

tria
plus

Klinik Zugersee
Zentrum für Psychiatrie
und Psychotherapie

Psychologische Betreuung des diabetischen Patienten

Prof. Dr. Josef Jenewein, Chefarzt



Universität
Zürich^{UZH}

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

8. Bagrist Symposium
zum Diabetischen Fuss:
Was gibt es Neues in der Behandlung?

Problem: Messen Herr M.

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

o. Balgrist Symposium
zum Diabetischen Fuss
Was gibt es Neues in der Behandlung?

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“, anhaltende Hyperglykämien

Problem: “Angst vor Hypo”, Fr. H

- 19jährige Schülerin, leidet seit 7 Jahren an Diabetes mellitus Typ I; Gute Diabeteseinstellung bis vor 1/2 Jahr
- Mehrmalige Hypoglykämien, einmal mit Bewusstlosigkeit und commotio; Stress durch familiäre Belastung und Schule (Matura)
- Seither anhaltend erhöhte Glukosewerte (HbA1c), Insulinapplikationen zu gering, BZ-Messungen unregelmässig
- Angst vor Hypoglykämie, einmalig Panikattacke, beklagt Konzentrationsprobleme und Energielosigkeit

Häufigkeiten psychischer Störungen bei Diabetes

Depression: DM I 12%, range 5.8 – 43.3%
DM II 19%, range 6.5 – 33%

Angststörungen: 5 - 25%

Schizophrenie/Bipolare Störungen: ca. 2fach erhöhtes Risiko für DM II

Alkoholkonsum/missbrauch: < 1%

Roy et al., J Affective Disorders (2012)

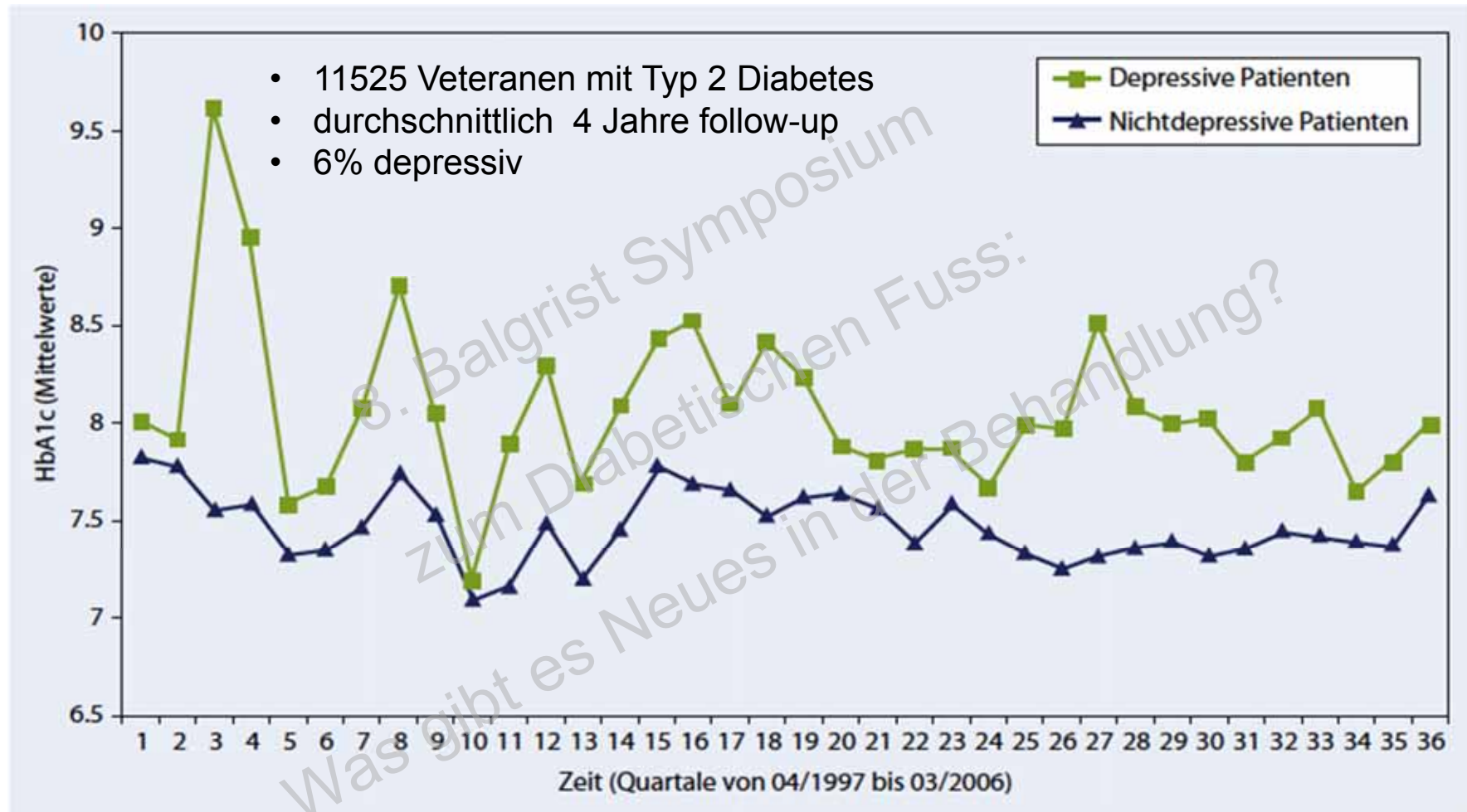
Lin et al., J Psychosom Res (2008)

