

Apropos

Überlegungen zur Konfliktodynamik der Anorexia nervosa
Wenn Burnout in eine Depression mündet
Was ein Klinikaufenthalt bewirken kann
Ambulatorium Zürich an neuem Standort

DER GROSSE HUNGER

Überlegungen zur Konfliktodynamik der Anorexia nervosa

Anorexia nervosa ist eine vielschichtige Erkrankung, bei der biologische, psychische und soziale Faktoren ineinandergreifen. Psychodynamische Modelle helfen, das scheinbar widersprüchliche Verhalten der Betroffenen zu verstehen – und zeigen Wege für die therapeutische Praxis auf.



Prof. PMU Dr. med. Isa Sammet
Bereichsleitung Oase und Ambulatorien
Chefärztin

Die Anorexia nervosa gilt als eine metabo-psychiatrische Erkrankung. Für die Pathogenese spielen neben biologischen Aspekten vor allem psychosoziale und biografische Faktoren eine wichtige Rolle. Nach wie vor ist für die Behandlung der psychotherapeutische Zugang zentral. Behandelnde aller Fachdisziplinen werden dabei vor störungstypische und oft schwer zu meisternde Herausforderungen gestellt.

Im Folgenden wird auf der Basis klinischer Erfahrungen und unter Bezug auf ausgewählte psychodynamische Modelle aufgezeigt, wie das übermässig selbstkontrollierende und asketische Verhalten verstehbar sein könnte und welche Implikationen dies für die therapeutische Grundhaltung hat. Dargestellt wird beispielhaft eines von

mehreren möglichen Erklärungsmodellen anorektischer Dynamik. Je nach therapeutischer Schulorientierung können auch andere Modelle herangezogen werden, um die interpersonelle Dynamik verstehbar zu machen.

Ausgeprägte Ambivalenz

Bei Anorektikerinnen und Anorektikern stellt sich fast immer das Problem der ambivalenten Behandlungsmotivation (AWMF-Leitlinie, S. 52ff.). Dies ist vermutlich das für Gesunde am wenigsten nachvollziehbare Merkmal der Anorexie. Wegen der gestörten Wahrnehmung des Körpers und nachweisbarer kognitiver Defizite liegt bei sehr niedrigem Gewicht oft keine Krankheitseinsicht vor. Diese entsteht erst, wenn wegen des Untergewichts körperliche Schwäche bis hin zur vitalen



Bei einer Anorexie wird übermässige körperliche Leistungsfähigkeit nicht selten als Ideal kultiviert.

Gefährdung auftritt, es zu Alltagsbeeinträchtigungen kommt und eine Behandlung unumgänglich wird.

«Einerseits habe ich Hunger und möchte essen, um wieder ein normales Leben zu führen, andererseits habe ich riesige Angst, Gewicht zuzunehmen und die Kontrolle über mich zu verlieren.» Dies ist auf unserer störungsspezifischen Therapiestation, auf der wir 16 meist weibliche Patientinnen behandeln, ein mehrfach täglich gehörter Satz. An den zweimal pro Woche stattfindenden «Wiege-Tagen» kommt es häufig zu psychischen Krisen, entweder wenn die Patientinnen abgenommen und dadurch das vertraglich vereinbarte Gewichtsziel der Woche nicht erreicht haben oder wenn sie zugenommen haben. Dann geraten sie in für sie unerträgliche Anspannungszustände, weil sie ihren objektiv untergewichtigen, aber subjektiv «dicken» Körper und ihren vermeintlichen «Kontrollverlust» nicht ertragen können.

Vielfältige Ursachen

Behandelnde geraten gerade bei niedrigem Gewicht in die Situation, Druck auszuüben, wenn medizinische Komplikationen drohen. Dieser kann beispielsweise in Form von Drängen auf Einnahme von Flüssignahrung oder Bewegungsbeschränkung mit erhöhter Verhaltenskontrolle umgesetzt werden. Patientinnen und Patienten reagieren oft mit Verweigerung. Es entstehen krankheitstypische Machtkämpfe. Spezifisches Kennzeichen ist die Hilf- und Machtlosigkeit auf beiden Seiten. Dies ist auch das prominente Gefühl bei den Angehörigen, die nach dem richtigen Umgang mit der Erkrankten, die sich nicht krank fühlt, suchen.

