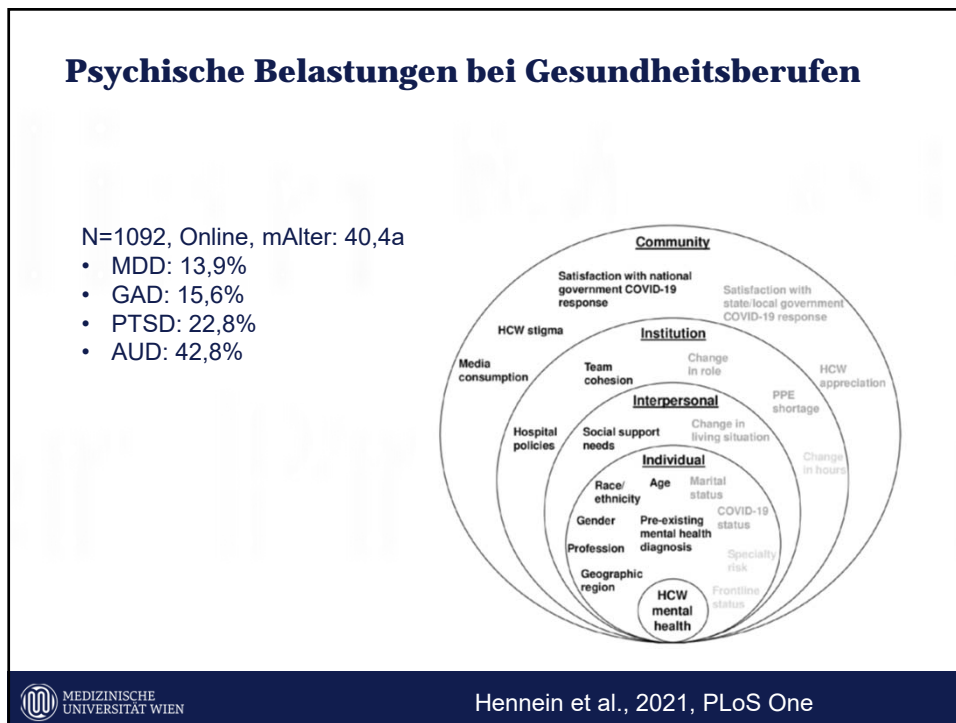
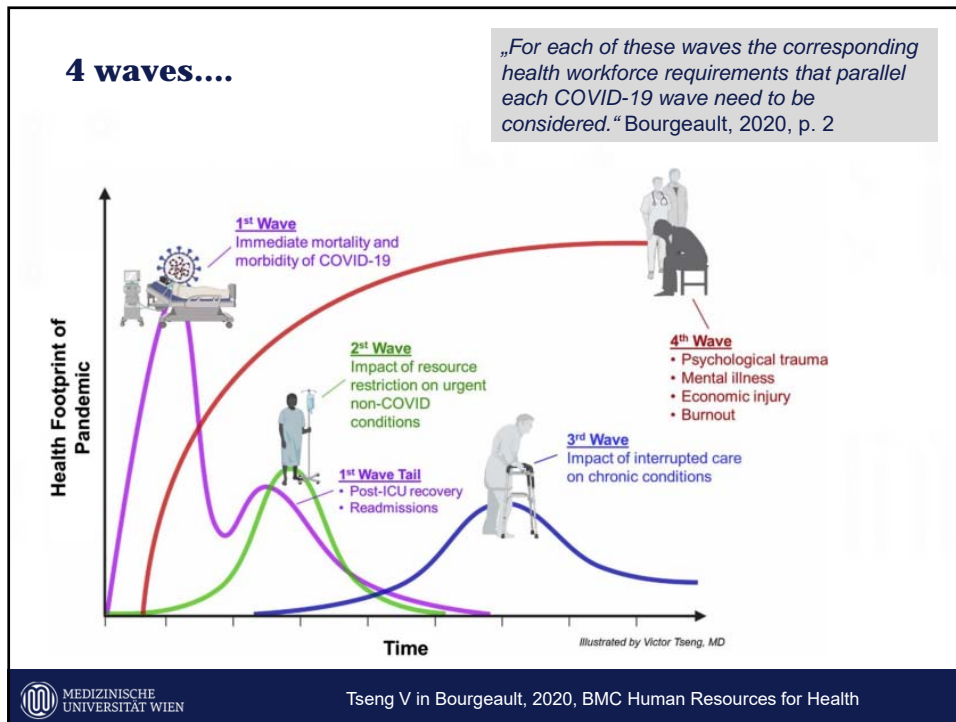


