

# Apropos

François Höpflinger über die psychische Gesundheit der älteren Generation  
Stationäre Behandlung einer Depression in der Generation 50+  
Studie zur Behandlung von Frauen mit Anorexie und Bulimie  
Rückblick auf das diesjährige Aadorfer Fachforum Psychotherapie

## GLÜCKLICH UND ZUFRIEDEN BIS INS HOHE ALTER?

Wenn es um die Lebenszufriedenheit geht, zeigen Studien in der Schweiz klare Unterschiede zwischen den Generationen. Ältere sind tendenziell zufriedener als Jüngere. Dass die Realität etwas komplexer ist, erklärt Alters- und Generationsforscher Prof. Dr. François Höpflinger.



Prof. Dr. François Höpflinger  
em. Titularprofessor für Soziologie an der  
Universität Zürich  
Mitglied der akademischen Leitung des Zentrums  
für Gerontologie der Universität Zürich

Betrachtet man die allgemeine Lebenszufriedenheit älterer Menschen in der Schweiz im Verlauf der letzten drei Jahrzehnte, fällt auf, dass sie sich nur sehr geringfügig verändert hat. Schon in den späten 1980er-Jahren zeigten Analysen zur Lebenslage älterer Menschen eine hohe Lebenszufriedenheit. Später durchgeführte Befragungen lassen den Schluss zu, dass sich auch im neuen Jahrtausend ein ähnliches Bild zeigt. Selbst ein einschneidendes Grossereignis wie die Covid-Pandemie beeinträchtigte primär die Lebenszufriedenheit jüngerer Menschen, während jene der älteren Bevölkerung auf hohem Niveau stagnierte.

Auch der jüngste Obsan-Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zeigt eine hohe Lebenszufriedenheit

bei den älteren Personengruppen. Derartige Studien sind jedoch stets mit einer gewissen Vorsicht zu betrachten. Prof. Dr. François Höpflinger beschäftigt sich seit Jahrzehnten mit dem psychischen Wohlbefinden älterer Menschen. Im Gespräch blickt er hinter die Zahlen und erklärt auch, warum es mehr spezifische Behandlungsangebote wie jenes der Privatklinik Aadorf braucht.

### **Prof. Höpflinger, wie gut geht es der älteren Bevölkerung in der Schweiz?**

Bei den Menschen im Rentenalter geht es der Mehrheit im Allgemeinen gut. Die Lebenszufriedenheit ist höher als bei den Erwerbstätigen. Und es gibt tatsächlich keine Hinweise darauf, dass sich die psychische Gesundheit bei der älteren Bevölkerung in den letzten 30 Jahren verschlechtert hat.

### **Gilt dies auch für ältere Menschen, die noch berufstätig sind?**

Im Arbeitsleben ist es je nach Branche schwierig geworden. Ältere Arbeitskräfte haben zum Teil sehr gute Arbeitsbedingungen, solange sie keine Kündigung erfahren. Gerade bei den Arbeitskräften der Generation 50+ gibt es eine deutliche Polarisierung zwischen einer grossen Mehrheit, der es relativ gut geht, und einer kleinen Minderheit, die arbeitslos ist, zum Teil aufgrund von depressiven Symptomen. Was sich gegenseitig noch verstärkt.

### **Dann ist die Arbeitslosigkeit der grosse Faktor bei psychischen Problemen jener Altersgruppe, nicht zum Beispiel der Druck im Beruf?**

Es gibt neben der Arbeitslosigkeit eine Menge weiterer Faktoren für eine schlechte psychische Gesundheit bei älteren Menschen. Finanzielle Einschränkungen spielen eine Rolle, das Fehlen von Partnerbeziehungen oder Vertrauenspersonen, Partnerverlust durch Verwitwung, Vereinsamung, das sind typische Risikofaktoren. Ebenso gewisse Persönlichkeitsmerkmale wie Neurotizismus.

### **Zahlreiche Studien zeigen, dass die älteren Generationen eher zufrieden mit dem Leben sind als die jüngeren. Woran liegt das?**

Oft ist es so, dass mit dem Eintritt ins Rentenalter viele Stressfaktoren und Leistungsanforderungen entfallen. Wenn man nicht unter Zeitdruck und Stress ist, ist die Lebenszufriedenheit höher. Das liess sich auch bei Untersuchungen mit Langzeitarbeitslosen beobachten: Mit dem Eintritt ins Rentenalter ist es ihnen psychisch besser gegangen, denn die anderen Menschen in ihrer Altersgruppe waren ja dann auch arbeitslos. Abgesehen davon hatten sie Anrecht auf Ergänzungsleistungen, waren also finanziell besser abgesichert.

