

# Diabetes und Angst

## Haben Patienten mit Diabetes zu viel oder zu wenig Angst?

**Frank Petrak**

LWL-Klinik Dortmund, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum,  
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

„...und wie ist Ihr persönlicher Zielblutzucker?“ fragt der Arzt die 46-jährige Patientin mit langjährigem Typ-1-Diabetes in der ersten Konsultation nach einem Arztwechsel. „120!“ kommt es wie aus der Pistole geschossen. Der Arzt betrachtet kurz den letzten bekannten HbA<sub>1c</sub>-Wert von 9,5 % und setzt nach „...und bei welchem Blutzuckerwert fühlen Sie sich wohl?“ Zögernd erwidert die Patientin „...na ja, am sichersten fühle ich mich, wenn der Wert nicht unter 160 kommt.“ Im weiteren Gesprächsverlauf wird deutlich, dass die Patientin nach einer traumatisch erlebten schweren Hypoglykämie in einem Stadtbus vor zwei Jahren unter ausgeprägten Ängsten vor erneuten Unterzuckerungen leidet. Seitdem versucht sie, ihre Blutzuckerwerte nie unter 160 mg/dl absinken zu lassen und vermeidet es nach Möglichkeit, ihr Haus unbegleitet zu verlassen.

Hypoglykämieängste wie in diesem Beispiel gehören zu den diabetesspezifischen Ängsten. Sie sind mit erheblichen Beeinträchtigungen der Patienten und einer schlechten Prognose des Diabetes assoziiert. Im Grunde handelt es sich um Angststörungen, die sich zumindest teilweise nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) klassifizieren lassen. Sie haben jedoch Befürchtungen zum Inhalt, die eng mit dem Diabetes und seinen Folgen verknüpft sind (in diesem konkreten Beispiel wären die Kriterien einer Agoraphobie F 40.0 erfüllt). Weitere diabetesbezogene Ängste können sich beispielsweise äußern in

- Angst vor Folgeerkrankungen
- Ablehnung von Insulin
- Vermeidung von Blutzuckermessungen
- zwanghaftem Diabetesmanagement
- Angst nach einer Erstdiagnose des Diabetes
- Angst vor dem Diabetesmanagement in der Öffentlichkeit

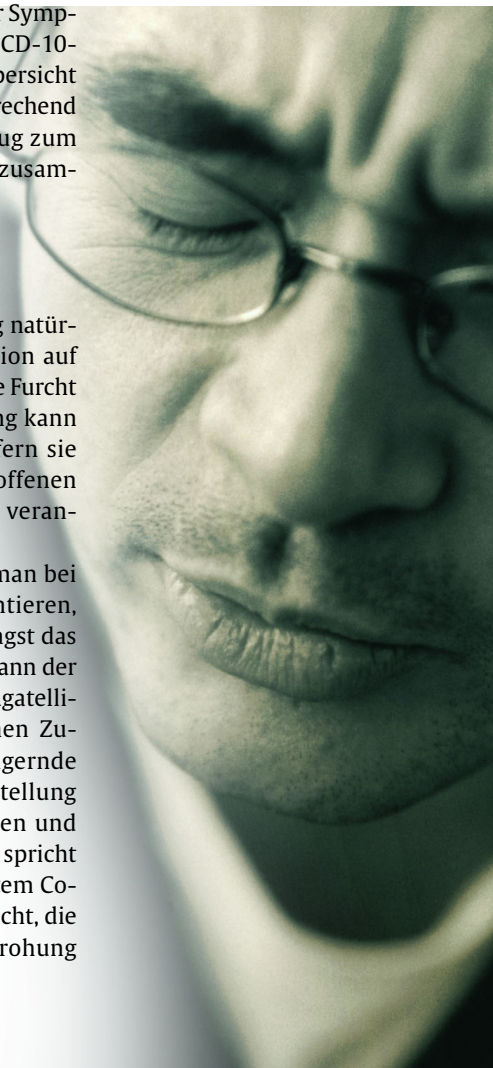
**Angststörungen können bei Menschen mit Diabetes unabhängig von der körperlichen Erkrankung auftreten oder aber einen direkten Diabetesbezug aufweisen. Die wichtigsten diabetesbezogenen Ängste richten sich auf Folgeerkrankungen und Hypoglykämien und können einen entscheidenden negativen Faktor im Diabetesmanagement darstellen. Bei Patienten mit einer Angststörung ist nicht immer erkennbar, dass ihre Beschwerden Symptome dieser Störung sind. Umso wichtiger ist die frühzeitige Diagnose, um Chronifizierungen vorzubeugen und den Patienten wirksame Behandlungsmöglichkeiten zukommen zu lassen.**

Je nach der konkreten Ausgestaltung der Symptome können sie unterschiedlichen ICD-10-Kategorien zugeordnet werden. Eine Übersicht der wichtigsten Angststörungen, entsprechend der ICD-10-Klassifikation, und ihr Bezug zum Diabetes ist im Kasten 1 als Überblick zusammengefasst.

