

Einführung in die Psychodiabetologie

Dr. phil. Hans-Ulrich Dombrowski
Fachpsychologe Diabetes DDG
Psychodiabetologie



Arbeitsgemeinschaft Psychologie und
Verhaltensmedizin in der DDG
Verein Diabetes und Psychologie e.V.

Agenda

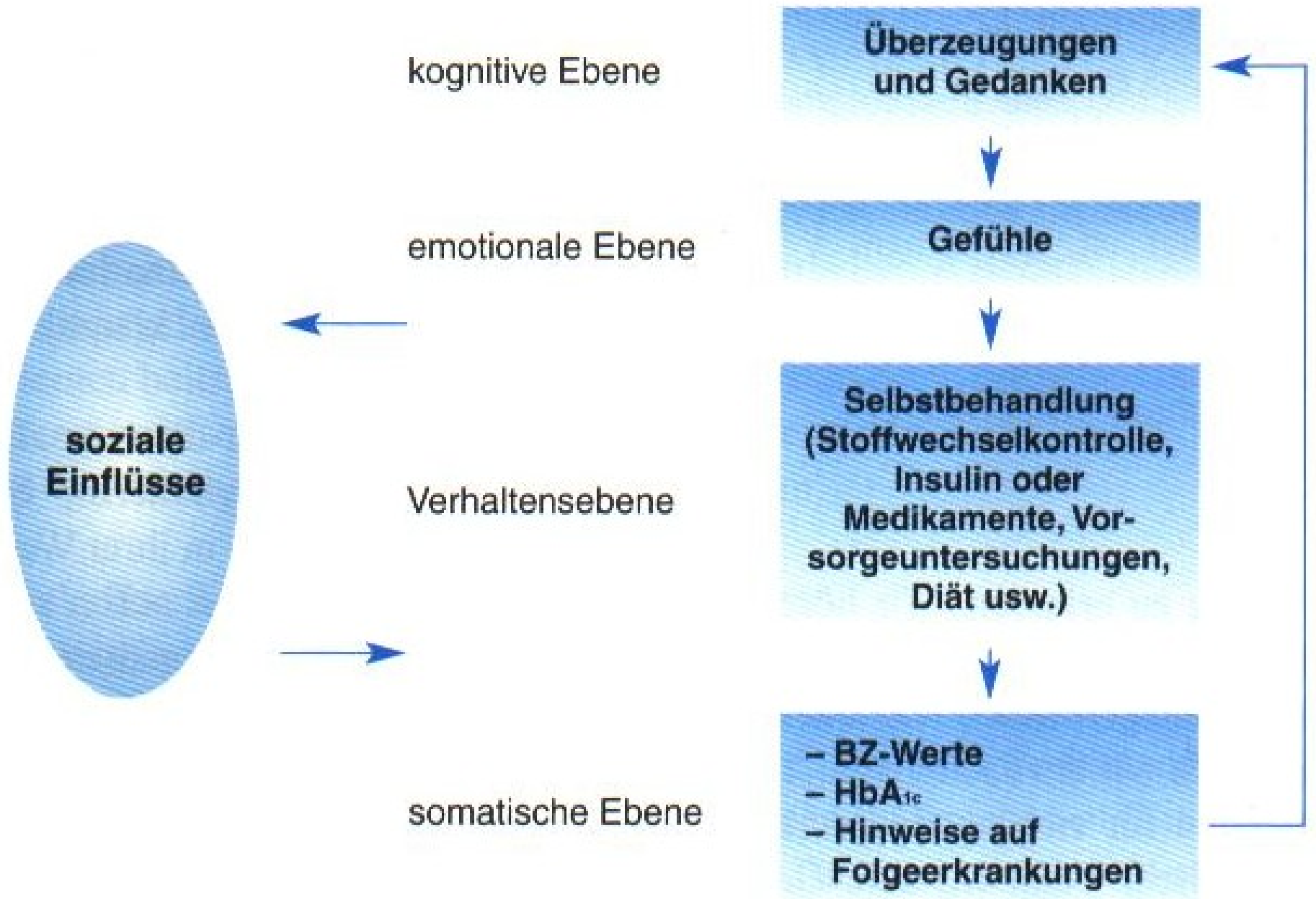
- Bio-psycho-soziale Sichtweise
- Ergebnisse der Wissenschaft
- Psycho-soziale Belastungen von Diabetikern
- Behandlungsmöglichkeiten durch den Psychodiabetologen
- Evidenz-basierte Leitlinien
- Komorbidität: Diabetes und Depression
- Psychologische Aspekte der Diabetestherapie

Agenda

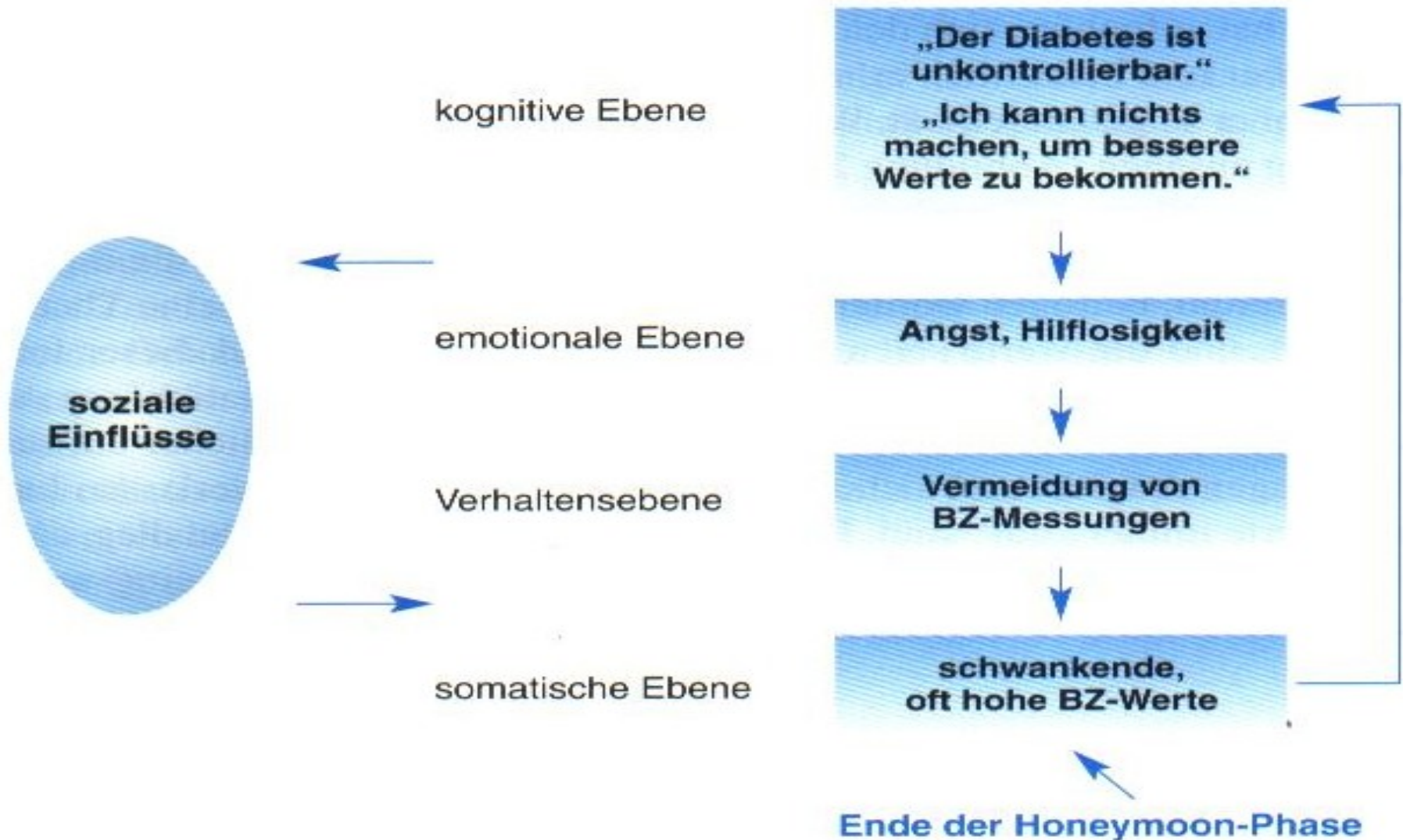
- Aufgaben des ambulant tätigen Psychodiabetologen
- Psychodiabetologische Qualifikationen
- Behandlungsmöglichkeiten durch den EBM 2000 plus
- Was kann noch getan werden?
- Literatur & Adressen
- Fragen, Diskussion

Bio-psycho-soziale Sichtweise

- Für die Therapie und langfristige Prognose des Diabetes sind somatische, psychologische und soziale Faktoren *gleichermaßen* wichtig.
- Diabetes kann als einer der *Prototypen* für psychologische und psychotherapeutische Behandlung und Unterstützung somatomedizinischer Maßnahmen angesehen werden.



