



Angst und Depression bei Menschen mit Diabetes

Spezifisches Screening in die Betreuung integrieren

FRANK PETRAK, DORTMUND

Zusammenfassung

Pathologische Ängste können bei Menschen mit Diabetes unabhängig von der körperlichen Erkrankung auftreten oder einen direkten Bezug zur Diabeteserkrankung haben. Die wichtigsten diabetesbezogenen Ängste richten sich auf Folgeerkrankungen und Hypoglykämien und können das Diabetesmanagement stark negativ beeinflussen. 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 die Patienten wirksam zu behandeln.

Auch Depressionen werden in der Hausarzt- oder Diabetologenpraxis oft nicht erkannt oder unzureichend therapiert. Ein regelmäßiges Depressionsscreening, als Bestandteil der Routineversorgung, kann diesen Defiziten entgegenwirken, zumal die Diagnose einer Depression auch unter Praxisbedingungen ökonomisch und zuverlässig möglich ist. Die Therapie zielt nicht nur auf eine Remission der Depression ab, sondern umfasst auch diabetesbezogene medizinische Ziele. Depressionen sind bei Diabetikern mit Antidepressiva, Psychotherapie oder einer Kombination beider Therapieansätze annähernd so gut behandelbar wie bei depressiven Patienten ohne Diabetes.

Einleitung

Diabetes mellitus kann als Prototyp einer chronischen Erkrankung betrachtet werden, bei der Prognose und Verlauf entscheidend durch den Lebensstil und das Krankheitsverhalten der Patienten bestimmt werden. Die Behandlung bedarf nicht nur einer lebenslangen Planung und Kontrolle der Nahrungsaufnahme, sondern der ganzen Lebensgestaltung. Der Patient trägt dabei eine große Eigenverantwortung, und vielen Betroffenen fällt das Umsetzen von Therapieempfehlungen schwer. Ein wesentliches Hindernis für ein erfolgreiches Diabetes selbstmanagement können komorbide psychische Erkrankungen sein. Depressive Störungen und Angsterkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Komorbiditäten bei Diabetes mellitus und sind ein Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf der Diabeteserkrankung.

Pathologische Ängste bei Diabetes mellitus Formen

Ebenso wie bei Stoffwechselgesunden treten bei Menschen mit Diabetes unabhängig von körperlichen Erkrankungen Angststörungen auf. Die meisten Angststörungen bei Diabetikern sind nicht spezifisch für diese Patientengruppe und lassen sich nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) einordnen (vgl. Kasten 1) [1]. Teilweise sind sie jedoch eng verknüpft mit diabetesbezogenen Themen wie einer Zwangsstörung mit zwanghaftem Diabetesmanagement, sodass diese Aspekte besonders zu berücksichtigen sind. Zudem gibt es ausschließlich diabetesbezogene Angststörungen, die sich nicht per se einer bestimmten ICD-10-Kategorie zuordnen lassen, da sie die Kriterien für unterschiedliche Störungen erfüllen. Diese können auch subklinisch sein oder verschiedenen ICD-10-Diagnosen zugeordnet werden:

- Hypoglykämieangst ist übermäßige Angst vor möglichen zukünftigen Hypoglykämien. Typisch sind Diskriminationsschwierigkeiten zwischen körperlichen Symptomen der Angst und denen der adrenergen Phase einer Hypoglykämie. Zur Vermeidung möglicher Hypoglykämien werden meist stark überhöhte Glukosewerte in Kauf genommen. Je nach Ausprägung der Angst können die Kriterien einer Panikstörung, Agora- oder sozialen Phobie erfüllt sein.
- Bei der Angst vor Diabetesfolgen handelt es sich um Störungen durch übermäßige Ängste und Sorgen über mögliche Spätfolgen und Komplikationen. Je nach Ausprägung der Ängste können die Kriterien einer „generalisierten Angststörung“, „Angst und depressiven Störung, gemischt“ oder „Anpassungsstörung“, „Angst und depressiven Reaktion, gemischt“ erfüllt sein.
- Ängste vor einer Insulintherapie erfüllen meistens nicht die Kriterien einer psychischen Störung. Sie lassen sich meist als übertriebene Sorgen und Vorbehalte bzgl. dieser Therapie einordnen.

