout-Syndroms eingegangen. Auch wenn es noch keine konkreten epidemiologischen Untersuchungen in Deutschland hierzu gibt, geht es darum sich diesem Phänomen und seinen möglichen familiären und gesellschaftlichen Ursachen zu stellen. Zusätzlich soll das Burnout eingeordnet werden in die aktuellen epidemiologischen Erkenntnisse über psychische Erkrankungen im Kindes und Jugendalter überhaupt, um zum Schluss einen Überblick über Untersuchungen zum Burnout im Kindes und Jugendalter zu geben und anhand der HBSC-Studie auf die schulisch bedingten Faktoren wie Schulstress, Schulklima und psychosomatische Beschwerden zu verweisen.

BLOCK 2: MEDIZINISCHE UND PSYCHIATRISCHE ASPEKTE**N. Kapusta, D. Mairhofer****Suizidalität und Selbstverletzendes Verhalten – State of the Art**

Der Begriff „Suizidalität“ stellt ein *„komplexes Phänomen dar, das sich in einem Individuum manifestiert und das gesellschaftlich – kulturelle, biologische, Beziehungs- und Erlebensaspekte umfasst, die in einem komplexen Bedingungsgefüge zu einander stehen“* (Lindner, 2003; S.81).

Dieser „Symptomenkomplex“ beinhaltet unter anderem (para-) suizidales Verhalten (z.B. Suizidgedanken, Suizidandrohungen etc.). Suizidversuche, bis hin zum vollzogenen Suizid.

Eintrittswahrscheinlichkeit und Einschätzung des Suizidrisikos stellt hierbei eine der schwierigsten und herausforderndsten Aufgaben in der klinisch-psychiatrischen Praxis dar, weshalb die „suizidale Krise“, in individueller Ausformung, auch zu den wesentlichsten psychiatrischen Notfällen zählt.

An dieser Stelle muss deutlich zwischen nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSI), suizidaler Einengung bis hin zur Suizidgefahr unterschieden werden. Die weiteren zu setzenden Handlungsmaßnahmen orientieren sich dabei an dieser Einschätzung und müssen gemeinsam mit dem Patienten abgewogen werden.

In Österreich sterben jährlich ca. 1200 Menschen durch Suizid, der im Erwachsenenalter zu den 10 – häufigsten Todesursachen zählt, im Kindes- und Jugendalter sogar die Häufigste neben Unfällen darstellt (ÖGIB 2013). Aufgrund der bestehenden Häufigkeit und der damit einhergehenden Relevanz auch für gesellschaftliche und gesundheitspolitische Belange, stellen Präventionsmaßnahmen einen wesentlichen Faktor in der Aufklärung und Verhütung von Suiziden dar und sind global von großer Wichtigkeit.

Im Rahmen des Vortrags werden State of the Art Empfehlungen und Programme bezogen auf „Prävention und Krisenintervention“, epidemiologischen Daten, diverse Definitionen, sowie entwickelte Leitlinien für den Umgang mit „suizidalen Krisen“ und deren störungsrelevante Risikofaktoren vorgestellt und im Anschluss diskutiert.

R. Frey**Intensivbehandlung der Anorexia nervosa**

Psychiatrische Intensivstationen (Psychiatric Intensive Care Units, PICU), wie es sie z.B. an den Psychiatrischen Universitätskliniken in München oder Wien gibt, widmen sich PatientInnen, die psychisch schwer krank und obendrein durch somatische Komorbiditäten gefährdet sind. PatientInnen mit Anorexia nervosa (AN) mit extremem Untergewicht ($BMI < 13 \text{ kg/m}^2$), werden idealweise an einer PICU behandelt.

Durch die zwanghafte Fixierung auf ein niedriges Körpergewicht (ohne Körperfett) gibt es extreme Probleme mit der Therapieadhärenz. Die besonders gute pflegerische und apparative Ausstattung der PICU bietet nicht nur die Möglichkeit zur Kontrolle der Vitalfunktionen, sondern erlaubt auch eine engmaschige Kontrolle des Verhaltens in Hinblick auf letztlich lebenswichtige Vereinbarungen (Manipulation an Sonden? Trinkmenge? Essensmenge? Erbrechen? Ausmaß der Bewegung? Medikamentenmissbrauch?). Die meisten gefährdeten PatientInnen werden im Rahmen des Unterbringungsgesetzes behandelt; bei einem BMI von $< 15 \text{ kg/m}^2$ lässt sich eine Selbstgefährdung argumentieren, die für eine Beschränkung und Zwangsbehandlung bzw. gegen einen Therapieabbruch spricht. Häufige relevante Komorbiditäten sind: Organisches Psychosyndrom wegen des Hungerstoffwechsels (bei AN ist die Hirnatrophie potentiell reversibel), Depression, anankastische Persönlichkeitsstörung, Zwangsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung (v.a. bei Bulimie); Elektrolytstörungen, Anämie, Leukopenie, Dysphagie, Gastroparese, Obstipation, Myocard-Atrophie, Bradycardie, Hypotension, Herzrhythmusstörungen. PatientInnen mit AN haben eine Standard Mortality Ratio von etwa 6, d.h. die Wahrscheinlichkeit im nächsten Jahr zu sterben, ist 6x höher als es für die Altersgruppe zu erwarten wäre. Die Todesursache ist häufig der plötzliche Herztod.

Das Gewichtsziel sollte an der PICU bei einem BMI von $15 - 17 \text{ kg/m}^2$ liegen, in der Regel wird bis dahin hochkalorische Nährlösung über eine transnasale oder perkutane (PEG) Magensonde gegeben, während der ersten 10 Tage vorsichtig mit $500 - 1000 \text{ kcal pro Tag}$, später mit bis zu $2000 - 3000 \text{ kcal pro Tag}$. Beim Erreichen von Gewichtszunahmen von $700 \text{ bis } 1000 \text{ Gramm pro Woche}$ werden den PatientInnen vereinbarungsgemäß schrittweise Zugeständnisse gemacht, von der Bettruhe (mit Grundpflege im Bett sowie mit Pulsoxymetrie oder EKG-Monitoring) bis hin zu Ausgängen. Durch regelmäßige Kontrollen der Blutbefunde und entsprechenden Substitutionen von Elektrolyten (Vorsicht vor einem „Refeeding-Syndrom“ mit Hypophosphatämie), Eiweiß oder auch Erythrozytenkonzentraten werden Komplikationen vorgebeugt. Supportive Gespräche bietet das Personal hochfrequent, eine spezifische Psychotherapie wird aber erst bei einem BMI von $> 15 \text{ kg/m}^2$ realistisch.

