

Apropos

Prof. Dr. med. Gabriella Milos im Interview
Individuelle Behandlungskonzepte bei Essstörungen
Forschung: Geschmackswahrnehmung bei Menschen mit Essstörungen
Fachforum im Zeichen von Burnout und Depression

«FÜR EINE GUTE BEHANDLUNG IST DAS SPEZIFISCHE WISSEN ABSOLUT ESSENZIELL.»

Warum ist es so schwierig, Essstörungen wie Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa zu behandeln oder überhaupt als Krankheiten zu verstehen? Und wie unterscheiden sich diesbezüglich die Perspektiven von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen? Als langjährige Expertin für Essstörungen liefert Prof. Dr. med. Gabriella Milos Antworten und Einblicke in die Thematik.



Prof. Dr. med. Gabriella Milos ist anerkannte Expertin für Essstörungen, Senior Consultant an der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik des Universitätsspitals Zürich und langjährige Wissenschaftliche Beirätin der Privatlinik Aadorf.

In Anbetracht der gegenwärtigen soziokulturellen Fixierung auf Schlankheit und Essverhalten könnte man annehmen, dass es sich bei Essstörungen wie Bulimia nervosa oder Anorexia nervosa um relativ neue Phänomene handelt. Doch ein Blick in die Geschichte zeigt, dass es Essstörungen schon seit sehr langer Zeit gibt. Die frühesten historischen Beschreibungen reichen zurück in die hellenistische Zeit und das Mittelalter.

Bis heute hat sich das Verständnis der drei Hauptformen sowie der Nebenformen von Essstörungen deutlich ausgedehnt und entwickelt sich weiter. Dennoch ist in der Gesellschaft das Unwissen über Essstörungen nach wie vor gross, häufig werden sie nicht als tatsächliche Krankheiten ver-

standen. In Fachkreisen wird das Wissen zwar kontinuierlich ausgebaut, doch gemessen an der potenziellen Gefährlichkeit von Essstörungen bestehen in Bezug auf spezialisierte Behandlungsangebote noch grosse Lücken.

Neben dem Zentrum für Essstörungen des Universitätsspitals Zürich ist auch die Privatlinik Aadorf seit über 25 Jahren auf die Behandlung von Menschen mit Essstörungen spezialisiert. Prof. Dr. med. Gabriella Milos ist langjährige Wissenschaftliche Beirätin der Privatlinik Aadorf und Expertin für Essstörungen. Im Gespräch betont sie, wie wichtig die Spezialisierung für die Behandlung von Menschen mit Essstörungen ist.

Frau Milos, wie ausgeprägt ist die Akzeptanz von Essstörungen in der Gesellschaft? Werden sie verbreitet als schwerwiegende Krankheiten wahrgenommen?

Man spricht heute wohl mehr und offener über Essstörungen als zum Beispiel noch vor 20 Jahren. Ob die Akzeptanz aber tatsächlich zugenommen hat, ist eine schwierige Frage. Mein Eindruck ist, dass Essstörungen noch immer sehr häufig bagatellisiert werden. Rasch denkt man, dass es sicherlich nicht so schlimm sei. Ich habe das Gefühl, dass zum Beispiel eine Schizophrenie, eine Depression oder auch Diabetes im Vergleich ernster genommen werden als Essstörungen.

Wie unterscheidet sich die Sicht von Betroffenen, von Angehörigen und von Fachpersonen auf eine Essstörung? Liegen die drei Perspektiven weit auseinander?

Betroffene sehen die Krankheit häufig nicht ein. Gerade Menschen mit Anorexia nervosa fühlen sich oft nicht krank. Sie glauben beispielsweise, dass sie dank der Anorexie besser in der Schule seien oder mehr Bewunderung erfahren, weil sie schlank sind. Diese Uneinsichtigkeit ist ein grosses Problem, denn wer keinen Leidensdruck hat, ist in der Regel auch nicht bereit für eine Therapie. Selbst bei schweren Verläufen haben Betroffene grosse Mühe, ihren Zustand als Krankheit wahrzunehmen.

