

Diabetes mellitus und psychische Störungen – eine gefährliche Kombination 21.03.2018



Via Mentis

Dr. med. Udo Simson, Klinik für Psychosomatische Medizin, Düsseldorf
im Rahmen des Qualitätszirkels und der DMP-Veranstaltung in Zusammenarbeit mit
Dr. med. Schottenfeld-Naor, Diabetische Schwerpunktpraxis, Düsseldorf

Via Mentis in Düsseldorf

Fachklinik für Psychosomatik



- Depressionen, Burn out, Erschöpfungssyndrome
- Essstörungen: Adipositas, Anorexie, Bulimie, Binge Eating
- somatoforme Störungen, Schmerzstörungen
- Angststörungen, Panikattacken, Phobien
- Traumafolgestörungen
- Ängste und Depression bei Herzerkrankungen
- Alterspsychosomatik



Depression

Klassifikation

- depressive Episode (F32.x)
- rezidivierende depressive Störung (F33.x)
- anhaltende affektive Störungen (F34.x)
- Anpassungsstörungen (F43.2x)

Lit.: Mein schwarzer Hund.
(Matthew Johnstone)

Depression

Haupt- und Zusatzsymptome

- Hauptsymptome: leicht 2 – mittel 2 – schwer 3
 - Depressive Stimmung
 - Interessenverlust, Freudlosigkeit
 - Antriebsmangel, gesteigerte Ermüdbarkeit
- Zusatzsymptome: leicht 2 – mittel 3-4 – schwer ≥ 4
 - Vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen
 - Verlust des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls
 - Schlafstörungen aller Art
 - Appetit- oder Gewichtsverlust (selten auch Zunahme)
 - unbegründete Selbstvorwürfe und Schuldgefühle
 - psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
 - wiederkehrende Gedanken an Tod, Suizid oder Suizidhandlungen

(mod. nach ICD-10)