### Normale Angst oder behandlungsbedürftige psychische Störung?

Grundsätzlich stellen Ängste eine völlig natürliche und evolutionär sinnvolle Reaktion auf das Empfinden einer Bedrohung dar. Die Furcht vor einer wahrgenommenen Bedrohung kann helfen, sich adäquat zu verhalten, sofern sie nicht überschießend ist und den Betroffenen lähmt oder zu irrationalem Verhalten veranlasst.

Im Hinblick auf den Diabetes könnte man bei der Mehrzahl der Patienten argumentieren, dass nicht zu viel, sondern zu wenig Angst das Problem darstellt. Dies ist regelmäßig dann der Fall, wenn realistische Bedrohungen bagatellisiert werden („...ich habe ein bisschen Zucker!“) und potenziell lebensverlängernde Maßnahmen, wie eine indizierte Umstellung auf Insulin, trotz ärztlicher Erklärungen und Empfehlungen abgelehnt werden. Man spricht in diesem Fall von „emotionsorientiertem Coping“ der Betroffenen. Dabei wird versucht, die mehr oder minder reflektierte Bedrohung



**Angststörungen nach ICD-10 und diabetesbezogene Angststörungen**

## Angststörungen nach ICD-10

**Agoraphobie mit/ohne Panikstörung (F 40.0):** Deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von Plätzen und Situationen, in denen eine Flucht schwer möglich oder peinlich wäre oder in denen im Falle einer Panikattacke oder panikartiger Symptome keine Hilfe zu erwarten wäre. Die Agoraphobie kann mit (F40.01) oder ohne (F40.00) eine Panikstörung auftreten.

**Soziale Phobie (F 40.1):** Angst vor negativer Bewertung durch andere, die durch die Konfrontation mit bestimmten sozialen und Leistungssituationen ausgelöst wird und meist zu Vermeidungsverhalten führt. *Diabetesbezug:* Soziale Ängste können sich bei Patienten mit Diabetes auf ihre Erkrankung beziehen und negative Auswirkungen auf das Diabetesmanagement haben (z. B. aus Angst, unangenehm aufzufallen, wird beim Essen in der Öffentlichkeit auf das Blutzuckermessen und Insulinspritzen verzichtet).

**Spezifische Phobie (F 40.2):** Angst, die durch Konfrontation mit bestimmten gefürchteten Objekten oder Situationen ausgelöst wird (z. B. Höhen, bestimmte Tiere, Blut) und häufig zu Vermeidungsverhalten führt. *Diabetesbezug:* Bei Patienten mit Diabetes ist insbesondere die Spritzenphobie zu berücksichtigen, bei der die Insulininjektion befürchtet wird und mit starken vasovagalen Reaktionen einhergeht.

**Panikstörung (F 41.0):** Störung durch unerwartete, wiederholt auftretende Panikattacken. Diese treten plötzlich auf, sind von starker Angst und überwiegend vegetativen Symptomen (z. B. Tachykardie, Schwitzen, Tremor, Atemnot) begleitet und gehen mit der Befürchtung eines drohenden Unheils einher („verrückt werden“, Kontrolle verlieren, Herzinfarkt ...). Typischerweise besteht eine lang anhaltende Besorgnis über zukünftige Panikattacken („Angst vor der Angst“).

**Generalisierte Angststörung (F 41.1):** Langanhaltende ausgeprägte Angst und Besorgnis, die sich auf verschiedene Lebensbereiche bezieht und von anhaltender motorischer Spannung und vegetativer Übererregbarkeit begleitet wird. Es müssen primäre Symptome der Angst an den meisten Tagen über mindestens mehrere Wochen, meist sogar mehrere Monate vorliegen.