Im Alter sind es vor allem zwei Faktoren, welche die Lebenszufriedenheit erhöhen können. Das sind einerseits geglückte Biografien – man hat fleissig gearbeitet, doch nun hat man es hinter sich, was entlastend wirken kann. Andererseits werden im Alter zum Teil die Lebensansprüche reduziert. Man ist rascher zufrieden und will nichts verändern. Im Grunde genommen ist eine hohe Lebenszufriedenheit gesellschaftlich gesehen nicht nur ein guter Indikator. Auf der anderen Seite muss bei jungen Leuten eine höhere Unzufriedenheit nicht unbedingt ein schlechtes Zeichen sein – sie haben noch Ziele und möchten etwas erreichen.

Bei Altersgruppenvergleichen muss man aber immer einen gewissen Selektionseffekt berücksichtigen, der sich bei älteren Menschen zeigt. Die Glücklichen leben länger, zeigen auch eine stärkere Resilienz. Das widerspiegelt sich natürlich in den Zahlen.

### **Gemäss Obsan-Studie sind die 65-Jährigen und Älteren zwar seltener von psychischen Problemen betroffen, gehen diese aber, wenn sie auftreten, deutlich weniger aktiv an als jüngere Menschen und suchen zum Beispiel weniger schnell den Arzt auf. Woran könnte das liegen?**

Diese Beobachtungen findet man zum Beispiel auch bei älteren Alkoholikern. Ein Grund ist sicher, dass es im Rentenalter deutlich weniger Kontrollmechanismen gibt als im Arbeitsleben. Es findet keine Leistungskontrolle mehr statt. Wenn jemand im Arbeitsleben psychische Einschränkungen oder auch Alkoholismus zeigt,

dann wird das sichtbar, im Verhalten und in der Leistung. Also kann oder muss man reagieren. Nach der Pensionierung ist dies nicht mehr der Fall.

### **Aber eine ältere Person, die eine Depression hat, wartet tendenziell länger, bis sie sich Hilfe sucht, als eine jüngere Person, oder?**

Ja, das gilt aber vor allem bei Leuten mit einem tiefen Bildungsniveau. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass psychische Probleme stark mit dem Bildungshintergrund assoziiert sind. Da zeigt sich die fehlende Gesundheitskompetenz, die fehlende Bereitschaft, Hilfe anzunehmen oder sich beraten zu lassen.

### **Stehen im Alter zudem körperliche Beschwerden stärker im Vordergrund?**

Absolut. Bei älteren Menschen, auch bei solchen, die noch im Arbeitsleben stehen, werden psychische Probleme wohl deutlich häufiger somatisch interpretiert als bei jungen. Denn somatische Probleme haben eine höhere Akzeptanz als psychische. Auch die ältere Generation spricht lieber über Rückenschmerzen als über psychische Erkrankungen.

### **Die Privatklinik Aadorf fokussiert sich unter anderem auf psychotherapeutische Behandlungen, die spezifisch auf die Situation von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet sind. Wie wichtig sind solche Angebote?**

An sich wären solche Angebote wichtig. Doch es besteht eine riesige Lücke – in Bezug auf die Behandlungen und noch stärker in Bezug auf deren Finanzierung. Bei Menschen im Erwerbsalter laufen Angebote über die IV und werden über Integrationsprogramme sichtbar. Im Alter gibt es kaum mehr finanzielle Unterstützung. Man weiss, dass sich Depressivität gerade im hohen Lebensalter negativ auf die Kosten auswirkt. Depressive Personen verursachen mehr Gesundheitskosten, werden häufiger und schneller demenzkrank. Im Gegensatz zum Arbeitsleben, wo psychische Probleme direkte Kosten auslösen, sind es im Rentenalter vornehmlich verdeckte Kosten.

**Prof. Dr. François Höpflinger** (\*1948) studierte an der Universität Zürich Soziologie und Sozialpsychologie. Danach forschte er intensiv zu Familiensoziologie und Sozialdemografie. Seit 1991 Forschung zu Altersfragen, später ergänzt durch Forschung zu Generationenfragen (z. B. zu Grosselternschaft). 1994 wurde er zum Titularprofessor für Soziologie an der Universität Zürich ernannt. In den 2000er-Jahren war er zudem verstärkt in der Praxisumsetzung von Alters- und Generationenprojekten tätig. Zu seinen aktuellen Forschungsthemen zählen unter anderem der Strukturwandel des Alters, das Wohnen im Alter sowie die Arbeit in späteren Erwerbsjahren. Seit 2013 ist Prof. Dr. François Höpflinger Mitglied der akademischen Leitung des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich. Zudem ist er Mitglied im wissenschaftlichen Think-Tank des Arbeitgeber-Netzwerks focus50plus zur Förderung der Arbeitsmarktfähigkeit von älteren Mitarbeitenden.

