

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

# Psychische Probleme bei Diabetespatienten und Behandlungsmotivation

PD Dr. med. Josef Jenewein  
Leitender Arzt  
Konsiliar-Liaisonpsychiatrie  
[josef.jenewein@usz.ch](mailto:josef.jenewein@usz.ch)



UniversitätsSpital  
Zürich



Universität Zürich

# Inhalt

- Einige typische Probleme in der Diabetesbehandlung und deren Konsequenzen
- Häufigkeit von psychiatrischen Erkrankungen bei Diabetes
- Diagnostik psychiatrischer Störungen, insbesondere der Depression bei Patienten mit Diabetes
- Therapeutische Überlegungen und Empfehlungen

# Inhalt

- Einige typische Probleme in der Diabetesbehandlung und deren Konsequenzen
- Häufigkeit von psychiatrischen Erkrankungen bei Diabetes
- Diagnostik psychiatrischer Störungen, insbesondere der Depression bei Patienten mit Diabetes
- Therapeutische Überlegungen und Empfehlungen

## Problem: Messen. Herr M.

- 32 Jahre, Diabetes mellitus Typ I seit 16
- Problem mit Verzicht auf Süßigkeiten
- „Massregelung“ durch Arzt
- „Angst“ vor Arztbesuchen
- Keine regelmässigen Blutzuckerkontrollen
- Insulinapplikationen „nach Gefühl“
- Erstmalig nun Angst wegen Komplikationen (Makuladegeneration)

## Problem: “Vergessen”, Fr. L

- 27jährige, Primarlehrerin, Diabetes mellitus Typ I seit 12. Lebensjahr
- „Vergisst“ regelmässig Blutzuckerkontrollen und Insulinapplikationen („zu beschäftigt“)
- Strenge Kontrollen durch Eltern in der Jugend, „Problemkind“ (beide Geschwister sind gesund)
- „Falsche Werte“ ins Tagebuch geschrieben, damit Eltern und Arzt nicht „schimpfen“
- Insulinapplikationen „nach Gefühl“

## Problem: “Energielosigkeit”, Fr. S

- 35jährige Sekretärin, Amerikanerin, seit 5 Jahren in CH, Diabetes mellitus Typ I seit 17. Lebensjahr
- Beste Diabeteseinstellung bis vor 1/2 Jahr, Teilnahme an Diabetes-Selbsthilfeorganisation in USA
- Fühlt sich seit 1/2 Jahren erschöpft, müde, ohne Energie, Heimweh
- Vergisst BZ-Kontrollen, was früher nie passiert sei
- Insulinapplikationen „nach Gefühl“

## Problem: “Angst vor Hypo”, Fr. H

- 48jährige Hausfrau, leidet seit 14 Jahren an Diabetes mellitus Typ I
- Gute Diabeteseinstellung bis vor 2 Jahren, damals ausgeprägte Hypoglykämie mit Bewusstlosigkeit
- Seither anhaltend erhöhte Glukosewerte (HbA1c)
- Angst vor Hypoglykämie
- Insulinapplikationen zu gering

15. Diabetist Symposium zum  
das diabetischen Fußsulkus  
Okt. / Nov. 2013

# Inhalt

- Einige typische Probleme in der Diabetesbehandlung und deren Konsequenzen
- Häufigkeit von psychiatrischen Erkrankungen bei Diabetes
- Diagnostik psychiatrischer Störungen, insbesondere der Depression bei Patienten mit Diabetes
- Therapeutische Überlegungen und Empfehlungen

# Häufigkeiten psychischer Störungen bei Diabetes

Depression:	DMI 12%, range 5.8 – 43.3%
	DMII 19%, range 6.5 – 33%
Angststörungen:	5 – 25%
Bipolare Störungen:	ca. 1%
Alkoholkonsum/missbrauch:	< 1%