Zur Psychogenese ist anzumerken, dass dem viel zitierten äusseren soziokulturellen Faktor des «Schlank-Sein-Wollens» weniger eine ursächliche als eine auslösende Funktion zukommen kann. Auf der Suche nach Ursachefaktoren zeigt der Blick auf die fami-

liären Strukturen kein einheitliches Bild (AWMF-Leitlinie, S.72). Manche stammen aus harmonischen, oft eher konfliktvermeidenden Familien. Es finden sich ausgeprägtes Erfolgsstreben, Ehrgeiz und Perfektionismus als latente Familienmottos, nicht selten auch realisiert im Bereich des Sports. Andere kommen aus zerrüttem oder streitträchtigem sozialem Umfeld. Nicht wenige haben Mobbing-, Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen. Auch durch die Bezugspersonen unverschuldete, «schicksalhafte» Vernachlässigungen, etwa wegen Erkrankungen anderer Familienmitglieder, kommen vor. Es lassen sich also keine typischen Lebenskonstellationen finden, die mit der Genese der Anorexie in Verbindung gebracht werden können. Wie kommt es dann aus psychodynamischer Perspektive zu der auf viele Patientinnen und Patienten zutreffenden und gemeinsamen symptomatischen Endstrecke in Form von Nahrungsverweigerung, Angst vor Zunahme und übermässigem Bewegungsdrang?

Bedürfnisse und Bindungsmuster

Für das Verstehen anorektischen Verhaltens ist es wichtig, sich der biologischen Determinanten, die in den letzten Jahren empirisch nachgewiesen wurden, klar zu sein. Die Tatsache, dass beispielsweise genetische Aspekte eine grosse Rolle spielen, kann für alle Beteiligten zu einer gewissen «Entschuldung» und zu einer Entlastung führen. An psychogenen Faktoren wurde eine Häufung von unsicheren Bindungsmustern, vermindertem Selbstwert oder negativer Affektivität (AWMF-Leitlinie, S.71) nachgewiesen. Diese sind aber unspezifisch und kommen auch bei anderen Störungen vor. Für die Anorexie kann es hilfreich sein, diese als dysfunktionalen Versuch der Abgrenzung des Selbst vom enttäuschenden Aussen zu begreifen (siehe z. B. Schneider 2013, Diebel Braune 2013, Loetz 2018). Er spielt sich auf der sichtbaren Bühne des Körpers ab, gilt aber eigentlich der Abwehr emotionaler Enttäuschungen. Aus dieser Blickrichtung heraus geht es nicht primär ums Essen oder das Gewicht.

Gemeinsam ist vielen Patientinnen und Patienten, dass ihre äussere Welt sozialer Beziehungen auf die eine oder andere Weise aus den Fugen geraten ist. Das eigene Verlangen wurde und wird von anderen nicht erkannt oder fehlinterpretiert. Sie erhalten emotional gesehen «die falsche Kost», sei es durch schicksalhafte Entwicklungen, durch unausgetragene Konflikte, durch Abgrenzungsverbote oder den inneren Druck, anderen gefallen und nicht versagen zu wollen. Eigene Bedürfnisse werden deswegen allmählich immer stärker zurückgestellt. Aus Angst vor wiederkehrenden Enttäuschungen hören die Patientinnen und Patienten auf, «etwas zu brauchen». Selbst die elementarsten Lebensgrundlagen werden negiert. Körperliche Bedürfnisse wie Hunger

werden ignoriert und übermässige körperliche Leistungsfähigkeit als Ideal kultiviert. Durch die erzielte Unabhängigkeit von eigenen Bedürfnissen wird gleichermassen eine relative Unabhängigkeit von oft langjährig stattgehabten, schmerzhaft erlebten Enttäuschungen durch andere Menschen erreicht.

Zwischen Autonomie und Abhängigkeit

Konkretisierbar ist diese dynamische Konstellation mithilfe der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD-3. Die OPD ist ein weit verbreitetes und anerkanntes psychodynamisches Diagnostiksystem, das unter anderem eine detaillierte Darstellung der menschlichen Grundkonflikte vorsieht. Die scheinbare Unabhängigkeit von Bedürfnissen der Anorexie-Betroffenen lässt sich mit dem Konflikt «K1 Abhängigkeit vs. Individuation» beschreiben (mod. nach OPD-3, S.121 ff.): Auf der Basis ungünstiger Lebenserfahrungen besteht eine existenzielle Furcht entweder vor Verlassenheit oder übermässiger verschmelzender Nähe. Zur Abwehr dieser Ängste resultiert ein Verhalten forcierter (Pseudo-)Selbstständigkeit mit ausgeprägtem Streben nach emotionaler Unabhängigkeit von Beziehungen. Eine starke Sehnsucht nach «nährenden» engen Beziehungen und die darin enthaltene Angst vor Verschmelzung oder Verlassenwerden wird durch autonome Bedürfnislosigkeit abgewehrt. Auf der Ebene des Körpers werden Bedürfnisse ignoriert und körperliche Leistungsfähigkeit als Idealbild von Unabhängigkeit kultiviert.

Die übermässige Autonomie, die in der Nahrungsverweigerung ihren stärksten Ausdruck findet, führt andererseits – über den Weg der lebensbedrohlichen Erkrankung unbewusst herbeigeführt – zu ausgeprägter Abhängigkeit von haltgebenden Klinik-Behandlungen und oft entsprechend überfürsorglichen Angehörigen, was eine paradoxe Situation zwischen extremer Autonomie in Bezug auf Nahrungsverweigerung einerseits und übermässiger Abhängigkeit in Bezug auf das Angewiesensein auf andere andererseits bedeutet (sog. gemischter Modus des Konflikts K1 nach OPD).

