

Mehr Gesundheit für Leib und Seele

Evaluation eines „Lifestyle“- Gruppenangebots zur Förderung des Selbstmanagements depressiv erkrankter Menschen – eine klinische Studie

Kristin Hesse¹ Betreuer: Katrin Balzer¹, Dr. Michaela Löbig², Prof. Dr. phil. Sascha Köpke¹

¹Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, ²Zentrum für Integrative Psychiatrie Lübeck (ZIP gGmbH)

Hintergrund

Depressionen gehen nicht nur mit seelischen Problemen wie Antriebsarmut und gedrückter Stimmung einher, sondern können auch das körperliche Befinden negativ beeinflussen. Berichtet ist beispielsweise ein erhöhtes Risiko von metabolischen Erkrankungen. Als Ursache werden u.a. die krankheitsbedingt beeinträchtigten Selbstmanagementfähigkeiten diskutiert, d.h. Schwierigkeiten der Betroffenen, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und diese subjektiv zufriedenstellend in den Alltag zu integrieren. Studienergebnisse zeigen, dass Menschen mit Depression sich oft ungünstig ernähren (1), und es ihnen schwer fällt, einen gesunden Schlaf-Wach-Rhythmus (2) zu finden oder sich ausreichend zu bewegen (3). Ergebnisse einer eigenen Interviewstudie belegen, dass diese Probleme mit einem hohen Leidensdruck verbunden sind (4).

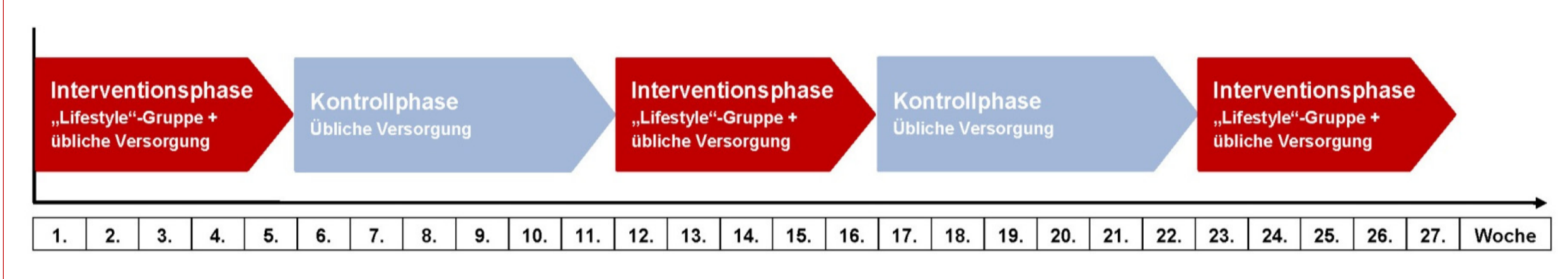
Ziel

Um Menschen mit Depression zu helfen, ihren Bedürfnissen in den Bereichen Ernährung, Schlaf und Bewegung im Alltag wieder besser gerecht werden zu können, hat das Pflgeteam der Station 7 des Zentrums für Integrative Psychiatrie (ZIP gGmbH) Lübeck, ein spezielles Gruppenangebot namens „Lifestyle“ entwickelt. Ziel dieser Studie ist es, zu überprüfen, inwieweit das neue Gruppenangebot dazu beiträgt, bei stationär behandelten Menschen mit Depression das körperlich-psychische Befinden zu fördern.

Methodik

Design: Die Fragestellung wird mittels einer prospektiv kontrollierten Studie untersucht. Phasen, in denen die „Lifestyle“-Gruppe zum regulären Therapieprogramm der Station 7 gehört (Interventionsgruppe), wechseln sich ab mit Phasen, in denen diese Gruppentherapie nicht angeboten wird (Kontrollgruppe). Abbildung 1 zeigt einen Ausschnitt aus den insgesamt fünf geplanten Wechsels.