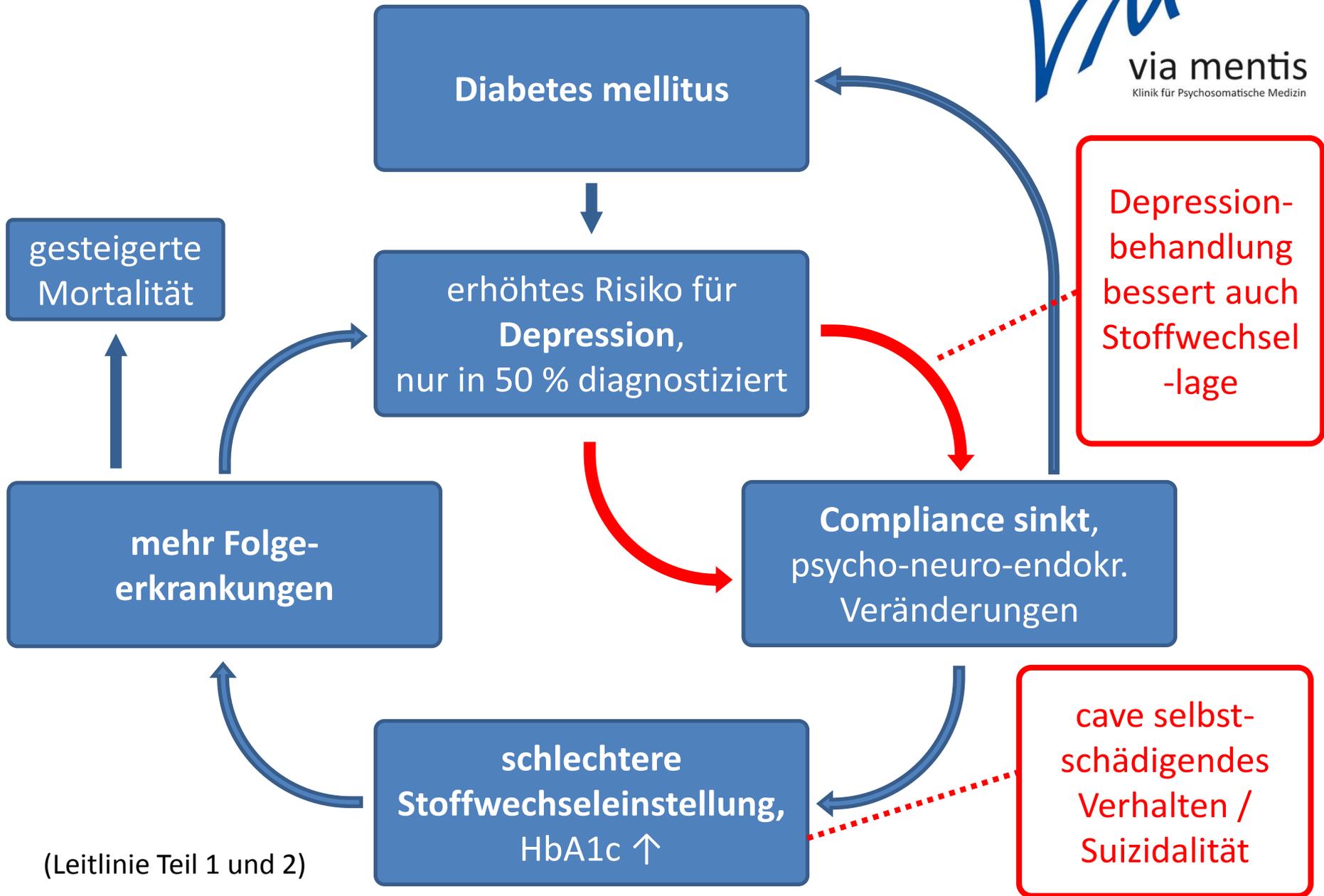
Selbstwertentwicklung



Ursachen für Störungen der Selbstwertregulation im Beruf

- Arbeitsverdichtung, shifting baselines, unrealistische Ziele, Personalabbau
- Arbeitsplatzunsicherheit; Arbeitslosigkeit
- fehlende Wertschätzung, geringes Gehalt, ausbleibende Beförderung
- Mobbing
- Mehrfachbelastung
 - Pflege von Angehörigen
 - Kindererziehung
- ungenügende Ausbildung
- biologische Faktoren
 - hohes Alter
 - somatische Erkrankungen





Screening-Empfehlungen

- bei Diabetes regelmäßig und in kritischen Phasen (Diagnosestellung, stationäre Behandlung, neue Folgeerkrankungen, bei Compliance-Problemen) Depression-Screening
(5, 8, 116, Leitlinie Teil 1)
- bei Depression Suizidgefährdung einschätzen
(356, Leitlinie)
- Screening-Fragen
 - Fühlten Sie sich während der letzten zwei Wochen gedrückt, niedergeschlagen oder hoffnungslos?
 - Haben Sie während der letzten zwei Wochen Freude oder Interesse an Ihren Tätigkeiten verloren, die Ihnen gewöhnlich Freude machen?

(Leitlinie Teil 1)

WHO-5-Wohlbefindens-Index

<i>In den letzten zwei Wochen ...</i>	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

Ein Wert kleiner 13 weist auf eine mögliche Depression hin.

Therapieformen

- Psychotherapie
- Psychopharmakotherapie
- Sport- und Bewegungsth.
- kreative Therapien



- allen Patienten mit leichter, mittelgradiger und schwerer Depression soll in Abhängigkeit von der Präferenz des Patienten eine Psychotherapie angeboten werden; Patienten mit Anpassungsstörungen kann sie angeboten werden

Indikation für stationäre psychosomatische Behandlung

- wenn Lebensumstände den Therapieerfolg behindern
- wenn eine depressionsbedingte Isolation droht
- wenn Chronifizierung droht
- bei schweren Krankheitsbildern
- wenn ambulante Therapien nicht helfen
(Leitlinie Teil 1)



(Patientenzimmer in der Via Mentis)

Psychotherapie bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom

Table 4 Comparison of mean total anxiety, depression (HADS) and diabetes-related problems (PAID) scores between intervention and control groups ($n = 15$ in both) over the course of treatment

	<i>n</i>	Admission	Discharge
Depression			
Control		10.6 ± 2.9	10.9 ± 3.3
Intervention		11.7 ± 2.7	10.1 ± 3.5
Time point: $F = 2.628$; $df = 1$; $P = 0.116$;			
Time point *Group: $F = 6.359$; $df = 1$; $P = 0.018$; corrected effect size = -0.63			
Anxiety			
Control		8.3 ± 3.1	9.9 ± 2.4
Intervention		10.8 ± 4.0	10.3 ± 3.4
Time point : $F = 1.500$; $df = 1$; $P = 0.231$;			
Time point *Group: $F = 5.998$; $df = 1$; $P = 0.021$; corrected effect size = -0.56			
Diabetes-related problems			
Control		30.9 ± 17.2	33.0 ± 17.9
Intervention		34.6 ± 9.4	29.1 ± 12.5
Time point : $F = 1.632$; $df = 1$; $P = 0.212$;			
Time point *Group: $F = 8.298$; $df = 1$; $P = 0.008$; corrected effect size = -0.52			

Mean ± SD.