**Angst und depressive Störung, gemischt (F 41.2):** Angst und Depression in leichter bis mittlerer Ausprägung, ohne Vorherrschen des einen oder anderen. Das Ausmaß würde eine entsprechende einzelne Diagnose nicht rechtfertigen.

**Zwangsstörungen (F 42):** Störung durch sich aufdrängende Zwangsgedanken, welche Angst und/oder Unbehagen auslösen und/oder Zwangshandlungen, die zur Neutralisierung der aversiven Emotionen ausgeführt werden. *Diabetesbezug:* Die Zwangssymptome können sich auch auf den Umgang mit dem Diabetes richten und erhebliche Probleme verursachen (z. B. aus zwanghaftem Perfektionismus bei den angestrebten Blutzuckerwerten wird der Blutzucker exzessiv oft gemessen, und/oder es werden schwere Hypoglykämien in Kauf genommen).

**Posttraumatische Belastungsstörungen (F 43.1):** Störung durch sich aufdrängende Erinnerungen an eine sehr traumatische Erfahrung (z. B. schwere Unfälle, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch). Diese geht mit Symptomen erhöhter Erregung und Vermeidung von Reizen einher, die mit dem Trauma assoziiert sind. Die Erstmanifestation eines Diabetes stellt in der Regel kein Trauma dar und rechtfertigt nicht die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung.

**Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (F 43.22):** Zustände subjektiven Leidens durch Angst und depressive Reaktionen während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung. *Diabetesbezug:* Anpassungsstörungen können vor allem im Kontext der Erstdiagnose des Diabetes auftreten.

durch den Diabetes z. B. durch Bagatellisierung und Ablenkung zu reduzieren und so aversive Emotionen zu vermeiden. Kurz- und mittelfristig kann dieser Copingstil die subjektive Lebensqualität durchaus begünstigen. So ist bekannt, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Diabetespatienten mit unzureichender Stoffwechseleinstellung relativ hoch sein kann, solange keine Komplikationen und Spätfolgen aufgetreten sind. Die „Kosten“ eines solchen Copingstils zeigen sich überwiegend langfristig, wenn sich die entsprechenden körperlichen Folgeerkrankungen manifestieren und die Bedrohung bzw. der Schaden nicht mehr ausgeblendet werden kann.

Dem entgegengesetzt, unterscheidet man den sogenannten „problemorientierten Copingstil“, bei dem versucht wird, der wahrgenommenen Bedrohung durch aktives problemlösungsorientiertes Verhalten zu begegnen. Aber auch dieser Copingstil geht mit „Kosten“ einher: Die Wahrnehmung der Eigenverantwortung im Umgang mit dem Diabetes ist aufwändig, kurzfristig wenig belohnend und kann frustrierend sein, wenn trotz vieler Bemühungen die Ergebnisse nicht immer so sind, wie sie angestrebt waren. Eine günstigere Prognose des Diabetes durch problemorientiertes Coping kann zudem nur dann erwartet werden, wenn der Patient auch über die Ressourcen verfügt, sich rational und bezogen auf den Diabetes angemessen zu verhalten. Dies scheint jedoch nicht immer der Fall zu sein, wie aus Studienergebnissen geschlossen werden kann, bei denen ein problemorientierter Copingstil nur geringe Zusammenhänge mit der Qualität der Stoffwechseleinstellung aufwies (1).

Im Umgang mit dem Diabetes scheint es am günstigsten zu sein, eine adäquate Balance zwischen emotions- und problemfokussiertem Coping zu finden und Ängste nicht von vornherein als problematisch einzuordnen, solange sie als sinnvolles Signal für eine notwendige Verhaltensänderung genutzt werden können. Problematisch und zur „Angststörung“ werden Sorgen und Ängste, wenn sie lang anhaltend und übermäßig sind, sowie zu deutlicher Beeinträchtigung und zu irrationalem Verhalten führen. Diese Ängste sind eindeutig dysfunktional und bedürfen einer entsprechenden Behandlung.

### Wie häufig sind Angststörungen und diabetesbezogene Ängste bei Diabetes?

Die Häufigkeit von Angststörungen ist bei Diabetikern nur unzureichend untersucht. Studien mit besserer Qualität weisen zwar auf eine erhöhte Punktprävalenz an subklinischen Ängsten gegenüber der Allgemeinbevölkerung hin, die Rate an klinischen Angststörungen (Prävalenzen 6–9 %) jedoch war nicht erhöht (2, 3).