Psychosomatischer Rückkopplungsprozeß im Falle der Überforderung durch Veränderungen auf der somatischen Ebene (Woods-Büggeln, 2002)



Die moderne Diabetesbehandlung berücksichtigt

- Die Einstellung des Patienten zum Diabetes und seiner Behandlung (Kognitionen)
- Die gefühlsmäßige Verarbeitung seiner Erkrankung sowie der lebenslangen Therapiemaßnahmen und den möglichen Spätfolgen des Diabetes (Emotionen) sowie
- Seine Verhaltensprobleme im Umgang mit der Erkrankung und Therapie (Verhalten).

Untersuchungsergebnisse

- Emotionales Schockerleben und Angst bei der Diagnosestellung Diabetes mellitus
- Häufige psychische Störungen (Depression, Angst, Eßstörungen, Sucht)
- Angst vor Spätschäden als hohes psychisches Belastungsmoment
- Oftmals unzureichende Anpassung an das Leben mit einer chronischen Erkrankung (Krankheitsakzeptanz, Krankheitsbewältigung)

Untersuchungsergebnisse

- Emotionale Verstimmungen und psychische Grunderkrankungen stellen Ursachen für eine mangelnde Compliance und Diabeteskontrolle sowie für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Eintreten von Spätfolgen dar
- Vorhandensein einer Vielzahl von Alltagsproblemen und Belastungen (z.B. Umgang mit Hypoglykämien, Regelmäßigkeit der Lebensführung) mit Einfluss auf das Krankheitsgeschehen
- Insulinumstellung wird als starkes Belastungsmoment erlebt

Untersuchungsergebnisse

- Internale und Selbstverantwortung fördernde Gesundheitsüberzeugungen („Health-beliefs“) als wichtige Einflussgröße
- Entscheidender Einfluss von psychosozialen Faktoren auf das Ausmaß der Compliance, des Selbstmanagement und der Stoffwechseleinstellung

Psychosoziale Belastungen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes

- Positive Korrelation mit
 - Stoffwechsellage
 - Diabetische Folgeerkrankungen
 - Insulintherapie
 - Schulungsanamnese
 - Diabetesdauer
- Keine Korrelation mit
 - Gewicht

Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Typ-2-Diabetikern

- Bei Diagnoseeröffnung 47,0 %
- Bei Feststellung von Folgeerkrankungen 23,0 %
- Während Krankenhausaufenthalt u./o. 14,8 %
strukturierter Schulung
- Bei Partnerschaftskonflikten 12,4 %
- Nach schweren Hypoglykämien 10,5 %

Herpertz et al. (2000)

Therapeutische Hilfen durch den Psychodiabetologen

- Hilfe zur Krankheitsbewältigung
- Hilfe zur Lebensstiländerung
- Belastungen im Rahmen der Selbstbehandlung
- Umgang mit drohenden oder bereits eingetretenen Folgeerkrankungen
- Unterzuckerungen
- Psychologische Hilfen bei Problemsituationen im Leben mit Diabetes
- Psychotherapeutische Hilfen

Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien in Bezug auf psychosoziale Interventionen

- Patientenschulungen
- Verhaltensmedizinische Interventionen
 - Blutzucker-Wahrnehmungs-Training
 - Interventionen zur Förderung der Krankheitsbewältigung
 - Interventionen zur Verbesserung interpersoneller Probleme
- Psychotherapeutische Behandlung bei
 - Depression
 - Angststörungen
 - Eßstörungen
 - Sucht (Alkohol, Nikotin)

Stellenwert depressiver Störungen beim Diabetes

- Depression: Risikofaktor für Typ 2 Diabetes
- Diabetes: Doppeltes Risiko für eine Depression
- Erhöhter HbA_{1c}-Wert
- Mehr Diabeteskomplikationen
- Schlechtere Umsetzung der Therapieempfehlungen
- Reduktion der Lebensqualität
- Hohe Komorbidität mit Rauchen
- Höhere Gesundheitskosten

(Marcus et al. 1992, Lustman et al. 2005)

An eine Depression sollte gedacht werden bei ...

- Schweren Ketoazidosen
- Schweren Hypoglykämien

Differentialdiagnostische Abklärung eines möglichen Suizidversuchs oder selbstschädigenden Verhaltens. Auf eine mögliche Suchterkrankung achten.

Die Prävalenz depressiver Störungen ist bei Diabetikern doppelt so hoch wie bei Nicht-Diabetikern

(Metaanalyse: Anderson et al., Diabetes Care, 2001)

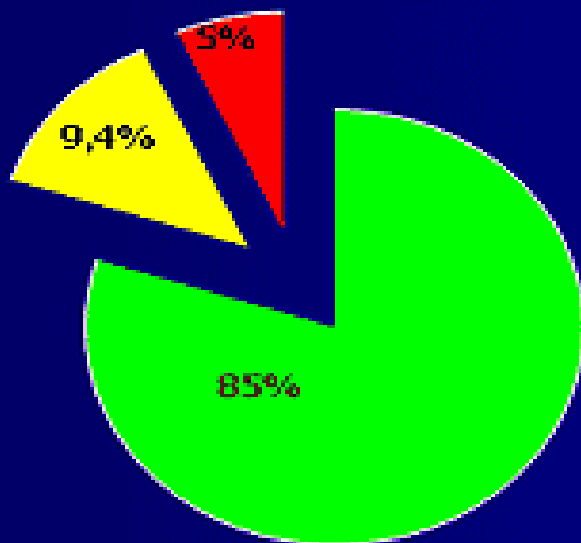


- 27 kontrollierte und 20 nicht kontrollierte Studien
- gemischte Patientengruppen
- Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente

Prävalenz subklinischer und klinischer depressiver Störungen beim Diabetes mellitus

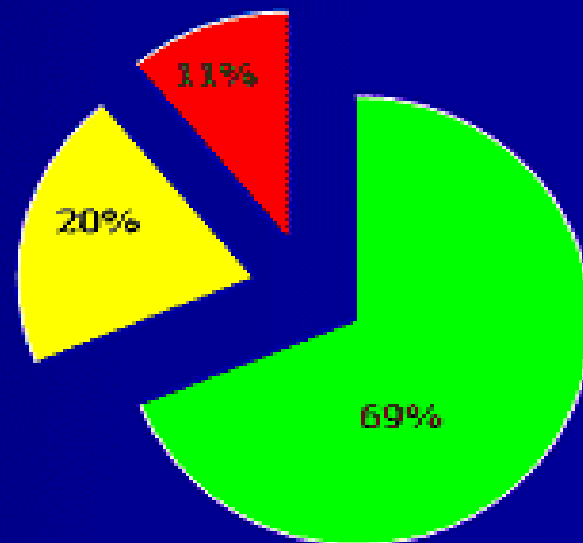
(Metaanalyse: Anderson et al., Diabetes Care, 2001)