Es gibt kein Psychopharmakon, das eine evidenzbasierte Indikation und Zulassung in der Behandlung der AN (Kessymptome; „Gewichtssphobie“, Körperschemastörung“) hätte. Dennoch sind bei der chronifizierten, gefährlichen AN Antidepressiva (v.a. SSRI), atypische Antipsychotika, Pregabalin, Topiramate (off label gegen Impulsivität) und auch Benzodiazepine (Cave: Anspannung beim Auffüttern) zu erwägen bzw. oft vonnöten.

G. Russ, T. Lackner

Schönheitsideale – eine kritisch- kreative Annäherung junger Menschen mit Anorexia nervosa

Im Rahmen der sozialpädagogischen und ergotherapeutischen Begleitung von jungen Menschen mit Essstörungen an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am AKH Wien wurde ein künstlerisch-kreatives, interdisziplinäres Projekt gestartet und durchgeführt. Einerseits fand auf der intellektuellen Ebene eine Auseinandersetzung mit dem Thema Essstörung und Schönheitsideale statt. Andererseits wurde versucht auf der kreativen Handlungsebene für die erarbeiteten Themen einen Ausdruck zu finden. Bei wöchentlich stattfindenden Therapiegruppen wurden einzelne Projekte initiiert und umgesetzt. So etwa fand die Auseinandersetzung mit dem Körper ihren Niederschlag in Körperbüsten aus Gips, oder während der Gestaltung einer Kollage fand eine intensive Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild statt. Tonfiguren verdeutlichen den Wunsch der Jugendlichen nach ihrem Schönheitsideal. Aber auch besonders geliebte Teile des eigenen Körpers konnten kreativ dargestellt werden.

In der praktischen Arbeit zeigten sich immer wieder zu fördernde Anhaltspunkte bei den Jugendlichen wie etwa, das Treffen von Entscheidungen, andere um Hilfe bitten, die Meinung anderen tolerieren und akzeptieren. Aber auch simple Alltäglichkeiten, wie das zu Ende bringen von Begonnenen oder sich eine Pause gönnen, konnte geübt werden.

Gerade im kreativ-handwerklichen Tun können die Jugendlichen immer wieder auf ihre hohen Ansprüche und den Leistungsdruck, gut sein zu müssen, verzichten. Die Werke werden während der Tagung als kleine „Ausstellung“ mit Gedanken von den Jugendlichen präsentiert.

P. Hochgatterer**Naschen - über Honigtöpfe und Bären von geringem Verstande**

Was verbinden wir mit dem Begriff „Naschen“? Sämtliche Kinder, mit denen wir je zu tun hatten? Erinnerungen aus unserer eigenen Kindheit, - mehr oder eher weniger erfreulich? Die einschlägigen Klassifikationsschemata psychischer Erkrankungen? Oder – ganz konkret – die Frage, ob denn im ICD 11 nicht noch Platz für ein eigenes umschriebenes Störbild wäre, eventuell knapp vor der Binge eating disorder? Oder vielleicht doch eher unerquickliche somatische Erscheinungen wie Fettsucht, Karies, Hypertonie und Diabetes?

Möglicherweise tauchen aber auch Zweifel an der Einfachheit dieser Zuordnungen auf und man fragt sich, ob nicht andere Aspekte ebenfalls Berücksichtigung finden sollten, möchte man diesem eigenartigen Phänomen einigermaßen gerecht werden. Zum Beispiel das komplexe Gefühl, das einen befällt, wenn man sich ganz im Geheimen ein Stück Schokolade in den Mund schiebt.

STATE OF THE ART, VERTIEFENDE SEMINARE & WORKSHOPS 01-06**SEM 01 - M. Schulte-Markwort****Burn-Out-Kids**

s. oben

SEM 02 - N. Kapusta, D. Mairhofer**Suizidalität - ihr Management und die Bedeutung für Essstörungen**

Im Rahmen des Workshops wird vermehrt auf Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten bei Essstörungen eingegangen und die unterschiedlichen Diagnosen (F50.0 - F50.9), in deren Besonderheiten in diesem Bereich, besprochen. Ein Kernthema wird weiters der Umgang mit suizidalem und selbstdestruktivem Verhalten bei Patient-/KlientInnen bilden, sowie Einschätzungshilfen, Krisen- und Präventionsmaßnahmen, sowohl im ambulanten wie auch stationären Bereich. Ebenso thematisiert werden „Fallstricke“ und bestehende Gefahren und Komplikationen rund um das Thema Suizidalität und NSSI bei PatientInnen mit Essstörungen. Auf Wunsch können eigene Erfahrungen und Fälle eingebracht werden, spezifische Fragen vorab und natürlich auch während des Workshops sind herzlich willkommen. Lernziele sind der Erwerb von Kenntnissen zu Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten sowie das Gewinnen von mehr Sicherheit in Diagnostik und Umgang mit suizidalen und selbstverletzenden PatientInnen.