# Wer schützt uns?

Paul Plener

## Übersicht

- Einführung: CoVid-19 und Belastungen
- Psychische Gesundheit:
  - Ernährung
  - Bewegung
  - Schlaf
  - Soziale Kontakte
- Was kann man tun?
- Zusammenfassung
- Diskussion



## Psychische Belastungen bei Gesundheitsberufen

- Meta-Review (n=25 Reviews)
- Ein Jahr nach CoVid-19 Beginn:
  - Mitarbeiter\*innen in Gesundheitsberufen: 6-fach höhere Raten an psych. Erkrankung als Allgemeinbevölkerung
  - Enger Kontakt zu CoVid-19 Erkrankten: 30% hohes Maß an emotionaler Erschöpfung
- Schlafstörungen stark erhöht

Population group	Mental health problem	Prevalence <sup>a</sup>
Healthcare workers	Anxiety	12–45%
	Depression	20–51%
	PTSD	19–51%
	Psychological distress	37%
	Acute stress disorder	31%
	Burn-out	29%
	Sleep problems	34–37%
	Combination of mental health problems	34%

## Psychische Belastungen/ Prot. Faktoren bei Gesundheitsberufen: persönliche Merkmale/ Umstände

Risikofaktoren	Protektive Faktoren
weiblich	Kontrollgefühl
jünger	Resilienz/ Copingfähigkeiten
Geringes Haushaltseinkommen	Erfahrung im Beruf
Körperl./ psych. Vorerkrankung	Gefühl einer Verpflichtung/ Altruismus
alleinlebend	Akzeptieren von Risiko
Quarantäne	
Sorge um Infektion	
Gefühl des Kontrollverlusts	
Unterbrechungen im persönlichen Leben	
Gefühl unvorbereitet zu sein	

### Psychische Belastungen/ Prot. Faktoren bei Gesundheitsberufen: Arbeitsumfeld

Risikofaktoren	Protective Faktoren
Pflege	Vorhandensein med. Ressourcen
Hohes Risiko im Pat.kontakt	Effizientes Gesundheitssystem
Infizierte*r Kolleg*in	Infektionskontrolle und Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz
Arbeit in stark betroffenen Regionen	Striktes Befolgen von Vorschriften
Stress im Job/ Unzufriedenheit	Vorhandensein von Training und Fortbildung
Schutzmaßnahmen als Einschränkung erlebt	Gute Kommunikation/ up-to-date Kommunikation
Unfreiwillige Zuweisung in Hochrisikobereich	Zugang zu psych. Unterstützung, psychologische Interventionen
	Genügend Freizeit
	Ausgeglichene Arbeitsbelastung
	Arbeit in Leitungsfunktion
	Peer support/ Teamzusammenhalt

### Psychische Belastungen/ Prot. Faktoren bei Gesundheitsberufen: soziales Netzwerk

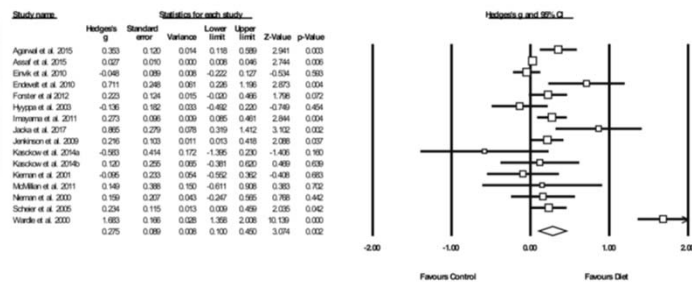
Risikofaktoren	Protective Faktoren
Sorge um Infektion von Familienmitgliedern	Soziale Unterstützung
Soziale Zurückweisung/ Stigma	
Soziale Isolation	