Kontrolle und Selbstdisziplinierung

Das neben Autonomie in der Interaktion ständig präsente Thema der Selbst- und Fremdkontrolle (entsprechend des Konflikts «K2 Unterwerfung vs. Kontrolle»; OPD-3, S.127 ff.) dient dazu, die Ängste vor Trennung und Enttäuschung des Konflikts K1 in Schach zu halten (OPD-3, S.130). Die erlebte Hilflosigkeit wird durch ein teilweise aggressives und trotzig vertretenes Recht auf Selbstbestimmung abgewehrt. Zum Beispiel werden lebenserhaltende Regelungen zur Nahrungsaufnahme und Bewegungseinschränkung abgelehnt oder heimlich boykottiert. Dadurch in-

szenieren sich beständige Machtkämpfe. Der Körper ist dabei ein Objekt, an dem durch Selbstdisziplinierung Macht ausgeübt wird, bis hin zur kompletten Selbstausschöpfung. Körperliches Training hat zum Ziel, den Körper zu beherrschen und immer mehr an Gewicht abzunehmen. Sich aushungern führt gleichzeitig zu Macht über andere, die sich nun stellvertretend intensiv dafür zuständig fühlen, das Leben und die Gesundheit der Patientin zu erhalten – ein Ziel, das die Patientin selbst verleugnet.

Unter dieser Sichtweise wird begreiflich, dass Betroffene Hungern als besondere Leistung verstehen. Es dient der Abgrenzung und Selbstwertregulierung. In einer unkontrollierbaren und enttäuschenden interpersonellen Welt kann Sicherheit einzig und allein durch die Herrschaft über den kontrollierbaren Körper hergestellt

Fragile Identität:
Für Betroffene kann die Herrschaft über den eigenen Körper eine Form von Halt und Sicherheit bieten.



werden. Dies verleiht gleichzeitig eine ganz besondere eigene Identität, auf welche die Patientinnen und Patienten, die durch jahrelange Verläufe oft aus sozialen identitätsbildenden Strukturen wie Schule etc. herausgefallen sind, auf keinen Fall verzichten wollen. Die Ambivalenz zur Gesundung hängt oft auch damit zusammen. Wird der Verzicht auf diese Selbstabgrenzung durch Druck erzwungen, bedroht dies die fragile Identität, da der Mechanismus der Selbstwertstabilisierung über die Symptomatik entzogen wird.

Empfehlungen für die Praxis

Diese Ausführungen stellen eine Hypothese zur Verfügung, warum es in Folge der Ausübung von Druck und Drängen auf Verhaltensänderung zu einer verstärkten Verteidigung des dysfunktionalen Denkens und Handelns und vermehrten Vermeidungsstrategien kommt. Manchmal unterwerfen sich die Betroffenen zwar vordergründig den strikteren Regeln und nehmen zu, um sich etwa der weiteren Fortsetzung einer Therapie zu entziehen. Gleichzeitig kann es zu einem inneren Schwur kommen, nach der Behandlung gleich wieder abzunehmen, was die hohen Rückfallraten mit erklärt.

Entsprechend der Empfehlungen in den AWMF-Leitlinien (2018, S. 100 ff.) empfiehlt es sich deswegen, keine sanktionierende Rolle einzunehmen, die Gefühle der Patientinnen und Patienten ernst zu nehmen und an ihre Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit zu appellieren. Denn Druck erleben die Betroffenen als Neuaufgabe früherer Enttäuschungserfahrungen, die sie mit der anorektischen Symptomatik gerade abzuwehren versuchen.

Einschränkend ist anzumerken, dass bei vital bedrohlichen Zuständen selbstverständlich zwingend einzuhaltende Behandlungsaufgaben und in Extremfällen sogar eine fürsorgliche Unterbringung veranlasst werden müssen. In diesen Fällen sind die psychodynamischen Überlegungen zunächst zurückzustellen. Idealerweise gelingt es zu einem späteren Zeitpunkt, das Vorgehen gemeinsam mit der betroffenen Person zu reflektieren. Dann, wenn sie nach Besserung untergewichtiger mentaler Defizite besser akzeptieren kann, dass ihr Körper und ihre Gefühlswelt schützenswert sind. ■

Quellen

Arbeitskreis OPD (Hrsg) OPD-3. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Hogrefe 2024.