SEM 03 - K. Waldherr**Essstörungen im Alter**

Essstörungen im mittleren, höheren und hohen Alter werden in der internationalen Literatur erst in den letzten Jahren etwas häufiger thematisiert und das Wissen ist noch sehr begrenzt. Aus Mangel an epidemiologischen Studien stehen keine genauen Prävalenz- und Inzidenzraten zu Essstörungen bei Personen über 50 Jahren zur Verfügung. Die wenigen Studien deuten jedoch darauf hin, dass Essstörungen in dieser Altersgruppe frappierend häufig sind, wobei vor allem Binge Eating Disorder (BED) und Other Specified Eating and Feeding Disorders (OSFED) / Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) sowie subklinische Essstörungen auftreten (vgl. Mangweth-Matzek et al., 2014). Auch zu Risikofaktoren, Charakteristika von PatientInnen in diesen Altersgruppen und Prognose ist wenig bekannt. Unzufriedenheit mit der Figur und Diäten scheinen bei älteren Frauen ähnlich häufig zu sein wie bei jüngeren Frauen (vgl. z.B. Gagne et al., 2006). Einige Studien weisen darauf hin, dass in dieser Altersgruppe die Ausprägung der Angst vor dem Altern sowie die hormonellen Veränderungen in der Menopause und der Umgang damit eine wichtige Rolle spielen (vgl. Mangweth-Matzek et al., 2014). Unklar ist, wie groß die Anteile an „late onset“-Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, Rückfällen oder Wechsel zwischen verschiedenen Essstörungsdiagnosen sind. Im Hinblick auf die Prognose gibt es erste

Hinweise darauf, dass bei Patientinnen ab 40 Jahren der Prozentsatz an erfolgreichen Behandlungen geringer ist als bei jüngeren Frauen (vgl. Ackard et al., 2014).

Angesichts des steigenden Anteils der älteren Menschen in der Bevölkerung, der Häufigkeit von pathologischem Essverhalten im mittleren und höheren Alter und ersten Hinweisen auf eine ungünstige Prognose, muss Essstörungen in diesen Altersgruppen zukünftig sowohl in der Forschung als auch in der Versorgung mehr Beachtung geschenkt werden. Ein besseres Verständnis von Ätiologie und Charakteristika von Essstörungen im mittleren und höheren Alter ist notwendig, um an diese Altersgruppen angepasste Präventions- und Behandlungsstrategien entwickeln zu können. In der klinischen Praxis ist es wichtig achtsam zu sein, um Essstörungen im höheren Alter nicht zu übersehen.

Literatur:

Ackard, D.M., Richter, S., Egan, A., Cronemeyer, C. (2014). Poor Outcome and Death among Youth, Young Adults, and Midlife Adults with Eating Disorders: An Investigation of Risk Factors by Age at Assessment. *Int J Eat Disord*, 47, 825-835.

Gagne, D.A., Von Holle, A., Brownley, K.a., Runfola, C.D., Hofmeier, S., Branch, K.E., Bulik, C.M. (2012). Eating Disorder Symptoms and Weight and Shape Concerns in a Large Web-Based Convenience Sample of Women Ages 50 and Above: Results of the Gender and Body Image (GABI) Study. *Int J Eat Disord*, 45, 832-844.

Mangweth-Matzek, B., Hoek, H.W., Pope, H.G.Jr. (2014). Pathological eating and body dissatisfaction in middle-aged and older women. *Curr Opin Psychiatry*, 27, 431-435.

WS04 - J. Philipp

ProAna

„Erlaube mir, mich vorzustellen. Mein Name, oder wie ich von sogenannten ‘Ärzten’ genannt wird, ist Anorexie. Mein vollständiger Name ist Anorexia nervosa, aber du kannst mich Ana nennen. Ich hoffe, wir werden gute Freunde.“

Betroffene von psychischen Störungen suchen häufig Kontakt zu Gleichgesinnten, meist zum Austausch und zur gegenseitigen Unterstützung in Richtung Genesung. Ein relativ neues Phänomen sind Internetseiten, die Essstörungen als Lifestyle darstellen und essgestörtes Verhalten verharmlosen, verherrlichen und fördern. Ziele der meist von essgestörten Betroffenen selbst betriebenen Seiten sind neben der Aufrechterhaltung der Essstörung auch Austausch und Unterstützung. Diese Seiten lösen besonders bei Jugendlichen eine gefährliche Faszination aus.

Typische Inhalte sind:

- Ana's Brief: Die Essstörung wird als einzig wahre Freundin personifiziert
- Gebote, Gesetze, Regeln: essgestörtes Verhalten wird angeleitet
- Motivation: Esstagebücher werden geteilt, Wettbewerbe werden ausgeschrieben
- Thinspiration: Bilder von untergewichtigen Mädchen und Frauen werden gezeigt/bearbeitet
- Tipps & Tricks: Tipps zum Abnehmen, zur Geheimhaltung und Täuschung werden gegeben
- Foren: Zugang oft nach Auswahlverfahren durch passwortgeschützten Zugang möglich

Der Nutzen für die Betroffenen ist neben der unmittelbaren Verstärkung des essgestörten Verhaltens der offene und unzensurierte Austausch. Die Gefahren der betroffenen Seiten sind das Potential der Auslösung, Aufrechterhaltung oder Festigung der Essstörung sowie der Ablehnung einer Behandlung.

Eine zusätzliche Herausforderung stellen internetgestützte Kommunikationsprogramme dar, die auch zum Zweck der gegenseitigen Motivierung genutzt werden.

Der Workshop soll einen Einblick in Inhalte, Risiken und Effekte essstörungsfördernder Internetseiten geben. Es werden Möglichkeiten zum Umgang mit dieser Thematik diskutiert.

WS05 entfällt

WS06 - P. Trimmel-Schwahofer, S. Pelzmann**Diätologie bei PatientInnen mit Essstörungen**1. Ambulante und stationäre diätologische Betreuung an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Ambulante Betreuung

Ablauf des Erstgesprächs (Ernährungsanamnese, Ernährungsplanerstellung), Schulung von Portionsgrößen (AID-Portionsgrößentabelle und AID-Ernährungspyramide)

- Stationäre Betreuung

Ernährungsplanerstellung durch die betreuenden Ernährungsschwwestern. Bei Refeeding-Gefahr und Sondenernährung Speiseplanerstellung durch die Diätologie.

2. Refeeding

Gefahr bei Gewichtsabnahme von mehr als 10% des KG bzw. 7-10tägiger Nahrungskarenz. Planung der Ernährungstherapie, Energiebedarf, schrittweise Steigerung bis zu metabolischen Stabilisierung der PatientInnen.