Nicht-Diabetiker



- keine Depression
- subklinische Depression
- klinische Depression

Diabetiker



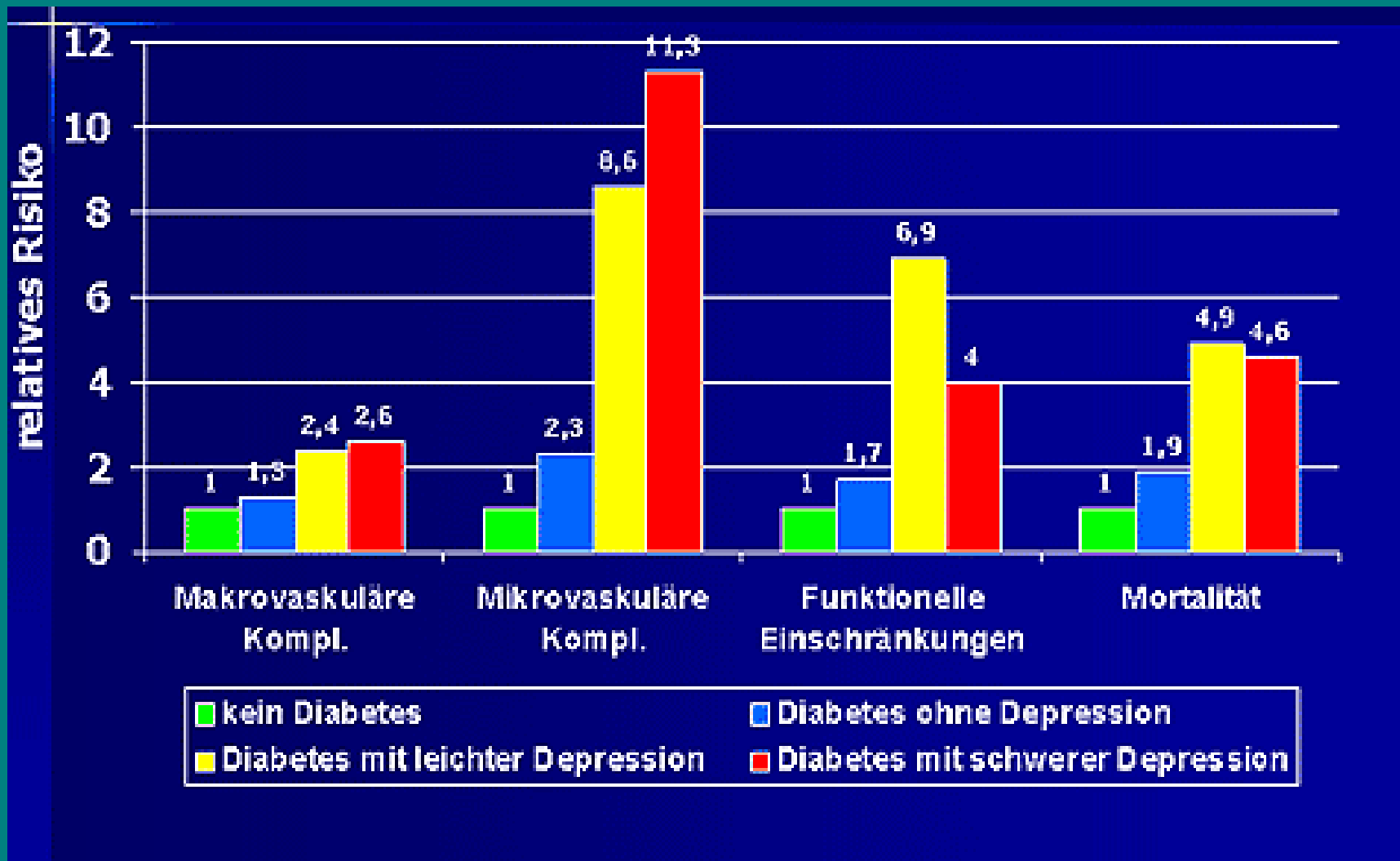
- keine Depression
- subklinische Depression
- klinische Depression

Besonderheiten bei einer Komorbidität Depression und Diabetes

- Erhöhtes Suizidrisiko [Aspekt der Hoffnungslosigkeit, z.B. weitere Einschränkungen durch Folgeerkrankungen, Verstärkerverluste (Reduktion der Lebensqualität), Insulin als Tötungsmittel liegt vor]
- Erhöhte Ermüdbarkeit, Mattigkeit und Energielosigkeit (Stoffwechsellage, lebenslanges Diabetesmanagement) > Teufelskreis aus Depression und schlechter Stoffwechsellage
- Selbstwertproblematik (Selbsterleben von schwach, unzureichend und abhängig durch den Diabetes)
- Partnerschaftskonflikte (Soziales Umfeld)

Einfluß subklinischer und klinischer depressiver Symptome auf die Prognose

(Black et al., Diabetes Care, 2003)



Komplikationen sind assoziiert mit erhöhter Depressivität

- Retinopathie
- Neuropathie
- Makrovaskuläre Veränderungen
- Mikrovaskuläre Veränderungen
- Sexuelle Dysfunktionen
- Funktionelle Einschränkungen
- Anzahl der Komplikationen
- Mortalität

Risikofaktoren für depressive Erkrankungen bei Diabetikern

- Weibliches Geschlecht
- Jüngerer Lebensalter
- Alleine lebend
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Diabetestyp (Insulintherapie bei Typ 2 Diabetes)
- Diabetesdauer
- Hoher HbA1c-Wert
- Folgeschäden
- Hypoglykämieprobleme

Behandlungsmöglichkeiten depressiver Störungen bei Menschen mit Diabetes

- KVT ist bei der Behandlung von Depressionen bei Diabetikern effektiv und führt zu einem verbesserten HbA_{1c}-Wert (dünne Datenlage). Ergebnisse über die Effektivität von anderen Psychotherapie-Verfahren liegen nicht vor.
- Die Behandlung mit SSRI führt bei der Behandlung von Depressionen bei Diabetikern zu einer Abnahme der Depression, jedoch nicht zu einem verbesserten HbA_{1c}-Wert (ebenfalls dünne Datenlage).

Effekte der Antidepressiva-Therapie

- Trizyklische AD (Nortriptylin) reduzieren die depressive Symptomatik, führen jedoch zu einer Verschlechterung der Stoffwechseleinstellung (Gefahr von Hyperglykämien) und einer deutlichen Gewichtszunahme.
- SSRI-Hemmer (Fluoxetin, Sertalin) reduzieren ebenfalls die depressive Symptomatik, können jedoch Hypoglykämien verursachen, die eine Anpassung der Insulintherapie notwendig machen.

Antidepressive Effekte durch Schulungen

- Weniger Stoffwechsellentgleisungen
- Weniger Einschränkungen durch Diabetes
- Insulintherapie und Dosisanpassung erleichtern den Alltag
- Vermindertes Auftreten von Folgeerkrankungen
- Weniger Hypoglykämien
- Bessere HbA_{1c} – Werte
- Möglichkeit zu krankheitsangemessenen Verhaltensänderungen (z.B. Fußpflege)

Antidepressiver Effekt bei Schulungen kann verstärkt werden

- wenn die Auswirkungen des Diabetes, möglicher Diabeteskomplikationen oder Therapieerfordernisse auf den Alltag explizit thematisiert werden
- wenn subjektive Annahmen zur Gesundheit und zum Krankheitserleben Berücksichtigung finden
- wenn Bewältigungsmöglichkeiten von diabetesspezifischen Belastungen (z.B. Komplikationen) angesprochen werden
- wenn Problemlösefertigkeiten und Selbstmanagement gestärkt werden

Depression und Diabetes mellitus in der ambulanten Gesundheitsversorgung

- **Hausärztliche Praxis**

Ca. 12 – 15 % der Patienten leiden an einem Diabetes. Bei einer Depressions-Prävalenz von 15 % und 1.000 Patienten betreut der Hausarzt ca. 20 Menschen mit Diabetes, die gleichzeitig an einer Depression erkrankt sind.