AWMF S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen (2018). <https://www.awmf.org/aktuelles/awmf-aktuell/diagnostik-und-therapie-der-essstoerungen>

Diebel Braune E (2013) «Und bist Du nicht willig, so brauche ich Gewalt». In Seidler G. (2013) Magersucht. Öffentliches Geheimnis. Psychosozial Verlag

Loetz C, Müller J (2018) Rätsel des Unbewussten. Podcast zur Psychoanalyse und Psychotherapie. Die anorektische Dynamik. <https://psy-cast.org/de/folge-64>

Schneider G (2013): Sich öffnen – sich verschließen. Zur Dialektik von Grundregel und anorektischem Widerstand im psychoanalytischen Prozess. In: Seidler G. (2013) Magersucht. Öffentliches Geheimnis. Psychosozial Verlag

Aadorfer Fachforum Psychotherapie

ESSSTÖRUNGEN – ERKRANKUNGEN ZWISCHEN SCHULD UND SCHAM, KÖRPER UND KOGNITION

Die psychotherapeutische Behandlung von Essstörungen stellt nach wie vor eine besondere Herausforderung dar. Beim Aadorfer Fachforum Psychotherapie der Privatklinik Aadorf am **22. Oktober 2026** steht diese therapeutische Aufgabe im Mittelpunkt.

Die beiden Hauptreferate nähern sich dem Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Dr. med. Viktor Meyer geht in seinem Vortrag auf das Körpererleben von Menschen mit Essstörungen ein und zeigt Wege der körperorientierten Psychotherapie auf. Dr. rer. Nat. Ines Riessen reflektiert die Rolle von Schuld und Scham bei essgestörten Patientinnen und erklärt, wie ein emotionsfokussiertes therapeutisches Arbeiten hilfreich sein kann.

Ergänzt wird das Programm wie immer durch praxisorientierte Workshops, in denen neben dem Hauptthema auch die Orthorexie sowie Adipositas und Binge Eating im Fokus stehen.

Die diesjährige Ausgabe des Aadorfer Fachforums Psychotherapie findet am **Donnerstag, 22. Oktober 2026, im Radisson Blu Hotel in St. Gallen** statt. Details zur Veranstaltung erhalten Sie demnächst – wir freuen uns auf Sie!



Jenseits der Worte: Körperorientierte Psychotherapie für Menschen mit Essstörungen

Dr. med. Viktor Meyer



Schuld und Scham in der Psychotherapie am Beispiel von Patientinnen mit Essstörungen

Dr. rer. nat. Ines Riessen

WORKSHOPS

A Umgang mit Schuldgefühlen in der Psychotherapie – eine transdiagnostische Betrachtung

Übung am Fallbeispiel

Dr. rer. nat. Ines Riessen

B Körperorientierte Psychotherapie, ein praktischer Einstieg

Dr. med. Viktor Meyer

C «Nur nichts Falsches essen» – Schuldgefühle bei Orthorexie

Laura Fall

Leitung Ernährungsberatung Privatklinik Aadorf

D Selbst- und Fremdstigmatisierung adipöser Menschen

Dr. med. Almut Schaefer

Leitende Ärztin Bereich Adipositas und Binge Eating Privatklinik Aadorf

Tobias Biehl

Psychologischer Psychotherapeut Privatklinik Aadorf

ANMELDUNG

Melden Sie sich noch heute unter www.fachforum.org oder via nebenstehenden QR-Code für die spannenden Fachvorträge an.
Anmeldeschluss: **10. Oktober 2026**

Die Veranstaltung ist für die Teilnehmenden kostenlos.



SAVE THE DATE!

22. Oktober 2026
ab 13:20 Uhr
Radisson Blu Hotel
St. Gallen

Sie erhalten demnächst detaillierte Informationen.

VON DER ERSCHÖPFUNG IN DIE DEPRESSION

Wenn chronische Überlastung die biologische Balance kippt: Was zunächst als Burnout diagnostiziert wird, kann häufig in eine Depression münden. Wie erkennt man diesen Übergang? Und welche Folgen ergeben sich daraus für die Therapie?



Dr. med. Michael Braunschweig
Klinik- und Ärztlicher Direktor



Dr. med. Roland Kowalewski
Bereichsleitung Privatstation ViaNova /
Qualitätsmanagement
Chefarzt, Stv. Ärztlicher Direktor



Dr. med. Dr. rer. nat. Steffen Stoewer
Bereichsleitung Landhaus
Case Management
Chefarzt

Die Übergänge zwischen Burnout und Depression sind fließend – und in der klinischen Praxis mitunter schwer zu differenzieren. Was oft als berufliches Überengagement beginnt und in der Folge zur Erschöpfung führt, kann in eine behandlungsbedürftige depressive Episode münden. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die psychosozialen und neurobiologischen Mechanismen dieser Entwicklung und zeigt therapeutische Konsequenzen auf.

Das Burnout-Syndrom – ein Risikozustand

Burnout ist im ICD-11 als arbeitsbezogenes Phänomen (QD85) klassiert und stellt keine eigenständige Krankheitsdiagnose im engeren Sinn dar, sondern eine arbeitsbezogene Gesundheitsstörung, die die psychische und physische Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigen kann. Christina Maslach und Kollegen definierten Ende der 1970er-Jahre drei Kerndimensionen: **emotionale Erschöpfung**, **Depersonalisation** (zunehmende Distanzierung/Gleichgültigkeit) und **reduzierte Leistungsfähigkeit**.