Die Angehörigen hingegen leiden enorm. Eltern, Partner:innen und Freund:innen sind mit einer ausserordentlich schwierigen Situation konfrontiert. Ich habe gerade heute mit dem Vater einer Person mit Essstörung gesprochen. Zu sehen, wie das eigene Kind – auch wenn es erwachsen ist – buchstäblich verhungert, in einer Welt, in der es so viel zu essen gibt: Das ist fast nicht auszuhalten. Häufig führt dies auch zu Konflikten. Etwas anders ist die Situation bei Bulimie und der Binge-Eating-Störung. Da gibt es durchaus Angehörige, die finden, man solle sich einfach etwas zusammenreissen und dann werde das schon wieder. Aber das tut es eben nicht.

Als Fachperson muss man vom Phänomen «Essstörung» etwas fasziniert sein. Dass eine intelligente junge Person sich verhungern lässt, wundert mich immer wieder. Viele Fachpersonen mögen dies nicht und vermeiden auch, Betroffene zu behandeln. Oft glaubt man, dass Menschen mit Ess-



Betroffene haben häufig Mühe, ihren Zustand als Krankheit wahrzunehmen.

störungen lügen und nicht transparent seien – und sich deshalb fast nicht therapieren liessen. Das Denken einer Person mit Anorexie ist nicht einfach zu verstehen. Unter anderem ist es geprägt von «Belohnung durch Verzicht». Dies führt oft zu Handlungen, die in den Augen von Gesunden absurd wirken. Wahrscheinlich spielt auch eine Rolle, dass bei Essstörungen in der Regel psychische und körperliche Probleme stark zusammenhängen. Dies hat zur Folge, dass Fachpersonen oft lieber andere psychische Erkrankungen behandeln, bei welchen die Somatik weniger relevant ist.

Sie haben das Lügen und die fehlende Transparenz angesprochen. Steht dies vielleicht auch im Zusammenhang mit der Akzeptanz von Essstörungen? Muss man Essstörungen stärker verheimlichen als beispielsweise ein Burnout und kann darum nicht ganz aufrichtig sein in der Therapie?

Das Verheimlichen ist sicher ein bedeutender Aspekt. Gerade das soziale Essen ist ganz schwierig. Menschen mit einer Anorexie sagen beispielsweise häufig, dass sie schon gegessen haben oder später essen würden, um dem gemeinsamen Essen aus dem Weg zu gehen. Sie versuchen, der Krankheit möglichst treu zu bleiben und dem Diktat der Anorexie zu folgen.

Bei Menschen mit einer Binge-Eating-Störung oder mit starkem Übergewicht ist es häufig ein wenig anders. Sie haben meistens kein reelles Bild mehr davon, was man essen soll und wie eine normale Portion aussieht. Jemand, der kein Sätti-

gungsgefühl hat, kann auch bei einer sehr üppigen Nahrungsaufnahme noch das Gefühl haben, gar nicht so viel gegessen zu haben. Auch das führt zu Konflikten. Darum essen Betroffene heimlich; weil sie sich schämen, vor anderen so viel – oder so wenig – zu essen.

Auch die Bulimie ist enorm schambelegt. Patientinnen und Patienten reden sehr ungern über das Erbrechen und Abführen. Darum verstecken und verheimlichen sie es.

Sie setzen sich seit mehreren Jahrzehnten intensiv mit Essstörungen auseinander. Hat sich das Verständnis für Essstörungen in dieser Zeit stark verändert?

