

Apropos

Burnout – brennendes Thema bei Mediziner
Annäherung an Wertewandel und Geborgenheit
Online-Behandlungen der Binge-Eating-Störung

DAUERBRENNER BURNOUT: WIE GEHTS EIGENTLICH DEN ÄRZTEN?

In kaum einer Berufsgruppe ist die Häufigkeit von Depressionen und Burnout so hoch wie bei den Mediziner. Warum ist das so? Und wie soll man darauf reagieren? Die Antworten sind vielfältig und keinesfalls einfach – die Auseinandersetzung mit dem Thema ist aber notwendig.

Dr. med. Roland Kowalewski



Dr. med.
Roland Kowalewski

Bereichsleitung Landhaus/
Case Management
Stv. Chefarzt

«Burnout» benennt ein bedeutendes Phänomen beruflicher Überforderung und Entfremdung, das seinerseits vielfältig «bio-psycho-sozial» wechselwirkt und in eine Depression übergehen kann. Der Begriff ist nicht einheitlich definiert, was

die Einschätzung und Erforschung erschwert. Gleichwohl konvergiert eine Vielzahl von Untersuchungen zu wichtigen Erkenntnissen.

Bei Mediziner findet schon mit dem Studium eine Positivselektion in Richtung hoher Resilienz statt: Ausdauer, Bildung, Intelligenz und günstige psychosoziale Verhältnisse sind deutlich überrepräsentiert. So kommen schwer beeinträchtigende psychische Erkrankungen, zum Beispiel Schizophrenien, auch praktisch nicht vor – scheinen sie doch mit erfolgreichem Studium und klinischer ärztlicher Tätigkeit nicht vereinbar.

Depressionen: erhöhte Prävalenz

Gleichwohl findet sich in einer beeindruckenden Metaanalyse mit 129'230(!) teilnehmenden Medizinstudenten eine deutlich erhöhte Prävalenz von Depressionen und auch Suizidgedanken – mit der «grossen Aufgabe» und der Beschäftigung mit menschlichem Körper und Krankheit scheint der Ernst des Lebens abrupt einzukehren.

Mit dem Eintritt ins Berufsleben ist zusätzliche Leistungs- und Anpassungsbereitschaft gefordert, und so erhöht sich die Häufigkeit von Depressionen bei Assistenzärzten gemäss einer neueren Metaanalyse aus 54 Studien auf stattliche 28,8 %. Mit den Berufsjahren ist die Tendenz leicht rückläufig, womöglich auch aufgrund weiterer «Ausselektion».

In einer eigenen, repräsentativen Untersuchung an 1836 Zürcher Mediziner zeigten 15,8 % Depressionen – also nur eine relative Entwarnung für die Schweiz.

Zum Vergleich: Von der «westlichen» Allgemeinbevölkerung sind schätzungsweise 10 % zu einem bestimmten Zeitpunkt depressiv. Ohne hier diese spannenden Studien methodisch und inhaltlich weiter ausleuchten zu können: Die Zahlen stimmen nachdenklich.

Angeschlagene Halbgötter

Wie sieht es nun aber mit beruflicher Verdrossenheit im Sinne des Burnouts aus? Auch hier hängt die Ärzteschaft mit Prävalenzen zwischen 30% und 60% souverän andere Berufsgruppen ab. Plakative Pressemeldungen wie «Die Halbgötter in Weiss sind angeschlagen» erweisen sich also in gewissem Sinne als evidenzbasiert.

Im Vergleich zwischen den medizinischen Fächern erscheinen Notfallmediziner besonders belastet. Mit 10% Abstand folgen die Generalisten und Neurologen, Psychiater sind im unteren Mittelfeld, Dermatologen und Arbeitsmedizinern scheint es besser zu gehen.

