

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DIABETES MELLITUS UND PSYCHISCHE STÖRUNG

Eine kurz gefasste Übersicht zu Ursachen und Folgen

Diabetes – kaum ein körperliches Leiden ist so bekannt wie die „Zuckerkrankheit“ – jedenfalls vom Begriff her. Schwerer zu beantworten ist die Frage, wie weit nun wirklich gesundheits-relevantes Wissen dazu vorausgesetzt werden kann. Das betrifft vor allem konkrete Ursachen, Hintergründe, Begleiterkrankungen und ein breites Spektrum von nicht nur körperlichen, sondern auch seelischen Folgestörungen mit psychosozialen Auswirkungen im Alltag. Und dies nicht nur für die Älteren, auch und offenbar zunehmend für das mittlere Lebensalter und sogar Jugend und Kindheit. Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht mit Schwerpunkt auf psychosoziale Aspekte.

Erwähnte Fachbegriffe:

Diabetes – Diabetes mellitus – Zuckerkrankheit – Diabetes insipidus – Harnruhr – Kohlenhydrat-Stoffwechsel – Glukose-Stoffwechsel – Diabetes-Typ-I – Diabetes-Typ-II – Diabetes-Häufigkeit – Diabetes und Alter – Diabetes und soziale Schicht – Diabetes-Prognose – Diabetes-Heilungsaussichten – Diabetes und Lebenserwartung – diabetische Stoffwechsel-Entgleisung – Hypoglykämie – Unterzuckerung – Glukose-Mangel – körperliche Diabetes-Folgen – seelische Diabetes-Folgen – psychosoziale Diabetes-Folgen – Diabetes und psychische Begleiterkrankungen – Diabetes und Anpassungsstörung – Diabetes und Depression – Diabetes und Angststörung – Diabetes und Ess-Störung – Diabetes im Kindes- und Jugendalter – Diabetes im höheren Lebensalter – Diabetes und Verkehrsteilnahme – Diabetes und Lebensstil – Diabetes und Gewicht – Diabetes und Ernährungsweise – Diabetes und körperliche Aktivität – Diabetes und psychologische Betreuung – organische Diabetes-Therapie – psychosoziale Diabetes-Betreuung – Diabetes und Arzt-Patient-Beziehung – Diabetes-Schulung – Psychotherapie bei Diabetes – u. a. m.

Keiner spricht mehr von der „Zuckerkrankheit“, jeder kennt den Fachbegriff „Diabetes“. Und (fast) jeder kann sich auch darunter etwas Konkretes vorstellen, nämlich: Diabetes mellitus als Störung des so genannten Kohlenhydrat-Stoffwechsels, charakterisiert durch eine längerfristige bis dauerhafte Erhöhung des Blutzuckers und Ausscheidung von Glukose im Urin. Fachbegriff: chronische Hyperglykämie. Einzelheiten siehe am Ende dieses Beitrags.

Was hat nun eine so rein organisch erscheinende Zuckerkrankheit mit seelischen Folgen oder gar Ursachen zu tun? Nachfolgend eine komprimierte Übersicht zu diesem zunehmend gesundheits-relevanten Thema unserer Zeit und Gesellschaft mit nicht unerheblichen Konsequenzen in individueller, psychosozialer und sogar wirtschaftspolitischer Hinsicht auf der Grundlage des Kapitels *Diabetes mellitus* in dem Fachbuch *Psychosomatik* von W. Herzog, J. Kruse und W. Wöller im Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2017:

Psychosozial warum? Die Verknüpfung von seelischen Störungen und sozialen Konsequenzen ist zwar kein seltenes Phänomen in der vor allem aktuellen Gesundheitssituation. Besondere Bedeutung hat sie aber – auch wenn dies allgemeines Erstaunen hervorruft –, nicht zuletzt bei der Zuckerkrankheit. Und zwar von zwei Seiten:

Einerseits begünstigen chronische Stresszustände die Entwicklung des Diabetes. Andererseits entwickeln nicht wenige Betroffene mit Diabetes in vor allem schwierigen Krankheitssituationen emotionale (Gemüts-)Probleme, und zwar sowohl allgemein als auch im Umgang mit diesem Stoffwechselliden.