3. BIA-Messung

Prinzip der BIA-Messung, Anwendungs- und Einsatzgebiete, Messvoraussetzungen, Messergebnisse, BIA-Messung bei anorektischen PatientInnen

4. Blindverkostung und Zuckerübung

Blindverkostung verschiedener Obst- und Gemüsesorten

Zuckerübung (Getränkeverkostung)

5. Adipositas-Schulung

Inhalte und Ziele der Ernährungsschulung, Ampeltabelle

BLOCK 3: AKTUELLE WIENER BEHANDLUNGSKONZEPTE**M. Zeiler****Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich: Ergebnisse der MHAT-Studie**

Michael Zeiler¹, Julia Philipp¹, Karin Waldherr², Wolfgang Dür³, Gudrun Wagner¹ & Andreas Karwautz¹

¹ Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulanz für Essstörungen

² Ferdinand-Porsche Fern FH

³ Universität Wien, Institut für Soziologie

Essstörungen zählen zu den schwersten psychischen Erkrankungen überhaupt. Die Tatsache, dass die Inzidenzrate im Jugendalter am höchsten ist, unterstreicht die Wichtigkeit von frühzeitiger Prävention und Behandlung. Wie viele Kinder und Jugendliche sind in Österreich von Essstörungen und subklinischer Symptomatik betroffen? Erste Antworten auf diese Frage liefert die kürzlich abgeschlossene MHAT (Mental Health in Austrian Teenagers) Studie. In einem zweistufigen Design wurde bei rund 3600 SchülerInnen im Alter von 10-18 Jahren aus allen Bundesländern und Schultypen mittels des SCOFF-Fragebogens das Risiko für Essstörungen erhoben. Im Anschluss wurde bei etwa 400 SchülerInnen mittels klinischer Interviews die Prävalenz der wichtigsten psychiatrischen Störungsbilder (inkl. Ess- und Fütterstörungen) nach DSM 5-Kriterien erfasst. Zusätzlich liegen Screening- und Interviewdaten von rund 130 PatientInnen aus insgesamt acht kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Österreich vor.

Rund ein Drittel der Mädchen und 15% der Buben wies ein erhöhtes Risiko für Essstörungen auf, das mit dem BMI nahezu linear anstieg. Jugendliche mit einem Risiko für Essstörungen zeigten zudem vermehrt internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme sowie eine signifikant geringere Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen. Zu Risikofaktoren für eine Auffälligkeit im SCOFF-Fragebogen zählten u.a. ein niedriger sozioökonomischer Status, belastende Ereignisse in der Lebensgeschichte sowie körperliche und psychische Erkrankungen des Kindes bzw. naher Angehöriger. Die Punktprävalenz von irgendeiner Ess- oder Fütterstörung im Vollbild lag bei 0.5%, die Lebenszeitprävalenz bei 2.6%. Korrigiert man diese Zahlen mit

Jugendlichen, die nicht über das Schulsetting erreicht werden können, steigt die Prävalenz auf 1.6% bzw. 3.7%. Essstörungen im Vollbild wiesen eine hohe Komorbidität (> 50%) mit anderen psychischen Erkrankungen auf (insbesondere Depressionen, Angststörungen, selbstverletzendes Verhalten). Das globale Funktionsniveau von Jugendlichen mit Essstörungen gehörte zu den niedrigsten im Vergleich mit Jugendlichen mit anderen psychiatrischen Diagnosen. Zusammen mit der niedrigen Behandlungsrate (< 20%) machen diese Ergebnisse auf die Notwendigkeit der Aufklärung über adäquate Behandlungsmöglichkeiten von Essstörungen aufmerksam. Auch wenn die Prävalenzen von Essstörungen im Vollbild niedrig sind, so zeigen die Ergebnisse einen deutlich höheren Anteil von subklinischen Formen von Essstörungen und Essstörungssymptomen auf. Präventionsmaßnahmen sind daher gefordert.

Karin Waldherr¹ & Megan Jones^{2,3,4}

Prevention of Eating Disorders (EU-Icare)

¹Ferdinand Porsche FernFH, Wiener Neustadt; ²Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Wien; ³Stanford University, School of Medicine, Eating Disorders Research Program in the Department of Psychiatry, Stanford (USA); ⁴Lantern, San Francisco (USA)

Die Medizinische Universität Wien und die Ferdinand Porsche FernFH führen in Kooperation mit der Universität Stanford (USA) und zwölf weiteren Kooperationspartnern aus fünf europäischen Ländern das Projekt „ICARE – Integrating Technology into Mental Health Care Delivery in Europe“ durch. Eines der Arbeitspakete beschäftigt sich mit der Entwicklung und Anwendung eines internetbasierten Programmes zur Förderung eines gesunden Lebensstils bei Jugendlichen zwischen 14 und 19 Jahren und zur Prävention von Essstörungen und Adipositas. Das Forschungsprojekt wird über das Horizon 2020 Forschungs- und Innovationsprogramm der Europäischen Union (Nr. 634757) gefördert.

Laut aktuellen Zahlen aus der ersten epidemiologischen Erhebung zur psychischen Gesundheit von Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren in Österreich (Mental Health in Austrian Teenagers-(MHAT)-Studie, www.mhat.at) haben 30.9 Prozent der Mädchen und 14.6 Prozent der Buben ein erhöhtes Risiko für eine Essstörung (vgl. Zeiler et al., 2016). Die Zahlen sind vergleichbar mit jenen aus anderen europäischen Ländern. Außerdem wurde in der MHAT-Studie neuerlich deutlich, dass ein besonders hoher Anteil von Jugendlichen mit Adipositas ein erhöhtes Risiko für Essstörungen hat (rund 50% der Mädchen und rund 30% der Buben). Immer mehr Studien weisen darauf hin, dass die komplexen ätiologischen Bedingungen von Adipositas und Essstörungen starke Überschneidungen aufweisen.

Diese Ergebnisse zeigen, dass ein großer Bedarf an evidenzbasierten Präventionsmaßnahmen besteht und dass gemeinsame Präventionsstrategien für Essstörungen und Adipositas erforderlich sind. Aufgrund der komplexen Ätiologie von Adipositas und Essstörungen müssen Präventionsmaßnahmen möglichst frühzeitig und auf mehreren Ebenen ansetzen. Die Schule stellt ein ideales Setting für universelle Präventionsansätze dar. Online-Programme sind attraktiv für Jugendliche, gut in den Schulalltag integrierbar und bieten die Möglichkeit, für spezifische Risikogruppen maßgeschneiderte Programm-Arme anzubieten.