Barnard et al., Diabetic Medicine (2006)

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

Vancampfort et al., World Psychiatry (2016)

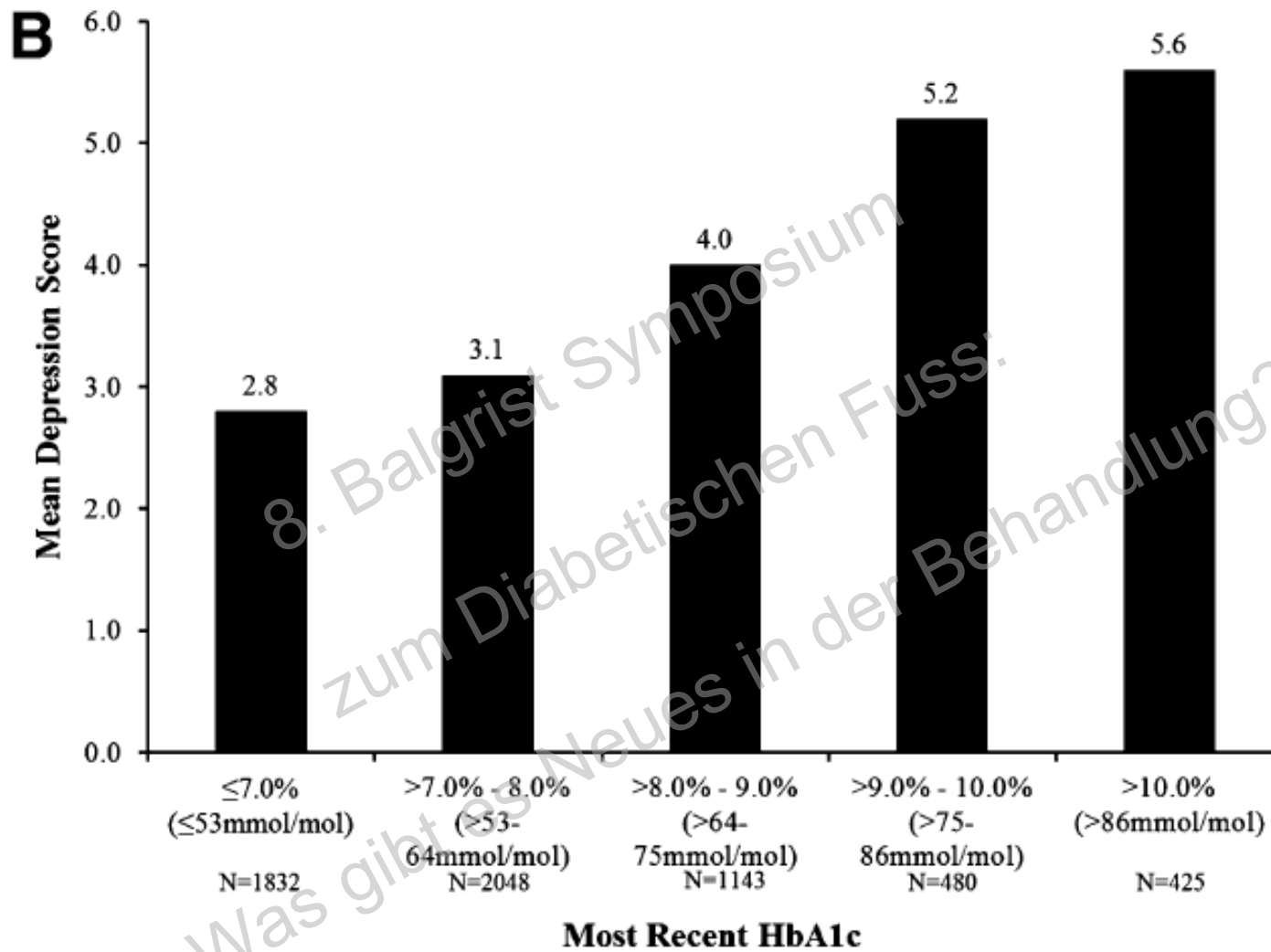
Depression und Blutzuckereinstellung



Richardson LK, Egede LE, Mueller M et al (2008)

	Depressed (n = 638)	Not depressed (n = 5,534)	P value
Insulin route (n [%]) ^a			0.93
Pump	375 (59)	3,380 (62)	
Multiple daily injections	257 (41)	2,086 (38)	
Self-reported SMBG frequency (per day) ^b			0.12
Mean ± SD	4.9 ± 2.9	5.1 ± 2.5	
Times per day (n [%])			
0–2 times	102 (16)	606 (11)	
3 to 4 times	223 (36)	2,090 (38)	
5–9 times	248 (40)	2,400 (44)	
≥10 times	48 (8)	383 (7)	
Self-reported frequency of missing insulin dose (n [%]) ^b			<0.001
≥3 times a week	135 (21)	447 (8)	
1 to 2 times a week	103 (16)	635 (12)	
Less than once a week	146 (23)	1,392 (25)	
Almost never	252 (40)	3,043 (55)	
Frequency of exercise, days/week (n [%]) ^d			<0.001
0	133 (22)	547 (10)	
1 to 2	156 (26)	1,144 (22)	
3–5	222 (37)	2,647 (50)	
6 to 7	84 (14)	982 (18)	
Most recent HbA _{1c} (%) ^c			<0.001
Mean ± SD	8.4 ± 1.7 (68 ± 18.6 mmol/mol)	7.8 ± 1.4 (62 ± 15.3 mmol/mol)	
≤7.0% (≤53 mmol/mol)	127 (21)	1,705 (32)	
7.1–8.0% (54–64 mmol/mol)	155 (25)	1,893 (36)	
8.1–9.0% (65–75 mmol/mol)	136 (22)	1,007 (19)	
9.1–10.0% (76–86 mmol/mol)	100 (16)	380 (7)	
>10% (>86 mmol/mol)	90 (15)	335 (6)	

†Depression defined using PHQ-8 cutoff score of ≥10. ^aP value from logistic regression, adjusted for age, sex, race/ethnicity, and income. ^bP value from linear regression model with van der Waerden transformed continuous variable as outcome, adjusted for age, sex, race/ethnicity, and income. ^cP value from linear regression model with HbA_{1c} as outcome, adjusted for age, sex, race/ethnicity, and income. ^dP value from multinomial logistic regression model, adjusted for age, sex, race/ethnicity, income, and HbA_{1c}.