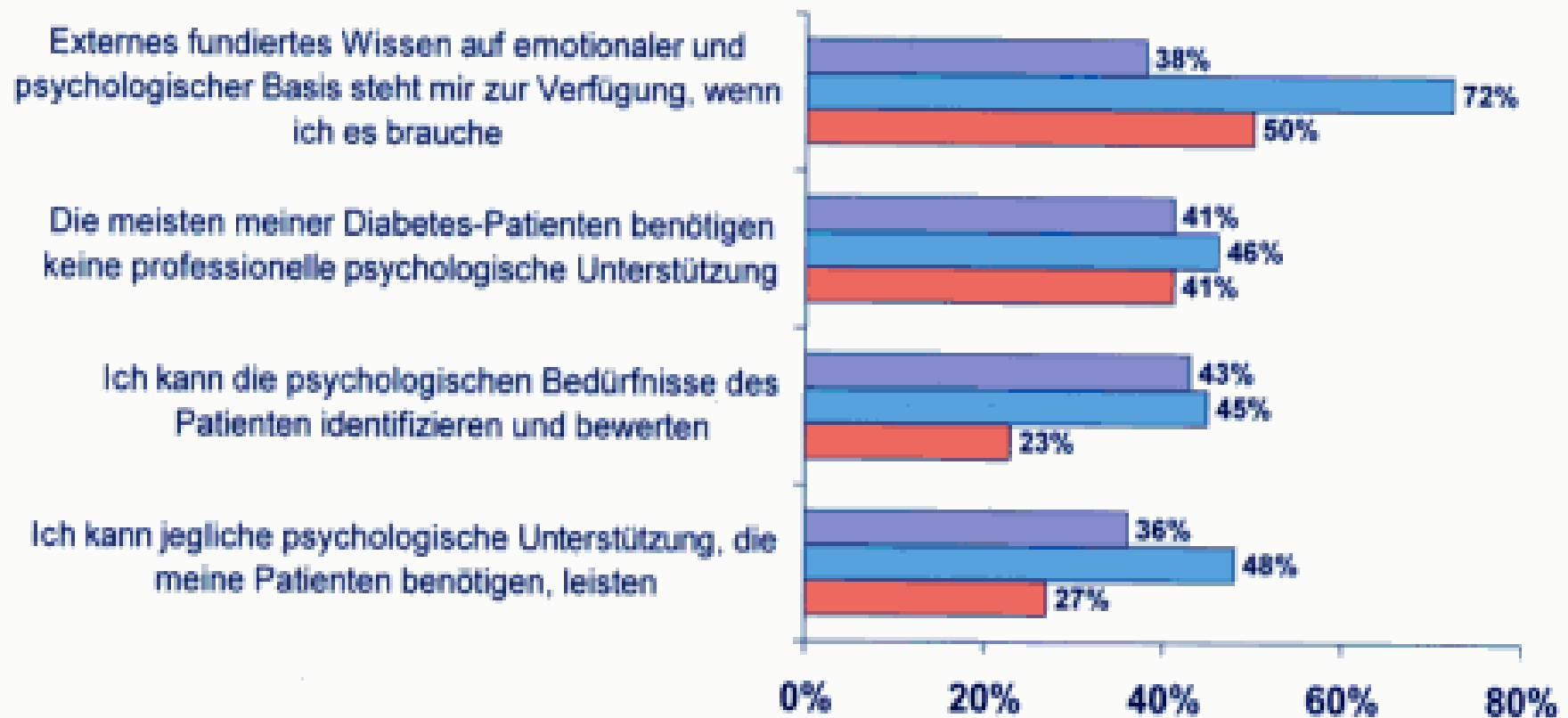
- **Diabetologische Schwerpunktpraxis**

Es liegen bisher keine ausreichenden Zahlen vor.

(Hübner, 2004)

Psychologische Aspekte der Diabetes-Therapie - % Zustimmung

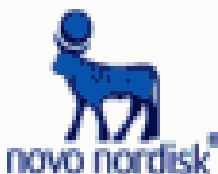
Basis: Alle Befragten



DAWN

Diabetes Attitudes, Wishes and Needs

■ Allgemeinarzt ■ Spezialist ■ Diabetesberaterin



Überweisung zum Psychologen, Psychotherapeuten und Facharzt

- Diabetes Mellitus Typ I
 - vom Allgemeinarzt: 1,2 %
 - vom Diabetologen: 2,0 %
- Diabetes Mellitus Typ II
 - vom Allgemeinarzt: 1,3 %
 - vom Diabetologen: 1,6 %

Aufgaben des ambulant tätigen Psychodiabetologen

- **Diagnostik (Eingangs- und Verlaufsdagnostik)**
 - Testdiagnostik (Psychiatrische Erkrankungen, Psychosoziale Belastungen, Lebensqualität, neuropsychologische Parameter)
 - Exploratives Gespräch (zur Erfassung für die Krankheitsprognose bedeutsamen psycho-sozialen Bedingungen, wie Risikofaktoren, Bewältigung körperlicher Symptome, Angst / Depression).
 - Verhaltensanalyse / Problemanalyse

Aufgaben des ambulant tätigen Psychodiabetologen

- **Interventionen**
 - Beratungsgespräche (Einzel, Paar, Familie)
 - Richtlinienpsychotherapie
 - Schmerztherapie
 - Paar- und Sexualtherapie
 - Verhaltensmedizinische Einzelmaßnahmen (BZ-Wahrnehmungstraining, Interventionen zur Förderung der Krankheitsbewältigung und / oder zur Verbesserung interpersoneller Probleme)
 - Teilnahme an Schulungen (psychologischer / psychosozialer Part)

Aufgaben des ambulant tätigen Psychodiabetologen

- Spezielle Trainingsgruppen / Gruppentherapie (Hypoglykämiewahrnehmungstraining, Ängste vor Folgererkrankungen, Gewichtsreduktionsgruppe, Nichtrauchertraining, Soziales Kompetenztraining)
- Konsiliarische Tätigkeit (Krankenhaus, DSP)
- Teilnahme an Qualitätszirkeln mit Haus- und Fachärzten
- Mitwirkungen an Fortbildungen (Ärzte, Diabetesberaterinnen, Krankenschwestern, Arzthelferinnen)
- Vortragsveranstaltungen
- Mitbetreuung von Selbsthilfegruppen
-

Psychodiabetologische Qualifikationen der ambulant tätigen Psychotherapeuten

- Möglichkeit des Erwerbs der Weiterbildungsqualifikation „Fachpsychologe Diabetes DDG“ der AG für Psychologie und Verhaltensmedizin
- Anerkannte Fachpsychologen: 88 (weitere 50 haben einzelne Kurse besucht)
- Erwerb auch für ambulant tätige Psychotherapeuten seit 2003 möglich
- 15 – 20 Niedergelassene (Schätzung), 12 in Ausbildung
- Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Psychodiabetologie“ der LPK Rheinland-Pfalz seit dem 31.01.2004

Fachpsychologe/in Diabetes DDG (für Niedergelassene)

- Mindestens 5jährige psychotherapeutische Tätigkeit
- Teilnahme an sechs zweitägigen Seminaren
 - Physiologisch-medizinische Grundlagen I
 - Physiologisch-medizinische Grundlagen II
 - Verhaltensmedizinische Grundlagen I
 - Verhaltensmedizinische Grundlagen II
 - Diabetes und Soziales. Gesundheitspolitik. Qualitätssicherung.
 - Fallseminar
- 1 x fünftägige Hospitation in einer von der DDG anerkannten Fachklinik
- 4 Falldokumentationen