Im Rahmen von ICARE wird ein an der Universität Stanford entwickeltes Online-Programm für Österreich und Spanien adaptiert. Das Programm wurde in den USA erfolgreich in Schulen implementiert und seine Wirksamkeit in mehreren Studien nachgewiesen. Das 8-wöchige Programm fokussiert in verschiedenen Modulen auf die Förderung eines gesunden Lebensstils und positiven Körperbildes, die Förderung der Medienkompetenz und auf den Umgang mit Emotionen und emotionalem Essen. Die Jugendlichen werden aufgrund der Ergebnisse eines Screening-Fragebogens einem für sie passenden Programm-Arm zugeteilt. Im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie wird die Wirksamkeit der österreichischen und spanischen Versionen überprüft.

Literatur:

Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Nitsch, M., Dür, W., Karwautz, A., & Wagner, G. (2016). Prevalence of eating disorder risk and associations with health-related quality of life: results from a large population screening. *European Eating Disorders Review*, 24, 9-18.

E. Merl**Suceat- Unterstützung Angehöriger von Kindern und Jugendlichen mit einer Essstörung- Erfahrungen und erste Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie.**

Die NICE- Richtlinien empfehlen bei Essstörungen primär eine ambulante Behandlung und nur in schwerwiegenden Fällen einen stationären Aufenthalt. In beiden Fällen stehen Eltern und Angehörige vor großen Herausforderungen und fühlen sich oft überfordert und hilflos.

Nach Treasure und Schmidt (2006) können neben zwanghaften Persönlichkeitszügen, emotionalem Vermeidungsverhalten oder pro- anorektischen Einstellungen auch dysfunktionale Kommunikations- und Interaktionsstile sowie ‚High expressed emotions‘ von Seiten der Angehörigen zur Aufrechterhaltung und Verschlechterung der Essstörungssymptomatik beitragen.

Daher wurde ein spezielles Programm für Eltern entwickelt, das ihnen helfen soll, die Erkrankung besser zu verstehen und aufrechterhaltende Faktoren günstig zu beeinflussen und damit das Outcome zu verbessern. Es werden Kopingstrategien zur Stressreduktion sowie Problemlösestrategien erarbeitet. Den Eltern werden Informationen und Skills vermittelt, um ihre an einer Essstörung erkrankten Kinder bestmöglich zu unterstützen und zur Heilung beizutragen, Rückfälle zu verhindern und ihr eigenes Wohlbefinden zu verbessern. Daraus ergeben sich folgende Teilziele:

- 1) Eine Verbesserung des Wohlbefindens der Eltern (Allgemeine Psychopathologie, Belastung durch die Symptome der Essstörung, Lebensqualität, High expressed emotions).
- 2) Eine Verbesserung der Symptomatik der Betroffenen (BMI, essstörungsspezifische Psychopathologie, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme, Lebensqualität).
- 3) Eine Vermeidung von Rückfällen im Langzeitverlauf

Im Rahmen des Projects SUCCEAT werden erstmals in Österreich in einer randomisiert- kontrollierten Studie das genannte Programm als Workshop sowie als Internet- gestütztes Programm mit konventioneller Elternarbeit bei Jugendlichen mit einer Essstörung miteinander verglichen. Erste Erfahrungen zeigen eine hohe Akzeptanz des Programms und eine große Zufriedenheit von Seiten der Angehörigen.

BLOCK 4: PSYCHODYNAMISCHE THERAPIEFORMEN**H. Löffler-Stastka****"Psychotherapieforschung"**

Die Forschungsstrategien zur Evidenzbasierung der Psychotherapie (vgl. Chambless, 1998) lieferten durch Meta-Analysen, Outcome-Studien und RCT-Designs ein solides Wissen über allgemeine und spezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie (vgl. Lambert, 2013). Seit Verlautbarung des „Äquivalenzparadoxon“ („All must have prizes“, Elliot, 1993) wurde die konventionelle Wirksamkeitsforschung durch Prozess-Outcome-Forschung ergänzt, die komparativen Studien durch konsequente (Mikro)Prozessforschung und durch Ausdifferenzierung diesbezüglicher Untersuchungsmethoden bereichert. Die aktuellen Entwicklungen der Präzisions-Medizin und personalisierten Medizin kommen dem Gegenstandsbereich der aktuellen differentiellen Psychotherapieforschung entgegen.

Forschungsstrategien der differentiellen Psychotherapieforschungsphase:

Neben forschungsstrategischer Festlegung auf das naturwissenschaftliche Forschungsparadigma („The great psychotherapy debate“, Wampold, 2001) wurden Konzepte und Modelle zur Unterstützung von differentiellen und adaptiven Indikationsentscheidungen entwickelt, sozialwissenschaftliche, qualitative Forschungsmethoden miteinbezogen, und durch dismantling Studien Mediatoren und Moderatoren des Therapie-Ergebnisses herausgearbeitet. Forschungsmethoden, die komplexe Systeme oder eine nichtlineare Dynamik erfassbar machen, bereichern das Feld. Ergänzend kommen Methoden aus der Linguistik, aus dem Forschungsbereich zu Change-Mechanismen (z.B. CCRT, RA, etc.), Videoanalysen, computergestützte Textanalysen hinzu. Prozessforschung, phänomenologische Arbeiten, Einzelfallstudien, Feldforschung, Surveys, Versorgungsforschung,

praxisorientierte Psychotherapieforschung, wurden genutzt, um den Variablen des „generischen Modells der Psychotherapie“ (Orlinsky, 2009) Validität zu verleihen.

Ausgehend von den Ergebnissen, dass 40% der Varianz des Therapieerfolgs durch Patientencharakteristika, 30% durch allgemeine Wirkfaktoren (z.B. therapeutische Beziehung), 15% durch die therapeutische Technik und 15% durch Therapeuteneffekte erklärt werden (Lambert, 2013) widmete sich die Psychotherapieforschung in den letzten Jahrzehnten der Differenzierung der Wirkspezifika: therapeutische Technik, Therapeutenvariable, Patientenvariablen und therapeutische Beziehung.