Trief P et al., Diabetes Care (2014)

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	<i>df</i>	χ^2	<i>P</i>	Cramer <i>V</i>
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

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]

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

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?
(Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwort an)

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Aktivitäten	0	1	2	3
2. Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	0	1	2	3
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	1	2	3
5. Verminderter Appetit oder übermässiges Bedürfnis zu essen	0	1	2	3
> 9 mittelgradige Depression				
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	0	1	2	3
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen aufgefallen sein könnte? Oder waren Sie im Gegenteil eher „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	0	1	2	3
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	0	1	2	3

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**

8. Bagrist Symposium
zum Diabetischen Fuss:
Was gibt es Neues in der Behandlung?

Ziele

- Psychiatrische Probleme erkennen und behandeln
- Motivation verstärken
- Blutzuckereinstellungen verbessern
- Lebensqualität verbessern
- Folgekrankheiten und Mortalität senken

Was gibt es Neues in der Behandlung?
zum Diabetischen Fuss:
Balgrist Symposium

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
Selektive Serotonin-reuptake inhibitors (SSRIs)								
Paroxetin	20	20-60	niedrig	+	- bis +	+	+	+
Sertralin	50	50-200	niedrig	+	- bis +	+	+	+
Citalopram	20	20-60	niedrig	+	- bis +	+	+	+
Escitalopram	10	10-30	niedrig	+	- bis +	+	+	+
Vortioxetin	10	10-20	niedrig	+	- bis +	+	+	-
Dual-action reuptake inhibitors (NSSRIs)								
Venlafaxin	75	150-300	moderat	+	- bis +	+	+	- bis +
Duloxetin	30	60-120	niedrig	+	- bis +	- bis +	- bis +	- bis +
Mixed-action reuptake inhibitors								
Mirtazapin (5- HT ₂ ,5-HT ₃ , 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 Survey