## Risikofaktoren: psych. Erkrankungen (nicht genet.)

- “Meta-Meta-Meta-Analyse” zu nicht genetischen Risikofaktoren
- 14 Meta-Analysen zu 390 Meta-Analysen mit 1180 Risikofaktoren
- Demenz: T2DM, **Depression, wenig soziale Kontakte**
- Opioid Abhängigkeit: Tabakkonsum
- Psychot. Störungen (nicht organisch): high-risk Status, Cannabis Konsum, belastende Kindheitserlebnisse
- Depressionen: Witwenschaft, sex. Dysfunktion, 3-5 metabolische Risikofaktoren, sex. Missbrauch, körperl. Misshandlung in der Kindheit, **Belastung in der Arbeit, Adipositas, Schlafstörungen**
- ASD: mütterliches **Übergewicht** vor und während der Schwangerschaft
- ADHS: mütterl. **Übergewicht** vor und während Schwangerschaft, mütterl. Rauchen während Schwangerschaft
- Nur ein robuster protektiver Faktor: **hohes körperliches Aktivitätsniveau** gegen Alzheimer

## Ernährung, Depression und Angst

- Meta-Analyse zu Einfluss von Ernährung auf Depression und Angst
- N=16 RCTs (n=45.826) mit non-clinical depression
- Reduktion depressiver Symptomatik bei Ernährungsumstellung (g = 0.275, 95% CI = 0.10 to 0.45, p = .002), kein Effekt auf Angststörungen
- Effekt größer bei weiblichen TN
- Größter Effekt: Reduktion von Fettanteil und generell Gewichtsverlust



## Adipositas, Depression und Inflammation

- Adipositas: chron. Inflammation:
  - IL-6, TNF- $\alpha$ , hs-CRP, Leptin  $\uparrow$
  - IL-6 aus Fettgewebe sezerniert
- Adipozyten und Macrophagen sezernieren IL-6, TNF- $\alpha$ , und Leptin
- Hohe Spiegel an IL-6 und hc-CRP: Prädiktor für depressive Symptomatik nach 5 Jahren

## Adipositas und Depression



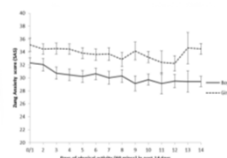
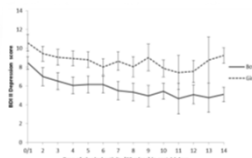
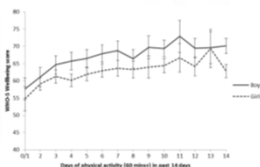
## Nahrung und psych. Gesundheit

- N=843 (14a→17a)
- BMI mit 14a↑
  - BMI mit 17a↑
  - Leptin↑
  - CRP↑
  - Depression↑
  - Psych. Gesundheit↓



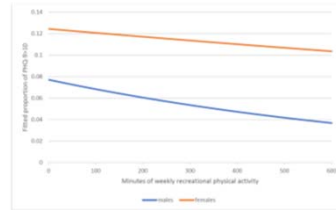
## Körperliche Aktivierung und Wohlbefinden

- Körperl. Aktivität in europ. Jugendlichen (n=11.110, 10 Länder, mA: 14,8a; 60+min/Tag: 13,6%: m:17,9%; w: 10,7%)
- Aktivität↑: Wohlbefinden↑, Depression ↓, Angst↓