Therapeutische Technik:

Die Prozess-Forschung der letzten Jahre zeigte beispielsweise affektbezogene Interventionen als Mediatoren zum Therapieerfolg, insbesondere die Fokussierung auf (bisher abgewehrte negative) Affekte. Eine Verschiebung der Affekt-Abwehr-Relation von 1:5 zu 1:2 ist für erfolgreiche Therapien charakteristisch. Ebenso hängt die Aktivierung von (insbesondere negativen) Affekten bei PatientInnen sowie deren vertieftes Erleben und Verstehen im therapeutischen Prozess mit dem Therapieerfolg zusammen. Diese Ergebnisse lassen sich sowohl für die Hauptrichtungen der Psychotherapiemethoden als auch für störungsspezifische Verfahren finden. Weiters prognostizieren prototypisch psychoanalytische Interventionen (z.B. einsichtsorientierte Techniken oder die Arbeit an der therapeutischen Beziehung) den Behandlungserfolg, und zwar in allen Verfahren, auch in CBT. Dennoch bleibt – wie manual-geleitete Therapiestudien gezeigt haben, dass durch alleinige technische Kompetenz kein überragender Beitrag zum Therapieerfolg geleistet werden kann.

Therapeutenvariable:

Effektive TherapeutInnen zeigen eine technisch neutrale Haltung, Empathie, affektiv positiv gestaltete zwischenmenschliche Begegnungen und weniger Schwankungen in ihren unterschiedlichen Behandlungen. Je schwerer beeinträchtigt die PatientInnen, umso eher wirkt sich die Kompetenz der PsychotherapeutInnen aus. Beziehungsfähigkeit gilt als die grundlegendste Therapeutenvariable, ein sicherer Bindungstyp befördert diese, ebenso wie eine wohlwollende Introjekt-Affiliation. Kompetenzentwicklung hängt mit kritischen Lebensereignissen, Bindungsangst und der Arbeitsbeziehung „Working Alliance“ zusammen. Die therapeutische Bindung nimmt einen zentralen Platz im Therapie-Prozess ein, da die Interventionen in der PatientIn-TherapeutIn Zusammenarbeit durch die Bindung und Working Alliance mediiert werden. Letztere sind auch durch Persönlichkeitsmerkmale, wie Reflexionsfähigkeit und Ich-Stärke oder Abwehr und Fragilität, die wiederum in Zusammenhang mit Institutionellen oder sogenannten „Allegiance“ Faktoren stehen, beeinflusst.

Patientenvariablen:

Da die therapeutInnenspezifischen Wirkfaktoren oftmals keine signifikanten Prädiktoren für den Therapieerfolg darstellten, müssen Moderatoren von Therapieeffekten in Betracht gezogen werden. Es wurde beispielsweise gezeigt, dass Übertragungsdeutungen bei PatientInnen mit einer niedrigen Objektbeziehungsqualität das Therapieergebnis deutlich signifikanter verbesserten als bei PatientInnen mit einer hohen Objektbeziehungsqualität. In diesem Sinne wird die Deutung des dominanten Affekts immer in Zusammenhang mit der jeweils aktivierten Objektbeziehungsdyade vorgeschlagen. Zudem lassen sich für verschiedene Patientenvariablen unterschiedliche Veränderungs-Trajektoren feststellen, beispielsweise profitieren PatientInnen mit einem introjektiven Persönlichkeitsstil eher von einsichtsorientierten Therapien. Neben ebensolchen PatientInneneigenschaften hängt das Therapieergebnis auch von dem frühen Ansprechen auf die Therapie (early responders) ab. Ein weiterer wesentlicher Einfluss auf das Therapieergebnis entsteht durch den Schweregrad der Erkrankung, durch Komorbidität, PatientInnenmotivation, Bindungs- und Coping-Stil, dem Maß an Perfektionismus, Rolleninduktion während der Therapie, und aus dem persönlichen Kontext, der Art und Weise des Lebens der PatientInnen außerhalb, vor, während und nach der erfahrenen Therapie, wie sich durch sozioökonomische Untersuchungen zeigen lässt.

Differentielle Psychotherapieforschung führte zur Etablierung einer genaueren Fokussierung der jeweiligen Zielsetzung der Therapie allgemein, der akkurateren Definition der Indikationsgebiete für spezifische therapeutische Techniken, zur Diskussion von Dosiseffekten, zur Operationalisierung zentraler psychotherapeutischer Konzepte und zur Etablierung einer konsequenten Ausbildungsforschung zum Erwerb und der Definition spezifischer Kernkompetenzen von PsychotherapeutInnen. Zentrale Schlüsselkompetenzen

betreffen die Reflexionsfähigkeit, therapeutische neutrale Haltung, Moderatorenbewusstsein und ein Lernen, das unbewusste pathways, in denen das Lust/Unlust-Prinzip dominiert, inkludiert.

Literatur

Chambless, D.L., Hollon, S.D. (1998): Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.

Elliott, R., Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1993). "Are some psychotherapies more equivalent than others?" In T.R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 455-479). New York: Plenum Press.

Lambert, Michael J (2013) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6th Edition: Wiley New York.

Orlinsky, David (2009). The "Generic Model of Psychotherapy" after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19: 319-339.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Publishers.