In Fachkreisen wird immer wieder diskutiert, ob es spezifische Angebote für ältere Menschen mit psychischen Problemen braucht. Was sicher notwendig ist, sind gewisse Anpassungen. Die Wechselbeziehungen zwischen somatischen und psychischen Beschwerden werden im Alter tendenziell stärker, hier braucht es mehr Aufmerksamkeit. Auch die Ursachen müssen genau angeschaut werden. Ist es ein Partnerverlust, der nicht bewältigt werden kann? Sind es plötzliche Erinnerungen an die Kindheit, wie sie zum Beispiel bei ehemaligen Verdingkindern auftauchen können? Generell wird die Biografiearbeit mit dem Alter immer wichtiger. Und auch der Medikamentenkonsum sollte stärker beachtet werden.

**Apropos Medikamentenkonsum: Von allen Altersgruppen nehmen die 55- bis 64-Jährigen am häufigsten täglich Antidepressiva ein, die Obsan-Studie zeigt hier einen Anteil von 6,3 %. Gibt es dafür spezielle Gründe?**

Eine Erklärung könnte sein, dass depressive Menschen früher häufiger Suizid begangen haben. Aus dem verstärkten Aufkommen von Antidepressiva resultierte zwar keine höhere Inzidenz, aber eine höhere Prävalenz, weil die Leute älter werden und die Medikamente auch entsprechend länger nehmen. Dazu kommt, dass ein Teil der älteren Generationen lange Zeit primär mit Antidepressiva behandelt worden ist. Andere Methoden wie die kognitiven Verhaltenstherapien kamen erst später auf.

Diskutiert wird auch, ob die Wirkung von gewissen Medikamenten im Alter abnimmt. Oder dass sich Interaktionen mit anderen Medikamenten negativ auswirken. Polymedikation ist ein Thema, das man stärker beachten müsste.

**Wie wichtig ist das Arbeiten für die psychische Gesundheit? Kann das Wegfallen einer Aufgabe im Alter nicht auch eine Belastung sein?**

Wenn es ein unerwünschtes Wegfallen ist, dann sicher. Langzeitarbeitslose haben die grösste psychische Belastung. Aber es kann auch sein, dass sie arbeitslos geworden sind, weil sie psychische Probleme hatten.

In Bezug auf die Pensionierung dachte man lange Zeit, dass ein solches Wegfallen von Tätigsein die Lebenszufriedenheit beeinträchtigen würde und zu Depressionen führen könnte. Doch das scheint nicht der Fall zu sein, zumindest nicht, sofern die Pensionierung ein geplanter Schritt ist.

Es gibt Hinweise, dass vor allem Menschen, die sozial nicht aktiv sind, nach der Pensionierung stärker unter Depressionen leiden. Auch bei der Freiwilligenarbeit gibt es eine klare Korrelation zwischen depressiver Stimmung und Engagement. Was wiederum wechselseitig sein kann: Die Depressiven engagieren sich weniger und werden dadurch nicht unbedingt fröhlicher. Umgekehrt erhalten jene, die sich engagieren, eher Unterstützung. Dasselbe gilt für die meisten Sozial- oder Partnerbeziehungen. Das sind immer Wechselbeziehungen. Sind die Leute in einen solchen Teufelskreis geraten, ist es häufig sehr schwierig, wieder herauszufinden.

**Welchen Einfluss haben Entwicklungen wie der demografische Wandel, die Veränderung der Arbeitswelt oder die Erhöhung des Rentenalters auf die psychische Gesundheit von älteren Arbeitnehmenden?**

Die Leistungsfähigkeit und die allgemeine Gesundheit von Menschen über 55 – oder auch 60 oder 70 – sind gestiegen. Gemäss dieser Datenlage müsste man das Rentenalter eigentlich erhöhen. Aber dafür findet sich im Moment keine Mehrheit.

Auch im internationalen Vergleich ist die Leistungsfähigkeit von älteren Arbeitnehmenden in der Schweiz sehr hoch. Wir haben hierzulande zudem eine gute Gesundheitsversorgung. Die Arbeitsbedingungen sind ebenfalls gut, es gibt Entlastungsmöglichkeiten und die Gelegenheit, gegen Berufsende die Arbeitszeiten etwas zu reduzieren. Wenn man sich das leisten kann.