Dazu gehören beispielsweise Diabetes-spezifische Ängste bis hin zu erschöpfter Hilflosigkeit, ja Hoffnungslosigkeit mit entsprechenden Folgen im Alltag. Und kommen noch weitere seelische Krankheiten dazu wie beispielsweise Anpassungs-, Ess- oder posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen etc., kann die Situation sehr rasch auf verschiedenen Ebenen eskalieren. Denn diese beeinflussen nicht nur das Leiden selber, sondern praktisch alle Aspekte einer notwendig werdenden Diabetes-Behandlung. Und nicht zuletzt auch Lebensqualität und sogar Prognose (Heilungsaussichten) der ja eigentlich „rein körperlichen“ Erkrankung Diabetes.

Häufigkeit

Der Diabetes ist inzwischen eine Volkskrankheit geworden. Das war die Zuckerkrankheit nicht immer. Und natürlich auch heute (noch) nicht überall auf dieser Welt, vor allem in Hunger-gefährdeten Regionen. Ansonsten aber muss man eine weltweit(!) steigende Tendenz registrieren.

In Deutschland betrifft es laut Deutscher Diabetes Hilfe mindestens 6,7 Millionen Menschen. Dies ist eine Steigerung um etwa 40 % seit 1998. Jeden Tag

soll es hunderte Neuerkrankungen geben, zumeist mit Typ-II, also der im Laufe des Lebens erworbenen Form der Zuckerkrankheit. Ältere und solche aus einfacheren sozialen Schichten sind häufiger betroffen, wobei aber auch die Zahl erkrankter Kinder und Jugendlicher deutlich zunimmt. Auch gibt es offenbar ethnische und regionale Unterschiede, beispielsweise zwischen den Bundesländern. Laut einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung ist der Diabetes inzwischen im Osten ein größeres Problem als im Westen: In den neuen Ländern fast 12 % der Bevölkerung, im Westen gut 9 % (wobei der Süden noch etwas günstiger liegt).

Im Alter über 60 steigt die Häufigkeit auf gar 30 % an, also fast jeder Dritte. Und das besonders Problematische, weil eigentlich zumeist Vermeidbare: 80 bis 90 % der Diabetes-Patienten gehören zum Typ II-Diabetes, nur wenige Prozent zum Typ-I. Das ist eine deutliche Aussage – mit allen Konsequenzen (siehe später).

Was sind nun die besonderen Probleme auf diesem mehrschichtigen, d. h. sowohl organischen, als auch seelischen und psychosozialen Gebiet bzw. welche psychischen Krankheiten spielen hier schon zahlenmäßig eine spezielle Rolle?

Nicht selten Depressionen oder konkreter: Eine depressive Symptomatik, denn nicht jedes Beschwerdebild in Richtung Schwermut ist auch eine fachlich diagnostizierbare Depressions-Krankheit (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie). Von einem solchen subklinischen oder klinischen, d. h. weniger ausgeprägten oder eindeutigen depressiven Leidensbild sind nahezu 30 % der Diabetes-Erkrankten betroffen. Jeder 10. Zuckerkranke leidet dabei unter einer manifesten (eindeutig diagnostizierbaren) klinischen Depression mit allen klassischen Leidens-Hinweisen einer Melancholie.

Auch Angststörungen werden vermehrt bei Zuckerkranken beobachtet. Selbst Ess-Störungen sind beteiligt, wobei sich jedoch bei Patienten mit Typ-I-Diabetes keine erhöhte Häufung für eine Anorexia nervosa feststellen lässt, wohl aber für Bulimie und gestörtem Essverhalten. Auch hier: Einzelheiten zu diesen Leiden siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Bei Typ-II-Diabetes ist die Datenlage nicht so eindeutig. Insbesondere ist nicht ausreichend geklärt, ob Ess-Störungen vermehrt auftreten, was vor allem bei den so genannten Binge-Eating-Störungen bei Typ-II-Diabetes naheliegend wäre. Die Rate dieser Ess-Störung bei adipösen Patienten, die an einem Gewichtsreduktions-Programm teilnehmen, liegt auch bei 15 bis 30 %. Das so genannte Night-Eating-Syndrom (Ess-Attacken zur Nacht) wird bei ca. 10 % der Diabetes-kranken Patienten beobachtet. Auch Mütter von Kindern, die an Diabetes erkrankt sind, entwickeln vermehrt ein depressives Beschwerdebild.