Angststörungen können bei Menschen mit Diabetes entweder unabhängig vom Diabetes auftreten oder aber einen direkten Bezug zu der Erkrankung aufweisen und eng mit diabetesbezogenen Themen verknüpft sein (siehe oben).

Bildet man eine Rangreihe der Ängste bei Diabetes, stehen Hypoglykämieängste und Ängste in Bezug auf Folgeerkrankungen und Komplikationen des Diabetes im Vordergrund und gehen mit erheblichen Belastungen einher. So zeigen neuere Studienergebnisse, dass beispielsweise die Angst vor Erblindung etwa ein Drittel der Patienten teilweise intensiv beschäftigt, auch wenn die medizinischen Befunde noch keinen unmittelbaren Anlass zur Sorge geben (4). Ungeachtet der häufigen Thematisierung sind dagegen injektionsbezogene Ängste in Studien, die validierte Messinstrumente einsetzen, nur relativ selten bei Patienten mit Diabetes zu beobachten. Ängste und Sorgen hinsichtlich einer indizierten Insulintherapie stellen zwar meist keine Angststörung im engeren Sinne dar, sie sind jedoch sehr häufig und mit einer starken Ablehnung einer Insulinbehandlung assoziiert. Im Vordergrund stehen hier wieder Hypoglykämieängste, gefolgt von Sorgen vor einer Stigmatisierung durch Insulinspritzen sowie Ängste vor einer Überforderung durch eine Insulintherapie (5).

### Wechselwirkungen zwischen Diabetes und Angststörungen

Angststörungen bzw. subklinische Ängste können die Ursache für eine schlechte Stoffwechseleinstellung sein. Allerdings stellt sich die Studienlage nicht einheitlich dar. Lediglich für die Hypoglykämieängste lassen sich eindeutig negative Auswirkungen auf das Diabetesmanagement, die Stoffwechseleinstellung und den Verlauf des Diabetes feststellen (6). Die Komorbidität einer Diabeteserkrankung mit einer zusätzlichen Angststörung geht mit einer starken Reduktion der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einher und kann diabetesbezogene Belastungen massiv verstärken (7).

### Dysfunktionale und pathologische Ängste bei Diabetes erkennen

Bei Patienten mit einer Angststörung ist nicht immer erkennbar, dass ihre Beschwerden Symptome dieser Störung sind. Dem ärztlichen Anamnesegespräch kommt daher eine zentrale Bedeutung für die Diagnostik behandlungsbedürftiger Ängste zu. Entsprechend den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (8) sollte abgeklärt werden, ob somatische/psychische Symptome der Angst vorliegen (vgl. Kasten 1).

### Diabetesbezogene Angststörungen

Diese Störungen lassen sich nicht per se einer bestimmten ICD-10-Kategorie zuordnen, da sie je nach ihrer Ausgestaltung die Kriterien für unterschiedliche Störungen erfüllen können.

**Hypoglykämieangst (F 40.0 oder F 41.0 oder F 40.1):** Übermäßige Angst vor möglichen zukünftigen Hypoglykämien. Typischerweise bestehen Diskriminationsschwierigkeiten zwischen körperlichen Symptomen der Angst und denen der adrenergen Phase einer Hypoglykämie. Zur Vermeidung möglicher Hypoglykämien werden meist deutlich überhöhte Blutzuckerwerte in Kauf genommen. Je nach Ausprägung der Hypoglykämieangst können die Kriterien einer Panikstörung, Agoraphobie oder sozialen Phobie erfüllt sein.

**Angst vor Diabetesfolgen (F 41.1 oder F 41.2 oder F 42 oder F 43.22):** Störung durch übermäßige Ängste und Sorgen über mögliche Spätfolgen und Komplikationen des Diabetes. Je nach Ausprägung der Ängste können die Kriterien einer „generalisierten Angststörung“, „Angst und depressive Störung, gemischt“ oder „Anpassungsstörung“, „Angst und depressive Reaktion, gemischt“ erfüllt sein.

#### Kasten 1

Insbesondere sollten zur ersten Einordnung die folgenden Fragen geklärt werden:

- Handelt es sich um Angstattacken oder chronische Angst?
- Treten die Angstattacken unerwartet auf?
- Inwieweit bestehen Erwartungsangst und Vermeidungsverhalten?
- Gibt es soziale Beeinträchtigungen aufgrund der Ängste?