Pharmakotherapie

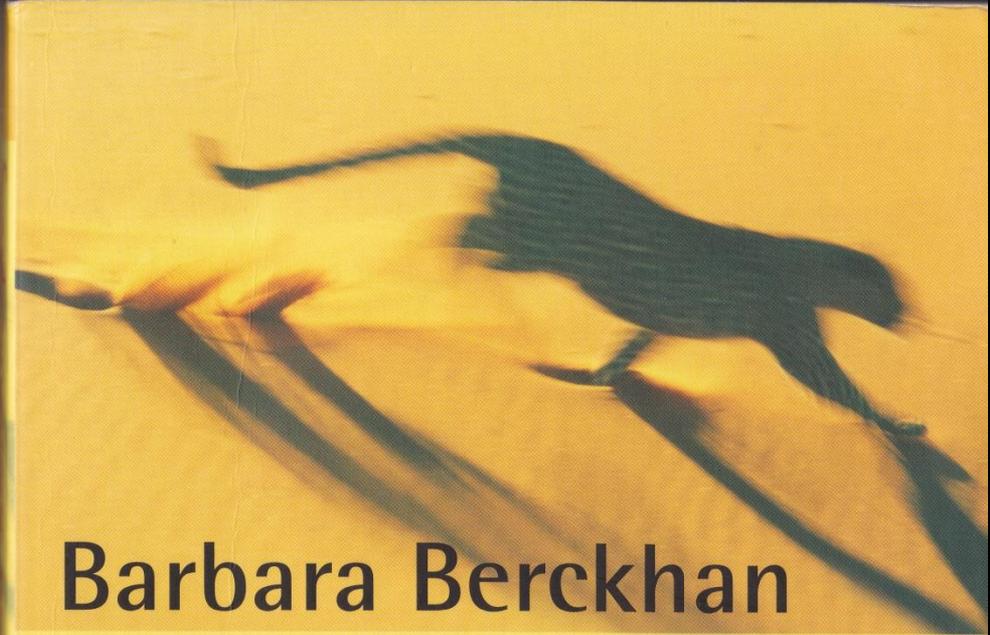
- bei mittelschwerer und schwerer Depression soll die Kombination einer Pharmakotherapie mit einer Psychotherapie geprüft werden

(356, Leitlinie Teil 1)

- Selektive-Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) sind trizyklischen Antidepressiva vorzuziehen, wegen geringerer Nebenwirkungen (Gewichtszunahme, Blutglukoseerhöhung)
- Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) können den Insulinbedarf infolge einer erhöhten Insulinsensitivität senken

(367, Leitlinie Teil 1)

Steigerung des
Selbstvertrauens



Barbara Berckhan

Sanfte Selbstbehauptung

Die 5 besten Strategien,
sich souverän durchzusetzen

GOLDMANN

innere Kritik bewusst machen

- Vorstellungen, „unzulänglich“ zu sein, „nicht zu genügen“ oder die Vorstellung „mit mir stimmt etwas nicht“
- Beispiele:
 - sich selbst beschimpfen („Ich Idiot!“)
 - sich entmutigen („Das wird doch nichts.“)
 - sich mit anderen vergleichen („Der verdient mehr, sieht besser aus und ist beliebter als ich.“)

(Berckhan 2009)

Distanzierung von innerer Kritik

- sich bewusst von innerer Kritik distanzieren, wenn sie nicht objektiv ist, übertreibt und verächtlich sich selbst und anderen Menschen gegenüber ist
- innere Zwickmühlen erkennen:
 - der eigene Anspruch, alle anstehenden Arbeiten zeitnah zu erledigen und sich gleichzeitig um sich selbst kümmern
 - der eigene Anspruch, immer freundlich und sympathisch zu sein und sich gleichzeitig konsequent durchzusetzen

(Berckhan 2009)

Ansprüche an sich relativieren

- Maßnahmen, um Überforderung zu vermeiden
 - feststellen, wo man Ansprüche herunterschrauben kann
 - Arbeiten delegieren oder vereinfachen
 - Überforderung, Perfektionismus vermeiden
 - sich nicht mit anderen vergleichen, sie sind kein Maßstab

(Berckhan 2009)

- überfordernde Ansprüche meiden
 - sei perfekt
 - sei bei allen beliebt
 - sei immer stark -

(Kaluza 2007)



Diabetesbezogene Ängste

- Ängste vor Hypoglykämien
 - Unterscheidungsschwierigkeiten zwischen Angst und Hypoglykämie
 - meist werden deutlich überhöhte Blutzuckerwerte in Kauf genommen
- Ängste vor Diabetesfolgen
 - übermäßige Ängste vor Komplikationen des Diabetes
- Ängste vor Insulinbehandlung
 - Insulintherapie wird als Beginn einer schwerwiegenderen Phase der Erkrankung verstanden
 - Ängste vor unangenehmen sozialen Konsequenzen