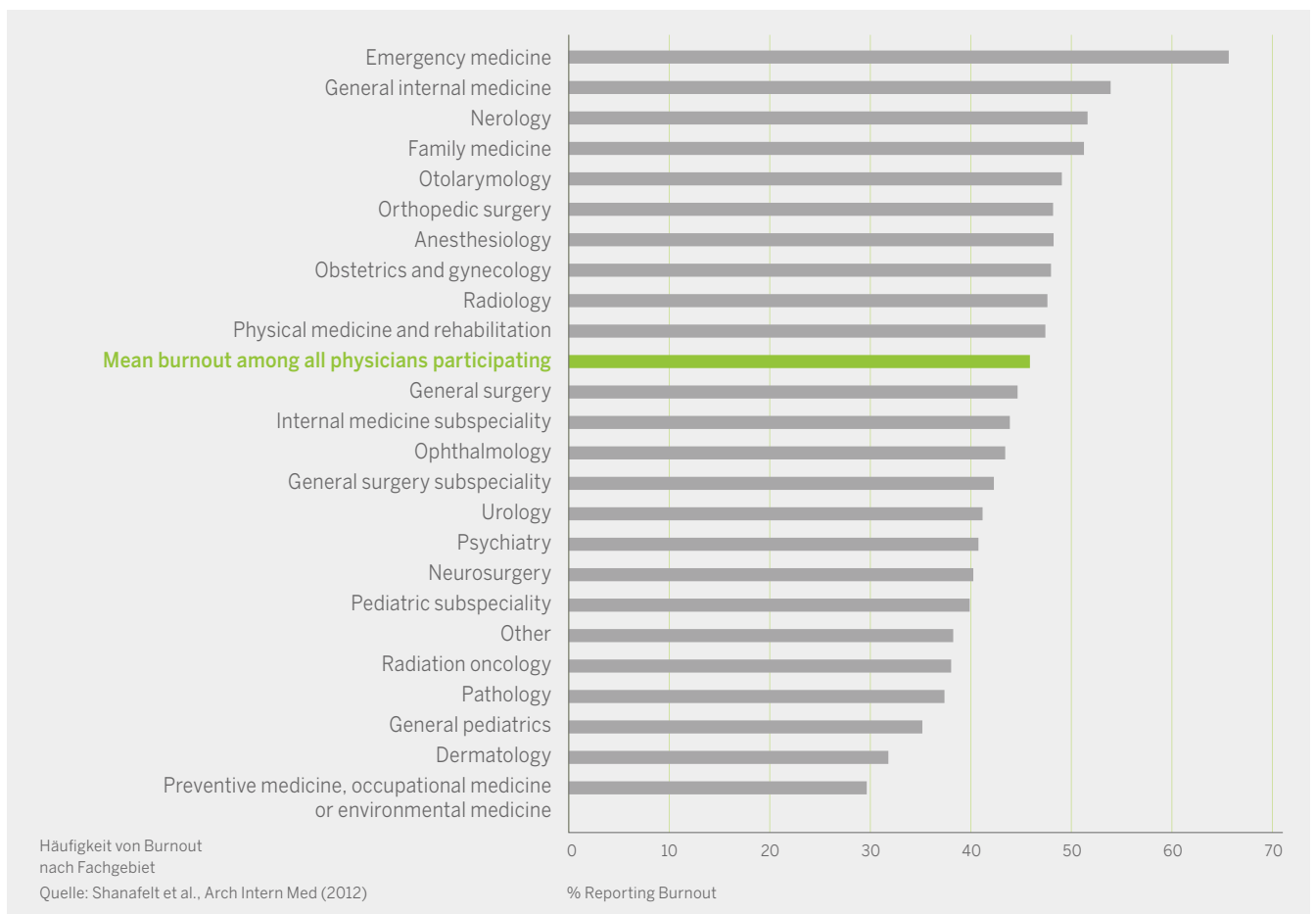
Bedürfnisse können die Folge sein. Weiteres Verdrängen geht mit Abschottung und Rigidität einher. Manche holen sich Hilfe aus dem Medikamentenschrank oder der Hausbar. Resignation, Leere und Erschöpfung können schliesslich in Depressionen und körperlichen Abbau einmünden. Dann braucht es länger, einen gesunden Lebensrhythmus wiederzufinden.

Ursachen und Auswege

In Umfragen nennen Ärzte insbesondere die folgenden – teilweise spezifischen – Belastungsfaktoren:

- lange Arbeitszeiten, Rufbereitschaften, hohe Verantwortung
- wenig Privatleben, Schlafmangel
- Bezahlung und Anerkennung im Verhältnis unzureichend
- schwierige Interaktionen mit Patienten und/oder Mitarbeitern
- unsinnig empfundene (administrative) Aufgaben

Neben den Arbeitsbedingungen spielen auch Komorbiditäten und persönliche Faktoren eine grosse Rolle. Was gilt es also im Hinterkopf zu behalten, für Ärzte selbst wie auch deren Patienten?



Was ist da los, wo Ärzte doch eigentlich hochmotiviert ans Werk gehen? Denn besonderes Engagement gehört fest zum Selbstverständnis – geht es doch um die Gesundheit als «höchstes Gut» der anvertrauten Patienten. Aber gerade darin könnte ein Teil des Problems liegen, denn «Over-Commitment» gilt als solider Prädiktor für die Burnout-Spirale: Stimulierender «Eustress» in der klinischen Arbeit beflügelt und mobilisiert Reserven, weiterer Druck erschwert aber schliesslich Abschalten und Erholung – vor allem, wenn Konflikte und unliebsame Aufgaben hineinspielen. Anspannung, Schlafstörungen und Vernachlässigung eigener

Eine Merkhilfe bieten folgende vier E:

Erkennen

Falls Überlastung droht und sich etwas ändern muss. Schlafstörungen, Gereiztheit und Verdruss sind häufige Anzeichen.

Entlasten

Arbeitsbedingungen verbessern, Ausgleich fördern. Mehr Zeit für Familie, Freunde und Hobbys, bei der Arbeit auch mal Nein sagen.