Abbildung 1: Wechsel zwischen Interventions- und Kontrollphasen



Intervention und Kontrolle: Beide Studiengruppen erhalten die üblichen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Angebote der Station. Diese sind geleitet durch ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept und umfassen ein breites Spektrum an Einzel- und Gruppentherapien, z.B. soziales Kompetenztraining, „Depressionsgruppe“ oder Nordic Walking. Der Interventionsgruppe wird zusätzlich die „Lifestyle“-Gruppe (Kasten 1) angeboten.

Studienteilnehmer: Für die Teilnahme kommen alle Patientinnen und Patienten infrage, die wegen einer depressiven Erkrankung für mehr als fünf Wochen in die Station 7 aufgenommen werden und keine Kontraindikationen gegen die Teilnahme an der Gruppentherapie aufweisen. Voraussetzung ist weiterhin die schriftliche informierte Einwilligung. Insgesamt wird eine Stichprobengröße von 60 Teilnehmer/-innen angestrebt (30 pro Gruppe), um einen klinisch relevanten Unterschied im körperlich-psychischen Befinden (s. unten) nachweisen zu können. Die Studienteilnehmer/-innen werden fortlaufend eingeschlossen.

Datenerhebung und -analyse: Die Studienteilnehmer/-innen werden kurz nach der Aufnahme (t0), nach der „Lifestyle“-Gruppe (t1, nur Interventionsgruppe), bei Entlassung (t2) sowie vier bis sechs Wochen nach der Entlassung (t3) mithilfe standardisierter Fragebögen zu ihrem körperlich-psychischen Befinden, ihrem Ernährungs- und Schlafverhalten sowie zu ihrer körperlichen Aktivität befragt. Hauptkriterium für die Bewertung des Erfolgs der „Lifestyle“-Gruppe ist das körperlich-psychische Befinden vier bis sechs Wochen nach der Entlassung, gemessen mit dem Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS).

Kasten 1: Kurzbeschreibung der „Lifestyle“-Gruppe



- **Zeitungfang:** fünf einstündige Gruppensitzungen, geleitet von speziell geschulten Pflegenden
- **Schwerpunkte:** Ernährung, Schlaf und körperliche Aktivität
- **Inhalte:** u.a. Entwicklung von realistischen Zielen und Strategien für die Alltagsgestaltung in den genannten Lebensbereichen, Austausch von Erfahrungen und praktischen Tipps
- **Methodik:** u.a. angeleitete Selbstbeobachtung und -reflexion, „Trockeneinkauf“ und gemeinsame Planung und Zubereitung einer Mahlzeit
- **Materialien:** Patientenmanual, Ernährungsstagebuch
- **Theoretisch-empirische Grundlagen:** eigene qualitative Vorstudie (4) und Manual zur Therapie von Essstörungen durch Emotionsregulation (5)

Erwartete Ergebnisse

Die Datenerhebung startete im Oktober 2012 und endet voraussichtlich im Oktober 2013.

Drei Interventionsphasen und drei Kontrollphasen sind bereits abgeschlossen. Dabei konnten 30 Personen für die Kontroll- und 20 Personen für die Interventionsgruppe rekrutiert werden (Abbildung 2).

Bei einem Vergleich der Basismerkmale der bisherigen Teilnehmer/-innen zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (Tabelle 1). Es wird erwartet, dass sich beide Gruppen noch stärker angleichen, wenn die geplante Teilnehmerzahl erreicht ist, sodass ein aussagekräftiger statistischer Vergleich hinsichtlich der Entwicklung des körperlich-psychischen Befindens möglich ist. Diese Ergebnisse werden dann Hinweise geben, inwieweit die „Lifestyle“-Gruppe ein potenziell nützliches Therapieangebot für Menschen mit Depression ist.

Parallel erfolgt eine umfassende Prozessanalyse, um die Machbarkeit der „Lifestyle“-Gruppe im Therapiealltag zu prüfen.