Epidemiologie

Die Punktprävalenz für Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung beträgt 9% und die Lebenszeitprävalenz 15,1%. Neuere kontrollierte Studien



Prof. Dr. rer. soc.
Dipl.-Psych. Frank
Pettrak



Kasten 1: Angststörungen nach ICD-10 und Bezug zum Diabetes

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 (F 40.01) oder ohne (F 40.00) 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 gefährdeten Objekten oder Situationen ausgelöst wird (z. B. Höhen, bestimmte Tiere, Blut) und häufig zu Vermeidungsverhalten führt. **Diabetesbezug:** Bei Diabetespatienten ist besonders die Spritzenphobie (Angst vor Insulininjektion) zu berücksichtigen, die starke vasovagale Reaktionen auslösen kann.

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): Lang anhaltende 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 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 meist 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.

weisen im Vergleich dazu auf eine Erhöhung der Lebenszeitprävalenz für Angststörungen bei Patienten mit Diabetes hin (um etwa 20%). Es gibt zudem Hinweise auf eine erhöhte Rate an subklinischer Angstsymptomatik bei Diabetikern.

Die Angst vor Folgekomplikationen und Hypoglykämien sind die beiden stärksten krankheitsspezifischen Belastungen im Zusammenhang mit der Diabetestherapie (diabetesbezogene Ängste). Diese können emotional erheblich beeinträchtigen und zu Problemen des Selbstmanagements führen. Spritzenphobien sind dagegen sehr selten.

Als „Barrieren der Insulintherapie“ oder „psychologische Insulinresistenz“ werden spezifische Ängste von Patienten mit Typ-2-Diabetes bezüglich des Wirkstoffes Insulin bezeichnet. Meistens sind dabei die Kriterien für eine psychische Störung nicht erfüllt. Oral unzureichend behandelte Patienten mit Typ-2-Diabetes haben meistens eine ambivalente Einstellung zum Insulin: Ausgeprägt positiven Erwartungen an ein wirksames Medikament stehen relativ starke Ängste vor Hypoglykämien und moderate Sorgen vor einer Stigmatisierung durch Injektionen sowie einer Überforderung durch eine Insulintherapie entgegen. Am häufigsten berichten Patienten über Ängste vor Hypoglykämien. Ängste vor Nadeln oder Stechhilfen dagegen sind selten. Zusammenfassend können Ängste vor einer Insulintherapie ihrer Initiierung entgegen stehen [2, 3].

Interaktion Diabetes – komorbide Angststörung
Angststörungen bzw. subklinische Ängste können die Ursache für eine schlechte Stoffwechseleinstellung sein. Allerdings ist die Studienlage nicht einheitlich. Diabetiker mit einer zusätzlichen Angststörung sind nicht nur durch ihre psychische Störung beeinträchtigt. Sie haben zudem eine überdurchschnittliche Belastung sowohl im Umgang mit dem Diabetes wie auch in ihrer allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität [4].

Diagnostik

Zur Erfassung diabetesbezogener Ängste wie einer übermäßigen Angst vor Diabetesfolgen oder Hypoglykämieängsten sollten in der Anamnese gezielte Screeningfragen zu diesen Themenbereichen gestellt werden (Abb. 1) [1, 4]. Empfehlenswert ist auch ein einleitendes oder ergänzendes Fragebogen-Screening: Zur Diagnostik von Hypoglykämieängsten empfiehlt sich das „Hypoglykämie-Angstinventar“ [5] und zur Messung von Ängsten vor einer Insulintherapie eignet sich der Fragebogen „Barrieren der Insulintherapie“ (BIT-Fragebogen); Bezugsquellen beim Autor [3]. Zur weiteren Diagnostik wird der „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ (PHQ-D) empfohlen [9], der außer auf Angststö-

rungen ein Screening auf die häufigsten psychischen Störungen in der Primärmedizin ermöglicht.