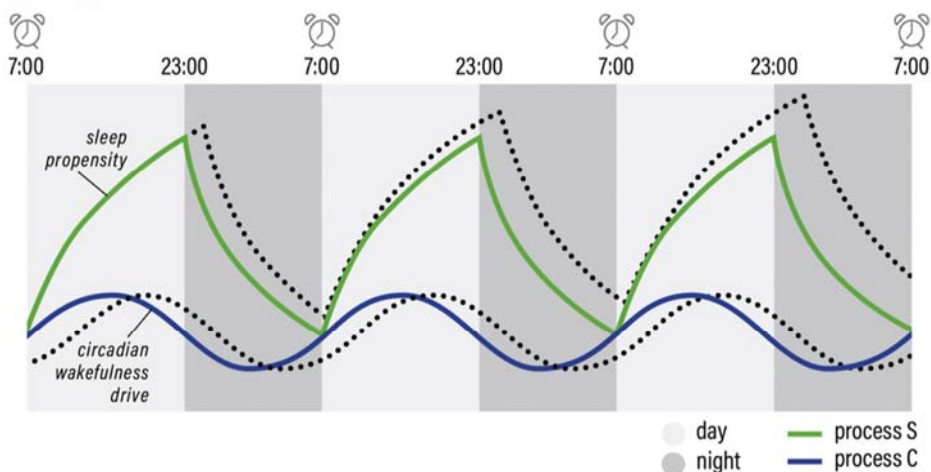


## Körperliche Aktivität und psych. Gesundheit

- Ungdata survey (Norwegen): n=5.531 (15-16a) und 11.655 (13-14a)
  - Geringere Depressionsscores wenn in Sportclubs aktiv (aOR: 0,57 bzw. 0,47)
- Nord-Trøndelag Health Study (n=7.619: 13-19a)
  - Höhere Lebenszufriedenheit und höhere Selbstwert wenn in Teamsportarten
  - Höheres körperliches Aktivitätsniveau: geringeres Stresslevel (OR: 0,63)
- Canadian Community Survey (n=9.000, 12-17a)
  - 21,2%: gar keine körperliche Aktivität: schlechtere Werte: PHQ-9, diagnostizierte affektive und Angsterkrankungen
- NLSCY study (n=9.702, 14-15a)
  - Körperl. inaktiv (nie bis max. 1x/Monat) v.s aktive Jugendliche (min. 1x/Woche):
    - Depression: OR: 1,43, Angststörung: OR: 1,88



## Schlafen





## **Zu wenig Schlaf: Delayed sleep wake phase disorder**

- Empfehlung: 8-10h
- 62-72%: <8h
- Bei Deprivation: Zunahme an: Depression, Emotionsregulation, NSSV
- DSWPD:
  - Deutliche Verzögerung beim Einschlafen: durch Aufwachzeit: verkürzte Schlafdauer
  - >3 Monate, durch Schlaftagebuch oder Aktigraphie dokumentiert
  - Bei freiem Schlaf: gute Schlafqualität aber weiter verzögertes Einschlafen
  - Keine andere Ursache

## **Schlafrestriktion und Essen**

- Randomisiertes Cross-over Schlafdeprivationsdesign
- N=31 (14-17a),
- 3 Wochen: 1 Woche Baseline, 5 Nächte: 6,5h vs. 10h, 2 Nächte wash-out, 5 Nächte Cross-over: Aktigraphie, Hunger, Bilder von verschiedenen Speisen
- Bilder von Süßspeisen nach Schlafrestriktion ansprechender (Cohen's  $d = .41$ ,  $t = 2.07$ ,  $p = .045$ ). Kein Einfluss auf Hunger oder Einschätzung nicht-süßer Speisen.
  - Höhere Kalorienzufuhr: 11%, Zunahme an Süßigkeiten und Desserts: 52%
- Schlafentzug kann zu Gewichtszunahme und Adipositas beitragen

## Schlaf und Adipositas

- Syst. Review prospektiver Studien (n=42)  $\geq 1$  Jahr
- Kurze Schlafdauer: Assoziation mit Übergewicht und Adipositas in allen Altersklassen
- BMI (mUnterschied:-0.03 kg/m<sup>2</sup>; für jede zusätzliche Stunde Schlaf; p = .001).

## Schlaf und Stimmung

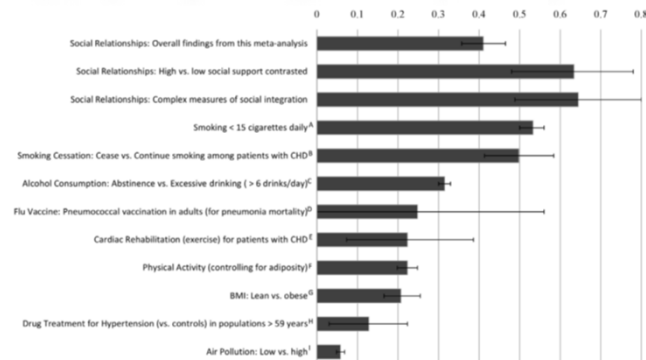
- Schlafdeprivation: signifikanter Prädiktor für physische Gewalt unter Jugendlichen (n=11.912; median a: 14.5),
- Schlafdeprivation:
  - N=34 (15-17 Jahre): Schlaflabor (10d, 9 Nächte)
  - 5 Nächte mit 5, 7,5 oder 10h zugelost
  - Stimmung all 3h gemessen mit VAS
  - 5h Gruppe: häufiger: depressiv, wütend, verwirrt, weniger energiegeladen weniger glücklich
  - Zunahme an glücklichen Gefühlen bei 10h Gruppe
- Schlafdeprivation:
  - N=50 Adoleszente (14-17a), RCT
  - 3 Wochen Schlaf Manipulation: 1 Woche Baseline, 6,5h für 5 Nächte, 10h für 5 Nächte
  - Assessment durch TN und Eltern
  - Schlafrestriktion: angespannt, wütend, feindselig, verwirrt, ermüdet, weniger tatkräftig
  - Eltern und Adoleszente: größere Reizbarkeit, oppositionelles Verhalten und schlechtere Emotionsregulation