Hier zeigt sich die zu Beginn erwähnte Polarisierung. Einer grossen Mehrheit geht es psychisch gut, sowohl während der Arbeit als auch nach der Pensionierung. Einer Minderheit geht es nicht so gut. Und diese Minderheit nimmt nicht unbedingt zu, aber sie überlebt länger, es gibt mehr ältere Menschen – und dadurch auch mehr Fälle. Dieses Auseinanderfallen von Inzidenz- und Prävalenzraten ist gerade im Bereich der psychischen Gesundheit zum Teil dramatisch.

**Sie sind Mitglied im Think-Tank von focus50plus, einem Netzwerk, das sich dafür einsetzt, die Arbeitsmarktfähigkeit von älteren Mitarbeitenden zu fördern. Was können Arbeitgebende tun, damit ältere Arbeitnehmende langfristig psychisch gesund bleiben?**

Es gibt die betriebliche Gesundheitsförderung, die in gewissen Betrieben sehr aktiv umgesetzt wird. Bei Köchen können gute Lüftungssysteme Asthma vorbeugen. Es gibt Hilfssysteme, um einseitige Tragelasten und Rückenprobleme zu verhindern, zum Beispiel in der Pflege beim Umplatzieren von schweren Patienten. Was körperliche Belastungen betrifft, ist man diesbezüglich relativ weit.

In Bezug auf psychische Belastungen wird die betriebliche Gesundheitsförderung noch nicht so ausgeprägt angewendet. Erschwerend kommt hinzu, dass durch den herrschenden Fachkräftemangel der Stress erhöht wird. Weniger Menschen müssen die gleiche oder sogar mehr Arbeit leisten. In gewissen Berufen muss man sich zudem mit mehr Bürokratie, steigender Schnelligkeit und Modernisierung auseinandersetzen. Häufig finden Arbeitgebende nur wenige Möglichkeiten, die älteren Arbeitnehmenden vorbeugend zu unterstützen. Entsprechend wichtig sind Möglichkeiten zur Entlastung und zur Reduktion des Arbeitspensums – gerade am Ende des Berufslebens. ■

Quelle  
Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe? (Obsan Bericht 03/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.  
[https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan\\_03\\_2023\\_BERICHT.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_03_2023_BERICHT.pdf)

# «AM ANFANG HATTE ICH GROSSE BEDENKEN.»

Wegen einer mittelschweren Depression absolvierte Peter N. eine stationäre Behandlung im Haus ViaNova der Privatklinik Aadorf. Warum ihn die Kreativtherapie positiv überrascht hat und welchen Wert das Ambiente hatte, erzählt der 56-Jährige im Interview.

**Peter N. war als Geschäftsführer in seinem Unternehmen sehr stark unter Druck und hatte auch in der Stiftung, bei welcher er als Stiftungsrat und Geschäftsführer tätig ist, diverse Probleme und Stress. Im Privatleben zeigten sich ebenfalls grosse Belastungen: In Zusammenhang mit der gerichtlichen Trennung und der bevorstehenden Scheidung von seiner Frau musste er nach 32 Ehejahren das freistehende Einfamilienhaus verlassen und in eine Wohnung ziehen. Diese Probleme haben Peter N. nicht mehr schlafen lassen, er fiel immer mehr in eine Depression, bis er einsehen musste, dass eine Behandlung notwendig ist.**

**Herr N., für viele Menschen sind psychische Erkrankungen wie eine Depression unter anderem auch mit Schamgefühlen behaftet. War dies bei Ihnen auch der Fall?**

Ja, auch mir erging es so. Ich wollte es nicht wahrhaben und sagte mir immer wieder, das schaffst du schon. Bis es dann nicht mehr ging. Ich fühlte mich als Versager und konnte nur sehr schlecht damit umgehen, dass ich so kurz vor der Pension noch in eine solche Krise geraten war. Der Entscheid, in eine Klinik zu gehen, ist mir sehr schwergefallen.

**Wann haben Sie gemerkt, dass eine professionelle Behandlung notwendig sein könnte?**

Durch meine schlaflosen Nächte konnte ich meine Termine im Geschäft zum Teil nicht mehr wahrnehmen. Ich war körperlich und mental völlig am Boden. Am Morgen brauchte ich jeweils mehrere Anläufe, um aufzustehen. Als Chef konnte und wollte ich meinen Stellvertreter nicht weiter belasten. Ich wollte wieder ein zuverlässiger und berechenbarer Chef werden. Daher mein Wunsch, möglichst schnell in eine Klinik zu kommen. Neben den schlaflosen Nächten hatte ich täglich Schweissausbrüche und ein Ziehen über die ganze Brust.