Es gibt jedenfalls laufend neue Untersuchungen. Ich denke vor allem an eine Untersuchung aus dem Jahr 2019, die besagt, dass Anorexia nervosa eine metabolisch-psychiatrische Erkrankung sei und nicht nur eine psychiatrische. Das ist ganz wichtig und erfreulich, denn es entspricht meinem Verständnis der Erkrankung. Aber wie stark das moderne Verständnis von Essstörungen tatsächlich präsent ist in Fachkreisen, lässt sich nicht generell festhalten – es hängt stark vom jeweiligen Fachkreis ab.

Wie beurteilen Sie die Versorgungssituation in der Schweiz?

Natürlich könnte die Versorgung in der Schweiz besser sein. Vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie müsste man die Fälle sofort erfassen, denn je länger man wartet, desto schwieriger sind die Essstörungen zu behandeln.

Allerdings gibt es regionale Unterschiede. Häufig braucht es dabei einfach Personen, die sich intensiv mit der Problematik auseinandersetzen. Nehmen wir zum Beispiel Lausanne. Da gab es jemanden, der sich politisch stark dafür eingesetzt hat, dass Gelder fliessen und eine bessere Versorgung gewährleistet ist. Und dann ist das auch passiert.

Also wird politisch zu wenig gemacht?

Es braucht einfach Personen, die aktiv werden und sich für diese Krankheiten engagieren. Wenn mehr Ressourcen vorhanden sind, dann kann man auch mehr bewirken.

Sie erwähnten die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Haben Sie den Eindruck, dass diese Altersgruppe hierzulande gut genug betreut werden kann?

Ich habe das Gefühl, in den letzten Jahren hat man viel dafür getan, damit die Patientinnen und Patienten schneller gesehen werden. Aber wichtig ist, dass Essstörungen auch tatsächlich rasch als solche erkannt werden. Die Hausärzt:innen müssen sie schnell erkennen, die Pädiater:innen müssen sie schnell erkennen. Und dann gehören diese jungen Patientinnen und Patienten in die Hände von Fachpersonen, die genau wissen, was eine Essstörung ist. Notwendig sind diesbezüglich auch störungsspezifische Weiterbildungsmöglichkeiten.

Vielleicht muss die Prävention auch schon im Kindergarten beginnen. Eine Kollegin sagte mir neulich, dass in der Schule ihrer siebenjährigen Tochter Diäten ein sehr häufiges Thema seien. Das ist erschreckend.

Welche Vorteile bietet eine spezialisierte Fachklinik im Vergleich zu einer Institution, die das komplette psychotherapeutische Themenspektrum abdeckt?

Spezialisierung ist sehr wichtig. Essstörungen sind nicht nur ein psychisches, sondern auch ein körperliches Problem, darum braucht es ein interdisziplinäres Team. Wenn das nicht vorhanden ist, dann wird es schwierig.

Es ist ja so: Jeder Mensch isst. Wir alle essen. Und in der Regel glauben wir, dass wir selber genau wissen, was für uns gut ist. Wenn nun aber Leute ohne spezifische Ausbildung und ohne Fachwissen damit anfangen, aus einem Gefühl heraus irgendwelche Informationen über Essstörungen zu verbreiten, dann ist das gefährlich, ausserdem fühlen sich die Patientinnen und Patienten nicht verstanden. Für eine gute Behandlung ist das spezifische Wissen absolut essenziell.

Welche Therapieansätze sind in Ihren Augen besonders sinnvoll bei der Behandlung von Menschen mit Essstörungen?

Wie gesagt, es braucht spezifische Therapieansätze. Und Interdisziplinarität ist ganz wichtig, denn es müssen körperliche und psychische Faktoren gleichzeitig berücksichtigt werden. Bei Kindern und Jugendlichen, die noch in der Familie leben, sind bei Magersucht systemische Ansätze am wirksamsten – also Ansätze, die alle Familienmitglieder einbeziehen. Vor allem in der Behandlung von Bulimie und Binge-Eating-Störungen haben sich kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente bewährt. Aber auch diese muss man in die Biografie der jeweiligen Person einbetten und verschiedene Methoden integrieren. Entscheidend ist, dass die Forschung in den nächsten Jahren bessere Instrumente für die Behandlung dieser Krankheiten liefern wird.