Erholen

Raus aus der Situation, Umschalten und Auftanken. «Break», ggf. auch Krankschreibung. Manche benötigen auch stationäre Behandlung.

Ernüchtern

Abstriche machen in puncto Ehrgeiz und Belastbarkeit. Angemessene Lehren ziehen und präsent behalten.

Arbeitgeber sind hier zur Mitwirkung und Gesundheitsförderung verpflichtet, arbeitsgesetzliche Vorgaben werden bei Schweizer Ärzten zumindest besser als noch vor einigen Jahren eingehalten. Wenn die Arbeitnehmer nicht am Limit laufen, so gelingt auch eher die – für die Gesundheit ganz wesentliche – Kultur des fairen, wertschätzenden Miteinanders.

Plausible Behandlungsansätze für Burnout sind mannigfaltig, aber schon wegen der diagnostischen Unschärfe nur teilweise evidenzbasiert. Zur Anwendung kommen insbesondere psychotherapeutische Verfahren, Entspannungstechniken und körperliche Ertüchtigung, Psychopharmaka und komplementärmedizinische Methoden.

Nicht selten sind komorbide Depressionen, Angst- oder Substanzstörungen – gemäss den etablierten Algorithmen – zu berücksichtigen. Substanzkonsum hat bei Ärzten besondere Brisanz und wird in vielen Ländern auch mit weitreichenden Auflagen geahndet. Dabei nehmen Mediziner selten illegale Drogen und rauchen auch weniger. Hingegen werden Alkohol, Tranquilizer, Analgetika und Stimulanzien eher häufiger konsumiert. Hierbei spielen Leistungssteigerung und «besseres Abschalten» eine wesentliche Rolle. Und so existieren zum Beispiel in Deutschland auch Kliniken, die sich auf «abhängige Ärzte» spezialisiert haben und diese in Überwachungsprogramme einbinden. In der Schweiz bietet «ReMed» (www.swiss-remed.ch) eine unkomplizierte Anlaufstelle auf Augenhöhe für überlastete Ärzte – ohne Sanktionen auszusprechen.

Mehr Verständnis und Achtsamkeit

Dieser Burnout-Schnelldurchgang zeigt: Das Thema ist in der Medizin noch nicht abschliessend verortet, aber gleichwohl sehr bedeutsam und eifrig beforscht und betrifft auch viele Helfer direkt.

Ärzte, die sich mit den eigenen Grenzen partout nicht anfreunden wollen, seien erinnert: Die Fehleranfälligkeit nimmt mit der Erschöpfung eindeutig zu, und bezüglich des Gesundheitsverhaltens Wein zu predigen und Wasser zu trinken ist auf Dauer unglaubwürdig und fad.

Daher haben Ärzte gute Gründe, ihre Erfahrungen mit Burnout-betroffenen Patienten mit sich selbst abzugleichen, dadurch vertieftes Verständnis zu erwerben und so auch auf sich selbst zu achten. So profitieren Patienten von ausgeruhteren Ärzten mit zusätzlicher psychosomatischer Expertise.

Freilich wird ein solches Bewusstsein auch bei anderen Berufsgruppen dem beruflichen und gesundheitlichen Wohlergehen zugutekommen. Und schliesslich stellen sich auch Fragen des gesellschaftlichen Wertesystems – Stichwort Leistungsgesellschaft. Wer auf sich und seine Umgebung achtet, hat aber schon mal einen wichtigen Schritt getan. ■

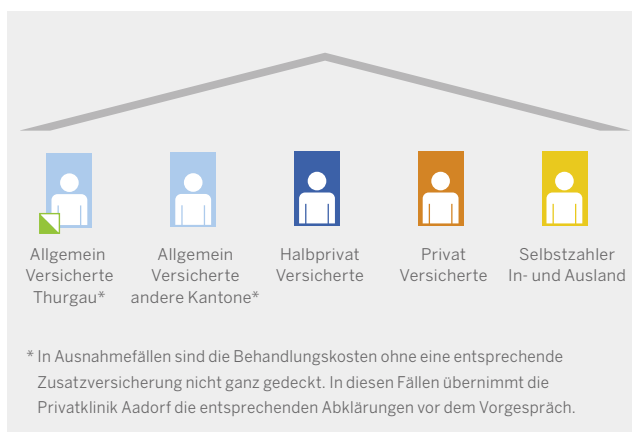
OFFEN FÜR ALLE

Die Privatklinik Aadorf ist auf der Spitalliste Psychiatrie des Kantons Thurgau aufgeführt und kann Patientinnen und Patienten aus der ganzen Schweiz mit jeder Art der Versicherungsdeckung aufnehmen, auch ohne Zustimmung des Kantonsarztes.

Thomas Ochsner, Bereichsleitung Patientenadministration

Als anerkannte psychotherapeutisch-psychiatrische Klinik erfüllt die Privatklinik Aadorf den Leistungsauftrag des Kantons Thurgau. **Die Klinik ist offen für Patientinnen und Patienten aus dem In- und Ausland, unabhängig von der Art der Versicherungsdeckung.** Willkommen sind allgemein Versicherte aus dem Thurgau oder aus anderen Kantonen, halbprivat oder privat Versicherte und Selbstzahler aus dem In- und Ausland.