So kann man sich denken: Die Folgen auf seelischem Gebiet sind bemerkenswert und vor allem belastend, ob Depressionen, Angst, Ess-Störungen u. a. Was heißt das für die

Prognose

Diabetes mellitus ist also ein komplexes Krankheits-Phänomen, wie bereits ersichtlich. Das macht die Heilungsaussichten auch so schwer konkretisierbar.

Akute, vor allem lebensbedrohliche Komplikationen drohen vor allem bei plötzlicher Stoffwechsel-Entgleisung, sprich Hypoglykämie (zu geringe Glukose-Konzentration im Blut) oder gar beim so genannten ketoazedotischen Koma (Zustand tiefer Bewusstlosigkeit).

Ansonsten ist die langfristige Prognose abhängig von der Entwicklung so genannter mikro- und makrovaskulärer Komplikationen, oder auf Deutsch: Herz-Kreislauf-Störungen. Denn als Folgeerkrankung des Diabetes entwickeln sich verschiedene Gefäß-Leiden. Dazu gehören die ischämische Herzerkrankung (mangelnde Blutversorgung), zerebro-vaskuläre (Gehirngefäß-)Erkrankungen, autonome und periphere Neuropathien (Nervenleiden), Retinopathien (Netzhauterkrankungen), periphere arterielle Verschlusskrankheiten („Gefäßverstopfung“), vor allem in den Beinen, dabei nicht zuletzt das so genannte „diabetische Fuß-Syndrom“. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Außerdem haben die Patienten ein um das 2- bis 5-fach erhöhtes relatives Risiko, einen Myokard-Infarkt (Herzinfarkt), einen Apoplex (Gehirnschlag), eine Demenz, eine terminale Niereninsuffizienz (Nierenversagen), eine Amputation der unteren Extremitäten (Beine) und/oder den Verlust des Seh-Vermögens (siehe Retinopathien) zu erleiden als Menschen ohne Diabetes.

Die Lebenserwartung für einen 50-Jährigen mit Diabetes ist gegenüber einer alters-gleichen Gruppe ohne Diabetes um etwa 6 Jahre verkürzt, so die statistischen Erhebungen.

Und um beim seelischen Problem-Kreis zu bleiben: Ein depressives Beschwerdebild, ob weniger auffallend oder gar eindeutig, geht mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von entsprechenden Folgekrankheiten bis zu einem erhöhten Mortalitäts-(Sterbe)-Risiko einher. Ähnliches gilt für die erwähnten Ess-Störungen Anorexia nervosa und Night-Eating-Disorder.

Mit anderen Worten: Die Heilungsaussichten sind für eine Reihe von Diabetes-bedingten Krankheitsbildern ungünstig, wozu auch nicht wenige seelische Störungen gehören.

Diagnostische Hinweise aus organischer Sicht

Zu Einzelheiten von Ursachen, Hintergründen, Symptomen und weiteren Folgen noch einmal eine kurz gefasste Übersicht, was die vor allem körperlichen Irritationen, wenn nicht gar Warn-Hinweise betrifft:

Patienten mit Typ-I-Diabetes werden besonders durch Polyurie (häufiges Wasserlassen), extremen Durst, Gewichtsverlust, Schwäche und Leistungseinbußen alarmiert, wenngleich mitunter eben auch erstaunlich lange nicht (s. später).

Noch schleichender ist der Beginn des Typ-II-Diabetes, vor allem zu Beginn mehr oder weniger asymptomatisch, wie der Fachbegriff heißt, d. h. ohne ernstere und damit konsequent warnende Beschwerden oder Auffälligkeiten. Dafür klagen die – ja nicht selten übergewichtigen – Patienten, die sich also solche noch gar nicht so sehen, zunehmend über Müdigkeit und eine unerklärliche Infektions-Neigung, was früher nicht auffiel.

Da also die Erkrankung lange Zeit nicht wahrgenommen, beachtet oder ernstgenommen wurde, sind bei der schließlich aufschreckenden Diagnose-Stellung nicht selten bereits vaskuläre (Gefäß-)Folgen feststellbar. Vielfach ist es ohnehin ein Zufallsbefund. Das erklärt auch die eigentlich in dieser Zeit und Gesellschaft mit ihren medizinischen Möglichkeiten erstaunende Feststellung: Nahezu die Hälfte der Diabetes-erkrankten Patienten wird überhaupt nicht diagnostiziert. Und wenn, dann ist es auch nicht selten, dass diese doch ernste Erkrankung und ihre langfristigen Auswirkungen häufig auch noch über einen längeren Zeitraum geleugnet, wenn nicht gar dauerhaft verleugnet wird, wie der Fachbegriff heißt („ein bisschen Zucker im Blut“).