Kann man Essstörungen heute besser behandeln als früher?

Zum Teil ja. Man verfügt über grösseres Wissen, auch ist das Bewusstsein gewachsen, dass Essstörungen behandelt werden müssen – und zwar gut behandelt werden müssen. Zwar gibt es nach wie vor Lücken und Mankos. Man hört zum Beispiel immer noch, dass Fachpersonen behandeln, ohne das Gewicht einer anorektischen Patientin zu kennen, was natürlich nicht geht. Aber generell denke ich, dass eine Verbesserung der Behandlungen stattgefunden hat. ■

DIE BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN IST IMMER INDIVIDUELL

Tina B. und Corinne A. sind Patientinnen der Station Oase der Privatklinik Aadorf, die auf die Behandlung von Frauen mit Essstörungen spezialisiert ist. In ihren Geschichten wie auch in ihren Therapiekonzepten gibt es viele Gemeinsamkeiten, aber auch zahlreiche Unterschiede.

Zwar gibt es bei Essstörungen im Wesentlichen drei Hauptformen der Erkrankung – Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung – sowie Neben- und Mischformen. Doch Rahmenbedingungen, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren sowie Persönlichkeit und Bedürfnisse sind bei allen Betroffenen zutiefst individuell. Entsprechend spezifisch müssen auch Behandlungsansätze und Therapiebausteine konzipiert sein.

Tina B. hat zum Ende ihrer Teenagerzeit eine Essstörung entwickelt. Seit rund einem Jahr leidet sie an Anorexie. Dass längst nicht alle Patient:innen auf Spezialstationen für Menschen mit Essstörungen junge Frauen sein müssen, zeigt das Beispiel von Corinne A. Mit gut 50 Jahren ist sie eine eher untypische Patientin. Obwohl sich hier die Frage stellt, ob es die «typische Patientin» überhaupt gibt.

Entstehung und Auslöser

Am Anfang stand bei Tina B. der Wunsch, ein wenig abzunehmen. Doch wie so oft spielten viele verschiedene Faktoren eine Rolle bei der Entstehung ihrer Essstörung. «Ich befand mich damals in einer psychisch ziemlich labilen Lage», erklärt die junge Frau. Auch die stark präsenten Schönheitsideale in den sozialen Medien sowie der unrealistische Fitness-Lifestyle hätten zweifellos einen Einfluss gehabt, glaubt Tina B.

Deutlich anders sieht die Krankheitsgeschichte von Corinne A. aus. «Das ganze Leben lang gab es bei mir immer wieder Phasen mit einem ausgeprägten Gewichtsverlust», erinnert sie sich. Auslöser waren oftmals schwierige Ereignisse. «Einmal war es die Trennung einer langjährigen Partnerschaft, dann wieder die erfolglose Suche nach einer Arbeitsstelle.» Auch die Corona-Pandemie hatte einen massgeblichen Einfluss auf ihre Essstörung. «In der Corona-Zeit habe ich sehr stark unter Einsamkeit gelitten», sagt Corinne A. «Deshalb hat auch mein Appetit deutlich abgenommen.»

Verstärkt durch die Pandemie-Situation kam es bei Corinne A. zudem zur Entwicklung einer Depression, die sich in zusätzlichen Symptomen zeigte. «Ich bekundete soziale Probleme und zog mich immer mehr zurück. Ausserdem litt ich unter Schlafstörungen, Verdauungsschwierigkeiten und Kreislaufproblemen.»

Stationärer Aufenthalt

Dass sie Hilfe in Anspruch nehmen sollte, stellte Tina B. vor allem in Alltagssituationen fest. «Beim Einkaufen oder im Restaurant merkte ich, dass ich unter starkem Druck stand. Ausserdem blieb die Monatsblutung aus.»