Da der Tarif der Privatklinik Aadorf unter den Referenztarifen der übrigen Kantone liegt (ausser Kanton Tessin), entstehen dem Patienten keine ungedeckten Kosten, auch ohne Zusatzversicherung «Allgemeine Abteilung ganze Schweiz».



Aufnahme / Zuweisung

Wir bitten den zuweisenden Arzt, uns das Einweisungszeugnis mit Angabe der Indikation, der Spitalbedürftigkeit und der Krankenversicherungsdaten zu senden oder zu faxen. Es ist auf www.klinik-aadorf.ch abrufbar.

Die weiteren Schritte übernimmt die Privatklinik Aadorf.

1. Klärung der Versicherungsdeckung
2. Terminvereinbarung für ein Vorgespräch mit der Patientin / dem Patienten
3. Entscheidung über die Aufnahme in Absprache mit dem Zuweiser
4. Vereinbarung des Eintrittstages mit der Patientin / dem Patienten
5. Einholen der Kostengutsprache sowie allfällige Verlängerung beim Krankenversicherer ■

ANNÄHERUNGEN AN WERTEWANDEL UND GEBORGENHEIT

Im Rahmen eines Events im Kongresshotel Einstein in St.Gallen machte sich das Aadorfer Fachforum Psychotherapie auf die «Suche nach Geborgenheit» im Kontext des gesellschaftlichen Wertewandels.

Rückschau auf den Fachanlass vom 7. September 2017

Der Begriff der Geborgenheit lässt – gerade in der Psychologie und Psychotherapie – viel Raum für Deutungen, Interpretationen und Facetten. Dies zeigte sich nicht zuletzt bei den zwei Referaten, in deren Genuss das Publikum der Veranstaltung des Aadorfer Fachforums Psychotherapie im Kongresshotel Einstein in St. Gallen kam.

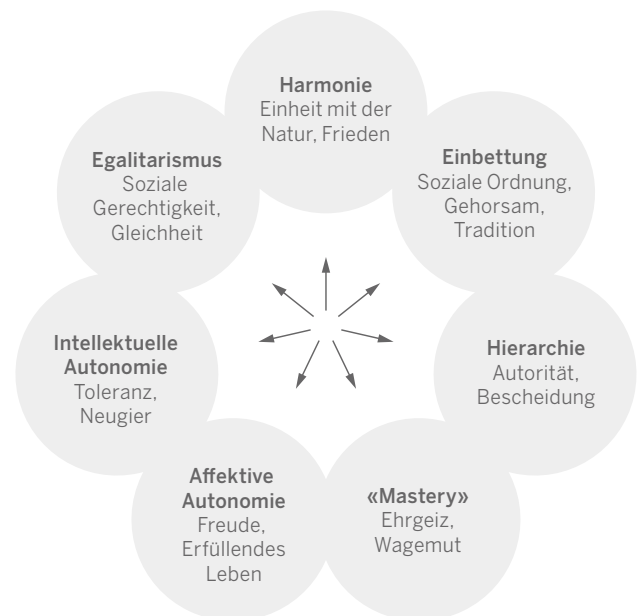
Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Maercker sprach in seinem Referat über heutige Werthaltungen und deren Entwicklung. Prof. Dr. med. Hans Förstl beleuchtete die Thematik der Transition und Initiation im Spannungsfeld von Reifung, Entgleisung, Flucht und Halt. Im Bezug auf die Rolle der Geborgenheit wie auch auf die generelle Inszenierung eines derartigen Vortrages gingen die beiden Referenten aber höchst unterschiedliche Wege.

Der Wertewandel in der Wissenschaft

Unter dem Titel «Werte und Wertewandel: Von der Spekulation zur Vermessung» lieferte Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Maercker den Anwesenden eine Vielzahl an Informationen aus der Werteforschung. Wie der Referatstitel andeutete, verliess er sich dabei nicht auf Spekulationen, sondern nutzte das mittlerweile ziemlich grosse Instrumentarium der Kultur- und Sozialwissenschaft, um Begriffe wie Werte, Wertewandel und Geborgenheit besser zu erfassen.

Besonders unter die Lupe nahm Prof. Maercker dabei die circumplexen Modelle des israelischen Sozialpsychologen Shalom Schwartz zur kulturellen und persönlichen Wertorientierung. Die multidimensionalen Modelle stellen die verschiedenen Wertedimensionen einander gegenüber (siehe Grafik).