(396, 400, Leitlinie Teil 2)

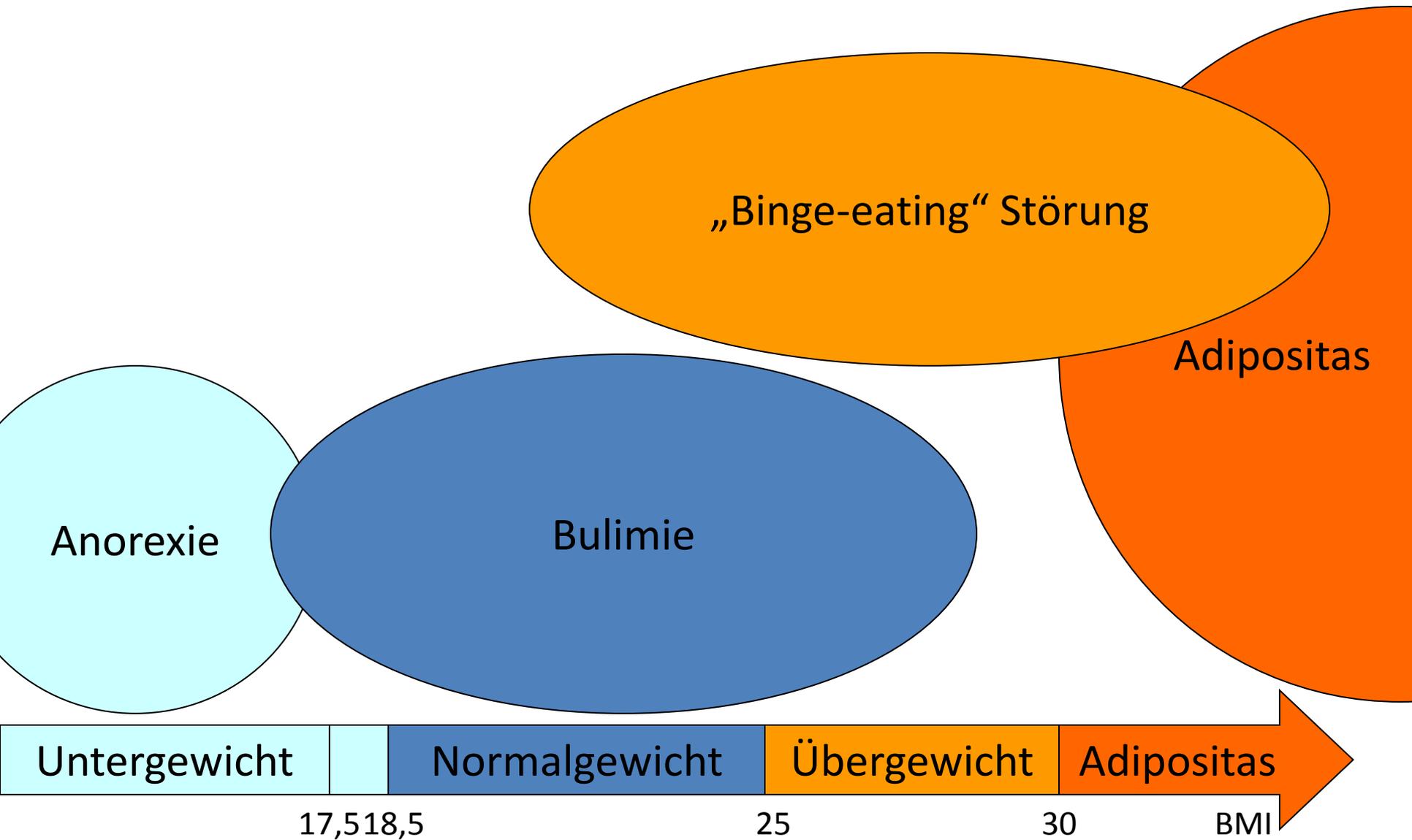
emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus F60.30

1. deutliche Tendenz unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. unbeständige und unberechenbare Stimmung

emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus F60.31

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und "inneren Präferenzen" (einschließlich sexueller)
2. Neigung sich in intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. anhaltende Gefühle von Leere

Erkrankungen in Relation zum Gewicht



Anorexia nervosa F50.0

- BMI $\leq 17,5$ kg/m²
- Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt
 - Vermeidung von hochkalorischen Speisen
 - selbst induziertes Erbrechen
 - selbst induziertes Abführen
 - übertriebene körperliche Aktivitäten
 - Gebrauch von Appetitzüglern und / oder Diuretika
- Körperschema-Störung
- endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse

Bulimia nervosa F50.2

- andauernde Beschäftigung mit Essen und Heißhungerattacken
- Versuche, dem dick machenden Effekt entgegenzusteuern
 - selbst induziertes Erbrechen
 - Laxanzienabusus
 - restriktive Diät
 - bei Patienten mit insulinpfl. Diabetes auch „Insulin-Purging“, d.h. bewusste Reduktion von Insulin, um mittels Glukosurie eine Gewichtsabnahme zu erreichen
- krankhafte Furcht, zu dick zu werden
- häufig Anorexia nervosa in der Vorgeschichte

Nicht näher bezeichnete Essstörung

- DSM-IV
 - Eating Disorder Not Otherwise Specified EDNOS
- ICD-10
 - atypische Bulimia nervosa F50.3
 - Essattacken bei anderen psychischen Störungen F50.4
 - Nicht Näher Bezeichnete Essstörungen F50.9

Binge Eating Störung

Forschungskriterien im DSM-IV

- A: Wiederholte Episoden von Fressanfällen
 - Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. 2 h), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden
 - ein Gefühl des Kontrollverlusts über das Essen während der Episode
- B: Fressanfällen mit mindestens 3 der folgenden Symptome
 - wesentlich schneller essen als normal
 - essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
 - essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt
 - allein essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
 - Ekelgefühle, Deprimiertheit oder Schuldgefühle nach dem Essen
- C: es besteht deutliches Leiden wegen der Fressanfälle
- D: Fressanfälle an mind. 2 Tagen / Woche für 6 Monate
- E: keine gegenregulatorischen Maßnahmen

Häufigkeit der Essstörungen

- Punktprävalenz für Anorexia nervosa liegt (bei Frauen im Risikoalter zwischen 15 und 35 Jahren) bei ca. 0,4 %
- Punktprävalenz für Bulimia nervosa liegt insgesamt bei knapp 1 %
- 1-Jahres-Prävalenz für BES liegt bei Frauen bei ca. 1,6 % und bei Männern um die 0,8 %
- Prävalenz der Anorexie ist bei Patienten mit Typ-1-Diabetes nicht erhöht, wohl aber die Prävalenz der Bulimie und der EDNOS

Häufigkeit gestörten Essverhaltens bei Typ-1-Diabetes mellitus



- ein gestörtes Essverhalten fand sich bei 37,9 % der adoleszenten Mädchen und bei 15,9 % der adoleszenten Jungen mit Diabetes mellitus

(Neumark-Sztainer et al. 438, Leitlinie Teil 2)

- in einer kanadischen prospektiven Studie an Mädchen mit Typ-1-Diabetes mellitus im Alter von 9 – 13 Jahren waren depressive Symptome, Sorgen um Gewicht und Aussehen, problematisches Selbstwertgefühl und ein höherer BMI Prädiktoren für ein gestörtes Essverhalten
- von den 101 Patientinnen, die initial kein gestörtes Essverhalten zeigten, entwickelten in einem Zeitraum von 5 Jahren 44,6 % ein gestörtes Essverhalten

(Olmsted et al. 444, 445, Leitlinie Teil2)

Häufigkeit gestörten Essverhaltens bei Typ-2-Diabetes mellitus



- trotz der großen Bedeutung ist die Komorbidität von Diabetes mellitus Typ 2 und Essstörungen wenig beforscht
(Leitlinie Teil 2)
- in einer Stichprobe von 43 Patienten mit Typ-2-Diabetes erfüllten 25,6 % die BES-Kriterien
(Crow et al. 452, Leitlinie Teil 2)
- Angaben zur Häufigkeit des Insulin-Purgings schwanken zwischen 5,9 % und 39,0 %
(457, 458, Leitlinie Teil 2)

Einfluss von Essstörungen auf Diabetes mellitus



- bei Patienten mit Typ-1-Diabetes zeigte sich bei essgestörten Patienten eine schlechtere Stoffwechsellage
(442, 446, 447, Leitlinie Teil 2)
- Insulin-Purging geht mit einer erhöhten Mortalität einher (460, Leitlinie Teil 2)