Zur Erfassung diabetesbezogener Ängste wie einer übermäßigen Angst vor Diabetesfolgen oder Hypoglykämieängsten sollten in der Anamnese gezielte Screening-Fragen zu diesen Themenbereichen gestellt werden. Ergänzend oder vorbereitend werden gut validierte Fragebögen zum Screening allgemeiner und diabetesbezogener Ängste empfohlen. Im Kasten 2 sind kostenlos erhältliche und geeignete Messinstrumente mit ihren Bezugsquelle aufgeführt. Alle Fragebögen sind ökonomisch in Anwendung und Auswertung und können von Patienten im Wartezimmer ausgefüllt werden. Differenzialdiagnostisch müssen Angststörungen von solchen Angstsymptomen abgegrenzt werden, die aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors vorliegen (z. B. Hyperthyreose, Phäochromozytom, vestibuläres Syndrom, Anfallsleiden, Arrhythmien, supraventrikuläre Tachykardie). Geeignete Laboruntersuchungen (Blutbild, Elektrolyte, Blutzucker, Transaminasen und Gamma-GT, TSH, FT3 und FT4) sollten ebenso wie eine allgemein körperlich-internistische (unter Einschluss eines EKGs), neurologische (wünschenswert unter Einschluss eines EEGs) Untersuchung zum Ausschluss eines medizinischen Krankheitsfaktors durchgeführt werden (8). Um hypochondrischen Ängsten keinen Vorschub zu leisten, sollte eine darüber hi-

**Screening-Fragebögen bei allgemeinen und diabetesbezogenen Ängsten**

**Angststörung (diabetesunabhängig):** „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“ (13). Der PHQ-D ist geeignet zum Screening, zur Diagnose, zur Schweregradbeurteilung, sowie zur Verlaufsmessung von insgesamt acht psychischen Störungen. Der PHQ-D wurde speziell zur Anwendung im Bereich der Medizin entwickelt und berücksichtigt deshalb die Bedürfnisse von Ärzten und Psychologen aus diesem Bereich; nämlich nach hoher diagnostischer Aussagekraft bei gleichzeitig geringem Zeitaufwand. Es können die Module für die einzelnen Störungsbereiche (hier: Angststörungen) flexibel entsprechend der jeweiligen Fragestellung ausgewählt werden.

Bezugsquelle: Download <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/index.php?id=6274>

**Hypoglykämieängste:** „Hypoglykämie-Angstinventar“ (14): Der Fragebogen erfasst mit 42 Fragen Hypoglykämieängste bei Diabetikern. Es werden die Bereiche Angstausslösung, -manifestation, -bewältigung und -stabilisierung gemessen.

Bezugsquelle: Anforderung bei den Autoren. E-Mail: [kulzer@diabetes-zentrum.de](mailto:kulzer@diabetes-zentrum.de)

**Ängste und Vorbehalte gegenüber einer Insulintherapie:** „Barrieren der Insulintherapie (BIT)“ (15): Der BIT erfasst mit 14 Fragen Vorbehalte und Ängste von Patienten gegenüber einer Insulintherapie. Die Subskalen messen Injektionsangst, positive insulinbezogene Ergebniserwartungen, erwartete Überforderung durch eine Insulintherapie, Stigmatisierung durch Insulinspritzen und Hypoglykämieangst, ergänzt durch einen globalen Summenwert.

Bezugsquelle: Download <http://www.dr-frank-petrak.de> (Unterseite „Publikationen“). Eine elektronische Version befindet sich in Vorbereitung und wird ebenfalls kostenlos zum Download bereitgestellt werden.

**Kasten 2**

nausgehende somatische Diagnostik nur bei begründetem Verdacht auf bestimmte organische Erkrankungen oder bei Therapieresistenz erfolgen. Angststörungen müssen außerdem von Ängsten im Rahmen anderer psychischer Störungen abgegrenzt werden (somatoforme, substanzinduzierte oder psychotische Störungen).