So nimmt es nicht Wunder, dass es bei nicht wenigen Fällen schließlich zu einer Reihe von scheinbar unspezifischen Symptomen, vor allem aber Beeinträchtigungen im Alltag kommt, die sich bei rechtzeitiger Diagnose hätten vermeiden lassen.

Deshalb nochmals die wichtigsten Beispiele: Am häufigsten Müdigkeit, Leistungsminderung, Gewichtsverlust (bei Diabetes-I, nicht bei Diabetes-II), Heißhunger, Polyurie mit Polydipsie (viel Wasserlassen nach viel Durst), Schwitzen, Kopfschmerzen, Wadenkrämpfe (z. B. die erwähnte Polyneuritis), Sehstörungen, Pruritus (Hautjucken) und Infektionen etc.

Nicht zu unterschätzen ist auf jeden Fall die Hypoglykämie („Unterzuckerung“), verursacht durch die Auswirkungen des Glukose-Mangels im Gehirn und die damit provozierte hormonelle Gegenregulation. Sinkt nämlich die so genannte arterielle Plasmaglukose auf ca. 60 mg/dl (3,3 mmol/l), so drohen entsprechende Folgen wie Schwitzen, Zittern, Unruhe und Herzrasen. Wird es noch folgenschwerer, kommt es zu Konzentrationsstörungen, Schwächegefühl, kognitiven (geistigen) Störungen, zu scheinbar unerklärlicher Wesensänderung und

schließlich Bewusstseinstörung bis hin zu Krampfanfällen und Koma. Auf der rein körperlichen Seite drohen bei unerkanntem Diabetes je nach Entwicklungsstand spezifische Folge-Erkrankungen, z. B. Herz-Kreislauf, Hirnschlag, Retinopathie (Augen), Nephropathie (Nieren), Haut-Störungen u. a. m. Dazu später mehr.

Offenbar erst in letzter Zeit vermehrt in die wissenschaftliche Diskussion geraten ist die so genannte diabetische Pneumopathie. In der Tat klagen nicht wenige Diabetiker über Luftnot. Dahinter verbirgt sich nicht immer eine Herz-Kreislauf-Erkrankung, sondern auch eine so genannte Lungenfibrose. Eine Fibrose ist die krankhafte Vermehrung des jeweiligen Bindegewebes von verschiedenen Organen wie Nieren, Leber, ja Nerven, Augen etc. Und so auch der Lunge. Tatsächlich findet sich bei Diabetikern überdurchschnittlich häufig eine Beeinträchtigung der Lungenfunktion mit entsprechender Atemnot, besonders bei körperlicher Aktivität. Umgekehrt sind Patienten mit einer so genannten idiopathischen Lungenfibrose auffällig häufig auch Diabetiker. Der Diabetes gilt neben Rauchen und Reflux (Rückfluss, z. B. von Magensaft in die Speiseröhre) als entsprechender Risikofaktor.

Diabetes und psychosoziale Beeinträchtigungen im Alltag

Schon die diagnostizierte Erkrankung verändert das Leben des Patienten, je nach Diabetes-Typ, Grad der körperlichen Beeinträchtigung, Lebensphase und Alter. Dies kann sich dann auch in die Zeit nach gezielter Diagnose und Therapie fortsetzen, was zu einer Vielzahl von psychosozialen Belastungen beiträgt, die jetzt drohen. Dazu einige Beispiele aus dem entsprechenden Kapitel des Fachbuches *Psychosomatik* der Experten W. Herzog, J. Kruse und W. Wöller sowie entsprechender Fachliteratur:

- Nicht selten verändert sich vor allem nach chronischer Erkrankung mit nicht nur organischen, sondern auch psychosozialen Folgen das, was man Identität nennt. Wissenschaftlich bezeichnet man damit das so genannte Selbst, also die Kombination unverwechselbarer persönlicher Daten, die jeden Menschen individuell kennzeichnen. Dazu gehören seine einzigartige Persönlichkeitsstruktur, sein Selbstverständnis, seine Lebensgeschichte und damit persönliche Sinnhaftigkeit u. a. Im gesunden Zustand eigentlich kein Thema, je nach Krankheit allerdings sehr wohl. Plötzlich ein „Diabetiker“ zu sein, kann auch das Selbstwertgefühl beeinträchtigen, und zwar nicht unerheblich. Interessanterweise werden von den Experten die Klagen so mancher Patienten über die diätetischen Einschränkungen auch als Versuch gewertet, das labilierte Selbstwertgefühl zu stabilisieren.
- Dazu kommt die Bedrohung durch die erwähnten Folge-Krankheiten, was natürlich erheblich beeinträchtigen kann, allein schon die hypothetischen Gefahren (s. o.). Treten dann konkrete Folge-Erkrankungen auf, z. B. Herz-Kreislauf oder Augen, drohen natürlich spezifische Ängste, z. B. vor Herzinfarkt,

Erblindung etc. Dazu trägt auch ein Aspekt bei, der nicht unterschätzt werden kann. Gemeint ist ein hohes Maß an Selbstverantwortung, zum Teil für die Ursache (z. B. Typ-Diabetes-II), dann auch für Erfolg oder Misserfolg der Therapie (von den Ärzten charakteristischerweise als „Therapie-Treue“ bezeichnet). Das kann auch zu Schuld- und Versagens-Gefühlen beitragen.

– Schließlich erfordert die diätetische Behandlung einen erheblichen Einsatz, was auch mit tiefgreifenden Veränderungen eines seit Jahrzehnten gepflegten („diesbezüglich sorgenloseren) Lebensstils verbunden ist. Vor allem durch die ständige Insulin-Therapie ist es notwendig geworden, das eigene Ess-Verhalten ständig zu reflektieren. Beides erfordert sehr viel Selbstdisziplin und Selbststeuerung, die mit einem flexiblen Lebensstil nur schwerlich zu vereinbaren sind, wie die Experten zugeben. Gelingt dann die Stoffwechsel-Einstellung und Gewichts-Regulierung nicht befriedigend, drohen noch Hilflosigkeit, Schuldgefühle und sogar Selbstabwertung.

– Was vielleicht zuerst gar nicht so im Vordergrund steht, ggf. aber schließlich dominant Sorgen bereiten kann, ist ein weiterer Aspekt auf der psychosozialen Schiene: Gemeint sind mögliche Einschränkungen bei der Berufswahl oder schließlich Berufsausübung bis ggf. hin zu schmerzlichen oder Status-beeinträchtigenden Eingriffen, wenn nicht gar Diskriminierung im Beruf und persönlichen Umfeld.

– Schließlich wirkt sich auch schon eine leichte Form der Hypoglykämie (Unterzuckerung) beeinträchtigend auf die Leistungsfähigkeit aus und kann den Patienten reichlich verunsichern, je nach entsprechenden Situations-Anforderungen.

– Auch können chronische Erkrankungen wie der Diabetes mellitus und seine Behandlung natürlich innerseelische Konflikte aktualisieren, die vielleicht nur indirekt oder offen gar nicht als belastend empfunden werden. Dazu gehören vor allem Ängste vor Autonomie-Einbußen, Abhängigkeit und Verlust von Kontrolle sowie psychischer Integrität.

– Zuletzt können auch im Rahmen der Therapie Intimitäts-Schranken gestreift oder gar eingerissen werden, da durch die kontinuierliche Glukose-Messung die gesamte Lebensführung des Patienten gleichsam öffentlich, zumindest aber schwerer im Privaten gehalten wird.

– Ist dies alles schon für Erwachsene schwer ertragbar, manchmal sogar kaum verstehbar, wird es für Jugendliche oder gar Kinder zur besonderen (Entwicklungs-)Belastung. Einerseits müssen beispielsweise die Eltern die Stoffwechsel-Situation des Kindes überwachen, und zwar pausenlos. Andererseits soll ja auch eine „normale“ Entwicklung des Kindes möglich sein. Das führt nicht selten zu entsprechenden Reibungspunkten, Missverständnissen und alltags-relevanten Auseinandersetzungen.