Sowohl bei Tina B. als auch bei Corinne A. handelt es sich beim Aufenthalt in der Privatklinik Aadorf um die erste stationäre Behandlung. Die Motivation entwickelte sich dabei unterschiedlich. «Mein Umfeld hat mir einen stationären Aufenthalt empfohlen», erklärt Corinne A. «Zudem haben meine Eltern einen TV-Film zum Thema Essstörungen gesehen.»

Bei Tina B. waren es eher die vielschichtigen Angebote, die den Ausschlag für eine stationäre Behandlung gaben. «Im Vergleich zu verschiedenen ambulanten Therapien bietet ein stationärer Aufenthalt viel umfangreichere Therapiemöglichkeiten.»

Therapiebausteine

Ein wertvoller Aspekt der grossen Auswahl an Therapiebausteinen ist die Möglichkeit, das Therapieprogramm exakt an die Bedürfnisse der jeweiligen Person anpassen zu können. Gewisse Elemente sind bei der Behandlung von Menschen mit Essstörungen stets essenziell, darunter zum Beispiel die Ernährungsberatung, die auch in den Therapieprogrammen von Tina B. und Corinne A. einen wichtigen Bestandteil darstellt. Auch die Bewegungstherapie im Einzelsetting sowie Achtsamkeitsübungen sind bei beiden Frauen im Therapiekonzept enthalten.

Während Tina B. neben den erwähnten Therapiemodulen zudem die Beziehungsgestaltung als besonders effektiv erach-



Spezialisiert auf Essstörungen: Die Station Oase der Privatklinik Aadorf

tet, sieht das Therapieprogramm von Corinne A. unter anderem die Atemtherapie und kreatives Arbeiten vor. «Wertvoll ist für mich neben der Ernährungsberatung zudem die psychoedukative Gruppe», ergänzt sie.

Perspektiven schaffen

Ein stationärer Aufenthalt in einer Spezialklinik für Essstörungen bringt einen weiteren Vorteil mit sich: den wertvollen Austausch mit Menschen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden. «Man fühlt sich verstanden», beschreibt Tina B. das Miteinander auf der Station Oase. Das Verständnis füreinander sei gross, bestätigt auch Corinne A. «Ausserdem ist die Gruppendynamik harmonisch, respektvoll und wertschätzend.»

Wie beurteilen die beiden Frauen den Nutzen ihres Aufenthalts? In Bezug auf private und berufliche Situationen zeige die Behandlung die erwünschte Wirkung, ist Tina B. überzeugt. Auch Corinne A. konnte stark vom Aufenthalt profitieren, auch wenn sie mit gemischten Gefühlen in die Zukunft blickt, unter anderem, weil ihre Wohnsituation noch nicht abschliessend geklärt ist.

So wenig, wie es bei Essstörungen die «typische Patientin» oder den «typischen Patienten» gibt, so wenig existiert auch eine «typische Behandlung». Eine stationäre Psychotherapie ist immer individuell, denn nur so kann sie die Betroffenen effektiv erreichen und eine Besserung der Symptomatik bewirken. Im Rahmen eines massgeschneiderten Therapiekonzepts und mit der Unterstützung von spezialisierten Therapeut:innen lassen sich auch schwere und lang andauernde Essstörungen mit gutem Erfolg behandeln.

Die Privatklinik Aadorf ist spezialisiert auf die Behandlung aller Essstörungen: Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht), Binge-Eating-Störung sowie atypische Essstörungen und Orthorexie. Die Klinik kann Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 16 Jahren aufnehmen. ■

STUDIE ZUR SENSORISCHEN WAHRNEHMUNG BEI MENSCHEN MIT GEWICHTS- UND ESSPROBLEMEN VERÖFFENTLICHT

Wie stark hängen Essverhalten, Gewichtsstatus und Essstörungen mit der Geschmackswahrnehmung zusammen? Im Rahmen einer dreiteiligen Studie ging eine internationale Forschungsgruppe um Prof. Dr. phil. Simone Munsch, Dr. phil. David Garcia-Burgos und Dr. med. Stephan N. Trier dieser Frage auf den Grund. Die Resultate deuten darauf hin, dass die unterschiedliche sensorische Wahrnehmung keine klinische Bedeutung für das Konsumverhalten hat.