Psychosoziale Auslöser

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Johannes Siegrist (1996, 2016) verdeutlicht, dass nicht nur die tatsächliche Arbeitsbelastung, sondern mehr noch ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung (Engagement, Leistung, Verantwortungsübernahme) und erlebter Belohnung (Anerkennung, Vergütung, Wertschätzung sowie Status- und Entwicklungsperspektiven) den zentralen Stressor darstellt.

Das Risiko erhöht sich durch perfektionistische Ansprüche mit Überengagement und starkem Bedürfnis nach Anerkennung – was nicht selten als intrinsische Motivation missverstanden wird.

Biologische Folgen: Vom Stress zur Entzündung

Warum kippt dieser Zustand bei einem Teil der Betroffenen in eine manifeste Depression? Ein Aspekt liegt in der Chronifizierung der Stressantwort.

Allostatische Last – der Preis der Anpassung

Der Organismus ist für akute Belastungen ausgelegt, nicht für Dauerstress. Bruce McEwen (2017) prägte dafür den Begriff der **allostatischen Last**: Wird dem Körper die ausreichende Regeneration verweigert, versucht er, sich durch permanente Anpassung an die Überlastung zu gewöhnen und hinterlässt «Verschleisskosten». So führt zum Beispiel die dauerhafte Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) zu einer chronischen Kortisolserhöhung, gefolgt von einer Kortisolrezeptor-Resistenz. Die körpereigene Stressregulation gerät aus dem Gleichgewicht.

Die Entzündungshypothese der Depression

In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich die Evidenz für die sogenannte Zytokin-Hypothese verdichtet (Miller & Raison, 2016). Chronischer Stress führt zu einer erhöhten Aktivierung des Immunsystems. Proinflammatorische Zytokine wie Interleukin-6 (IL-6) und der Tumor-

nekrosefaktor-alpha (TNF- α) steigen an. Diese Botenstoffe überwinden die Blut-Hirn-Schranke und greifen direkt in den Neurotransmitterstoffwechsel ein. Sie aktivieren das Enzym IDO (Indolamin-2,3-Dioxygenase), das Tryptophan – die Vorstufe von Serotonin – vom Stoffwechselweg abzieht und in neurotoxische Metaboliten umwandelt (Kynurenin-Weg). Die Folge ist nicht nur ein Serotoninmangel, sondern auch eine glutamaterge Exzitotoxizität mit potenzieller hippocampaler Neurodegeneration (Dantzer et al., 2008).

Fallbeispiel

Herr B., 52 Jahre, leitender Angestellter, stellte sich nach mehrmonatiger Arbeitsunfähigkeit in unserer Spezialabteilung vor. Er arbeitete seit Jahren 60 Stunden pro Woche, berichtete von zunehmender Erschöpfung, Schlafstörungen und dem Gefühl, «nicht mehr zu können». Die Hausärztin hatte zunächst die Diagnose «Burnout» gestellt und eine vierwöchige Auszeit empfohlen.

Bei der Aufnahme zeigte Herr B. jedoch bereits eine ausgeprägte Anhedonie mit Morgentief sowie eine psychomotorische Verlangsamung. Das Beck-Depressions-Inventar (BDI-II) ergab einen Wert von 32 – was auf eine schwere depressive Episode hinweist.

Klinischer Verlauf: Die somatische Diagnostik zeigte erhöhte Entzündungswerte sowie Zeichen eines Hyperarousals. Im Verlauf der stationären **Psychotherapie** in Kombination mit einem Antidepressivum (SSRI) und einem strukturierten Aktivierungs- und Spezialtherapieprogramm kam es zu einer langsamen, aber kontinuierlichen Besserung. Nach acht Wochen konnte Herr B. in ein ambulantes Setting entlassen werden.

Der Übergang: Klinische Warnzeichen

Aus unserer klinischen Erfahrung lassen sich drei zentrale Warnhinweise identifizieren, die den Übergang vom Burnout zur Depression markieren:

- 1. Entgrenzung der Symptomatik:** Erschöpfung und Verdruss beschränken sich nicht mehr auf den Arbeitskontext, sondern erfassen alle Lebensbereiche.
- 2. Affektive Beteiligung:** Zur Erschöpfung tritt eine tiefe, situationsunabhängige Niedergeschlagenheit.

3. Somatisches Syndrom: Früherwachen, Morgentief, Appetit- und Libidoverlust deuten auf eine biologische Entgleisung hin.

Je ausgeprägter diese Symptome sind, desto mehr nähert sich das Bild einer manifesten Depression (ICD-10: F32.x) an – und desto weniger ist es mit einer «Auszeit» getan.

Therapeutische Konsequenzen

Das neurobiologische Verständnis der Stress-Depressions-Achse hat unmittelbare therapeutische Implikationen und unterstreicht den multimodalen Behandlungsansatz.