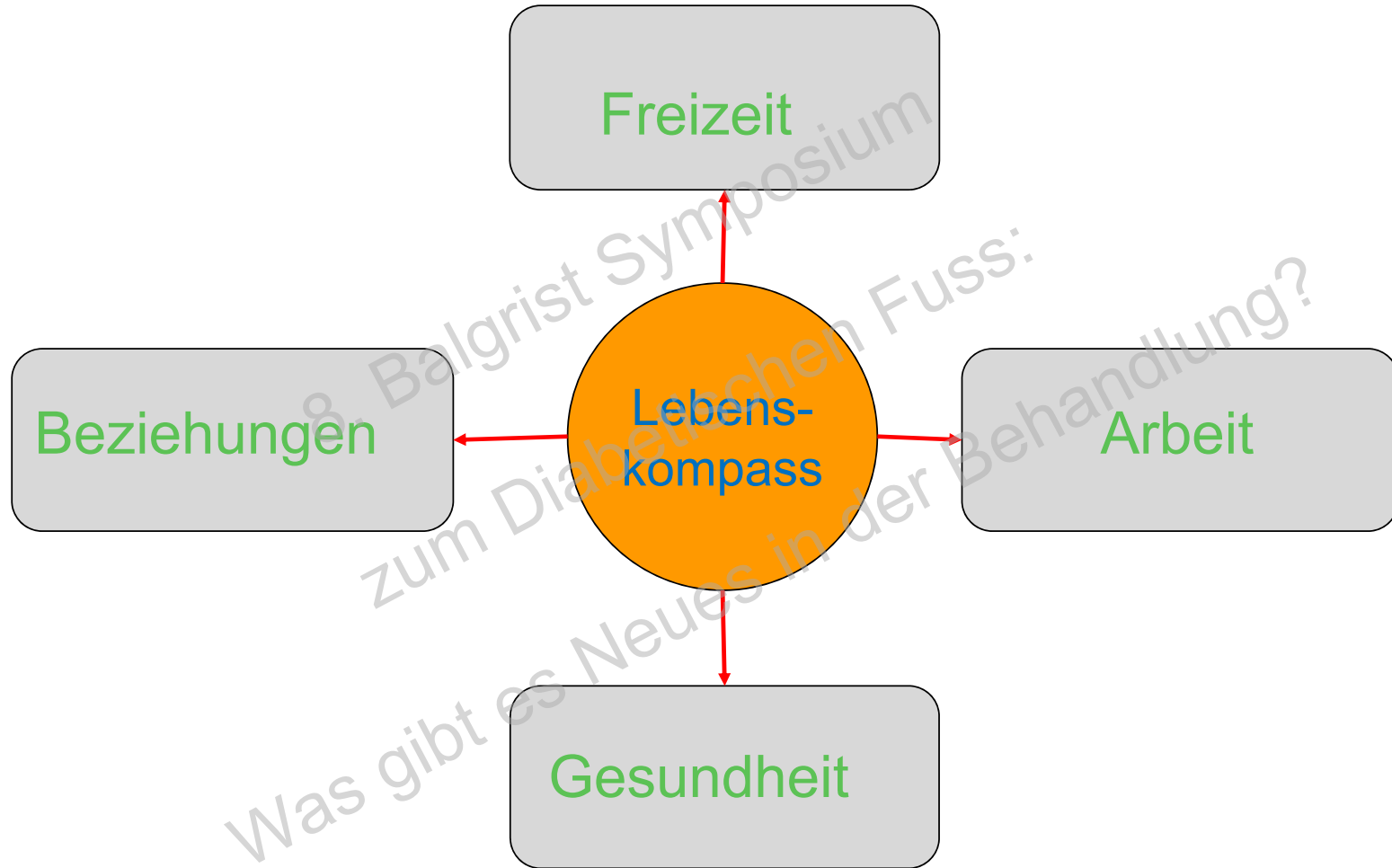
Ist es derzeit für Sie ein Problem, ...	kein Problem	eher geringes Problem	mittleres Problem	eher größeres Problem	großes Problem
1. ... dass Sie der Gedanke, mit dem Diabetes leben zu müssen, ängstigt?	0	1	2	3	4
2. ... dass Sie sich beim Gedanken, mit dem Diabetes leben zu müssen, depressiv fühlen?	0	1	2	3	4
3. ... dass Sie sich Sorgen über die Zukunft und über mögliche ernste Folgeerkrankungen machen?	0	1	2	3	4
4. ... dass Sie das Gefühl haben, dass der Diabetes Ihnen täglich zu viel geistige/körperliche Kraft raubt?	0	1	2	3	4
5. ... dass Sie Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Folgeerkrankungen haben?	0	1	2	3	4
6. ... dass Sie sich beim Gedanken, mit dem Diabetes leben zu müssen, depressiv fühlen?	0	1	2	3	4
7. ... dass Sie sich unsicher sind, inwieweit Ihre Stimmungen und Gefühle mit dem Diabetes zusammenhängen?	0	1	2	3	4
8. ... Sie sich durch die Diabetesbehandlung überfordert fühlen?	0	1	2	3	4
9. ... dass Sie sich Sorgen über Unterzuckerungen machen?	0	1	2	3	4