**Wie gut gelang es Ihnen, sich vorübergehend von Ihrem privaten und beruflichen Alltag zu lösen?**

Es fiel mir sehr schwer. Kaum war ich in der Klinik, fragte ich mich, ob dieser Entscheid nun der richtige gewesen ist oder nicht. In den ersten zwei bis drei Tagen hatte ich alles in Frage gestellt und mich gefragt, ob ich nun wirklich sechs bis acht Wochen in dieser Klinik verbringen soll.

**Wie haben Sie den Aufenthalt in der Privatklinik Aadorf in der Folge erlebt? Welche Dinge haben Sie verunsichert?**

Am Anfang, als es mir körperlich und psychisch sehr schlecht ging, hatte ich wie gesagt grosse Bedenken. Es kam da sehr viel Neues auf mich zu. Nach zwei bis drei Wochen hatte ich mich eingelebt. Die klare Tagesstruktur hat grosse Vorteile. Man ist den ganzen Tag betreut und hat wenig Zeit, sich in sinnlosem Grübeln zu verlieren. Von Vorteil war dabei, alles gut erklärt zu bekommen, auch ein anderer Patient half dabei als «Götti».

Beim Eintritt in die Klinik konnte ich mich nicht mit dem Gedanken anfreunden, kreativ tätig zu werden. Als «Büromensch» hatte ich dies seit über 40 Jahren kaum mehr getan. Je länger ich dort war, desto mehr lernte ich dazu und wurde auch wirklich kreativ. So konnte ich Bilder malen, Tonsachen gestalten und eine Früchteschale aus einem rechteckigen Stück Holz meisseln. Das war eine positive Überraschung und half mir, zur Ruhe zu kommen.

**Was hat Ihnen sonst noch besonders viel Freude gemacht?**

Ich war sehr froh, dass ich mich auch sportlich betätigen konnte. Nordic Walking und Biken standen bei mir jede Woche auf dem Programm. Ich konnte sogar regelmässig mit dem E-Bike, welches ich in die Klinik mitbrachte, in die nähere Umgebung und auch einige Male auf den Schauenberg fahren. Die sportlichen Aktivitäten in der freien Natur haben mir sehr geholfen und mich körperlich und mental gestärkt.

Als ich in die Klinik kam, konnte ich auch mit Schlafmittel nicht schlafen. Ich hatte grosse Angst, dass dieser Zustand lange dauern und ich dann später auch das Ausschleichen aus den Schlafmitteln nicht schaffen würde. Dies ist mir jedoch dann erstaunlich gut gelungen.

**Sie waren im Haus ViaNova untergebracht, das gewisse Zusatzleistungen und ein Plus an Behaglichkeit für privat und halbprivat Versicherte bietet. Inwiefern hatte dies Einfluss auf Ihre Behandlung und Ihr Befinden?**

Im ViaNova hatten die Patienten mehr Anspruch auf regelmässige psychologische Betreuung. Auch das Pflegepersonal war sehr nett und hatte bei Anliegen immer Zeit für mich. Das Essen war ausgezeichnet und der Koch hat auch individuelle Wünsche berücksichtigt. Die Auswahl an Menüs war grösser als auf der allgemeinen Abteilung. Bei sehr feinem Essen geht es auch der Seele besser. Die sehr schöne Umgebung sowie der Pool haben natürlich auch zur Entspannung beigetragen. Es wurden in der Abteilung jeweils höchstens 14 Personen betreut. Dies hat eine familiäre Stimmung gebracht. Am Abend wurde oft zusammengesessen und manchmal Karten gespielt.

### Welche spezifischen Therapiebausteine waren und sind in Ihren Augen besonders wirksam?

Diese Bewegungs- und Entspannungstherapien tragen stark zur Genesung bei. Am Anfang hatte ich grosse Mühe, 20 Minuten still zu sitzen und mich auf meinen eigenen Körper zu konzentrieren. Gegen Ende des Klinikaufenthaltes bin ich bei der Entspannungstherapie jeweils kurz eingenicht.

Auch die Einzeltherapien bei der Psychologin waren sicher sehr wichtig. Mir haben aber auch die Kreativtherapien sehr viel gebracht, trotz anfänglicher Angst. Und ich habe es sehr geschätzt, dass ich auch allein Touren unternehmen konnte und zwischen durch persönliche Freiheiten hatte.