Gewichtsprobleme und Essstörungen sind eng mit abnormalem Essverhalten verbunden. Die Vermutung liegt nahe, dass bei Menschen mit diesen Problemen auch die Geschmackswahrnehmung gestört ist, was wiederum zum Ausbruch oder zur Aufrechterhaltung des ungesunden Zustands beiträgt. Um diese nach wie vor umstrittene Frage zu untersuchen, hat sich eine internationale Forschungsgruppe in einer Studie mit der Thematik auseinandergesetzt. Zur Forschungsgruppe zählten neben Prof. Dr. phil. Simone Munsch von der Universität Fribourg (CH) und Dr. med. Stephan N. Trier von der Privatklinik Aadorf auch Dr. phil. David Garcia-Burgos und Fabienne Andres von den Universitäten Fribourg (CH) und Granada (ESP) sowie Prof. Dr. phil. Claus Vögele von der Universität Luxemburg.

In der dreiteiligen Studie wurde die Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Süßigkeits- und Fettgehalten über zwei Forced-Choice-Aufgaben sowie die standardisierten Metriken der Signalerkennungstheorie (SDT) verglichen. In der ersten Studie wurden drei BMI-Gruppen berücksichtigt: Untergewicht, gesundes Normalgewicht und Übergewicht. In Studie 2 waren die Proband:innen derzeit erkrankte und genesene Patient:innen mit Anorexia oder Bulimia Nervosa sowie zwei alters- und gewichtsgleiche Kontrollgruppen. In der dritten Studie wurden schliesslich die SDT-Metriken der verschiedenen Stichproben miteinander verglichen.

Die mittlerweile veröffentlichten Ergebnisse der Studien zeigen keine grundsätzliche gustatorische Dysfunktion bei Betroffenen einer Essstörung, jedoch eine Urteilsverzerrung, erfasst durch die SDT-Messungen. Die SDT-Messungen weisen zudem darauf hin, dass untergewichtige Personen Schwierigkeiten bei der Unterscheidung des Fettgehalts in zuckerhaltigen Produkten bekundeten, während Patient:innen mit Essstörungen eine hervorragende Unterscheidung der Fettbestandteile aufwiesen. Aus methodischer Sicht resultiert aus den Studien die Erkenntnis, dass sich die SDT-Methodik lohnt, da mit dieser – im Gegensatz zur einfachen Erfassung von korrekten und falschen Antworten – die Erkennung eines differenzierteren Ergebnismusters möglich war. Dies unterstreicht die Bedeutung der SDT-Methodik bei der

Erforschung der Geschmackswahrnehmung von Menschen mit Gewichts- und Essproblemen.

Im Hinblick auf den Beitrag der Geschmackssensibilität zum Essverhalten und den Einfluss der Süß-Fett-Wahrnehmung auf das tatsächliche Konsumverhalten fand die Studie signifikante, aber nicht robuste Korrelationen zwischen der sensorischen Unterscheidungsfähigkeit und dem Konsum. Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse, dass der Fett- und Zuckeranteil der einzelnen Nahrungsmittel in keiner BMI-Gruppe oder Patient:innenkategorie einen Einfluss auf die konsumierten Mengen hatte – die Konsummenge unterschied sich zwar zwischen den Gruppen, jedoch gab es keine robusten Unterschiede der Konsummenge innerhalb einer Gruppe, abhängig von der Zusammensetzung der dargebotenen Nahrungsmittel. Die Studie ist somit die erste, die SDT verwendet und keinen Einfluss der Zusammensetzung der Zutaten auf das Essverhalten in irgendeiner BMI-Gruppe oder Patient:innenkategorie zeigt, was darauf hindeutet, dass die Variabilität der sensorischen Wahrnehmung keine klinische Bedeutung für das tatsächliche Konsumverhalten hat. ■