Wie die Werteforschung zeigt, sind Depressionen und Angststörungen tendenziell seltener anzutreffen, wenn traditionelle Werte in einer Gesellschaft stärker ausgeprägt sind. In Ländern mit vermehrt modernen Wertorientierungen hingegen treten sie häufiger auf. Derweil zeigte eine Untersuchung bei Gewaltopfern (Maer-



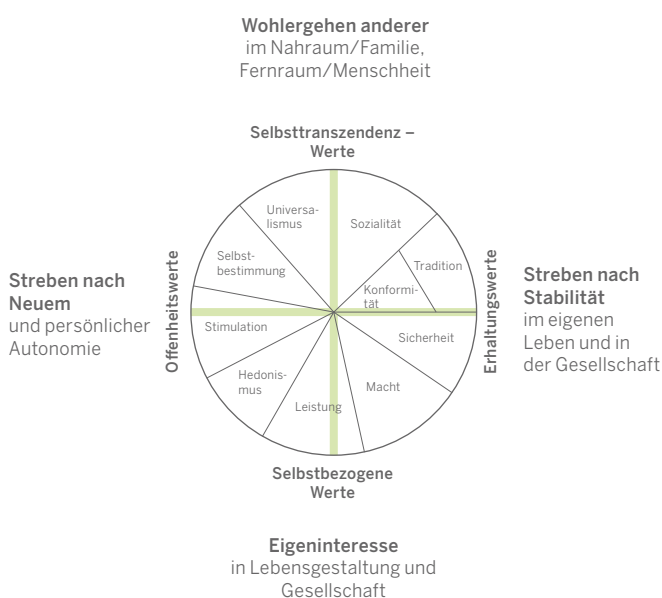
Modell der kulturellen Wertorientierung von Shalom Schwartz

cker, Mohiyedini et al, 2009), dass eine Häufung von traditionellen Werten das Risiko einer Posttraumatischen Belastungsstörung erhöht.

Nicht zuletzt sind es komplementäre Wirkungswege, die in Bezug auf die Werte von Bedeutung sind. Einerseits stärken traditionelle Werte wie Konformität, Harmonie und Sicherheit die soziale Unterstützung, was sich wiederum positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt. Andererseits erhöhen moderne, postmaterialistische Werte wie Autonomie, Hedonismus und Stimulation die Resilienz gegenüber psychischen Erkrankungen.

Vielseitiges Wertespektrum notwendig

Entscheidend ist in jedem Fall, wie man sich in den Wertemodellen zu verorten vermag. In seinem Referat plädierte Prof. Maercker darauf, sich ein vielseitiges Wertespektrum zu erhalten, in dem auch Antagonismen Platz haben – etwa zwischen Einbettung und Autonomie oder zwischen Harmonie mit der Umwelt und Ehrgeiz. Auf der Suche nach Geborgenheit empfiehlt er ein Ja zu sozialen Beziehungen und ein Nein zu Egozentrismus – unter Bewahrung des autonomen Gewissens.



Modell der persönlichen Wertorientierung von Shalom Schwartz

Prof. Dr. med. Hans Förstl nahm bereits bei seiner Einleitung vorweg, dass sein Referat wohl anders werden würde als jenes seines geschätzten Kollegen, weniger strukturiert, sondern weitaus sprunghafter. Seine Prognose sollte sich auf kurzweilige Weise bewahrheiten.

Übergangsriten

An den Anfang seines Vortrags stellte er die sogenannten Rites of Passage, die Initiationsriten, die in zahlreichen Kulturen und Religionen in den gesellschaftlichen Strukturen verankert sind – von den Turmspringern des südpazifischen Inselstaats Vanuatu über die Initiations sakramente des Christentums bis zu den Aufnahmeverfahren von Studentenverbindungen.

Dabei geht es stets um den Dreiklang aus Trennung, Transition und Integration. Und bei sämtlichen dieser Riten gilt: Geborgen ist man dann, wenn man – nach einer Phase der Transition – wieder integriert ist und sicheren Boden unter den Füßen spürt, um im Bild der pazifischen Turmspringer zu bleiben.

Zunehmende Spezialisierung

Die Übergangsriten haben ihre Wurzeln zumeist in längst vergangenen Zeiten, in welchen der Mensch als Jäger und Sammler um sein Überleben ringen musste. Prof. Förstl schlug den Bogen in die Gegenwart, in der es längst nicht mehr so existenziell zugeht. Demgegenüber steht der Flynn-Effekt, der besagt, dass der

durchschnittliche Intelligenzquotient von Generation zu Generation zugenommen hat. In Anbetracht der Tatsache, dass das menschliche Gehirn aber im Verlauf der Jahrhunderte immer kleiner wurde und wird, kommt Prof. Förstl zum Schluss, dass die Menschheit nicht unbedingt klüger wird, sich aber immer mehr spezialisiert.

Von der menschlichen Intelligenz ging der Blick auf die künstliche Intelligenz, die das Arbeitsleben grundlegend verändern wird, und auf die Arbeitssuchenden der kommenden Generation, denen häufig die Arbeit fehlen wird. Dadurch stelle sich noch verstärkter die Sinnfrage, die Frage nach den Werten, nach der Bewertung der Werte, erklärte Prof. Förstl. Dass sich dadurch auch neue Herausforderungen für die Psychotherapie ergeben, erscheint naheliegend.