### Gibt es zentrale Dinge, die Sie im Verlauf der Behandlung über sich und Ihre Krankheit gelernt haben?

Ich habe mich näher mit dem Thema Resilienz befasst, insbesondere mit dem Teil Akzeptanz und Abgrenzung. Dies wird mir insbesondere bezüglich meiner bevorstehenden Scheidung, aber auch im Beruf weiterhelfen. Ich werde meine Termine im Geschäft sicher anders legen als vorher und mir mehr Pausen gönnen. Ich habe gelernt, dass nur, wenn ich mich abgrenzen kann, die Hingabe nicht zur Selbstaufgabe führt.

### Mit welchen Gedanken blicken Sie in Ihre persönliche Zukunft?

Ich bin zuversichtlich, dass ich die beruflichen und privaten Hürden, die noch auf mich zukommen, meistern werde. ■

#### Forschung

## STUDIE ZUR BEHANDLUNG VON PATIENTINNEN MIT ANOREXIE UND BULIMIE

Im Rahmen einer multizentrischen Studie hat sich eine Forschungsgruppe mit Merkmalen und Ergebnissen der Behandlung von Patientinnen mit Anorexie und Bulimie auseinandergesetzt. Untersucht wurden dabei sowohl stationäre als auch ambulante Therapieformen. An der Studie mitgewirkt haben unter anderem auch Prof. Dr. phil. Simone Munsch, Dr. phil. Andrea Wyssen und Dr. med. Stephan N. Trier.

Welche Auswirkungen haben stationäre und ambulante Behandlungen von Essstörungen? Wo liegen Gemeinsamkeiten und Unterschiede? Diesen Fragen gingen Forscherinnen und Forscher aus Deutschland und der Schweiz nach.

In der Studie wurden Behandlungsmerkmale und -ergebnisse anhand psychometrischer Erhebungen und des Body-Mass-Indexes von 116 Patientinnen mit Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa analysiert. Die Patientinnen erhielten routinemässige kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, entweder im Rahmen einer vollstationären Behandlung oder als ambulante Therapie.

#### Die wichtigsten Ergebnisse:

- Patientinnen in Vollzeitbehandlung erhielten durchschnittlich 38 (Bulimia nervosa) respektive 65 (Anorexia nervosa) psychotherapeutische Sitzungen innerhalb von drei Monaten. Demgegenüber erhielten Patientinnen mit Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa in ambulanter Behandlung lediglich 8 bis 9 Sitzungen.
- Eine Vollzeitbehandlung war sowohl bei Frauen mit Anorexia nervosa ( $d = 0,48 - 0,83$ ) als auch bei Frauen mit Bulimia nervosa ( $d = 0,48 - 0,81$ ) mit deutlichen Verbesserungen aller gemessenen Variablen verbunden.
- Die ambulante Behandlung bei Frauen mit Anorexia nervosa war mit einem geringeren Anstieg des BMI ( $d = 0,37$ ) und bei Frauen mit Bulimia nervosa mit geringeren Verbesserungen aller gemessenen Variablen verbunden ( $d = 0,27 - 0,43$ ).

- Bei Frauen mit Anorexia nervosa korrelierte die Verringerung der Essstörungs-Pathologie mit der Anzahl der psychotherapeutischen Sitzungen.
- Unabhängig von Diagnose und Behandlungs-setting wurde eine vollständige Remission der Symptome selten innerhalb der drei Monate erreicht – die Raten lagen zwischen 0 und 4,4%.
- Die stationäre Behandlung geht mit rascherer Symptombesserung gegenüber einer ambulanten Behandlung einher. Eine vollständige Remission wird jedoch auch hier nicht erreicht.
- Bereits eine geringe Anzahl ambulanter Sitzungen kann bei Frauen mit Anorexia nervosa zu relevanten Verbesserungen der Essstörungs-Pathologie und der Gewichtszunahme führen. ■

Die gesamte Studie finden Sie hier.



# DIE VIELEN GESICHTER VON ESSSTÖRUNGEN

Das diesjährige Aadorfer Fachforum Psychotherapie in Winterthur war ein weiteres Mal sehr gut besucht. Die Referate von Prof. Dr. med. Gabriella Milos und Dr. phil. Yoan Mihov sowie die anschliessenden Workshops ermöglichten eine vielschichtige Auseinandersetzung mit Essstörungen und deren Behandlung.