Diagnostik

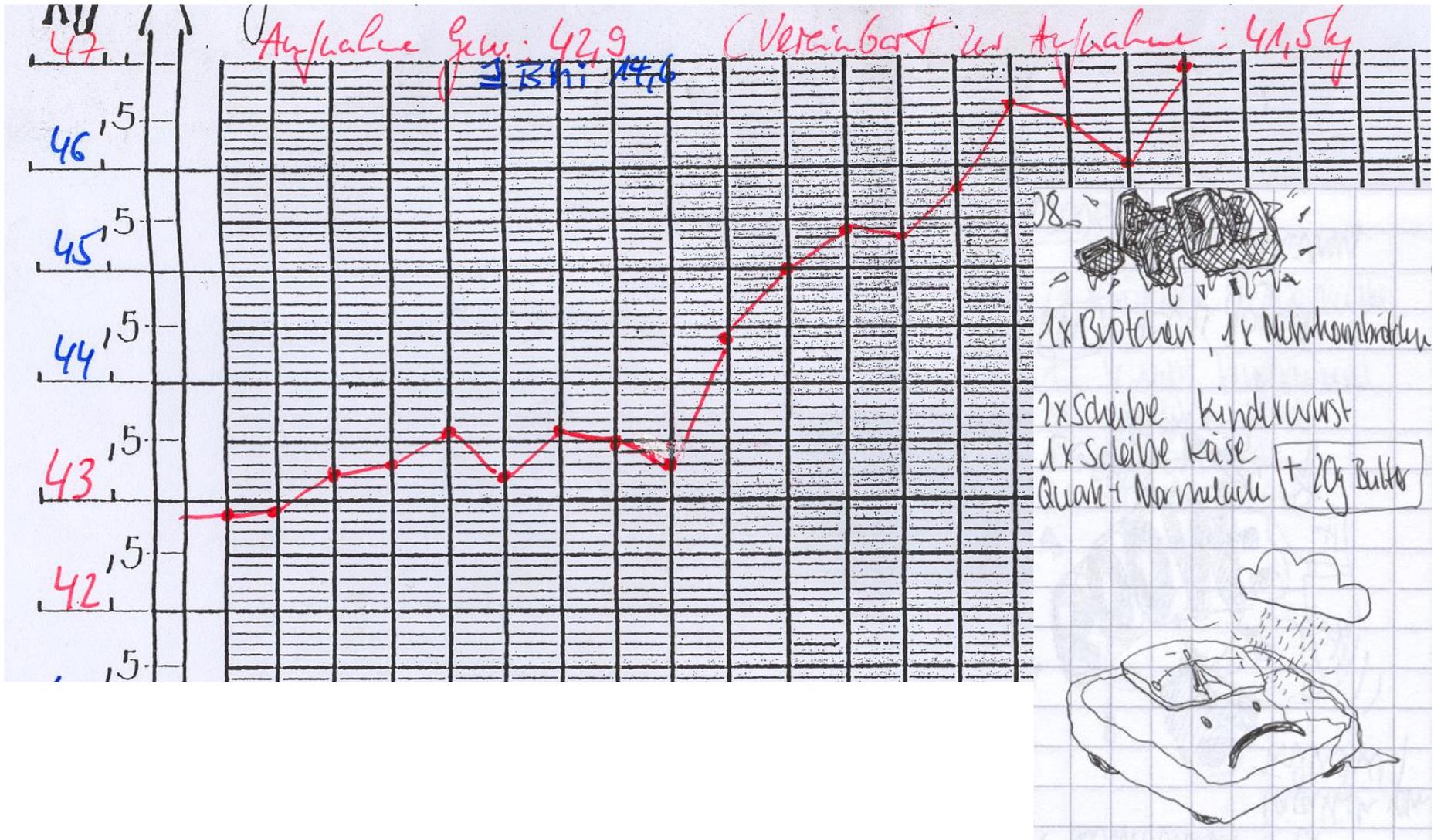
- bei unzureichender Stoffwechseleinstellung und erheblichen Schwankungen des Blutglukosespiegels und des Gewichts – insbesondere bei Mädchen in der Adoleszenz und bei jungen Frauen – sollte frühzeitig eine Bulimie mit oder ohne Insulin-Purging erwogen und differenzialdiagnostisch geklärt werden

(440, 460, Leitlinie Teil 2)

- der Diab-Ess stellt ein spezifisches validiertes Screeninginstrument für Essstörungen bei Patienten mit Diabetes dar

(465 Leitlinie Teil 2)

Therapie der Anorexia nervosa



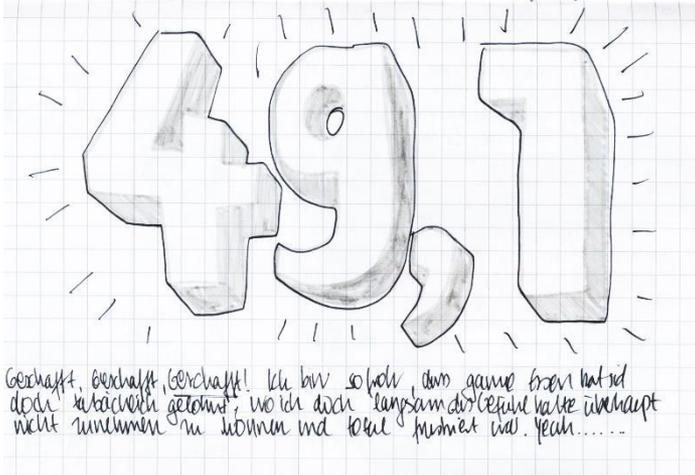
Psychotherapie (AWMF-Leitlinie)