Zum Abschluss griff der Referent nochmals die drei Elemente der Rites of passage auf und zog eine Parallele zur ambulanten und vor allem zur stationären Psychotherapie. Die Trennung beziehe sich auf das Herausnehmen des Patienten, das Trennen von der belastenden Situation, führte Prof. Förstl aus. In der Transition werde der Patient therapiert – und dann hoffentlich wieder erfolgreich ins Leben integriert. Und im besten Fall geht dies mit dem Wiederfinden von Geborgenheit einher.



Sorgten auf unterschiedlichen Wegen für unterhaltsame Informationen: Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Maercker (links) und Prof. Dr. med. Hans Förstl (rechts).

Themenvertiefung in vier Workshops

Im Anschluss an die beiden Referate von Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Maercker und Prof. Dr. med. Hans Förstl bot die Veranstaltung des Aadorfer Fachforums Psychotherapie vier Workshops, in welchen sich die Teilnehmenden mit verschiedenen Facetten der Geborgenheit auseinandersetzen.

Dr. phil. Marie-Luise Hermann und med. pract. Ralf Pelkowski thematisierten den Einfluss der Altersbilder auf die Zufriedenheit. Dr. med. Roland Kowalewski beschäftigte sich mit der komplementären Beziehungsgestaltung und Beziehungstests. Dr. phil. Andrea Wyssen fragte, ob bei der Nutzung von neuen Technologien bei der Behandlung von Essstörungen ein Gefühl der Geborgenheit entstehen kann (siehe auch Artikel auf den folgenden Seiten). Und Diplom-Psychologin Anna Prinz blickte auf die dritte Welle der Verhaltenstherapie und suchte gemeinsam mit den Teilnehmenden einen Weg zu mehr Akzeptanz und innerer Geborgenheit. ■

DIE BINGE-EATING-STÖRUNG ONLINE BEHANDELN – GEHT DAS?

Können neue Technologien eine Psychotherapie sinnvoll ergänzen? Und bleibt dabei das Gefühl der Geborgenheit und des Vertrauens, das in der therapeutischen Beziehung essenziell ist, auf der Strecke? Mögliche Antworten auf diese Fragen werden in einer Forschungsgruppe am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Fribourg eruiert. Im Projekt wird ein kurz- und langfristig wirksames kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Therapie der Binge-Eating-Störung bei Erwachsenen in ein angeleitetes Online-Behandlungsprogramm übertragen.

Dr. phil. Andrea Wyssen

Online-Programme stellen eine vielversprechende Möglichkeit dar, evidenzbasierte Psychotherapie niederschwellig und ressourceneffizient einer grossen Gruppe von Betroffenen unterschiedlicher psychischer Störungen zugänglich zu machen. Dass Online-Programme in der Psychotherapie unter kontrollierten Bedingungen wirksam sind, ist bereits gut belegt. Unter anderem konnte der Psychologe Prof. Dr. Thomas Berger von der Universität Bern die Wirksamkeit von internetbasierten Programmen bei Depressionen und der sozialen Angststörung aufzeigen (z.B. Andersson & Berger, 2017). An der Universität Fribourg wird aktuell unter der Leitung von Prof. Dr. phil. Simone Munsch und Dr. phil. Andrea Wyssen ein Forschungsprojekt zur Entwicklung und Überprüfung eines Online-Behandlungsprogramms zur Therapie der Binge-Eating-Störung durchgeführt. Das Forschungsprojekt «Binge-Eating Disorder Treatment Goes Online – Feasibility, Usability and Preliminary Evaluation of Treatment Outcome» wird durch die Schweizerische Anorexia Nervosa Stiftung gefördert (Wyssen, Trier & Munsch, 2017).

Behandlung der Binge-Eating-Störung

Mit einer Prävalenz von drei bis fünf Prozent ist die Binge-Eating-Störung (BES) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung die häufigste Essstörung; im Gegensatz zu anderen Essstörungen leiden vergleichsweise häufig auch Männer darunter (Schnyder, Milos, Mohler-Kuo & Dermota, 2012). Bei übergewichtigen Personen beträgt die Prävalenz bis zu 30 Prozent. Therapeutisch sind Menschen mit der BES tendenziell unterversorgt; dies kann teilweise dadurch erklärt werden, dass Betroffene gerade in abgelegenen, ländlichen Gegenden keinen Zugang zu einer störungsspezifischen Behandlung haben oder sie primär wegen der Gewichtsprobleme eine Fachperson aufsuchen und bei der Behandlung die Essstörung nicht im Vordergrund steht. Behandlungsstudien zeigen jedoch deutlich, dass eine langfristige Gewichtsreduktion und -stabilisierung erst erreicht werden kann, wenn auch die BES wirksam behandelt wurde.