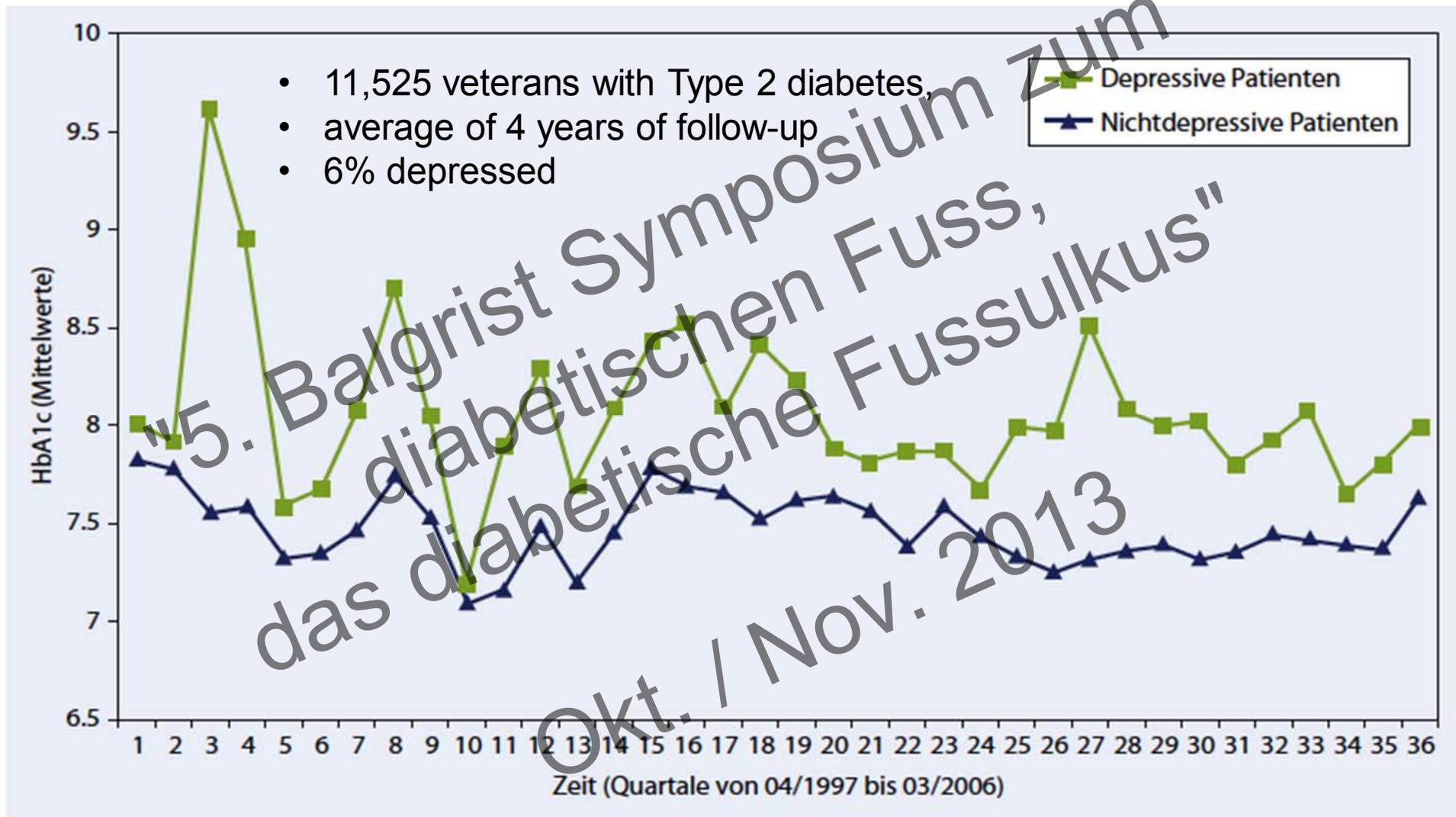
Roy et al., J Affective Disorders 142 S1 (2012)

Lin et al., J Psychosom Res 65 (2008)

Barnard et al., Diabetic Medicine 23 (2006)

de Ornelas Maia et al., Comprehensive Psychiatry (2012)

# Depression und Blutzuckereinstellung



Richardson LK, Egede LE, Mueller M et al ., Gen Hosp Psychiatry (2008)