Die Studie wurde im Journal of Sensory Studies veröffentlicht. Mehr darüber lesen Sie unter dem folgenden Link: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/joss.12783>



AADORFER FACHFORUM PSYCHOTHERAPIE 2022:

WENN AUS BURNOUT DEPRESSION WIRD – WEGE ZUR GENESUNG

Wie nahe ist das Burnout-Syndrom der Depression? Welche Behandlungsansätze gibt es? Und wie können Menschen ihren Platz in der Arbeitswelt wiederfinden? Diese und andere Fragen standen im Zentrum des diesjährigen Fachforums in Zürich.



Dr. med. Roland Kowalewski
stv. Ärztlicher Direktor
Bereichsleitung Privatstation ViaNova
Chefarzt Privatklinik Aadorf

Aufgrund der Corona-Pandemie fiel das Aadorfer Fachforum Psychotherapie im Jahr 2020 aus, letztes Jahr fand es immerhin als Live-Webinar statt. In diesem Jahr durften sich die Teilnehmenden wieder über eine physische Zusammenkunft freuen. Im Bildungszentrum Sihlpost beim Zürcher Hauptbahnhof trafen sich Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen der Psychotherapie und Psychiatrie zum engagierten Austausch.

Burnout und Depression: Charakteristika und Zusammenhänge

Einleitend skizzierte Dr. med. Roland Kowalewski, Chefarzt und stellvertretender Ärztlicher Direktor der Privatklinik Aadorf, Überschneidungen, aber auch klare Unterschiede zwischen Burnout und Depression. Beide Störungsbilder sind für Betroffene wie auch gesellschaftlich hoch bedeutsam, die Depression umfasst jedoch mehr Symptom- und Lebensbereiche, sodass Burnout-Kriterien formal erfüllt sein können, ohne dass im eigentlichen Sinne ein Burnout vorliegt. Diese Dif-

ferenzierung kann für die Behandlung bedeutsam sein und ergibt sich in der Regel aus der Krankheitsentwicklung.

Dr. med. Christian Imboden, Ärztlicher Direktor der Privatklinik Wyss, gab in seiner umfassenden Übersicht zum Stellenwert des Burnout-Syndroms in Diagnostik und Therapie weiteren Aufschluss und ging auch genauer auf die Depression ein. Burnout gilt zwar nicht als eigentliche Krankheit, kann aber in eine Depression übergehen und in gewissem Sinne auch als Unterform angesehen werden.

Spezifisch bleibt der Bezug zur Arbeitssituation, sodass Stressreduktion und -resistenz in der Behandlung eine tragende Rolle spielen: Anforderungen und Ressourcen müssen in ein verträgliches Verhältnis

gebracht, typisch ungesunde Faktoren reduziert werden. Die Behandlung der Depression ist breit erforscht und ausgearbeitet, die Kombination psycho- und pharmakotherapeutischer Ansätze besonders erfolgversprechend.

In der spezifischen Burnout-Behandlung haben körperliche Aktivitäten, Achtsamkeit und Spannungsreduktion einen besonderen Stellenwert. Psychotherapeutisch geht es nicht selten um dysfunktionale Einstellungen, wie zum Beispiel eine einseitige Leistungsorientierung, durchaus auch im Sinne einer existenziellen Reflexion: Was ist stimmig, was soll im Leben zählen?