Die globale Verbreitung von Essstörungen hat von 1990 bis 2016 um 65 Prozent zugenommen (Erskine et al., 2016). Diese Entwicklung hat sich während der Covid-19-Pandemie offenbar noch verstärkt. Zwar fehlt es in der Schweiz an empirischen Daten zur Thematik, doch internationale Studien berichteten, dass es während der Pandemie zu einer Zunahme von neu aufgetretenen Essstörungen und einer Verschlechterung von bestehenden Essstörungen gekommen ist.

Doch wie sieht die Situation in Bezug auf Essstörungen konkret aus? Gibt es neue Erkenntnisse in der Ätiologie oder in der Behandlung von Erkrankungen wie Anorexie oder Binge-Eating-Störung? Derartige Fragen standen im Fokus des diesjährigen Aadorfer Fachforums Psychotherapie im Casinotheater Winterthur. Die beiden Hauptreferate von Prof. Dr. med. Gabriella Milos und Dr. phil. Yoan Mihov boten einen vertieften Einblick in die Thematik, während die Workshops die Gelegenheit eröffneten, sich mit einzelnen Aspekten im Detail auseinanderzusetzen.

## Update zur Anorexia nervosa



Prof. Dr. med. Gabriella Milos vermittelte in ihrem Referat ein Update zum Wissens- und Forschungsstand bei der Anorexia nervosa. Eine wesentliche Entwicklung zeigt sich zweifellos in der Diagnosesystematik. Mit dem Inkrafttreten der neuen Fassung des International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) im Januar 2022 hat sich die Klassifikation und Diagnostik von «Essstörungen» im Vergleich zur ICD-10 wesentlich verändert. So entstand die Kategorie «Fütter- oder Essstörungen». Die Veränderung möchte das Kontinuum der Psychopathologie zwischen Kindheit, Adoleszenz und Erwachsenenalter bei diesen Krankheiten unterstreichen. Wenn bei der Anorexia nervosa alle Kriterien erfüllt sind, kann eine Diagnose mit einem höheren Gewicht (einem höheren BMI als mit dem ICD-10) vergeben werden. Dadurch lässt sich die Krankheit schneller diagnostizieren und somit auch schneller behandeln, was die Prognose positiv beeinflusst.

Neben der eindrucksvollen Schilderung eines Falls aus der Praxis ging Prof. Dr. med. Gabriella Milos auch darauf ein, warum Patientinnen mit Anorexia nervosa so schwierig zu behandeln sind.

Neben der eindrucksvollen Schilderung eines Falls aus der Praxis ging Prof. Dr. med. Gabriella Milos auch darauf ein, warum Patientinnen mit Anorexia nervosa so schwierig zu behandeln sind.

Untergewicht und Verzicht werden häufig als belohnend empfunden, der Versuch einer Verhaltensänderung wird als bedrohlich erlebt. Auch wollen Betroffene über Behandlungselemente verhandeln und die Therapie unter Kontrolle halten, was oft so weit geht, dass die Vermeidung der Behandlung zu einem wesentlichen Symptom der Krankheit wird. Im Hinblick auf die Therapie betonte Prof. Dr. med. Gabriella Milos die Wichtigkeit eines eigentlichen Schulterschlusses gegen die Krankheit, wobei es darum geht, die enge Verbindung zwischen Patientin und Krankheit zu schwächen und stattdessen eine starke Bindung zwischen Patientin und Behandlungsperson aufzubauen.

Besonderes Interesse löste auch die Erwähnung von Metreleptin aus. Das Medikament, das für die Behandlung der enorm seltenen Krankheit Lipodystrophie zugelassen ist, zeigte in ersten Versuchen erstaunliche Erfolge bei Menschen mit Anorexia nervosa. Ob sich das kostspielige Medikament tatsächlich für einen pharmakotherapeutischen Einsatz bei Anorexie eignet, müssen vertiefte Studien zeigen.

## Binge-Eating-Störung: Von der Diagnostik bis zur Therapie



Dr. phil. Yoan Mihov berichtete in seinem Vortrag über Diagnostik, Epidemiologie, bio-psychosoziale Ätiologiemodelle und evidenzbasierte Behandlungsverfahren für die Binge-Eating-Störung (BES). Einer der Schwerpunkte in seinem Vortrag war die aktuelle S3-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Essstörungen. Er stellte das strukturierte Vorgehen im Rahmen der etablierten transdiagnostischen kognitiven Verhaltenstherapie für Essstörungen (CBT-E) sowie weitere evidenzbasierte Psychotherapieverfahren vor. Darüber hinaus berichtete er über aktuelle Erkenntnisse aus randomisierten kontrollierten Studien zur internetbasierten Psychotherapie für BES und Loss-of-control-Eating (LOC).