Abbildung 2: Rekrutierungsverlauf

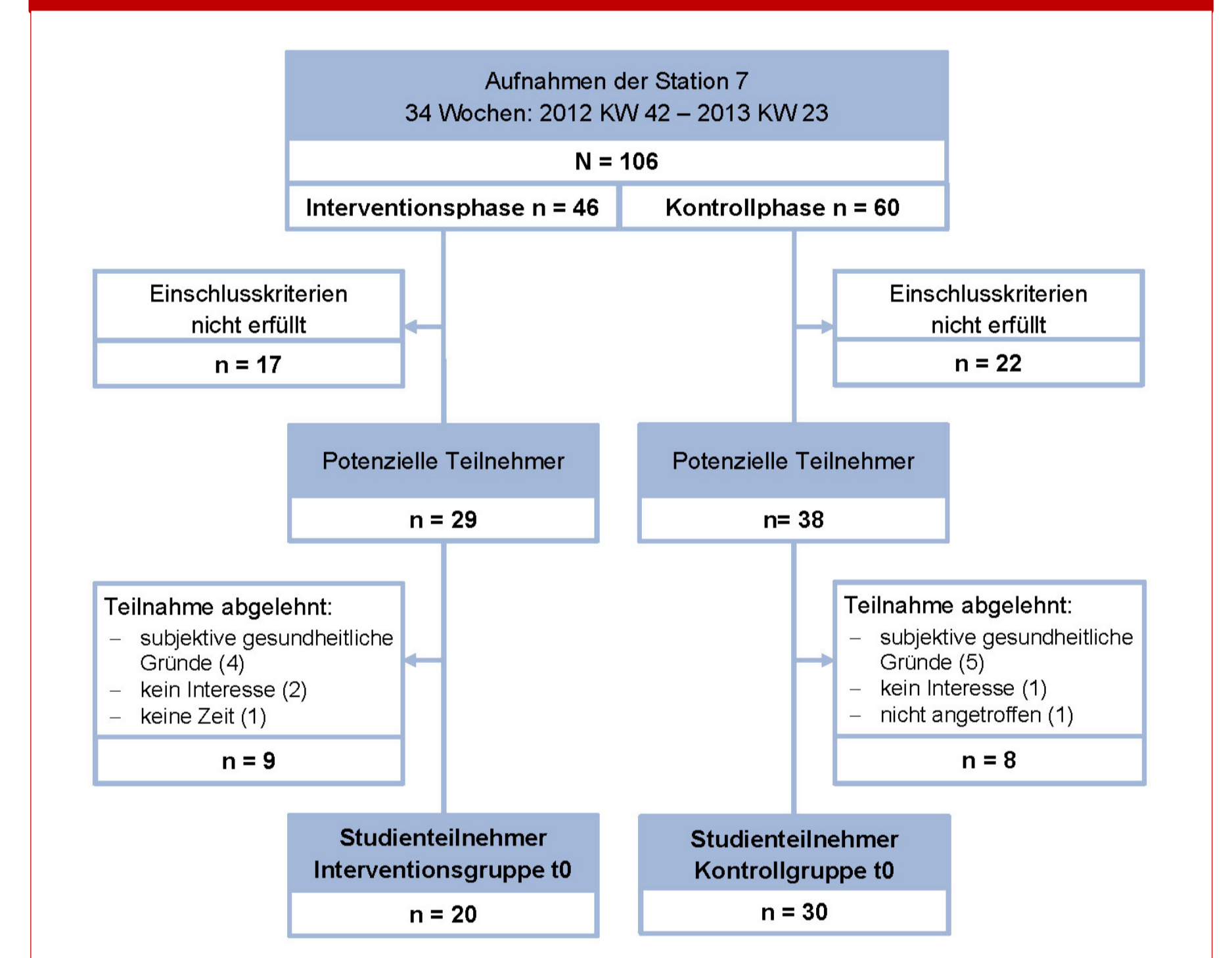


Tabelle 1: Basismerkmale bisher eingeschlossener Teilnehmerinnen und Teilnehmer (t0)