Bei der BES erwies sich die störungsspezifische Psychotherapie (insbesondere die Kognitive Verhaltenstherapie, KVT) in zahlreichen Studien als sehr wirksam (Iacovino, Gredysa, Altman & Wilfley, 2012). So wird die Psychotherapie auch in den deutschen S3-Leitlinien als Behandlung der Wahl beschrieben. Bei weniger stark ausgeprägter Essstörungspathologie und weniger Komorbiditäten wird im Sinne eines «Stepped Care»-Ansatzes auch die angeleitete Selbsthilfe basierend auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz empfohlen (DGPM & DKPM, 2011).

Das hier beschriebene Forschungsprojekt «BES-Online» basiert auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzept (Munsch, Biedert & Schlup, 2011; Munsch, Wyssen & Biedert, 2018), dessen kurz- und langfristige Wirksamkeit in einer randomisiert-kontrollierten Behandlungsstudie im Rahmen einer Gruppenpsychotherapie über 8 Wochen aufgezeigt werden konnte. Die durchschnittliche Zahl der Essanfälle (EA) reduzierte sich von 2.4 auf 0.8 EA pro Woche. Die Prozentzahl der Personen ohne Essanfälle während mindestens einem Monat stieg von 0 auf 39 Prozent. Generell konnten eine Reduktion der allgemeinen Essstörungspathologie und eine Stabilisierung des Gewichts festgestellt werden. Die Verbesserung der Hauptsymptome hielt auch beim Ein- und Vier-Jahres-Follow-up noch an, sekundäre Outcome-Variablen wie Depressivität oder Lebenszufriedenheit zeigten ebenfalls positive Tendenzen (Fischer, Meyer, Dremmel, Schlup & Munsch, 2014; Schlup, Munsch, Meyer, Margraf & Wilhelm, 2009).

Chancen einer Onlinebehandlung

Internetbasierte Behandlungsprogramme bringen klare Vorteile. Sie bieten eine leicht zugängliche, evidenzbasierte und störungsspezifische Therapie, können orts- und zeitunabhängig angewendet werden und ermöglichen es den Teilnehmenden, ihrem eigenen Tempo zu folgen und eine gewisse Anonymität zu bewahren. Das hohe Mass an Selbstständigkeit sollte aber durch eine Anleitung und Unterstützung durch die Fachperson ergänzt werden.

Wissenschaftliche Studien führten zum Schluss, dass durch den Kontakt zu einer Fachperson die Wirksamkeit der Behandlung gesteigert und die Dropout-Rate gesenkt wird (Sucala et al., 2012).

Im Online-Behandlungsprogramm zur Therapie der BES arbeitet ein interdisziplinäres Team aus Psychotherapeutinnen, Informatikern und Expertinnen der Mensch-Maschine-Interaktion der Universitäten Fribourg und Basel zusammen. Neben der Wirksamkeit wird auch die Benutzerfreundlichkeit des Programms überprüft.

Schritt für Schritt

Das Behandlungsprogramm «BES-Online» umfasst eine ausführliche Diagnostik, acht wöchentliche Sitzungen und drei Auffrischungssitzungen (siehe Tabelle). Nach einem persönlichen Erstkontakt durchlaufen die Teilnehmenden das Programm selbstständig zu Hause an ihrem Computer, auf einer eigens dafür realisierten Website.

BES-Online: Ablauf

Sitzung	Inhalt
Diagnostik	Strukturierte diagnostische Interviews und Fragebogen (Prä-Messung)
1	Einführungs- und Motivationssitzung
2	Persönliche Ziele formulieren
3	Das ABC-Modell: Einführung in die Problemanalyse
4	Einführung in die Bewältigung von Essanfällen
5	Bewältigung von Essanfällen (Auslöser- und Reaktionskontrolle)
6	Erkennen und Verändern von dysfunktionalen Gedanken
7	Dysfunktionale Gedanken; Psychoedukation Übergewicht
8	Rückfallprophylaxe; Abschluss und Neustart
Diagnostik	Strukturierte diagnostische Interviews und Fragebogen (Post-Messung)
9–11	Auffrischungssitzungen nach 1, 3 und 6 Monaten; Stabilisierung der erreichten Veränderungen, Bearbeitung aktueller Schwierigkeiten, weitere Ziele
Diagnostik	Strukturierte diagnostische Interviews und Fragebogen (Follow-up-Messung)

Geborgenheit gewährleisten

Die psychotherapeutischen Inhalte werden in Audio- und Textform vermittelt, ergänzt durch interaktive Übungen. Tina und Viktor, zwei fiktive ehemalige Patienten, fungieren als Begleitpersonen, die ihre eigenen Erfahrungen teilen und Informationen weitergeben. Ausserdem besteht ein kontinuierlicher Kontakt zur Behandlungsperson, um wertvolle Aspekte wie Responsivität, Verlässlichkeit und Kontingenz gewährleisten zu können. Gerade dieser regelmässige Austausch und die sichergestellte Erreichbarkeit sind wichtige Aspekte, um auch im Online-Setting ein bestmögliches Mass an Geborgenheit und Sicherheit zu erzielen. Die Nachteile einer internetbasierten Behandlung – wie das Fehlen nonverbaler Kommunikation sowie die eingeschränkte Möglichkeit eines adaptiven, individuumzentrierten Vorgehens – können dadurch teilweise gemindert werden.