10. ... dass Sie sich bei dem Gedanken, mit dem Diabetes leben zu müssen, ärgerlich fühlen?	0	1	2	3	4
11. ... dass Sie sich ständig gedanklich mit Essen oder mit Nahrungsmitteln beschäftigen?	0	1	2	3	4
12. ... dass Sie sich Sorgen über die Zukunft und über mögliche ernste Folgeerkrankungen machen?	0	1	2	3	4
13. ... dass Sie sich schuldig oder ängstlich fühlen, wenn Sie Ihre Diabetesbehandlung vernachlässigen?	0	1	2	3	4
14. ... dass Sie Ihren Diabetes nicht akzeptieren können?	0	1	2	3	4
15. ... dass Sie mit Ihrem behandelnden Arzt unzufrieden sind?	0	1	2	3	4
16. ... dass Sie das Gefühl haben, dass der Diabetes Ihnen täglich zu viel geistige/körperliche Kraft raubt?	0	1	2	3	4
17. ... dass Sie sich mit Ihrem Diabetes allein gelassen fühlen?	0	1	2	3	4
18. ... dass Sie sich von Ihren Freunden und Ihrer Familie bei der Diabetesbehandlung nicht genügend unterstützt fühlen?	0	1	2	3	4
19. ... dass Sie Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Folgeerkrankungen haben?	0	1	2	3	4
20. ... dass Sie sich durch die ständigen Anforderungen der Diabetesbehandlung „ausgebrannt“ fühlen?	0	1	2	3	4