## Empfehlung bei Schlafstörungen

- Empfehlungen DSWPD:
  - 30 Minuten vor Schlafzeit: kein helles Licht
  - Bettzeiten 15-20 Minuten pro Tag nach vorne legen
  - Kleine Dosen von Melatonin (4-6h vor Schlafenszeit)
  - Licht am Morgen (idealer Zeitpunkt: 3h bevor Pat. am Wochenende aufwacht)
  - Gleich Schlafens- und Wachzeiten durch die ganze Woche.
  - Körperliche Aktivierung kann Schlafphasen verschieben
- Empfehlung Insomnie: CBT-I:
  - Stimuluskontrolle: wenn nach 20 Minuten nicht eingeschlafen: aus dem Bett
  - Sorgenliste: 5 Minuten tgl. nach der Schule
  - Paradoxe Intervention: ruhig wach liegen bleiben statt schlafen zu wollen (Angstreduktion)
  - Progressive Muskelrelaxation
  - Schlafrestriktion: Einschränkung auf weniger als gebraucht, erst wenn konsistenter Schlaf: Schlafangebot erhöhen.

## Einsamkeit tötet

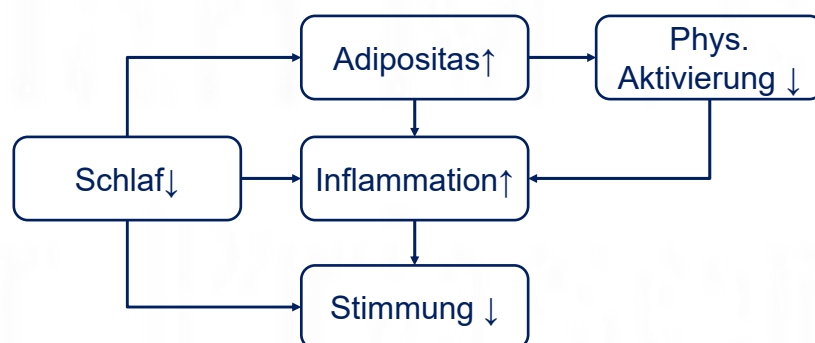
- Meta-Analyse: soziale Beziehungen und Mortalität (n=148 Studien)
- OR: 1,5: 50% gesteigerte Überlebenschance für Menschen mit besseren sozialen Beziehungen
- Übertrifft Mortalitätsrisiko vieler bekannter Faktoren



## Einsamkeit als Gesundheitsrisiko

- Meta-Review von system. Reviews (n=40)
  - Soziale Isolation und Einsamkeit: Zusammenhang mit Mortalität
  - Verschlechterung: psych. Gesundheit, kardiovaskulären Erkrankungen
- SWEOLD Studie (repräsentativ, n=1.161: 69+ Jahre)
  - Höhere Mortalität bei sozialer Isolation (>) und Einsamkeit (adjustiert für körperl. Gesundheit)
- USA: n=222 (70-90a), Labor und EMA Studie
  - Trait Einsamkeit und in EMA: höheres CRP (kein Effekt auf ILs und TNF- $\alpha$ )

## Zusammenfassung



## Eine (ziemlich banale) Zusammenfassung

- Psychische Stabilität:
  - Schlaf
  - Gesunde Ernährung
  - Bewegung
  - Mitmenschen
- CoVid-19 Pandemie hat vieles davon in Frage gestellt

## Was kann getan werden?



- Gibt es jemand, der verantwortlich ist und das Thema bei allen Prozessen „mitdenkt“?
- Gibt es ein Selbstverständnis dafür, dass man über psychische Belastungen sprechen kann?
- Gibt es (externe) Supervision?
- Gibt es Initiativen die Arbeitslast außerhalb der Arbeitszeiten einzuschränken (e-mails)? Vorbildfunktion des Managements?
- Gibt es Rückzugsräume für das Personal?
- Gibt es Möglichkeiten für gemeinsame Aktivitäten des Personals außerhalb der Arbeitszeit?
- Kann man eine standardisierte Erfassung zum Wohlbefinden durchführen?
- Ist die psychische Gesundheit ein TO Punkt bei jedem Staff Treffen?