Differenzialdiagnostisch müssen Angststörungen bei allen Patienten von Angstsymptomen abgegrenzt werden, die aufgrund einer weiteren Erkrankung vorliegen (z. B. Hyperthyreose, Phäochromozytom, vestibuläres Syndrom, Anfallsleiden, Arrhythmien, supraventrikuläre Tachykardie). Es sollten geeignete Labortests (Blutbild, Elektrolyte, Blutzucker, Transaminasen und Gamma-GT, TSH, FT3 und FT4), allgemein körperlich-internistische (inkl. EKG) und neurologische (wünschenswert inkl. EEGs) Untersuchungen gemacht werden. Um hypochondrische Ängste nicht zu fördern, sollte eine weiter gehende somatische Diagnostik nur bei begründetem Verdacht auf bestimmte organische Krankheiten oder Therapieresistenz erfolgen [4].

Therapie von Angststörungen bei Diabetes

Derzeit erlaubt es die Studienlage nicht, eindeutige Aussagen zum spezifischen Effekt von Angstbehandlungen bei Diabetikern zu treffen. Allerdings sind Interventionen zur Angstbehandlung generell wirksame Psychotherapieverfahren und es gibt keine Kontraindikationen für deren Anwendung bei Diabetespatienten. Folgendes abgestuftes Vorgehen wird in der Behandlung von Ängsten bei Diabetes empfohlen (Abb. 2) [4]:

Psychosomatische Grundversorgung: Bei subklinischen Ängsten oder geringer Symptomatik kann ein Therapieversuch im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erfolgen. Tritt nach ca. vier Wochen keine Besserung ein, ist die Einleitung einer Psychotherapie evtl. in Verbindung mit einer Pharmakotherapie zu empfehlen.

Liegt eine mittelgradige oder schwere Angststörung vor, oder kann über die psychosomatische Grundversorgung keine deutliche Besserung erreicht werden, sollten als Psychotherapie kognitive Verhaltenstherapie oder psychodynamische Psychotherapie und ggf. die Pharmakotherapie in Kombination mit einem dieser Verfahren empfohlen werden. Bei diabetesspezifischen Ängsten sollte nach Empfehlungen der DDG und des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) als Methode der ersten Wahl eine Verhaltenstherapie bei einem diabetologisch erfahrenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten erfolgen [10]. Als Ergänzung zur Psychotherapie können pharmakotherapeutisch Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und Benzodiazepine eingesetzt werden (cave: Suchtpotenzial, zeitlich limitierter Einsatz!).

Depression bei Diabetes mellitus

Epidemiologie

Depressionen treten bei Patienten mit Diabetes etwa doppelt so häufig auf wie in der Allgemeinbevölke-

rung. Etwa 9% der Diabetiker weisen das Vollbild einer klinischen Depression auf (vs. 5% in den Kontrollgruppen).

Berücksichtigt man auch klinisch relevante Depressionssymptome, bei denen nicht alle Kriterien einer Depression erfüllt sind, erhöht sich die Rate der Betroffenen auf 25% [6]. Legt man diese Zahlen zugrunde, kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland 1,6 bis 2 Millionen Diabetiker unter Depressionssymptomen leiden.