R. Graßl

Mentalisierungsbasierte und übertragungsfokussierte Psychotherapie

Der Vortrag beschreibt exemplarisch zwei tiefenpsychologische, evidenzbasierte Therapieformen, die seit wenigen Jahren auch für Jugendliche adaptiert vorliegen (TFP-A, MBT-A). Beide Therapien sind für die Behandlung von Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen entwickelt worden. Während TFP-A (Kernberg, Krischer, Foelsch 2008) auf den jahrzehntelangen theoretischen Vorarbeiten von O.F. Kernberg (USA) und seinem Team fußt und Manual basiert v.a. mit den „klassischen“ Phänomenen der Übertragung, Gegenübertragung und Projektiver Identifizierung arbeitet, bilden für MBT-A (Roussouw, Fonagy 2012) Erkenntnisse zur Mentalisierungsfähigkeit der Gruppe um P. Fonagy und A. Bateman (GB) die Grundlage. Während TFP das Einzelsetting als zentral definiert, ist MBT bereits in vielen abgewandelten, für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sehr relevante Formen wie Gruppen und Teams etabliert. So wird beim MBT-A (adolescents) immer auch ein Gruppensetting angeboten, MBT-F (amilies) integriert den systemischen Ansatz im Sinne der Familientherapie und AMBIT (Adolescent Mentalization Based Integrative Therapy) ist ein mehrfach ausgezeichnetes Konzept zur Behandlung von „Hard to Reach Youth“.

Der Vergleich der beiden tiefenpsychologischen Therapien wird im Kontext einer Psychotherapie der Essstörungen kritisch diskutiert und mögliche Weiterentwicklungen dieser Ansätze in Hinblick auf die Störungsbilder Anorexie, Bulimie und Adipositas angedacht.

INTERNATIONAL GUEST LECTURE 2

G. Reich

Psychodynamische Therapie der Essstörungen

Psychodynamische Therapie von Essstörungen ist dann wirksam, wenn sie störungsorientiert durchgeführt wird. Die Arbeit am Essverhalten und am Körperbild muss mit der Bearbeitung von Konflikten und strukturellen Defiziten verbunden werden.

Die Symptomatik wird daher entsprechend kontextualisiert und fokussiert. Typische Beziehungs-, Übertragungs-, Konflikt- und Abwehrmuster sowie strukturelle Probleme und das therapeutische Vorgehen dabei werden beschrieben. Dies geschieht hauptsächlich anhand eines Manuals zur Bulimie-Behandlung. Besonders herausgearbeitet werden die Begrenzung der Therapie und die damit einhergehende aktive Gestaltung der Beendigungsphase.

BLOCK 5: Trauma und Essstörungen**INTERNATIONAL GUEST LECTURE 3****J. Vanderlinden****Trauma and the eating disorders: How to integrate evidence from the psychotrauma field?***Johan Vanderlinden, PhD**Coordinator Eating Disorder Unit and Head Adult Psychology Department**UPC Z.ORG KULeuven, Leuven Belgium*

Research is clearly showing that abusive experiences increase the vulnerability in young women to develop an ED, in particular one with bingeing-purging characteristics. This subgroup of ED patients will often be confronted with both psychological and somatoform dissociative experiences. It is hypothesized based on clinical experiences that the ED symptoms in this subsample may function as a survival strategy while research findings show a mediating role for dissociation in the association between trauma and ED. Based on these findings and hypotheses, clinicians must become more aware of the different pathways that may lead to the development of an ED and realize that different pathological pathways into eating disorders may deserve different therapeutic approaches. We are missing evidence for matching patients to treatments, but we recommend that the evidence from the psycho- trauma field needs to be integrated within the ED treatment, when indicated.

VERTIEFENDE SEMINARE & WORKSHOPS 07-12**SEM 07 - J. Vanderlinden****Workshop Trauma and the eating disorders: How to regain control in eating disorder patients with a history of psychotrauma (emotional and/or sexual abuse)***J. Vanderlinden, PhD**University Psychiatric Center KULeuven, Z.ORG, Campus Leuven, Belgium*

In this workshop some basic guidelines in the treatment of traumatized eating disorder patients, often showing a great comorbidity, dissociative symptoms and impulse dyscontrol, will be presented.

In the **first part** we focus on the topic how trauma experiences, eating disorder symptoms and impulse dyscontrol problems are related to one another and which factors may mediate the trauma-ED link.

In the **second part** the most important goal in the first phase of treatment, i.e. how to regain control over impulsive and self-destructive behaviours, will be outlined. Next, several therapeutic techniques (such as heart coherence training, self-hypnosis, guided imagination, writing assignments, EMDR) will be proposed –by means also of two DVD demonstration- that can help ED patients with a history of (mostly emotional) trauma to rewrite their personal trauma history and to deal more effectively with the aftermath of trauma and the maladaptive behaviours that disrupt their lives.

References:

Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation and impulse dyscontrol in eating disorders*. NY: Taylor&Francis .

Vanderlinden, J., Vandereycken, W. & Claes, L. (2007). *Trauma, dissociation and impulse dyscontrol: lessons from the eating disorders field (pp385-402)*. In E. Vermetten, M. Dorahy, M. & D. Spiegel (eds.): *Dissociation: Neurobiology and Treatment*. American Psychiatric Press (APA).

Vanderlinden, J. (2010). *Do different psychopathological pathways in eating disorder patients necessitate different therapeutic goals and/or approaches? European Eating Disorders Review, 18, 3, 161-164.*

Vanderlinden, J., Claes, L., De Cuyper, K., & Vrieze, E. (2015). *Dissociation and Dissociative Disorders*. In T. Wade (ed.), *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders, DOI10.1007/978-981-087-2_33-1*

SEM08 entfällt

SEM09 - E. Merl**Suceat**

Die Betreuung von Jugendlichen mit einer Essstörung stellt für die Angehörigen eine große Herausforderung dar. Das Programm SUCCEAT wurde entwickelt, um die Eltern mit Informationen, Fähigkeiten und Fertigkeiten auszustatten mit dem Ziel

die Belastung der Eltern zu reduzieren und sekundär bei den Betroffenen die Motivation zur Verhaltensänderung zu steigern.

Im Rahmen des Workshops wird das im Vortrag vermittelte Wissen vertieft. Anhand von praktischen Übungen sowie bildlichem Material (DVD) werden die Inhalte der einzelnen Module erarbeitet. Erfahrungen, eigene Beiträge und Fragen können gemeinsam diskutiert werden.

WS10 - G. Reich**Therapie der Paarbeziehungen**

Essstörungen sind mit basalen Störungen von Partnerbeziehungen und sexuellen Beziehungen verbunden. Das Eingehen von Partnerbeziehungen und befriedigenden sexuellen Beziehungen wird als ein wesentliches psychosoziales Kriterium der Heilung angesehen, insbesondere bei der Anorexie.