Zusatz „Psychodiabetologie“

LPK Rheinland-Pfalz

- Mindestens 18 monatige Tätigkeit in anerkannter Diabetes-Einrichtung (alternativ: Kooperation oder Honorartätigkeit)
- 5 Seminare (vergleichbar Fachpsychologe Diabetes DDG / Fallseminar fällt weg)
- 20 Stunden fallbezogene Supervision
- 40 Falldokumentationen
- 1 x fünftägige Hospitation in einer anerkannten Fachklinik

Behandlungsmöglichkeiten durch den EBM 2000 plus

- Möglichkeit niederfrequenter psychotherapeutischer Gespräche über 10- minütige Einheiten bis maximal 15 x pro Patient und Quartal (= 1 x 50 minütige Sitzung pro Monat). Antragsfrei (EBM 23220).
- Konsultationskomplex – auch telefonisch. Ohne Begrenzung. Antragsfrei (EBM 23215).
- Etablierung von Kleingruppen bis maximal 4 Patienten. Antragungspflichtig (EBM 35222 bzw. 35223).

Einschätzung des Einsparungspotenzials bei der Krankenversorgung

Frage: „Angenommen, es müsste bei der Versorgung von Patienten mit bestimmten Krankheiten gespart werden. Nennen Sie bitte die drei Krankheiten, bei denen man Ihrer Meinung nach am ehesten Geld einsparen könnte.“

Bevölkerungserhebung in Deutschland 2004 (n=2012) (Angemeyer 2005)

Alkoholismus

Depression

Schizophrenie

Rheumatismus

Diabetes

Alzheimer

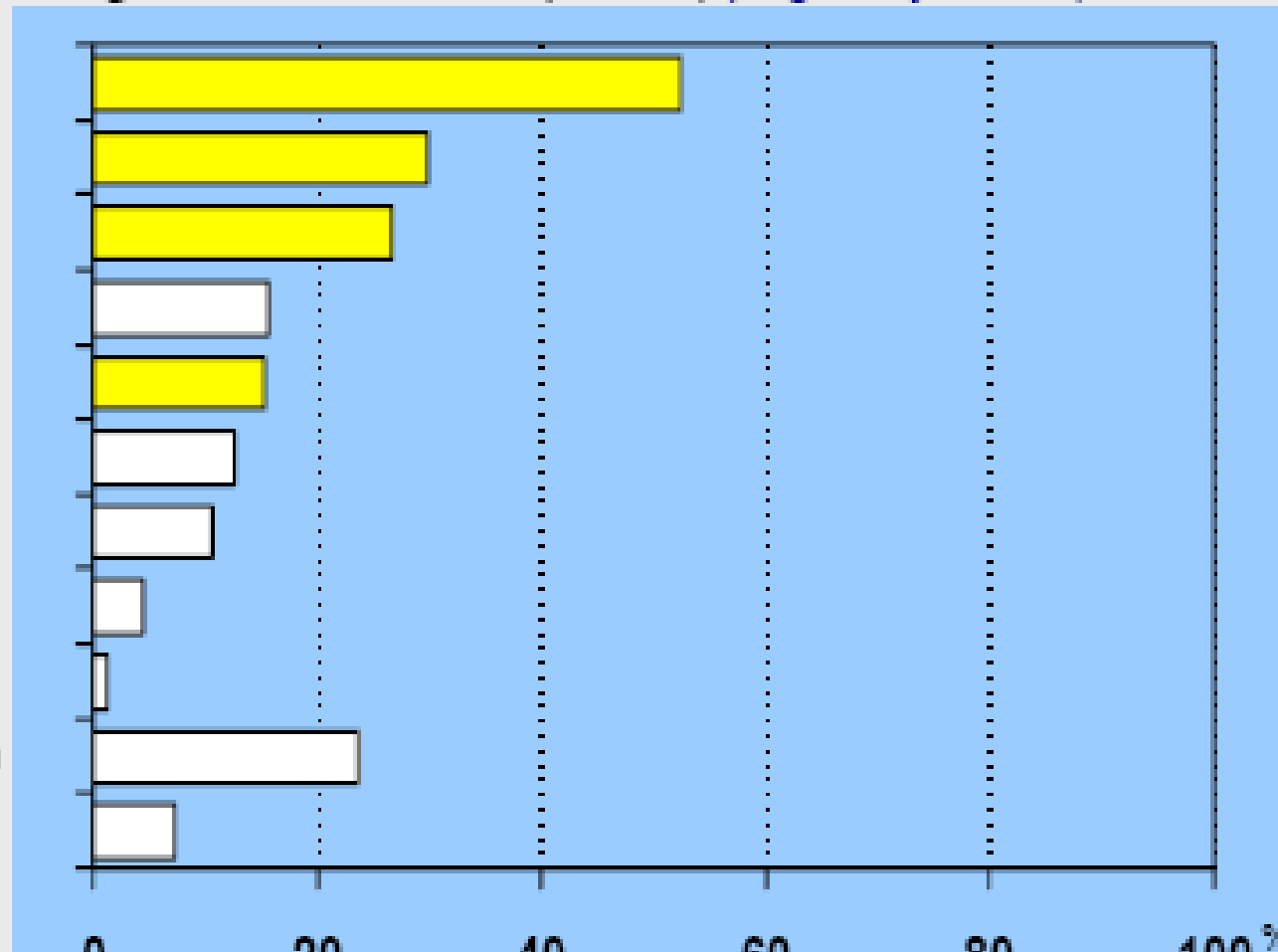
Aids

Herzinfarkt

Krebs

kann mich nicht entscheiden

k. A.



Was kann (noch) getan werden?

- Sensibilisierung für die Problematik unter den Behandlern.
- Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen den einzelnen Behandlergruppen (Ärzte – Psychotherapeuten).
- Entwicklung von Diabetes-Konferenzen und Netzwerken unter Einbeziehung unterschiedlichster Berufsgruppen.
- Etablierung von Weiterbildungen mit dieser Thematik bei den einzelnen Behandlergruppen.
- Einbeziehung von Psychologen und Psychotherapeuten in ein DMP Diabetes mellitus.

Literatur & Adressen

Psychodiabetologie

K. Lange und A. Hirsch (Hg.)

Kirchheim-Verlag

AG für Psychologie und Verhaltensmedizin

www.diabetes-psychologie.de

Vielen Dank
für Ihr Interesse

Reha-Ziele bei Patienten mit metabolischen Syndrom (Patientensicht)

- Verbesserung von Beschwerden 66,2 %
- Gewichtsnormalisierung 60,2 %
- Verbesserung von Risikoverhalten 52,3 %
- Verbesserung des krankheitsangemessenen Verhaltens 51,7 %
- Verbesserung der Krankheitsinformation 44,2 %
- Vervollständigung der Diagnostik 39,3 %
- Verbesserung von vitaler Erschöpfung und Streßbewältigung 38,5 %

Reha-Ziele bei Patienten mit metabolischen Syndrom (Arztsicht)

- Verbesserung der Krankheitsinformation 79,6 %
- Gewichtsnormalisierung 65,5 %
- Therapieoptimierung 58,6 %
- Verbesserung des krankheitsangemessenen Verhaltens 42,6 %
- Verbesserung von Beschwerden 40,5 %
- Verbesserung von körperlicher Leistungsfähigkeit 23,2 %
- Sozialmedizinische Begutachtung 17,5 %

Diabetes: Zahlen und Trends

Aktuell:

Über 6 Millionen Menschen haben Diabetes.