# Häufigkeiten psychischer Störungen bei Diabetes

Depression:	DMI	12%, range 5.8 – 43.3%
	DMII	19%, range 6.5 – 33%
Angststörungen:		5 - 25%
Bipolare Störungen:		ca. 1%
Alkoholkonsum/missbrauch:		< 1%

Roy et al., J Affective Disorders 142S1 (2012)

Lin et al., J Psychosom Res 65 (2008)

Barnard et al., Diabetic Medicine 23 (2006)

de Ornelas Maia et al., Comprehensive Psychiatry (2012)

# Angststörungen und Diabetes

Comparison between patients with diabetes type 1 and patients with diabetes type 2 for the presence of psychiatric disorders

Psychiatric disorder	Diabetes type 1	Diabetes type 2	df	$\chi^2$	P	Cramer V
GAD	24%	18%	1	1.08	.30	0.07
Dysthymia	20%	10%	1	3.92	.04	0.14
Social phobia	6%	8%	1	0.30	.58	0.04
Current depression	9%	2%	1	4.71	.03	0.15
Lifelong depression	5%	2%	1	1.33	.25	0.08
Panic disorder	5%	0	1	5.12	.02	0.16
Risk of suicide	3%	1%	1	1.02	.31	0.07
Hypomanic episode	3%	0	1	3.04	.08	0.12
Addiction/Substance abuse	1%	1%	1	0	1	0
Agoraphobia	1%	0	1	1.00	.31	0.07
Manic episode	1%	0	1	1.00	.31	0.07

# Inhalt

- Einige typische Probleme in der Diabetesbehandlung und deren Konsequenzen
- Häufigkeit von psychiatrischen Erkrankungen bei Diabetes
- Diagnostik psychiatrischer Störungen, insbesondere der Depression bei Patienten mit Diabetes
- Therapeutische Überlegungen und Empfehlungen

# Diagnose der Depression

S= Sleep	[Schlafstörungen]
A= Appetite	[Appetitverlust]
D= Dysphoria	[Dysphorie]
A= Anhedonia	[Anhedonie]
F= Fatigue	[Müdigkeit]
A= Agitation/Retardation	[psychomot. Veränderungen]
C= Concentration	[Konzentrationsstörungen]
E= Esteem	[Selbstwertprobleme]
S= Suicidal thoughts	[Suizidgedanken]

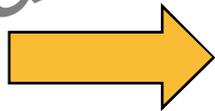
"5. Balgrist Symposium zum  
"Das diabetische Fußsulkus"  
Okt. / Nov. 2013"

## Schwierigkeiten im diagnostischen Prozess

- Überlappung mit körperlichen Symptomen (Müdigkeit, Appetitlosigkeit etc.)
- Depression: Anhedonie und Schlafstörungen
- Fatigue: Müdigkeit trotz ausreichend Schlaf, keine Anhedonie
- Kontrolle von Schilddrüse, Sexualhormone

# Depression: Diagnostik

- Fühlten sich während des letzten Monats häufig traurig, niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos?
- Hatten Sie während des letzten Monats weniger Lust und Interesse Dinge zu tun?
- Denken Sie, dass Sie deshalb Hilfe benötigen?