**Angststörungen bei Diabetes behandeln**

Im Gegensatz zur Vielzahl vorliegender Studien zur Psychotherapie von Angststörungen gibt es derzeit nur sehr wenige Forschungsergebnisse, die sich auf die Psychotherapie von Angststörungen bei erwachsenen Diabetikern beziehen. Derzeit erlaubt es die Studienlage nicht, eindeutige Aussagen zum spezifischen Effekt von Angstbehandlungen speziell bei Diabetikern zu treffen: Die Insulinspritzenphobie wurde lediglich in Fallstudien mit überwiegend positiv dargestelltem Erfolg psychotherapeutisch behandelt. Auch die Effektivität von Verhaltenstherapie bzw. des Blutzucker-Wahrnehmungs-Trainings zur Reduktion der Hypoglykämieangst bzw. der Angst vor Folgekomplikationen konnte bisher nicht ausreichend belegt werden (zusammenfassend: 9). Allerdings sind Interventionen zur Angstbehandlung generell ein wirksames Verfahren im Rahmen der Psychotherapie und es gibt keine Kontraindikationen für die Anwendung bei Menschen mit Diabetes.

Entsprechend den Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (9) wird folgende gestufte Vorgehensweisen in der Behandlung von Ängsten bei Diabetes empfohlen:

**Diagnostik**

Besteht der Verdacht auf eine komorbide Angststörung bei Patienten mit Diabetes, sollte eine fundierte Diagnostik und Differenzialdiagnostik erfolgen (siehe oben). In Zweifelsfällen oder bei schwerwiegender Symptomatik ist eine konsiliarische Abklärung und ggf. die Weiterbehandlung durch einen Fachmann zu veranlassen (Psychologischer Psychotherapeut, Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenarzt).

**Psychosomatische Basisversorgung**

Bei subklinischen Ängsten oder geringgradiger Symptomatik kann ein Behandlungsversuch im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erfolgen. Diese umfasst:

- Diagnostik und Differenzialdiagnostik der Angststörung
- Abklärung diabetespezifischer Ängste
- Beratung und Psychoedukation über die Störung
- Bei geringgradigen Phobien: Ermutigung und Anleitung zur Exposition an befürchtete Situationen
- Selbsthilfemanuale
- Erfolgt nach etwa vier Wochen keine Besserung, ist die Einleitung einer Psychotherapie oder einer Pharmakotherapie zu empfehlen.

**Psychotherapie**

Liegt eine mittelgradige oder schwere Angststörung bei einem Patienten mit Diabetes vor oder konnte im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung keine durchgreifende Besserung erreicht werden, sollten wissenschaftlich validierte Verfahren, die an Angstpatienten ohne Diabetes evaluiert wurden, auch bei Diabetikern eingesetzt werden. Diese umfassen die kognitive Verhaltenstherapie, die psychodynamische Psychotherapie und, ggf. in Kombination mit einem dieser Verfahren, die Pharmakotherapie. Bei diabetespezifischen Ängsten (z. B. Hypoglykämieangst, Insulinspritzenphobie) sollte als Methode der ersten Wahl eine Verhaltenstherapie bei einem diabetologisch erfahrenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten erfolgen. Bleibt dieser Behandlungsversuch erfolglos, sollte eine psychodynamische Therapie empfohlen werden.

**Psychopharmaka**

Folgende Psychopharmaka können als Ergänzung zur Psychotherapie in der Behandlung von Angststörungen bei Diabetikern empfohlen

werden: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (cave: trizyklische Antidepressiva gehen mit einer Verschlechterung der Stoffwechsellage bei Diabetes einher (10)) und Benzodiazepine (cave: Suchtpotenzial; nur zeitlich limitierter Einsatz). Darüber hinaus sollten zur Psychopharmakotherapie die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (8) beachtet werden.

### Haben Patienten mit Diabetes zu viel oder zu wenig Angst?

In der Psychologie gibt es eine Unterscheidung zwischen den oft synonym gebrauchten Begriffen Angst und Furcht. „Furcht“ ist eine aversive Emotion, die sich auf eine reale Bedrohung richtet, während „Angst“ eher ungerichtet und irrational ist. Übernimmt man diese Unterscheidung, haben Menschen mit Diabetes nicht mehr oder weniger Angst als Menschen ohne Diabetes. Und grundsätzlich ist es wenig erstrebenswert, irrationale Angst zu haben. Im Gegensatz dazu kann man mit einiger Begründung feststellen, dass Diabetiker oft zu wenig „Furcht“ haben. Verantwortlich dafür kann unzureichendes Basiswissen über den Diabetes sein. Aber auch bei grundsätzlich vorhandenen Kenntnissen über den Diabetes werden die individuellen realen Risiken von der Mehrzahl der Betroffenen unterschätzt. Aus der Risikoforschung ist bekannt, dass ein abstraktes Risiko einer im Einzelfall nicht genau vorherzusagenden Bedrohung (hier: durch Spätfolgen des Diabetes) allgemein zu einer systematischen Unterschätzung der tatsächlichen Risiken führt (11). Eine Unterschätzung der Risiken führt jedoch zu einem Motivationszustand, in dem die wahrgenommenen „Kosten“ des Diabetesmanagements im Vergleich zu dem erreichbaren Nutzen (bessere Prognose, längere Lebenserwartung) überschätzt werden. Damit wird die Motivation vermindert, Mühen auf sich zu nehmen, um den Diabetes möglichst gut zu behandeln.