Trend:

10 Millionen Menschen werden bis zum Jahr 2010 einen Diabetes haben.

Bereits jetzt:

- Hoher Prozentsatz unentdeckter Vorstadien.
- Vorverlagerung der Manifestation von Adipositas und metabolischen Syndrom: jeder 4. Jugendliche (14 – 18 Jahre) ist übergewichtig.

Ziele der Diabetestherapie

- Erhöhung der Lebenserwartung
- Verbesserung der Lebensqualität

durch Anstreben individueller Therapieziele, wie

- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit)
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität
- Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen (Sehbehinderung oder Erblindung und Niereninsuffizienz / Dialyse, Transplantation)
- Vermeidung des diabetischen Fussyndoms
- **Vermeidung negativer psychosozialer Konsequenzen**

Kriterien eines guten Diabetes- Managements

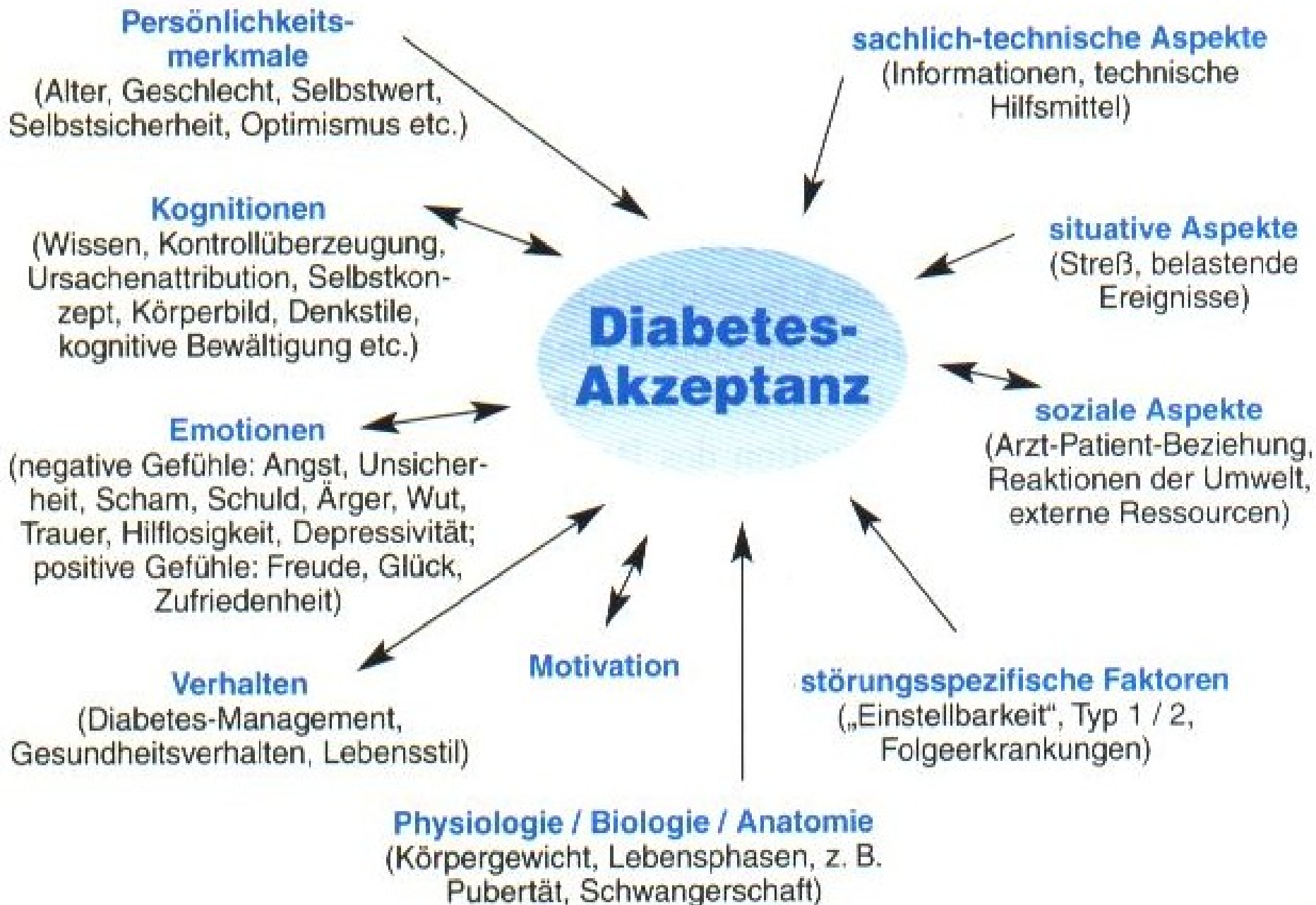
- Blutglucose nüchtern in der Regel 80-120 mg/dl
- HbA1c – Wert < 7,0 %
- Schwere Hypoglykämien keine
- Leichte Hypoglykämien selten
- Blutdruck < 130/80 mmHg
- Regelmässige Konsultation von Diabetologen und Augenarzt
- Engmaschige Messung und glaubwürdige Dokumentation der Stoffwechsellage

Selbstmanagement- und Empowermentansatz

Die primäre Ressource für die Diabetesbehandlung ist der Patient selbst. Die Verantwortung der Behandler liegt darin zu „gewährleisten, dass die Person mit Diabetes ein Leben nach **eigenen informierten Entscheidungen** führen kann. Dies wird durch die drei Elemente des Empowerments erreicht, nämlich Wissen, Verhaltensänderung und Selbstverantwortlichkeit“.

Aufgaben der Psychologie in der Reha

- Konzeption und Vermittlung psychosozialer Schulungsinhalte
- Psychosoziale Beratung von Teammitgliedern bei medizinischen Schulungsinhalten
- Gestaltung des psychosozialen Gesamtrahmens von Schulung und sonstiger Therapie
- Psychologische und verhaltensmedizinische Trainings (Hypoglykämiewahrnehmung, Raucherentwöhnung)
- Vermittlung von Entspannungsmethoden
- Beratung und Psychotherapie
- Mitwirkung bei sozialmedizinischen Entscheidungen