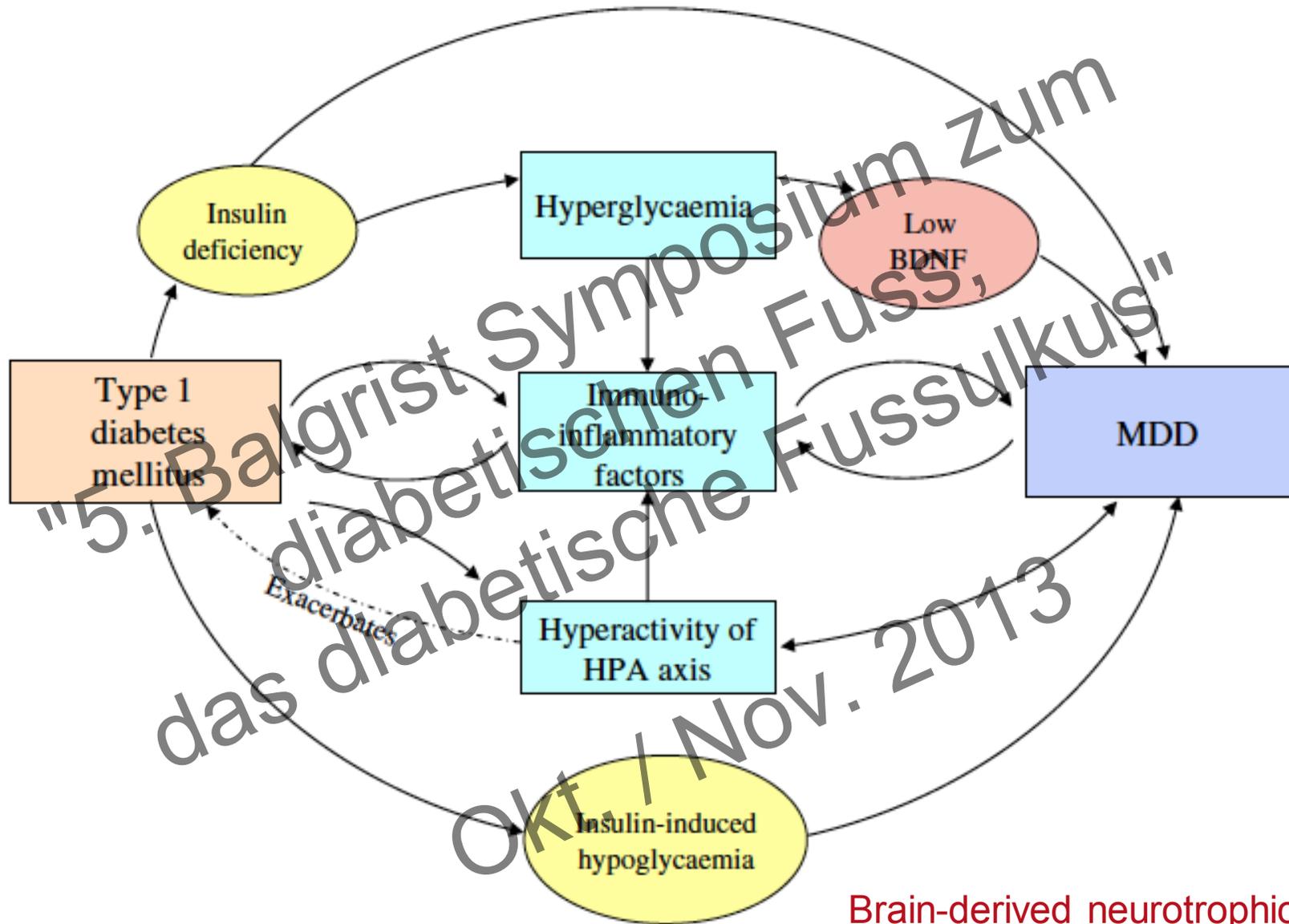


96% Sensitivität  
89% Spezifität

## Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Diabetes

- Psychische Belastung durch chronische Erkrankung und Marginalisierung (Stress)
- Organisch durch Stressachse/Immunsystem?
- Endogen - genetisch (primär)

"5. Balgrist-Symposium zum  
das diabetische Fußulkus"  
Okt. / Nov. 2013



D. J. Korczak et al (2011)

# Depression, Diabetes und HbA<sub>1c</sub>

**Table 2** The association between depression symptoms, diabetes-related emotional distress and HbA<sub>1c</sub> and age, sex, type of diabetes and diabetes treatment

Characteristic	Depression CES-D ≥ 16 <i>n</i> = 202 (32%)		No depression CES-D < 16 <i>n</i> = 425 (68%)		<i>P</i> -value
	No elevated diabetes-related distress PAID < 40	Elevated diabetes-related distress PAID ≥ 40	No elevated diabetes-related distress PAID < 40	Elevated diabetes-related distress PAID ≥ 40	
<i>n</i>	124 (19.8%)	78 (12.4%)	410 (65.4%)	15 (2.4%)	
Age	54 ± 13	51 ± 15	53 ± 16	50 ± 17	NS
Sex, female	55%	54%	48%	60%	NS
Type 2 diabetes	64%	58%	52%	60%	NS
CES-D	24 ± 7	28 ± 8	6 ± 4	10 ± 4	< 0.001
PAID	22 ± 10	56 ± 11	12 ± 10	53 ± 11	< 0.001
HbA <sub>1c</sub>	7.6 ± 1.1%	8.7 ± 1.7%	7.6 ± 1.2%	7.7 ± 1.1%	< 0.001

Data are mean ± sd or *n* (%).