Kürzlich konnte in einer Pilotstudie gezeigt werden, dass ein angeleitetes Selbsthilfeprogramm mit einem Buch basierend auf dem beschriebenen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz (Munsch, 2011; Munsch & Wyssen, 2014; Munsch et al., 2018) zu vielversprechenden Ergebnissen führt: Die Anzahl Essanfälle pro Woche sank im Verlauf des 8-wöchigen Selbsthilfeprogramms von 5.4 auf 2.2, die Anzahl Tage pro Woche mit regelmässigem Essverhalten stieg von 1.9 auf 5.7. Vorläufige Ergebnisse aus dieser Studie weisen zudem darauf hin, dass ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau zwischen dem Patienten und der anleitenden Behandlungsperson, zu welcher ein Kontakt via wöchentlicher E-Mails besteht, gelingen kann (Wyssen, Forrer, Meyer & Munsch, in Vorbereitung). Dies stimmt überein mit Ergebnissen, wie sie auch in anderen internetbasierten Programmen gefunden wurden (Berger, 2017).

Kein Ersatz, aber eine Ergänzung

Die Onlinebehandlung wird die klassische Psychotherapie nicht ersetzen, darin liegt auch nicht das Ziel. Doch sie kann eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Ob und wie gut sie sich zu etablieren vermag, hängt nicht zuletzt von der Offenheit seitens der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und des Gesundheitssystems ab, derartige evidenzbasierte Online-Behandlungsprogramme bei gegebener Indikation und Wirksamkeit anzuwenden – und damit zur allgemeinen Verbesserung der Versorgungssituation beizutragen. ■

Zu den Personen



Dr. phil. Andrea Wyssen studierte an der Universität Fribourg Klinische Psychologie. 2011 schloss sie ihr Studium ab. Sie war Assistentin und Doktorandin bei Prof. Dr. phil. Simone Munsch am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Fribourg und doktorierte zum Thema des Einflusses von Medien auf das Körperbild und Essverhalten junger Frauen und Männer.

Andrea Wyssen hat eine Weiterbildung in Psychotherapie an der Universität Basel absolviert. Seit 2016 ist sie an der Privatklinik Aadorf therapeutisch tätig und untersucht zudem den Outcome der Behandlungskonzepte in der Klinik.



Prof. Dr. phil. Simone Munsch ist Ordinaria für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Fribourg. Sie gilt als ausgewiesene Expertin für Essstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Sie gehört zum Wissenschaftlichen Beirat der Privatklinik Aadorf.

BES-STUDIE

Probandinnen und Probanden für wissenschaftliche Studie gesucht

Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Online-Behandlungsprogramms zur Therapie der Binge-Eating-Störung (siehe Seite 6) sucht das Departement für Psychologie der Universität Fribourg weitere Studienteilnehmende. Angesprochen sind Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 70 Jahre mit guten Deutschkenntnissen, die unter der Binge-Eating-Störung leiden. Die Studie beinhaltet ein Erstgespräch (an der Universität Fribourg oder per Telefon) mit einem diagnostischen Interview, das Ausfüllen von Fragebogen, acht wöchentliche Behandlungssitzungen, die auf einer Online-Plattform zu Hause absolviert werden können, und drei Auffrischungssitzungen im Abstand von einem, drei und sechs Monaten.

Teilnahme und Informationen:

Frau Dr. phil. Andrea Wyssen, Universität Fribourg, Tel. 026 300 76 59

E-Mail bes-online@unifr.ch oder andrea.wyssen@unifr.ch

PUBLIKATIONEN

Dr. phil. Marie-Luise Hermann, Klinische Psychologin an der Privatklinik Aadorf
med. pract. Ralf Pelkowski, Bereichsleitung ViaNova/Qualitätsmanagement, Chefarzt,
Stv. Ärztlicher Direktor Privatklinik Aadorf

Älterwerden im Spiegel einer Mehrgenerationen-Station Zwischen Grossfamilie und Wohngemeinschaft

Zeitschrift «PIA – Psychotherapie im Alter», Ausgabe 1/2018

Herausgeber Psychosozial-Verlag, Giessen, Deutschland

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: Depressionen/ Angststörungen/ Burnout, Essstörungen, Adipositas sowie Psychotherapie 50+.

Die Klinik ist offen für Patientinnen und Patienten aus dem In- und Ausland, unabhängig von der Art der Versicherungsdeckung.

Klinik Aadorf AG
Fohrenbergstrasse 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 9001:2015 zertifiziert

*Die Privatklinik Aadorf ist ein
Unternehmen der di Gallo Gruppe.*