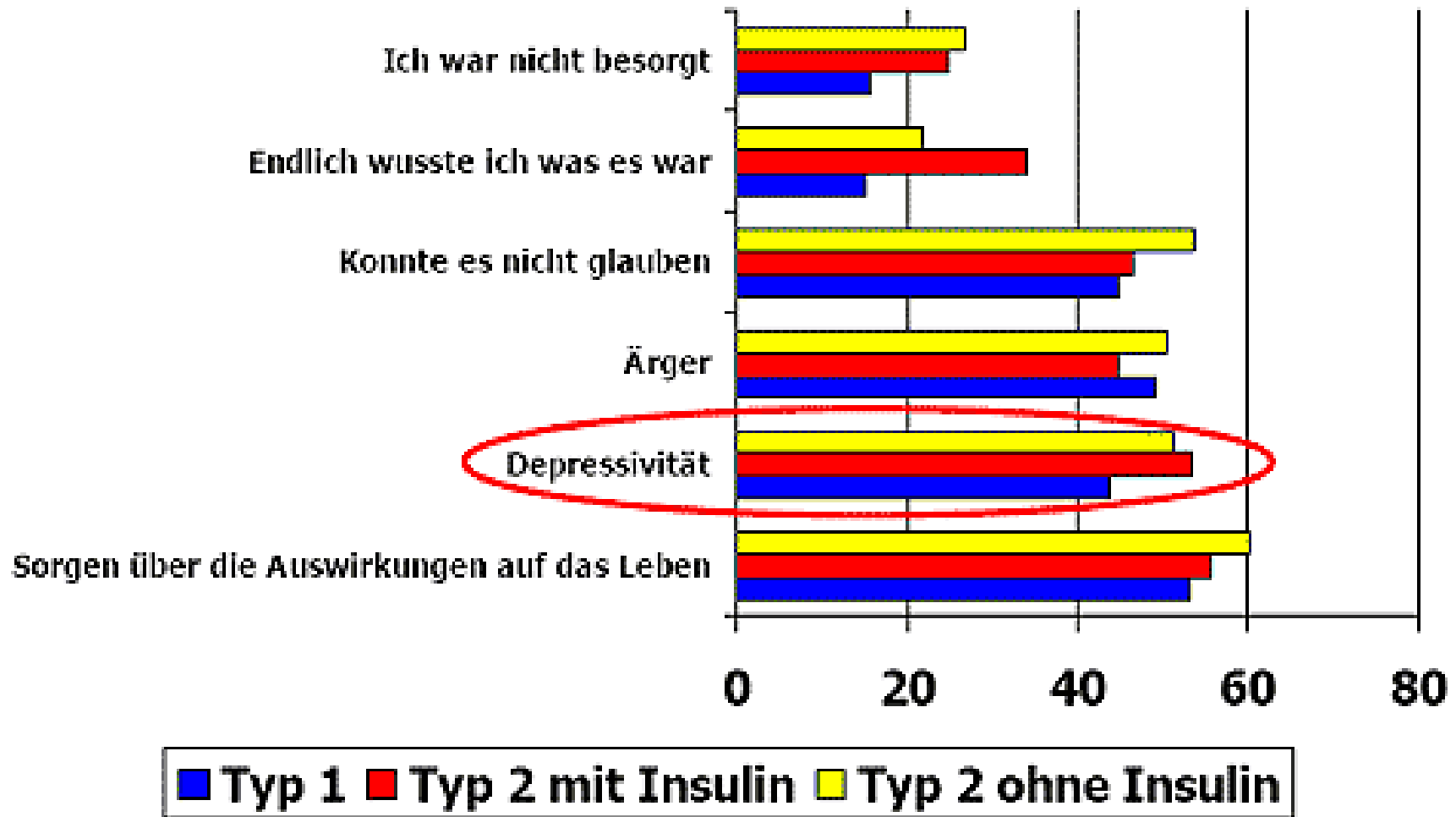


Definition „Psychodiabetologie“

Die Psychodiabetologie umfasst die Entwicklung, Durchführung und Evaluation therapeutischer Maßnahmen zu Krankheitsakzeptanz und -bewältigung, Motivation, Techniken der Verhaltensänderung (z.B. Übergewichtsreduktion, Selbstkontrolle, Verringerung der Angst vor Folgeerkrankungen usw.) sowie die Forschung, Qualitätssicherung, Supervision, Fort- und Weiterbildung sowie die Methodik und Didaktik von Patientenschulungen.

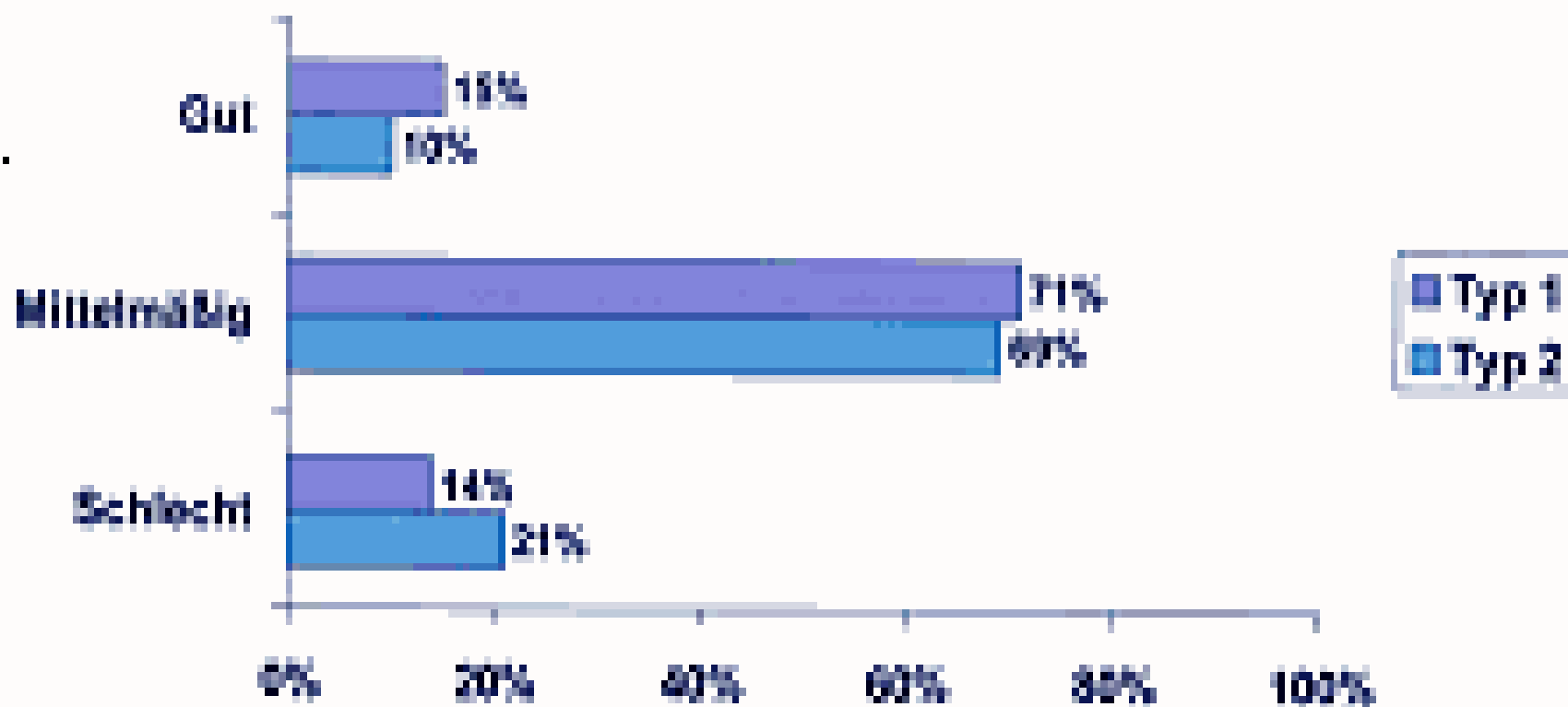
Reaktion auf Diabetesdiagnose

(Dawn Study 2004)