CES-D, Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale; HbA<sub>1c</sub>, glycated haemoglobin; NS, not significant; PAID, Problem Areas in Diabetes scale; SD, standard deviation.

# Inhalt

- Einige typische Probleme in der Diabetesbehandlung und deren Konsequenzen
- Häufigkeit von psychiatrischen Erkrankungen bei Diabetes
- Diagnostik psychiatrischer Störungen, insbesondere der Depression bei Patienten mit Diabetes
- **Therapeutische Überlegungen und Empfehlungen**

# Antidepressiva: Auswahl

Wirk- mechanismus Klassifikation	Startdosis mg/die	Standart- Dosis mg/die	Letalität bei Überdosis	Schlafstörung Unruhe	Sedation	Nausea Gastrointest. Symptome	Sexuelle Dysfunktion	Gewichts- zunahme
<b>Selektive Serotonin-reuptake inhibitors (SSRIs)</b>								
Paroxetin	20	20-60	niedrig	+	- bis +	+	+	+
Sertralin	50	50-200	niedrig	+	- bis +	+	+	+
Citalopram	20	20-60	niedrig	+	- bis +	+	+	+
Escitalopram	10	10-30	niedrig	+	- bis +	+	+	+
<b>Dual-action reuptake inhibitors (NSSRIs)</b>								
Venlafaxin	75	150-300	moderat	+	- bis +	+	+	- bis +
Duloxetin	30	60-120	niedrig	+	- bis +	- bis +	- bis +	- bis +
<b>Mixed-action reuptake inhibitors</b>								
Mirtazapin (5- HT <sub>2</sub> ,5-HT <sub>3</sub> , α- adrenerg)	15	30-60	niedrig	- bis +	++	- bis +	- bis +	++
- = nein; + = wenig; ++ = stark								

Trizyklika werden aufgrund ihres Nebenwirkungsprofils auf den Stoffwechsel nicht empfohlen.  
Vorsicht bei Mirtazapin, das zu Gewichtszunahme führen kann.

# Fünf Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung

- **Empathische** Grundhaltung, die es dem Patienten erleichtert sich zu öffnen
  - Zuhören, Wiederholen, Bestätigen, Validieren
- Förderung der Wahrnehmung von **Diskrepanzen** zwischen Zielen, Verhalten und Wünschen
- Vermeidung von **konfrontativen**, moralisierenden und stigmatisierenden Argumentationen
- Wissen, dass **Abwehr** eine gestörte Interaktion zwischen Patient und Berater ist, die es zu bearbeiten gilt
- Erfahrung von **Selbstwirksamkeit** ist ein wichtiges Element von erfolgreicher intentionaler Verhaltensänderung