Der Anteil von Frauen (und Männern) mit Essstörungen, die in Partnerbeziehungen leben, wird vermutlich insgesamt unterschätzt. Dabei gehen Bulimikerinnen in höherem Maße Partnerbeziehungen und sexuelle Beziehungen ein als Anorektikerinnen.

In Paarbeziehungen Essgestörter finden sich oft eine Störungen der Intimität, ein Mangel an offener Kommunikation und eine eingeschränkte Fähigkeit zur Konfliktlösung. Partner könne auch unterstützend bei der Behandlung von Essstörungen sein. Die Paarsituation in der Behandlung Essgestörter wird an Fallbeispielen diskutiert.

Die Partner sind in den diagnostischen und therapeutischen Prozess stärker einzubeziehen.

WS11 - G. Haselberger**Körpertherapie bei Essstörungen.**

Bewegung als Spiegel für die Beziehung zwischen Körper und Seele.

Essstörungen zeigen sich über den Körper. Viele Betroffene beschreiben ihre Beziehung zu ihrem Körper von einem beständigen Hadern, Abwehren, Abwerten geprägt: der Körper wird zur Kampfzone erklärt. Zum einen wird der seelische Konflikt über den Körper ausgetragen zum anderen wird genau dieser abgelehnt.

Im Mittelpunkt des bewegungsanalytischen Settings stehen der Körper an sich und seine spontanen Bewegungsäußerungen. Die psychomotorische Verbindung zwischen Person und ihrem Körper wird als interaktiv begriffen. Wie diese Beziehung in Bewegung gestaltet wird, offenbart die wesentlichen Konflikte, die im Rahmen der Bewegungsinteraktion thematisiert und behandelt werden.

Die Methode der Bewegungsanalyse befasst sich nun mit den psycho-physischen Zusammenhängen von Körperbewegung und Persönlichkeit. Diese tiefenpsychologisch orientierte Bewegungsintervention gründet auf einer systematisierten Theorie und Methode. Die Verbindung zwischen unsichtbaren intra-psychischen Vorgängen und der sichtbaren äußeren Bewegung ermöglicht es, sich über die eigene Bewegungsweise mit der Selbstauffassung auseinander zu setzen. Diese spiegelt sich unmittelbar in der spontanen Körperbewegung wider. Dadurch eröffnet sich ein Erfahrungsraum, in dem erlebbar wird, wie das Selbstempfinden die individuellen Handlungsweisen prägt und bestimmt. Gleichzeitig bietet sie die Möglichkeit einer gezielten handlungsbezogenen Intervention.

Die Bewegungsanalyse setzt genau dort an, wo sich der seelische Kampf um Autonomie, um Selbstbestimmung und Individualität abspielt. Der Kampf, der sich über Essen und Nicht-Essen austrägt, um ambivalente Gefühle, überfordernde Impulse, überwältigende Erfahrungen und die Beziehung zum Gegenüber wortwörtlich in den Griff zu bekommen.

Im Workshop möchte ich anhand von Beispielen aus meiner therapeutischen Praxis die Methode und meine

Arbeitsweise erklären sowie begreifbar machen, welche Möglichkeiten ich als bewegungsanalytische Therapeutin habe, Betroffene mit sich in Kontakt zu bringen, damit Veränderung möglich werden kann.

Leitung: Gabriele Haselberger, bewegungsanalytische Therapeutin, seit 1998 bewegungsanalytisch im Essstörungenbereich sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting tätig. Seit 2006 Mitarbeiterin im Therapiezentrum intakt und seit 2013 Beraterin in der Hotline für Essstörungen.

WS12 - S. Wiesnagrotzki

Psychodynamische Fallbesprechung

Unter Psychodynamischer Therapie wird eine therapeutische Auffassung verstanden, welche die Dynamik und Sinnhaftigkeit psychischer Symptome in den Mittelpunkt der Betrachtung und Therapie stellt.

Sie geht von der Annahme aus, dass Symptome keineswegs nur Störungen, sondern Dysfunktionalitäten darstellen, welche für das betroffene Individuum eine Funktion erfüllen können.

Die Therapie möchte diese intrapsychischen Prozesse bewusst machen. Es handelt sich hier um Konflikte, die mit Hilfe der Symptomatik zwar einer Kompromisslösung zugeführt wurden, aber dennoch zu einem, mitunter hohem, Leidensdruck führen. Symptome, in unserem Fall Essstörungen, sind demnach Ausdruck intrapsychischer Konflikte in den Beziehungsdynamiken, welche die Betroffenen nicht anders lösen bzw. ausdrücken konnten.

Damit rücken die sogenannten Ich-Defizite in den Fokus therapeutischer Überlegungen:

Mangelnde Introspektionsfähigkeit, Intellektualisierung, mangelnde Affekt – Identifizierungen und Affekt-Sozialisierungen, Verleugnung von eigenen Affekten insbesondere sog „negativer“ wie Wut, Hass, Zorn, Ärger. Kränkung, Demütigung. Störungen in der Selbstfürsorge, Notreifung, Transsubstantiation und Parentifizierung. Aber ein Übermaß an Angst, Schuld, Schuldgefühlen und Selbsthass.

Mit Beispielen aus der therapeutischen Arbeit und Beiträgen der TeilnehmerInnen sollen diese unbewussten und vorbewussten Anteile erläutert werden.

Literatur:

MENTZOS, STAVROS

Lehrbuch der Psychodynamik

Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen

Vandenhoeck und Ruprecht 2010

HIRSCH, MATHIAS

Schuld und Schuldgefühle

Vandenhoeck und Ruprecht 2002

Der eigene Körper als Objekt

Psychosozial Verlag 2000

KERNBERG, OTTO F.

zBsp **Innere Welt und Äussere Realität**

Verlag Internationale Psychoanalyse 1997

WURMSER, LEON

zBsp **Flucht vor dem Gewissen**

Vandenhoeck und Ruprecht 2000

GRUEN, ARNO

zBsp **Der Fremde in uns**

Klett – Cotta 2008

Wider den Gehorsam

Klett – Cotta 2015