Wohlfühl-Index

Basic: Alle Befragten



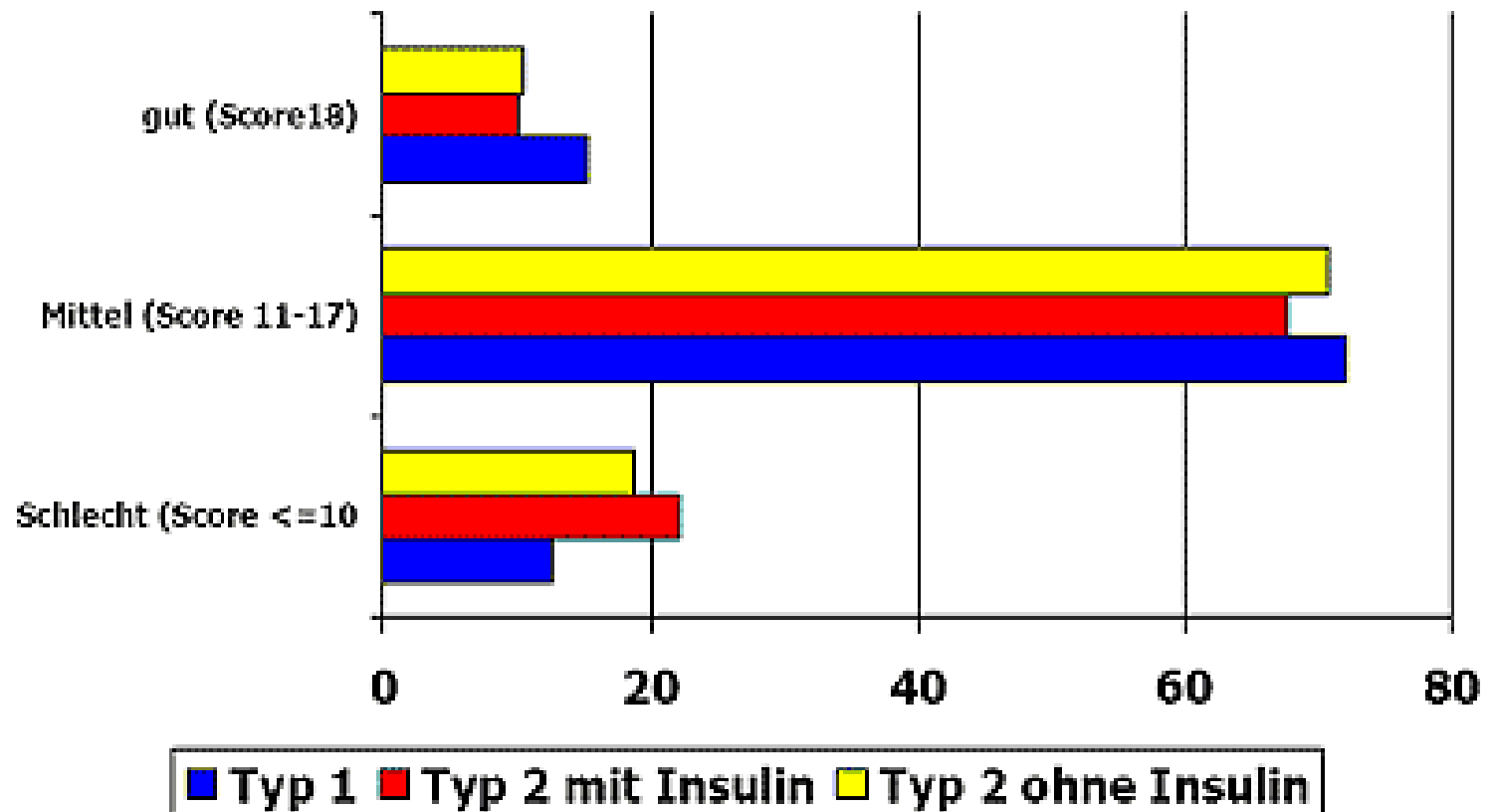
DAWID

Studien, Analysen, Politik und mehr



Wohlbefindensindex (WHO-5)

(DAWN Study 2004)



- Eingeschränktes Wohlbefinden
- Deutliche Hinweise auf Depressionen (Score < 10)

Überweisung zum Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater (DAWN Study 2004)

- **Diabetes Mellitus Typ 1**

- vom Allgemeinarzt: 1,2%
- vom Diabetologen: 2,0%

- **Diabetes Mellitus Typ 2**

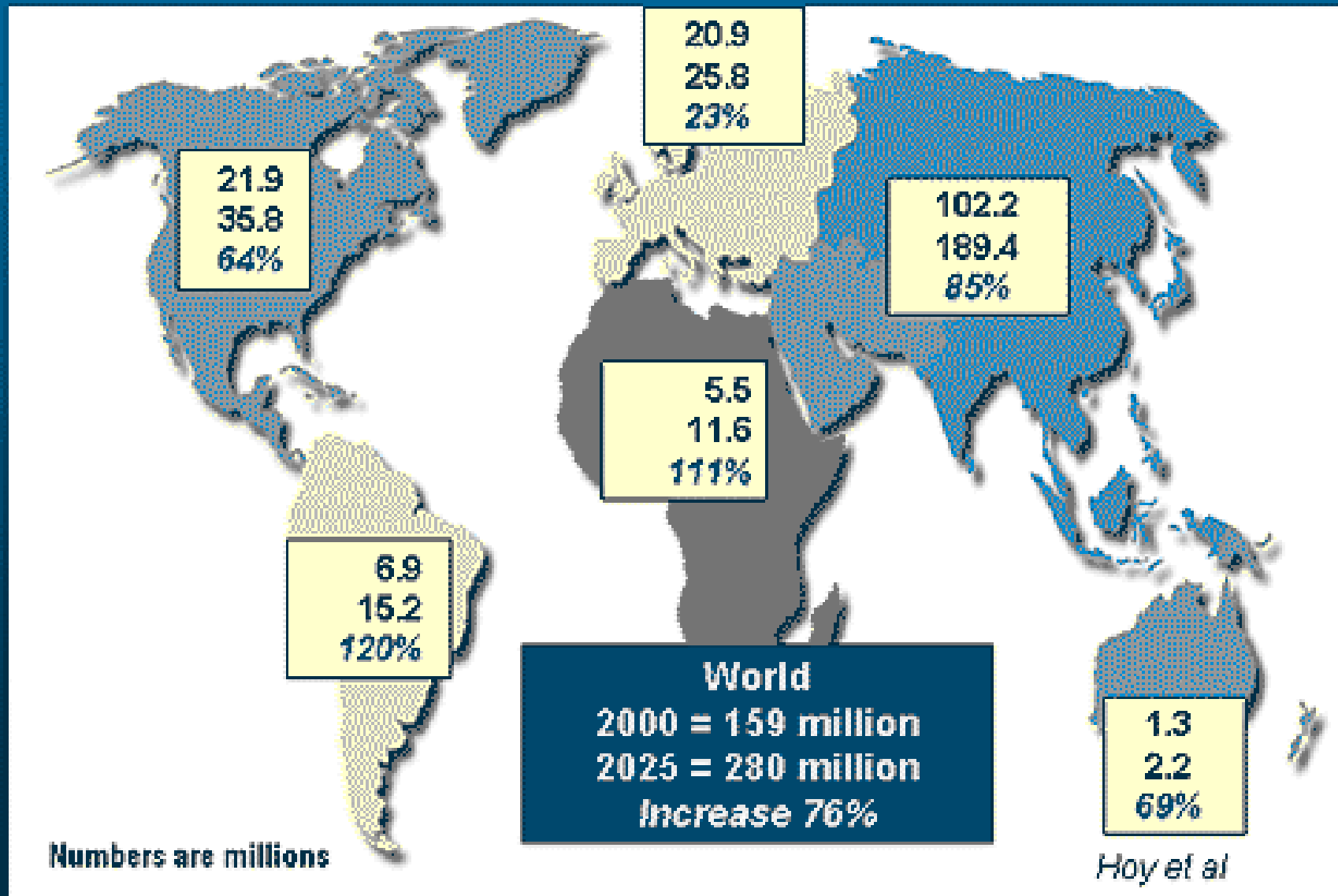
- vom Allgemeinarzt: 1,3%
- vom Diabetologen: 1,6%

 Defizite in der psychosozialen Versorgung

Fakten über Diabetes mellitus

- 30 bis 40% der Bevölkerung in Deutschland hat die erbliche Veranlagung
- Ca. 6,3 Millionen sind akut betroffen, Tendenz steigend
- Diagnose wird meist 5-10 Jahre verspätet gestellt
- Bei Diagnosestellung haben viele Diabetiker bereits Komplikationen
- 4 von 5 Herzinfarktpatienten haben entweder einen bekannten oder bis dato unerkannten Diabetes oder zumindest eine gestörte Glukosetoleranz (IGT)

Numbers of people with diabetes 2000-2025



Exkurs: HbA1c-Wert

= Maßstab für die Bewertung der Qualität der Stoffwechseleinstellung.

Als HbA1c wird der Anteil des Hämoglobins bezeichnet, an den Glukose gebunden ist. Er spiegelt den mittleren Blutglukosewert von 8 – 12 Wochen wider (= Lebensdauer der Erythrozyten).

Normal: 4 – 5 %

Bei Diabetes: > 6 %