Psychotherapie: Im Vordergrund stehen die Förderung der Stressbewältigung, die Modifikation dysfunktionaler innerer Antreiber sowie – bei entsprechender Indikation – die tiefenpsychologische Bearbeitung zugrunde liegender Konflikte.

Pharmakotherapie: Bei ausgeprägter depressiver Verstimmung, häufig begleitet von Schlafstörungen, psychomotorischer Verlangsamung oder auch Anspannung, ist der Einsatz von Antidepressiva indiziert. Diese wirken dabei nicht nur auf monoaminerge Systeme, sondern entfalten zusätzlich immunmodulatorische bzw. antiinflammatorische Effekte.

Lifestyle-Medizin: Regelmässige körperliche Aktivität wirkt entzündungshemmend und fördert die Neurogenese. Schlafhygiene und achtsamkeitsbasierte Verfahren sind essenzielle Bestandteile der Behandlung.

Spezialisierte Behandlung in der Privatklinik Aadorf

In der Privatklinik Aadorf bieten wir für Patientinnen und Patienten mit Stressfolgeerkrankungen und depressiven Entwicklungen ein **strukturiertes, spezialisiertes Behandlungsetting**. In unserer entsprechenden Schwerpunktabteilung verbinden wir eine differenzierte somatische Abklärung – einschliesslich Entzündungsmarker, Hormonstatus und relevanter Mikronährstoffe – mit evidenzbasierter Psychotherapie (verhaltenstherapeutisch, systemisch und tiefenpsychologisch) sowie modernen, aktivierenden Verfahren.

Unser multiprofessionelles Team aus Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Spezialtherapeutinnen und Pflegefachpersonen arbeitet nach dem Prinzip der **persona-**



lisierten Medizin: Die Behandlung wird konsequent am individuellen biologischen und psychosozialen Profil ausgerichtet.

Gerade bei komplexen, chronifizierungsgefährdeten Verläufen ermöglicht dieses integrative Vorgehen eine **gezielte Unterbrechung maladaptiver Stressprozesse** und eine nachhaltige Stabilisierung.

Ausblick

Die Entzündungshypothese der Depression eröffnet weitere therapeutische Perspektiven. Es wird an antiinflammatorischen Strategien als Ergänzung zur etablierten Behandlung geforscht, etwa durch den Einsatz von COX-2-Hemmern oder Zytokin-Antagonisten. Eine breite Implementierung in die klinische Routine steht derzeit noch aus, die Entwicklung erweitert jedoch das Verständnis biologischer Faktoren in der Depressionsbehandlung.

Für den klinischen Alltag ergibt sich bereits heute eine klare Konsequenz: **Je früher die biologischen und psychosozialen Komponenten chronischer Erschöpfung erkannt werden, desto besser sind die therapeutischen Einflussmöglichkeiten.**

Hier kommt den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten eine zentrale Rolle zu. Die Privatklinik Aadorf versteht sich in diesem Kontext als **spezialisierte Partner in der Versorgung komplexer Fälle**, insbesondere dann, wenn ambulante oder weniger strukturierte Settings an ihre Grenzen stossen.

Unser Ziel ist es, gemeinsam mit den Zuweisenden **rechtzeitig wirksame Behandlungspfade zu etablieren** und Chronifizierungen zu vermeiden. ■

Quellen

1. **Dantzer R, et al.** From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci.* 2008;9(1):46–56. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain – PubMed
2. **Maslach C, Leiter MP.** Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016;15(2):103–111. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry – PMC
3. **McEwen BS.** Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress. *Chronic Stress.* 2017;1. Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress – PubMed
4. **Miller AH, Raison CL.** The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat Rev Immunol.* 2016;16(1):22–34. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target – PubMed
5. **Siegrist J.** Effort-reward imbalance model. In: *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior.* Academic Press; 2016:81–86. The effort-reward imbalance model
6. **Berger, M; Falkai, P; Maier, W** Arbeitswelt und psychische Belastungen: Burn-out ist keine Krankheit. *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109(14): A 700–2

Case Study

«ICH MÖCHTE, WAS ICH HIER GELERNT HABE, IN MEINEN ALLTAG MITNEHMEN.»

Über viele Jahre hinweg hatte Jürgen Baumann ein sehr ungesundes Essverhalten entwickelt, was unter anderem zu starkem Übergewicht, sozialem Rückzug und psychischen Problemen führte. Ein Klinikaufenthalt war essenziell auf seinem Weg aus der Krise. Im Gespräch erzählt er, welche Therapien ihm besonders geholfen haben und was ihm Sicherheit für die Zukunft gibt.

Herr Baumann, was hat den Ausschlag gegeben, dass Sie sich für einen Klinikaufenthalt entschieden haben?