Abb. 1: Algorithmus zur Diagnose pathologischer Ängste bei Diabetes

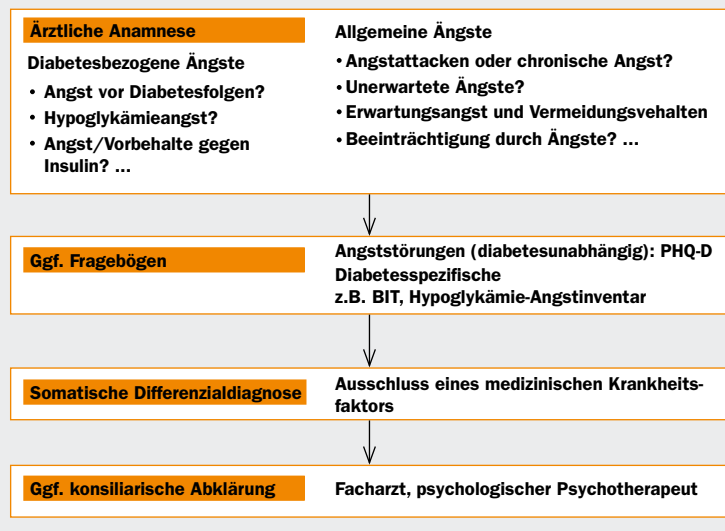
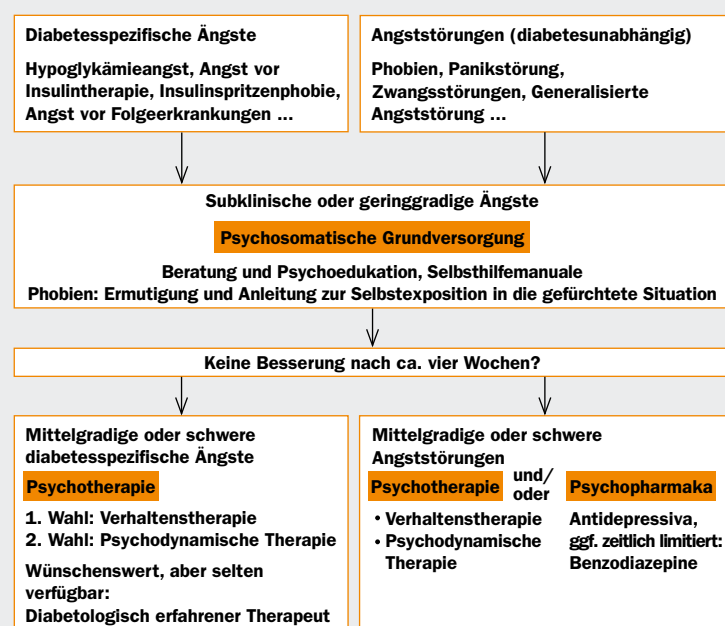


Abb. 2: Algorithmus zur Behandlung pathologischer Ängste bei Diabetes



Kasten 2: Depressionsscreening in der Allgemeinpraxis

1. PHQ-2-Screening

Folgende Fragen werden dem Patienten gestellt:

Wurden Sie in den letzten zwei Wochen beeinträchtigt durch

- a) ... Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?
- b) ... wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten?

Auswertung: Eine der beiden Fragen mit „Ja“ beantwortet = Screening positiv; beide Fragen mit „Nein“ beantwortet = Screening negativ

Gütekriterien (Diagnose einer depressiven Störung [11]):

Sensitivität: 96%, Spezifität: 57%

Zeitaufwand: < 1 Minute

2. WHO-5-Fragebogen (Download: <http://www.who-5.org>)

Die folgenden Aussagen betreffen ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	5	4	3	2	1	0

Auswertung: Die Punktwerte der einzelnen Fragen werden addiert. Summenwert < 13 P = Screening positiv, Gütekriterien (Diagnose einer depressiven Störung [12]): Sensitivität: 94%, Spezifität: 65%; **Zeitaufwand: ca. 3 Minuten**

[8]. Ein Screening depressiver Störungen kann auf zwei Arten erfolgen. Im ärztlichen Gespräch können die zwei Fragen des „Patient Health Questionnaire (PHQ-2)“ gestellt werden (Zeitaufwand < 1 Minute) oder der Patient füllt in etwa drei Minuten den „WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden“ aus (Kasten 2, Abb. 3). Ist das Screening positiv, kann die Depressionsdiagnose mit dem neun Fragen umfassenden „Patient Health Questionnaire“ (PHQ-9) [9] gesichert werden. Die Fragen werden im Gespräch zwischen Arzt und Patient durchgegangen oder der Fragebogen wird im Wartezimmer ausgefüllt (Zeitaufwand: 5 Minuten). Bei Zweifeln an der Depressionsdiagnose, sollte eine Abklärung beim Facharzt oder einem psychologischen Psychotherapeuten erfolgen.