	IG n = 20	KG n = 30
Alter (Jahre) (Median, IQR)	42 (32-53)	48 (33-56)
Frauen	65 %	43 %
BMI (kg/m ²) (Median, IQR)	25 (23-31)	28 (25-32)
Stationsaufenthalt (Tage) (Median, IQR)	56 (55-56)	56 (50-56)
Dauer Depression (Jahre) (Median, IQR)	5 (2-23)	8 (3-20)
Beck-Depressions-Inventar (Median, IQR)	25 (18-33)	33 (23-39)
QIDS (Median, IQR)	16 (15-19)	17 (15-21)
Selbstwirksamkeit (Median, IQR)	20 (16-23)	21 (16-26)
Gesamtaktivität (Stunden pro Woche/MET) (Median, IQR)	9 (7-13)/35 (20-60)	6 (3-13)/26 (12-52)

Legende: BMI = Body-Mass-Index, IG = Interventionsgruppe, IQR = Interquartile range, KG = Kontrollgruppe, MET = Metabolisches Äquivalent, QIDS = Quick Inventory of Depressive Symptomatology.
Interpretation der Skalenwerte: Beck-Depression-Inventar – Wertebereich 0-63, höhere Werte = höhere Depressivität, MET – höhere Werte = höherer Energieverbrauch durch Aktivität, QIDS – Wertebereich 0-27, höhere Werte = höhere Symptombelastung, Selbstwirksamkeit – Wertebereich 10-40, höhere Werte = höhere Selbstwirksamkeitserwartungen.

Referenzen: (1) Wurtman JJ (1993). Depression and weight gain: the serotonin connection. *J Affect. Disord.* 29, 183-192. (2) Riemann D et al. (2001). Sleep and depression – results from psychobiological studies: an overview. *Biol. Psychol.* 57, 67-103. (3) Song M et al. (2012). Physical activity status in adults with depression in the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006. *Public Health Nurs.* 29, 208-217. (4) Eisold U & Balzer K (2010). *Gesundes Essen im Alltag – Vom Wollen zum Tun.* Das EAT-Projekt zur Förderung des Ernährungsverhaltens von depressiv erkrankten Patientinnen und Patienten. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Publikation in Vorbereitung. (5) Sipos V & Schweiger U (2012). *Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation.* Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

Meine Promotionserfahrungen

Was ist für mich die bisher wichtigste Erfahrung? Eine wirklich schöne Erfahrung ist für mich der regelmäßige und enge Kontakt mit den Patientinnen und Patienten sowie die Zusammenarbeit mit dem Pflege- und Behandlungsteam der Station 7. Ich habe das Gefühl, dadurch mehr Sicherheit in der Kommunikation mit anderen Menschen zu gewinnen, gerade auch bei der Besprechung von sensiblen Themen wie psychischen Belastungen.

Was habe ich bisher als größte Herausforderung erlebt? Eine große Herausforderung besteht für mich darin, Studium und Promotion miteinander zu vereinbaren. Allerdings trainiert dies auch die Fähigkeit, Zeit effektiv zu nutzen.

Was kann ich aus meiner Doktorarbeit für meine künftige Tätigkeit als Ärztin lernen? Ich glaube, durch die Promotion gelernt zu haben, wie komplex, vielseitig und aufwändig wissenschaftliches Arbeiten ist. So viele Studien, wie ich seit Beginn meiner Doktorarbeit gelesen habe, habe ich vorher nie gelesen! Inzwischen verstehe ich viel besser, wie eine Studie aufgebaut ist und was alles zu beachten ist, damit die Ergebnisse auch aussagekräftig sind. Inzwischen lese ich Studien mit ganz anderen Augen – was sicher auch wichtig ist, wenn ich später als Ärztin mit neuen Forschungsergebnissen konfrontiert werde.

Kontakt: Kristin Hesse, ☎ Kristin.Hesse@uksh.de