Der Punkt kam, als ich gemerkt habe, dass ich es allein nicht mehr schaffe. Ich war einkaufen und hatte, wie so oft, viel zu viel dabei, mehrere volle Taschen und noch Getränke dazu. Da die Einkaufsmöglichkeiten direkt in der Nähe sind, habe ich alles mit dem Einkaufswagen bis vor die Wohnung gebracht. Genau an diesem Tag war der Lift defekt. Ich musste nur in den ersten Stock, aber mit diesen Einkäufen bedeutete das drei Mal hoch und runter. Danach war ich völlig erschöpft, schweissgebadet, und mir wurde in diesem Moment klar, dass es so nicht mehr weitergehen kann. Dieses Erlebnis war für mich der Punkt,

an dem ich mir eingestehen musste, dass ich Hilfe brauche. Die Entscheidung für die Klinik war dann ein sehr bewusster Schritt, weil ich gemerkt habe, dass ich etwas Grundlegendes verändern muss.

Wie haben Sie den Aufenthalt in der Privatklinik Aadorf erlebt?

Der Aufenthalt war für mich sehr intensiv und gleichzeitig sehr bereichernd. Was mich besonders überrascht hat, war die Atmosphäre. Es fühlt sich nicht wie eine klassische Klinik an, sondern eher wie ein Ort, an dem man ankommen darf. Die Menschen dort, egal ob Pflege, Therapie oder Reinigung, begegnen einem mit Respekt und echter Menschlichkeit. Freude gemacht haben mir vor allem die Begeg-

nungen mit anderen Patientinnen und Patienten, die Gespräche und das Gefühl, nicht allein zu sein.

Auch das Thema Essen hat für mich eine grosse Rolle gespielt. Ich habe gelernt, wieder regelmässig zu essen, bewusster auszuwählen und mich mit meinem Essverhalten auseinanderzusetzen. Ich konnte Schritt für Schritt ein anderes Verhältnis zum Essen entwickeln, ohne das Gefühl von Verzicht oder Druck.

Sie waren im Haus Viva untergebracht, das ja nicht wirklich wie eine Klinik aussieht, sondern eher wie ein Wohnhaus. Hat das Ambiente Ihr Befinden beeinflusst?

Ja, sehr. Das Haus Viva ist fast wie eine Wohngemeinschaft aufgebaut. Man hat ein gemeinsames Esszimmer, ein Wohnzimmer mit Fernseher und eine Terrasse mit Liegen und Sitzgelegenheiten, die wirklich sehr schön ist. Es gibt auch einen Pingpongtable sowie verschiedene Puzzles und Gesellschaftsspiele.

Durch dieses Umfeld entstehen ganz automatisch Begegnungen und Gespräche. Ich habe das als sehr bereichernd erlebt, weil daraus auch echte Verbindungen entstanden sind. Freundschaften, die ich so nicht erwartet hätte und die ich auch über die Zeit nach der Klinik hinaus weiterpflege.

Ein wichtiger Teil sind auch die Pflegefachpersonen, die diese Station am Laufen



Die Station Viva ist harmonisch in das gehobene Einfamilienhaus-Quartier integriert.

halten. Sie waren immer ansprechbar, offen für Gespräche und gleichzeitig für alles da, was im Alltag gebraucht wird, sei es die Medikamentenabgabe oder andere Unterstützung. Dabei hatte ich nie das Gefühl, kontrolliert zu werden, sondern immer, dass ich begleitet und unterstützt werde.

Man kommt wieder näher an einen normalen Alltag heran. Man lernt, Verantwortung zu übernehmen, Rücksicht zu nehmen und sich selbst zu organisieren. Für mich war das sehr wertvoll, weil es nicht nur um Therapie ging, sondern auch darum, wieder Boden unter den Füßen zu haben und sich selbst wieder ein Stück näherzukommen.

Neben der Einzelpsychotherapie umfasst eine Behandlung häufig auch Spezialtherapien wie Gestaltungs- oder Kreativtherapie. Wie wichtig waren solche Angebote für Sie?

Diese Angebote waren für mich ein zentraler Teil. Es war nicht eine einzelne Therapie, die den Unterschied gemacht hat, sondern das Zusammenspiel. Gerade die Kreativ- und Gestaltungstherapie hat bei mir Dinge ausgelöst, die ich mit Worten gar nicht so gut hätte ausdrücken können. Auch körperorientierte Verfahren waren für

mich sehr wichtig, weil sie einen anderen Zugang schaffen. Man kommt raus aus dem Kopf und wieder mehr in den Körper. Gleichzeitig war genau das auch eine grosse Herausforderung für mich. Ich habe mich in meinem Körper lange nicht wohlfühlt und tue das auch heute noch nicht. Gerade bei diesen Angeboten kamen viele Gedanken hoch. Doch es ging für mich nie darum, mich plötzlich wohlzufühlen, sondern darum, dranzubleiben und mich diesen Momenten trotzdem zu stellen. Rückblickend bin ich froh, dass ich das gemacht habe, weil ich dadurch Erfahrungen sammeln konnte, die mir sonst gefehlt hätten.

Welchen Stellenwert hatte die Natur in der Umgebung der Klinik?