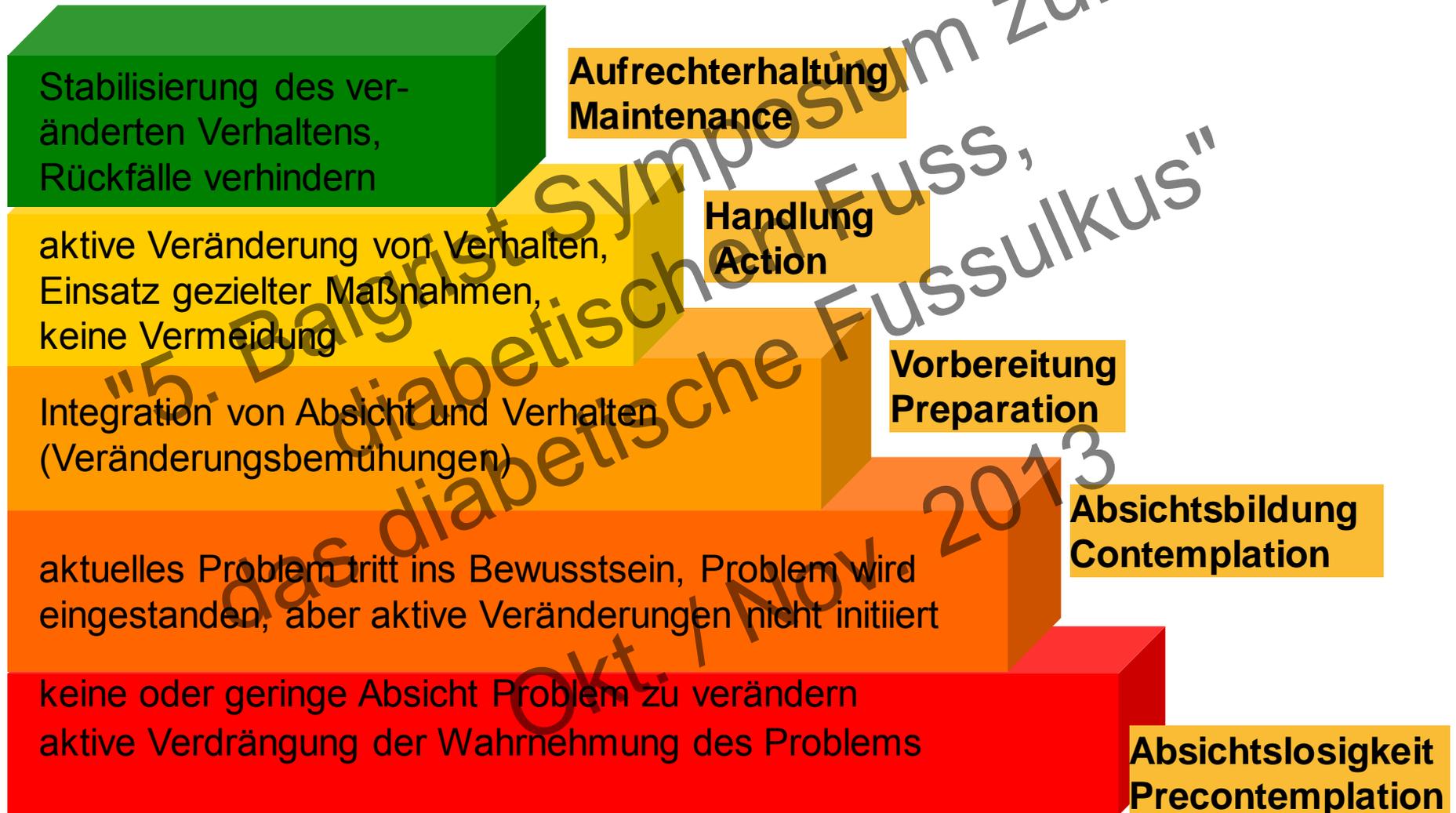
# Problemdefinition

## PAID: Problem Areas in Diabetes Scale

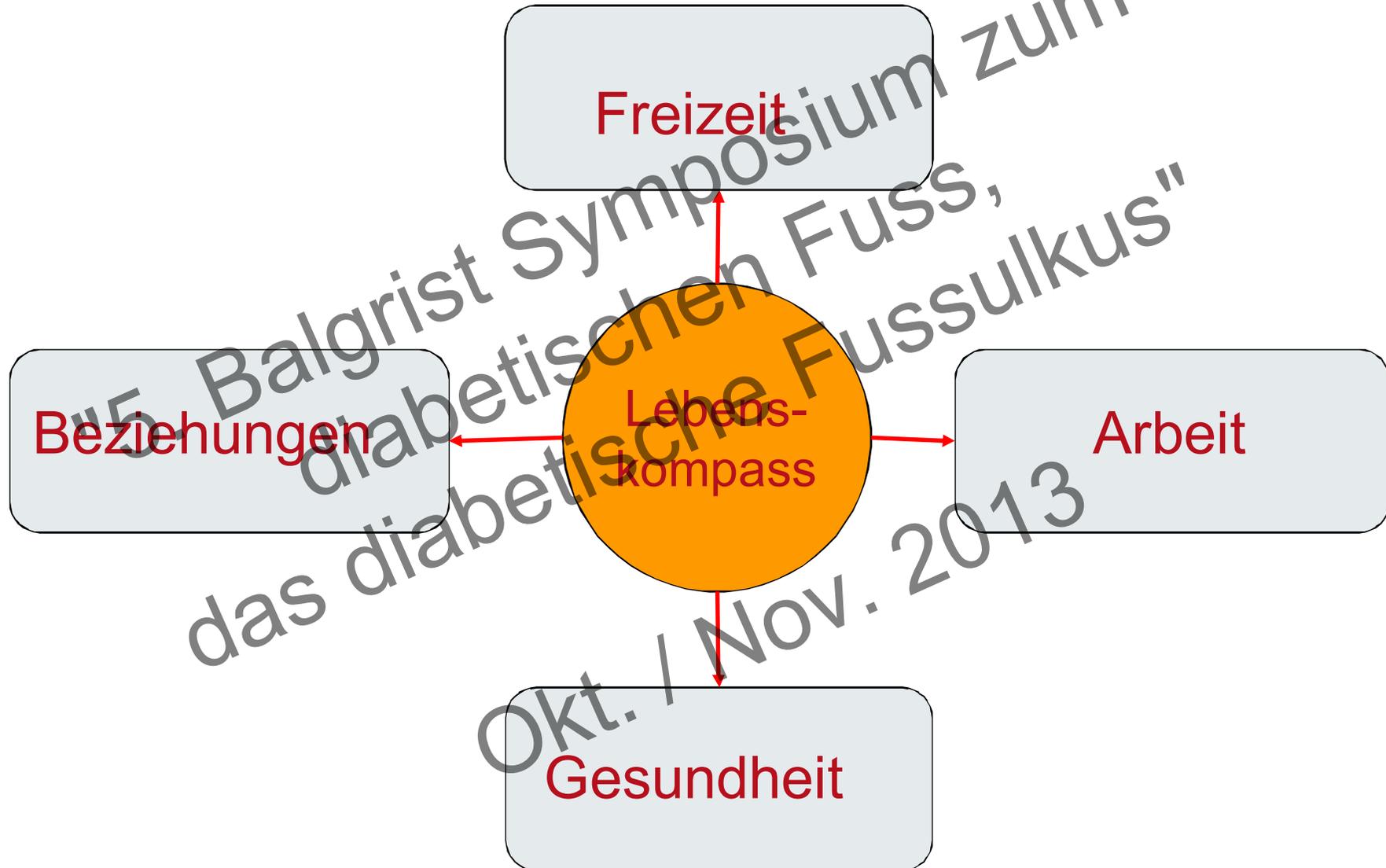
	Not a problem	Minor problem	Moderate problem	Somewhat serious problem	Serious problem
	0	1	2	3	4
1. Not having clear and concrete goals for your diabetes care? .....	0	1	2	3	4
2. Feeling discouraged with your diabetes treatment plan? .....	0	1	2	3	4
3. Feeling scared when you think about living with diabetes? .....	0	1	2	3	4
4. Uncomfortable social situations related to your diabetes care (e.g., people telling you what to eat)? .....	0	1	2	3	4
5. Feelings of deprivation regarding food and meals? .....	0	1	2	3	4
6. Feeling depressed when you think about living with diabetes? .....	0	1	2	3	4
7. Not knowing if your mood or feelings are related to your diabetes? ..	0	1	2	3	4
8. Feeling overwhelmed by your diabetes? .....	0	1	2	3	4
9. Worrying about low blood sugar reactions? .....	0	1	2	3	4

# Transtheoretisches Modell (TTM)

nach Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992



# Lebenskompass



Beziehungen

Freizeit

Lebenskompass

Arbeit

Gesundheit

5. Balgrist Symposium zum  
diabetischen Fuss,  
das diabetische Fussulcus"  
Okt. / Nov. 2013

# Stufenspezifische Strategien für Verhaltensänderungen





Me and My Parrots, 1941  
Frida Kahlo (1907-1954)

Frida Kahlo - "Me and My Parrots" (1941) - Photo: Banco de Mexico Diego Rivera & Frida Kahlo Museums Trust