Der Begriff Burnout ist deutlich weniger stigmatisiert als die Depression oder andere psychische Erkrankungen. Burnout



– assoziiert mit Leistung und beruflicher Verausgabung – gilt als akzeptierter Ausstieg aus der Stressspirale. Demgegenüber wird die Depression eher auch als emotionale Schwäche und Ausdruck von Labilität wahrgenommen.

Bei beiden Störungen zeigt sich nach klinischer Remission häufig noch eine verringerte psychophysische Belastbarkeit – dann sollte der berufliche Wiedereinstieg behutsam erfolgen.

Unter dem Titel «Aufrechterhaltung von Arbeitsplätzen bei psychischer Belastung» zeigte Prof. Dr. med. Wolfram Kawohl, Ärztlicher Direktor der Clenia Schlössli, zunächst auf, wie zentral die Arbeit – als sinnstiftender, sozialer Takt- und Rollegeber – auf die Lebenszufriedenheit wirkt. Auch darum bedarf es nach einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit oft der gezielten Unterstützung. Hier galt lange das Motto «First train, then place»,

was zunächst schonend wirkt, die Rehabilitation und den Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt aber praxisfern voneinander trennt. Eine Umkehr hin zu «First place, then train» im Sinne eines «Individual Placement and Support» (IPS) scheint erfolversprechender. Nach Wiedererlangung einer gewissen Arbeitsfähigkeit wird direkt der berufliche Einstieg realisiert und durch einen Jobcoach individuell unterstützt. Allerdings sind dessen Qualifikation und Aufgaben nicht eindeutig definiert, und in vielen Fällen bleibt eine solche Begleitung zumindest mittelfristig nötig, um den Erfolg aufrechtzuerhalten.

Schliesslich spielt auch der «Job-Person-Fit» eine entscheidende Rolle: Je mehr individuelle Neigungen, Stärken und Schwächen zu den beruflichen Anforderungen und der erhaltenen Anerkennung passen, umso mehr lassen sich Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit bei der Arbeit aufrechterhalten.

Wertvoller Austausch in Workshops

Das Aadorfer Fachforum Psychotherapie legt Wert auf Austausch, Networking und Wissensvermittlung. In den anschliessenden Workshops konnten die Teilnehmenden interaktiv Themen vertiefen:

- Dr. med. Dr. rer. nat. Steffen Stoewer zeigte die Chancen und Risiken des Einsatzes von «Mikronährstoffen in der Behandlung von Burnout und Depressionen» anhand der aktuellen Studienlage auf und leitete Vorschläge für die praktische Umsetzung ab.
- «Burnout und Depression bei Ärztinnen und Ärzten» sind eindeutig gehäuft. Dr. med. Roland Kowalewski vertiefte die Fragen: Was ist da los? Was ist daraus abzuleiten?
- «Gestalterische Ansätze in der therapeutischen Arbeit» wurden von Susanne Lüscher, Tina Schalow und Esther Zulauf umrissen und in praktischen Übungen demonstriert und erlebbar gemacht.
- Unter dem Titel «Wenn Trauer krank macht» ging lic. phil. Milena Mrdenovic auch anhand einer Fallvignette auf die vielschichtige «Trauerarbeit» und die neu im ICD-11 verankerte «anhaltende Trauerstörung» ein.

Aus Sicht der Veranstalter hat sich klar bestätigt, wie ungleich lebendiger und interaktiver eine Präsenzveranstaltung einschliesslich Apéro im Vergleich zu einem rein virtuellen Meeting ist. Und so freuen wir uns auf das Fachforum im kommenden Jahr – bei welchem voraussichtlich das Thema Essstörungen im Zentrum stehen wird. ■



Dr. med. Christian Imboden, EMBA, beleuchtete in seinem Referat den Stellenwert von Burnout in Diagnostik und Therapie.



Prof. Dr. med. Wolfram Kawohl ging in seinem Vortrag auf den beruflichen Wiedereinstieg nach einem Burnout ein.

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 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

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

ISO 9001 zertifiziert