Die American Diabetes Association macht sehr anschaulich vor, wie eine individuelle Risikoeinschätzung für Folgeerkrankungen online vorgenommen werden kann (<https://www.diabetes.org/phd/profile/default.jsp>), indem Risiken und Nutzen konkreter Verhaltensweisen (z. B. Bewegung, Gewichtsreduktion) errechnet und rückgemeldet werden. Im ärztlichen Gespräch sollte in diesem Sinne versucht werden, die konkreten Risiken, aber auch die Chancen des eigenen Handelns für den einzelnen Patienten zu verdeutlichen, um eine Verbesserung des Selbstmanagements des Diabetes zu erreichen.

Von diesen motivationspsychologischen Überlegungen klar abzugrenzen ist der Umgang mit

pathologischen Ängsten und irrationalen Sorgen von Diabetespatienten. Diese können gravierend negative Auswirkungen haben, wie das Beispiel der Hypoglykämieangst zeigt. Bei Hinweisen auf mögliche übertriebene Ängste von Patienten in der ärztlichen Konsultation helfen orientierende Screening-Fragen und der Einsatz ökonomischer Screening-Fragebögen, um diejenigen Patienten zu erkennen, die von einer Angstbehandlung profitieren können.

### Literatur

- Rose M, Fliege H, Hildebrandt M, Schirop T, Klapp BF. The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care* 2002; 25: 35–42
- Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1053–1060
- Shaban MC, Fosbury J, Kerr D, Cavan DA. The prevalence of depression and anxiety in adults with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine* 2006; 23: 1381–1384
- Luckie R, Leese G, McAlpine R, MacEwen CJ, et al. Fear of visual loss in patients with diabetes: results of the prevalence of diabetic eye disease in Tayside, Scotland (P-DETS) study. *Diabet Med* 2007; 24: 1086–1092
- Petrak F. Psychologische Barrieren der Insulintherapie bei Patienten mit Typ-2-Diabetes. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz* 2006; 15: 28–34
- Wild D, von Maltzahn R, Brohan E, Christensen T, et al. A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. *Patient Educ Couns* 2007; 68: 10–15
- Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerley R, Bundy C, Davies R, Dickens CM. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 2004; 57: 557–564
- Dengler W, Selbmann H. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2000
- Herpertz S, Petrak F, Albus C, Hirsch A, Kruse J, Kulzer B. Psychosoziales und Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien der Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM). *Diabetes und Stoffwechsel* 2003; Suppl. 2: 69–94
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, et al. Effects of nortriptyline on depression and glycaemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 1997; 59: 241–250.
- Kulzer B. Psychologische Aspekte bei Typ-2-Diabetes. Probleme der Therapiemotivation. *Diabetes aktuell* 2007; 5: 26–32
- Löwe B, Zipfel S, Herzog W. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen, 2. Auflage. Pfizer, Karlsruhe 2002
- Kulzer B. Angst vor Unterzuckerung: Das „Hypoglykämie-Angstinventar“. In: Kohlmann C-W (ed) *Diabetes und Psychologie: Diagnostische Ansätze*. Verlag Hans Huber, Bern 1995; pp 64–79
- Petrak F, Stridde E, Leverkus F, Crispin AA, Forst T, Pftzner A. Development and Validation of a New Measure to Evaluate Psychological Resistance to Insulin Treatment. *Diabetes Care* 2007; 30: 2199–2204



### Korrespondenz

Priv.-Doz. Dr. Frank Petrak  
LWL-Klinik Dortmund,  
Universitätsklinik der Ruhr-  
Universität Bochum  
Abteilung für Psychosomatische  
Medizin  
und Psychotherapie  
c/o Schulberg 7–9  
65183 Wiesbaden  
mail@dr-frank-petrak.de