Interaktion Depression und Diabetes

Depressionen sind bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes mit Hyperglykämie, mikro- und makrovaskulären Komplikationen sowie einer deutlich erhöhten Mortalität assoziiert. Von besonderer Bedeutung ist, dass diese Zusammenhänge nicht nur bei starken Depressionen deutlich werden, sondern bereits bei subklinischen und leichten Depressionen in nahezu gleicher Ausprägung beobachtbar sind [7].

Diagnostik

Im klinischen Alltag wird höchstens die Hälfte der depressiven Diabetiker als depressiv erkannt, ein noch viel geringerer Anteil wird adäquat behandelt

Therapie depressiver Störungen bei Diabetes

Angesichts der schwerwiegenden psychischen wie körperlichen Auswirkungen einer Depression bei Diabetes sollte eine antidepressive Therapie aus psychotherapeutischer Sicht mindestens die Depression sowie die Lebensqualität deutlich bessern oder zu einer Remission führen. Die medizinischen Ziele fokussieren auf einer Reduktion diabetesbezogener Komplikationen, der Morbidität und Mortalität.

Bisherigen Studien zufolge sind depressive Störungen bei Diabetikern ähnlich gut behandelbar wie bei Nichtdiabetikern. Bislang ist jedoch noch nicht geklärt, welche antidepressive Therapie sich auf den Stoffwechsel günstig auswirkt [7]. In An-

lehnung an die Leitlinien „Psychosoziales und Diabetes mellitus“ [10] wird für die Diagnostik und Therapie depressiver Störungen bei Diabetikern folgendes Vorgehen empfohlen (Abb. 3 u. 4):

Subklinische oder geringgradige Depression:

Ein erster Behandlungsversuch kann im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung durch den Hausarzt, Internisten oder Diabetologen erfolgen. Zunächst sollte eine Aufklärung über den Zusammenhang von Depression bei Diabetes erfolgen. Anschließend kann mit den Patienten gemeinsam überlegt werden, welche aktuellen Faktoren die depressiven Symptome auslösen und aufrechterhalten und veränderbar sind. Die ärztliche Gesprächsführung sollte aktiv, problemlöseorientiert, flexibel und unterstützend sein und den Patienten ermutigen. Bei Verdacht auf aktuelle Suizidalität sollte der Patient direkt darauf angesprochen werden, um ihn gegebenenfalls zu schützen und einer weitergehenden Therapie zuzuführen. Ist das Befinden nach ca. zwei Wochen nicht besser, folgt die nächste Stufe (Eingangsstufe für mittelgradige Depression).

Mittelgradige Depression:

Die mittelgradige Depression bedarf einer spezifischen Behandlung mit Antidepressiva und/oder mit psychotherapeutischen Verfahren. Als medikamentöse Therapie gelten SSRIs bei Diabetespatienten als die Methode der ersten Wahl. Eine Verhaltenstherapie, interpersonelle Therapie oder tiefenpsychologische Psychotherapie kann bei einem Facharzt oder einem psychologischen Psychotherapeuten ergänzend oder alternativ eingeleitet werden. Das Ansprechen auf die Arzneitherapie sollte eng überwacht werden, um Dosisanpassungen vorzunehmen. Tritt nach etwa vier Wochen, auch nach Anpassung der Medikation, keine Besserung ein, sollte die nächste Stufe des Algorithmus beschrritten und eine fachärztliche antidepressive Therapie eingeleitet werden (Eingangsstufe für schwere Depression).

Die schwere Depression erfordert eine Facharztbehandlung, ggf. in Kombination mit einer Psychotherapie, wobei v. a. in der Anfangsphase die Behandlung mit SSRI im Vordergrund steht.

In allen Phasen der Behandlung ist angesichts des chronischen Charakters depressiver Störungen und der negativen Folgen schon subklinischer depressiver Symptome eine kontinuierliche Überprüfung des Therapieerfolges nötig. Das Ziel der Depressionsbehandlung ist die völlige Remission, auch bei Diabetespatienten.

Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Frank Petrak

Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Klinik Dortmund, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum c/o Schulberg 7-9, D-65183 Wiesbaden mail@dr-frank-petrak.de

Literatur unter www.info-diabetologie.de

Abb. 3: Algorithmus zur Depressionsdiagnostik bei Diabetes mellitus

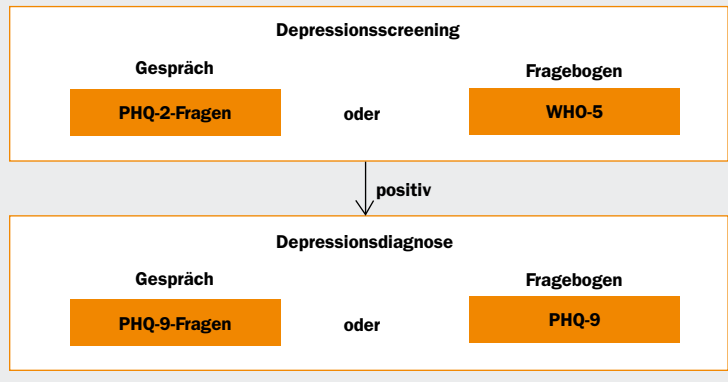
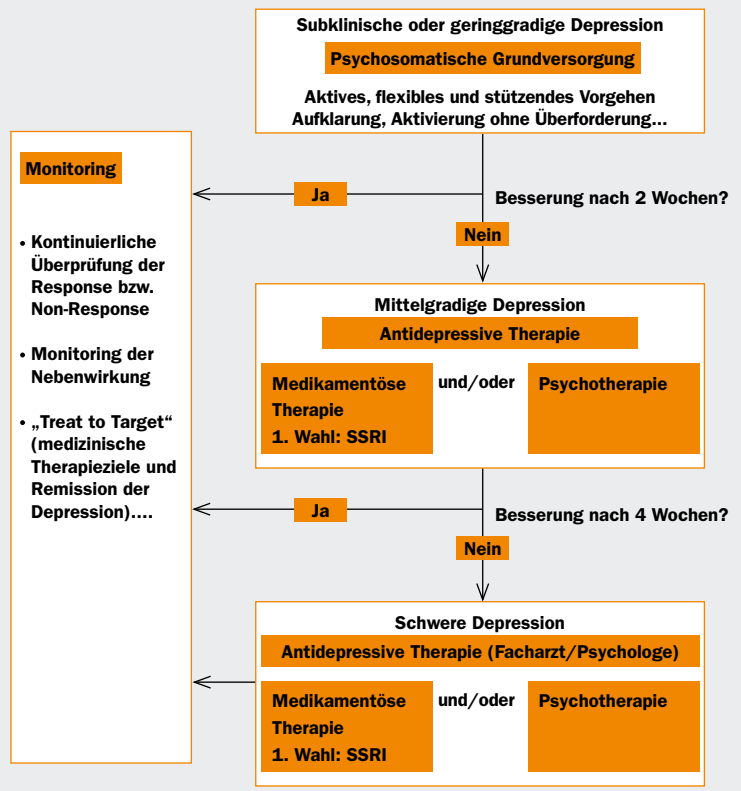


Abb. 4: Algorithmus zur Depressionsbehandlung bei Diabetes mellitus



Versorgungsangebote für Patienten in Studien des Kompetenznetzes Diabetes mellitus

MIND-DIA-(Minor-Depression-and-Diabetes-)Studie

Wo? Im Ruhrgebiet und Rhein-Main Gebiet
Zielgruppe? Typ-2-Diabetes, Alter 65–85 Jahre, subklinische Depression

Informationen und Zuweisungsmöglichkeiten für Patienten:

Studienhotline 0231 450 326 07 oder E-Mail: mail@dr-frank-petrak.de
<http://www.kompetenznetz-diabetes-mellitus.net>