Transtheoretisches Modell (TTM)

nach Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992



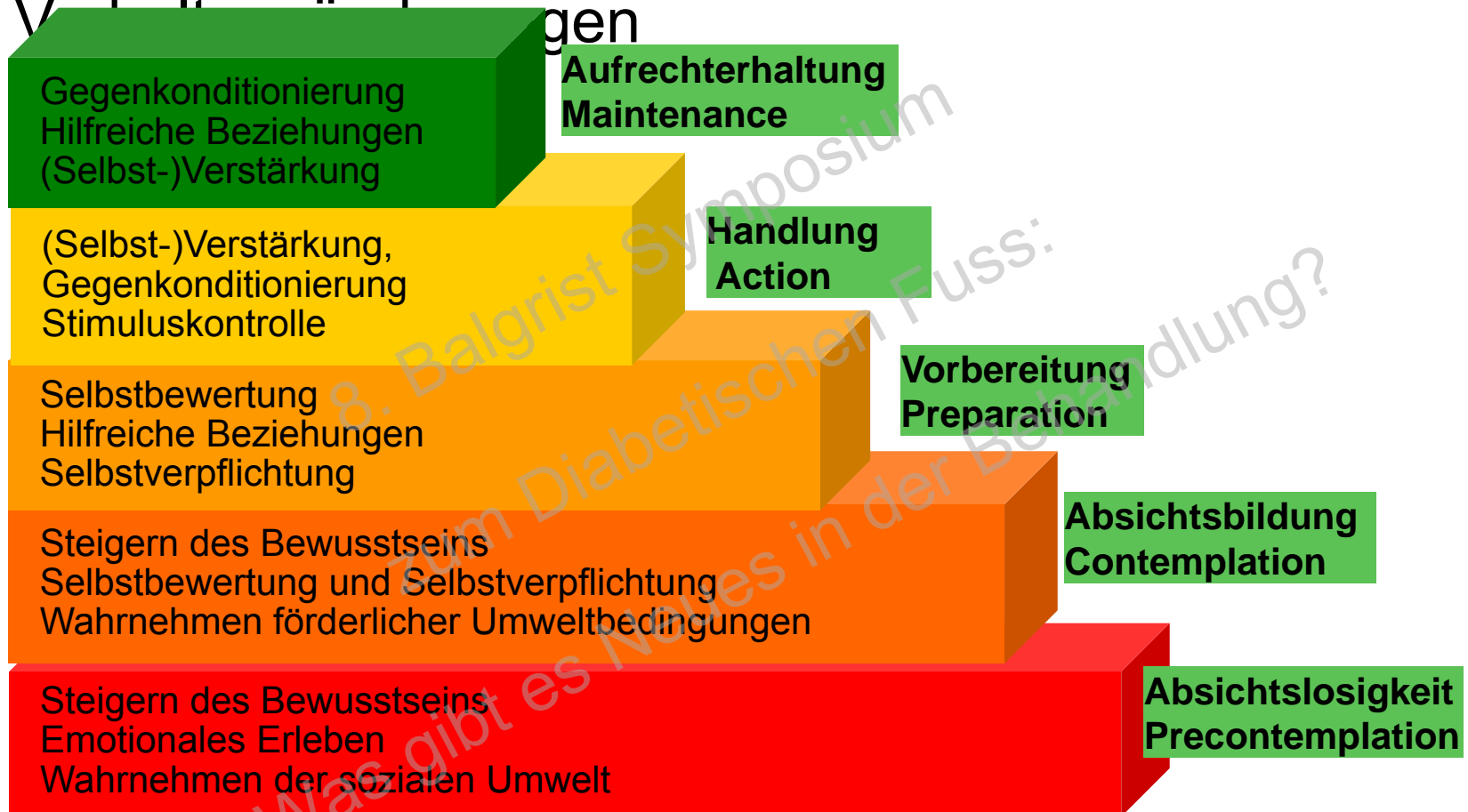
Lebenskompass



zum Diabetischen Fuss:
Was gibt es Neues in der Behandlung?