Die Natur rund um die Klinik war für mich mehr als nur eine schöne Umgebung. Sie war ein Teil meiner Therapie. Ich bin viel draussen gewesen, oft spazieren oder einfach unterwegs im Wald. In diesen Momenten konnte ich Dinge verarbeiten, Gedanken ordnen oder einfach mal zur Ruhe kommen. Es gab Situationen, in denen ich bewusst allein raus bin, weil ich gemerkt habe, dass ich Bewegung und frische Luft brauche, um mit dem, was innerlich passiert, umgehen zu können.



Zeit in der Natur in der unmittelbaren Umgebung der Privatklinik Aadorf kann therapieunterstützend wirken.

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

Ich habe gelernt, dass mein Essverhalten natürlich ein zentrales Thema ist, aber dass es nicht nur darum geht, was ich esse, sondern wie ich damit umgehe. Ich habe verstanden, dass Gefühle, Muster und alte Erfahrungen eine grosse Rolle spielen. Eine wichtige Erkenntnis für mich war, dass ich auf nichts verzichten muss. Ich konnte Woche für Woche Gewicht verlieren, ohne dass ich das Gefühl hatte, zu hungern oder mich einzuschränken. Das hat mein Denken komplett verändert. Auch der soziale Aspekt rund ums Essen hat für mich an Bedeutung gewonnen. Das gemeinsame Kochen am Freitag war jedes Mal ein Highlight, sowohl kulinarisch als auch in Bezug auf das Miteinander.

Mit welchen Gedanken blicken Sie in Ihre persönliche Zukunft?

Mit mehr Ruhe und Zuversicht. Ich weiss, dass ich noch nicht am Ziel bin, aber ich habe Werkzeuge und ein Verständnis entwickelt, die mir Sicherheit geben. Ich möchte das, was ich hier gelernt habe, in meinen Alltag mitnehmen und weiter daran arbeiten. Ich bin zuversichtlich, dass ich meinen Weg weitergehen kann, auch mit den Hindernissen, die ein Alltag mit sich bringt. Ich bin dran – und ich bleibe dran. ■

Komplettes Interview lesen



Aus Platzgründen ist hier nur eine gekürzte Version abgedruckt – das ganze Interview mit Jürgen Baumann finden Sie auf unserer Website.

AMBULATORIUM ZÜRICH AN NEUEM STANDORT

Mit ihren beiden Ambulatorien verfügt die Privatklinik Aadorf über ambulante Anlaufstellen, die das therapeutische Angebot gezielt und sinnvoll ergänzen. Die Ambulatorien bieten Abklärungen, Beratungen und Triage bei Fragen zu Essstörungen, Adipositas, Depressionen, Burnout-Syndrom, Angststörungen, ADHS sowie zur Psychotherapie von Menschen über 50 Jahren. Die Leistungen richten sich sowohl an Zuweisende sowie Patientinnen und Patienten als auch an Angehörige und Unternehmen.

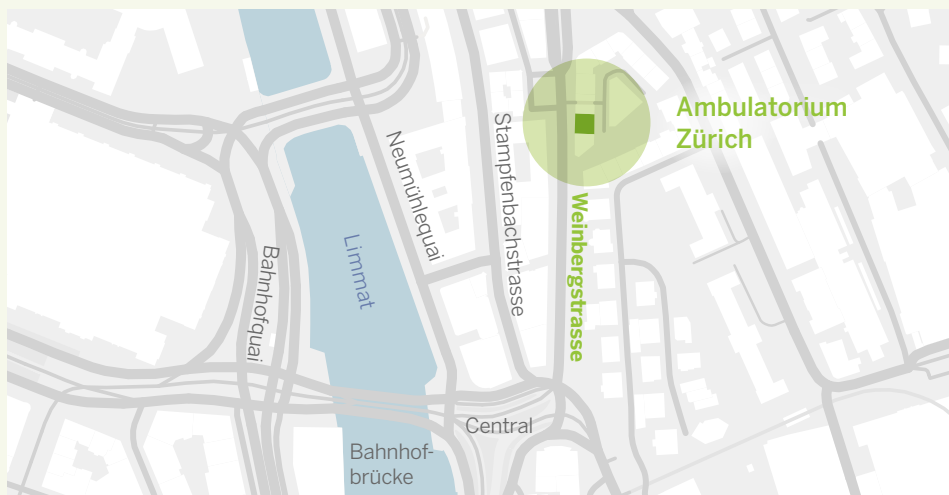
Neben dem Ambulatorium in Aadorf ist unsere Klinik auch in der Stadt Zürich präsent – neu an der Weinbergstrasse 20 in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof. Die Zuweisung erfolgt wie gewohnt über Haus- und Fachärzte oder Psychologen, auch eine Selbstzuweisung ist möglich.

Ambulatorium Zürich

Weinbergstrasse 20
8001 Zürich

Telefon +41 52 368 88 88

ambulatorium-zuerich
@klinik-aadorf.ch



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



Selbst-
zahlende
In- und
Ausland

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