Aufgrund der hohen Komorbidität von BES und Adipositas berichtete Dr. phil. Yoan Mihov ergänzend über die Adipositas-Diagnostik sowie über leitliniengestützte Behandlungsoptionen. In diesem Zusammenhang stellte er aktuelle Entwicklungen in der Pharmakotherapie für Adipositas vor. ■

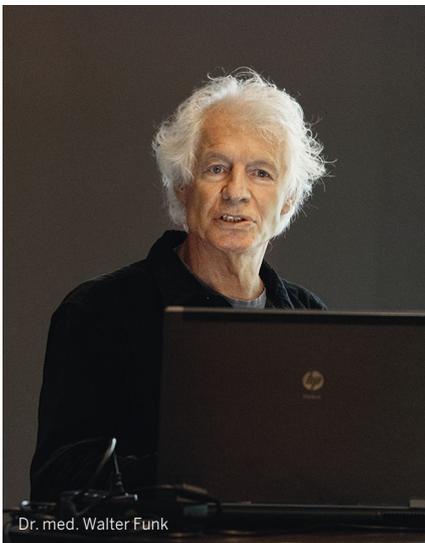
Aufgrund der hohen Komorbidität von BES und Adipositas berichtete Dr. phil. Yoan Mihov ergänzend über die Adipositas-Diagnostik sowie über leitliniengestützte Behandlungsoptionen. In diesem Zusammenhang stellte er aktuelle Entwicklungen in der Pharmakotherapie für Adipositas vor. ■



Prof. Dr. med. Gabriella Milos



Dr. med. Dr. rer. nat. Steffen Stoewer



Dr. med. Walter Funk



Dr. phil. Yoan Mihov



Dr. med. Roland Kowalewski



### 25 Jahre Privatlinik Aadorf

Nach den beiden Referaten zogen sich die zahlreich erschienenen Gäste in einzelnen Gruppen zurück, um sich im Rahmen von geleiteten Workshops fokussiert mit speziellen Themen auseinanderzusetzen.

Beim abschliessenden Apéro richte pflegte man nicht nur einen gewohnt engagierten Austausch unter Fachleuten, sondern nutzte auch die Gelegenheit, um gemeinsam auf das 25-jährige Bestehen der Privatlinik Aadorf anzustossen.



Dr. med. Almut Schaefer

# Privat Klinik Aadorf

*Persönlich  
und diskret.*

Psychotherapie  
Psychosomatik  
Psychiatrie

Sie möchten das Apropos mit spannenden **Fachartikeln und News** aus der Privatklinik Aadorf in Zukunft per Mail erhalten?

Sie möchten stets bestens über unsere **Fachanlässe des Aadorfer Fachforum Psychotherapie** informiert bleiben?

Dann melden Sie sich unter [www.klinik-aadorf.ch](http://www.klinik-aadorf.ch) für unseren e-Newsletter an:



## PRIVATKLINIK AADORF

Die Privatklinik Aadorf ist eine ärztlich geleitete Fachklinik für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie. Sie erfüllt den Leistungsauftrag des Kantons Thurgau und ist auf dessen Spitalliste aufgeführt.

Das Leistungsspektrum ist auf vier Fachgebiete fokussiert: Essstörungen, Adipositas, Depressionen / Angststörungen / Burnout sowie Psychotherapie 50+.

**Die Klinik ist offen für Patientinnen und Patienten aus dem In- und Ausland.**

**Die Grundversicherung – auch für Ausserkantonale – ist ausreichend.**

Vereinzelte Ausnahmen werden von der Klinik umgehend abgeklärt und rückgemeldet.



Allgemein  
Versicherte  
Thurgau



Allgemein  
Versicherte  
anderer Kantone



Halbprivat  
Versicherte



Privat  
Versicherte



Selbstzahler  
In- und Ausland

25 JAHRE  
PRIVATKLINIK  
AADORF

Klinik Aadorf AG  
Fohlenbergstrasse 23  
CH-8355 Aadorf  
Tel. +41 (0)52 368 88 88  
Fax +41 (0)52 368 88 99  
[www.klinik-aadorf.ch](http://www.klinik-aadorf.ch)  
[info@klinik-aadorf.ch](mailto:info@klinik-aadorf.ch)

ISO 9001 zertifiziert

SIWF-zertifizierte  
Weiterbildungsstätte