Stufenspezifische Strategien für

Verhaltensänderungen



Motivation

■ Extrinsisch

- durch Aufforderungen, deren Befolgung eine (positive) Bekräftigung erwarten lässt, oder die instrumentelle Funktion besitzen, wie z. B. Ranglisten oder Noten.
- zielt auf Sicherheit und Anerkennung in unserer Gesellschaft
- Extrinsische Motivatoren unterminieren das Gefühl der Selbstbestimmung.

■ Intrinsisch

- Prototyp für selbstbestimmtes Verhalten
- beinhaltet Neugier, Spontanität, Exploration und Interesse
- Handlungen benötigen keine externen oder intrapsychischen Anstöße, wie Versprechungen oder Drohungen

Table 2. Differences in Outcomes in Control of the Primary Disease.*

Outcome	Unadjusted Estimate		Estimated Between-Group Difference (95% CI)		P Value†	
	Intervention Group (N=105)	Usual-Care Group (N=106)	Intervention Group (N=105)	Usual-Care Group (N=106)	Four-Outcome Composite	SCL-20 Alone and Three-Disease Composite
SCL-20 score‡						
Baseline	1.74±0.59	0.91	1.65±0.60	0.51	-0.41 (-0.56 to -0.26)¶	<0.001
6 mo	0.84±0.68		1.26±0.72			
12 mo	0.83±0.68		1.14±0.66			
Glycated hemoglobin — %						
Baseline	8.14±2.03	0.81	8.04±1.87	0.23	-0.56 (-0.85 to -0.27)¶	<0.001
6 mo	7.42±1.32		7.87±1.93			
12 mo	7.33±1.21		7.81±1.90			
LDL cholesterol — mg/dl						
Baseline	106.8±35.4	14.9	109.4±36.7	8.0	-9.1 (-17.5 to -0.8)¶	
12 mo	91.9±36.7		101.4±36.6			
Systolic blood pressure — mm Hg						
Baseline	135.7±18.4	4.7	131.9±17.0	-0.4	-3.4 (-6.9 to 0.1)¶	
6 mo	131.9±15.2		133.5±20.4			
12 mo	131.0±18.2		132.3±17.4			

Katon W et al., NEJM, 363 (2010)

Table 4. One or More Adjustments of Medication over a 12-Month Period and Adherence at 12 Months to Diet and Exercise for 2 or More Days a Week.

Variable	Intervention Group (N=90)	Usual-Care Group (N=91)	P Value*
Therapeutic class — no. (%)			
Oral hypoglycemic agents	34 (38)	23 (25)	0.07
Insulin	48 (53)	30 (33)	0.006
Antihypertensive agents	71 (79)	45 (49)	<0.001
Lipid lowering	50 (56)	39 (43)	0.08
Antidepressant	79 (88)	27 (30)	<0.001
Adherence ≥2 days per wk — no./total no. (%)			
Diet			
General plan	68/79 (86)	63/78 (81)	0.37
Specific plan	66/79 (84)	60/78 (77)	0.30
Exercise			
General plan	43/79 (54)	34/78 (44)	0.17
Specific plan	23/79 (29)	16/78 (21)	0.21

Katon W et al., NEJM, 363 (2010)

Zusammenfassung

- Psychiatrische Probleme sind bei Patienten mit Diabetes häufig und beeinflussen die Blutglucoseeinstellung negativ.
- Psychiatrische Probleme müssen erkannt und konsequent behandelt werden.
- Neuere Antidepressiva sind gut verträglich und beeinflussen den Stoffwechsel nicht.
- Motivation muss empathisch, wiederholt und nicht vorwurfsvoll durchgeführt werden.



**tria
plus**

Was gibt es Neues in der Psychiatrie?

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

**Klinik Zugersee Zentrum für
Psychiatrie und Psychotherapie**

Widenstrasse 55
6317 Oberwil-Zug

T 041 726 33 00
F 041 726 36 40

linik-zugersee@triaplus.ch
www.triaplus.ch