- kognitive Therapie:
 - Gewichtsphobie
 - Gewicht und Figur betreffende dysfunktionale Gedanken
 - chronifizierte Essstörung
 - Störung des Selbstwertgefühls
- psychodynamisch orientierte Therapie:
 - Störungen des Selbstwertgefühls
 - Traumata in der Anamnese
 - akute oder chronische Konflikte
 - Reifungskrisen

individuelle Therapievereinbarung



- bei Anorexie Gewichtszunahme von mindestens 500 g / Woche
- Besuchs- und Ausgangsregelung ev. abhängig vom Gewichtsverlauf
- Wiegen 1 mal pro Woche
- ev. Festlegung eines Aufnahmegewichts



Basisgewicht als Therapieziel stationärer Behandlung

Basisgewicht:	BMI	BMI
Alter (Jahre)	Frauen	Männer
≤ 25	18	19
26 – 30	18,5	20
> 30	19	20,5

Therapie

- in einer prospektiven kontrollierten Studie erhielt eine Hochrisikogruppe von essgestörten Patientinnen (Bulimie, Anorexie, Binge Eating Störung) mit Typ-1-Diabetes, wenn das ambulante Beratungsangebot nicht ausreichte, ein stationäres multimodales Psychotherapieangebot von 2 – 4 Monaten Behandlungsdauer
- 3 Jahre nach der stationären Psychotherapie ließ sich eine deutliche Besserung der Essstörungssymptomatik, des Insulin-Purgings und der Stoffwechselkontrolle nachweisen

(469, Leitlinie Teil 2)

Therapie

- psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung von Essstörungen sind wirksam und Therapie der ersten Wahl

(434, Leitlinie Teil 2)

- nur Fluoxetin ist in Deutschland in Kombination mit einer Psychotherapie bei Erwachsenen mit Bulimie zugelassen.

(434, Leitlinie Teil 2)

Therapie BES und Typ-2-Diabetes



- Essgestörte Patienten mit Typ-2-Diabetes leiden in der Regel an einer Binge Eating Störung und einer Adipositas, sodass Überlegungen zu allen 3 Krankheitsentitäten in die Behandlung einfließen sollten
- von daher ist ein multimodales Behandlungskonzept sinnvoll, deren integrale Bestandteile eine Psychotherapie und ein Gewichtsmanagement darstellen

(434, Leitlinie Teil 2)

- Entsprechend den Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft basiert das Gewichtsmanagement auf den 3 Säulen Ernährungs-, Verhaltens- und Bewegungstherapie

(Leitlinie Teil 2)

Adipositas-Nachsorge-Programm



- Adipositas-Nachsorge-Programm soll dabei unterstützen, neue Verhaltensmuster im Alltag beizubehalten
 - Adipositas-Nachsorge-App. auf Android-Smartphone, programmiert vom Fraunhofer Institut
 - telefonische Unterstützung durch Sanvartis
 - Nachsorge-Treffen in der Gelderland-Klinik
 - vom Land Nordrhein-Westfalen und der Europäischen Union gefördert



Europäische Union
„Investition in Ihre Zukunft“
Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung

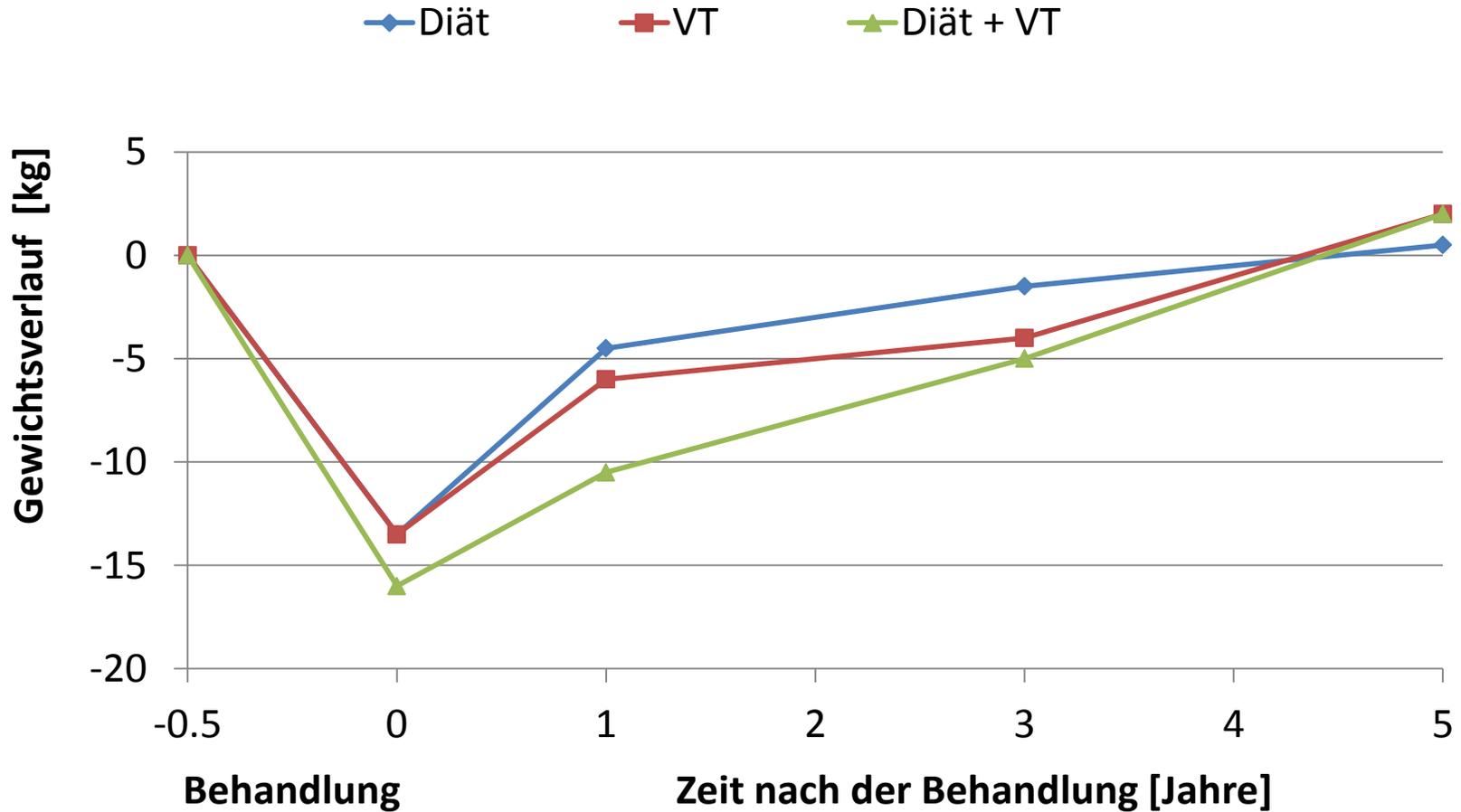
Die Landesregierung
Nordrhein-Westfalen



Gelderland-Klinik



Gewichtsverlauf in und nach Gewichtreduktionsprogrammen



(Wadden et al. 1989)

Ernährungstherapie
Bewegungstherapie
Psychotherapie



Gliederung des Programms

Startseite

 Ernährung
 Bewegung
 Mein Digi
 Notfall



Ernährung

 Wochenplan	 Tagesplan
 Mahlzeiten	 Mahlzeit
 Auswertung	 Einkaufsliste

Auswertung

 Auswertung	 Einkaufsliste
--	---

„Ernährung“ - Mahlzeitenplanung

Wo 9	Mo 27.02.	Di 28.02.	Mi 29.02.	Do 01.03.	Fr 02.03.
Morgens	09:00 - 09:20 😊	09:00 - 09:20 😊	09:00 - 09:20 😊	09:00 - 09:20 😊	09:00 - 09:20 😊
Mittags	13:00 - 13:20 😊	18:00 - 18:20 😊	13:00 - 13:20 😊	13:00 - 13:20 😊	18:00 - 18:20 😊
Abends	18:00 - 18:20 😊	18:00 - 18:20 😊	18:00 - 18:20 😊	18:00 - 18:20 😊	18:00 - 18:20 😊
ZM1	11:00 - 11:10 😊	18:00 - 18:20 😊	11:00 - 11:10 😊	-	18:00 - 18:20 😊
ZM2	-	-	16:00 - 16:10 😊	-	-
SWS	-	-	10:10 - 10:00 😊	-	-

Gewichtsverlauf im Adipositas-Nachsorge-Programm

	bei Aufnahme	bei Entlassung	nach 6 Monaten	nach 12 Monaten
Kontroll- gruppe	151,4 kg	145,6 kg	143,2 kg	141,2 kg
Interventions- gruppe	152,0 kg	146,3 kg	138,4 kg	134,5 kg

- auch nach Entlassung aus der Behandlung nehmen Patientinnen und Patienten weiter ab
- Patientinnen und Patienten im Adipositas-Nachsorge-Programm nehmen mehr ab als die in der Kontrollgruppe

Gewichtsverlauf im Adipositas-Nachsorge-Programm