– Außerdem kommt es im Rahmen der Pubertät durch die hormonellen Umstellungen ohnehin schon zu vermehrten Stoffwechsel-Schwankungen, ebenfalls nicht selten mit psycho-sozialen Konsequenzen verbunden. Hier benötigen die Jugendlichen konkrete Unterstützung durch das soziale Umfeld und ggf. ärztliche Korrekturen, sind aber gleichzeitig auf der Suche nach ihrer Autonomie und Identität, also entsprechend empfindlich, wenn nicht gar störrisch, was die üblichen und jetzt auch noch sehr speziellen und kaum durchschaubaren Einfluss-Maßnahmen betrifft.

Auch dürfen die Bedrohungen durch mögliche Folge-Erkrankungen nicht verharmlost oder gar übersehen werden, zumal in dieser frühen Lebensphase. Auch das führt zu Störungen im Aufbau der erwähnten Identität, möglicherweise verbunden mit einem negativen Selbstbild durch alle diese Behinderungen und ihre Linderungs-Versuche. Deshalb drohen besonders in diesem Alter entsprechende Vernachlässigungen der notwendigen therapeutischen Aufgaben, die ja schon für jedes Lebensalter belastend genug sind, für diese heikle Entwicklungsphase oft noch intensiver.

– Und schließlich muss man sogar an lebensbedrohliche Manipulationen denken, beispielsweise entsprechende Versuche, die Erkrankung zu verleugnen. Dazu gehört einerseits die Hypoglycaemia factitia, andererseits das Insulin-Purging. Beim einen handelt es sich um eine künstlich ausgelöste Hypoglykämie, zu welchem Grund auch immer. Beim anderen um eine riskante Insulin-Manipulation zur Gewichtskorrektur (wozu auch Schilddrüsen-Hormone, Appetitzügler, harntreibende Mittel u. a. gezählt werden).

Diabetes mellitus und psychische Begleiterkrankungen

Seelische Störungen treten also auch vermehrt bei der organischen Krankheit Diabetes mellitus auf. Das irritiert auf den ersten Blick. Wie kommt es zu einer solch folgenschweren Kombination? Dazu gibt es verschiedene Beispiele, die in dem Fachbuch *Psychosomatik* der Experten B. Herzog, J. Kruse und W. Wöller aufgeführt werden:

Zum einen als so genannte Anpassungs-Problematik, ferner als Ausdruck einer ko-morbiden psychischen Störung (also wenn ein Leiden zum anderen kommt), oder als direkte Folge der organischen Zusatz-Erkrankung (z. B. Herz-Kreislauf-Störung) bzw. der Behandlung einer mehrschichtigen Therapie mit entsprechenden Neben- oder Wechselwirkungen. Und schließlich ausgelöst durch den Diabetes und seine Folgen bei schon zuvor bestehender psychischer Störung.

Nachfolgend einige besonders häufige und folgenschwere Leidens-Kombinationen:

- **Depressive Anpassungsstörung und Depression bei Diabetes**

Depressionen gehören wohl zu den ausgeprägtesten und vor allem häufigsten Zusatz-, wenn nicht gar Auslöse-Situationen eines Diabetes, wie immer wieder wissenschaftlich bestätigt wird. Oder konkret in einer Studie aus den USA 2018 an Tausenden von erfassten Patienten: Eine Depression innerhalb der letzten 12 Monate erhöht das Diabetes-Risiko um fast 50 %, eine im Laufe des Lebens aufgetretene Depression um rund 40 %.

Tatsächlich können Klagen über Schwäche, erhöhte Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit, leichte Irritierbarkeit, Angst, Schlafstörungen, Appetitverlust, Gewichtsabnahme und sogar sexuelle Probleme nicht nur auf eine Depression, sondern auch auf eine diabetische Stoffwechsellage zurückgehen. Und beides zusammen führt natürlich zu einer potenzierten seelisch-körperlichen Belastung, was Ursache und Symptomatik angeht.

Depressionen gelten einerseits als Risikofaktor für die Entwicklung eines Typ-II-Diabetes. Sie entwickeln sich aber auch in der Folge der körperlichen Erkrankung Diabetes, insbesondere nach der überraschenden und auf jeden Fall belastenden Diagnose; ferner bei der Umstellung einer oralen (Tabletten) auf die Insulin-Therapie mit ihren speziellen Bedingungen, bei akut auftretenden Folge-Erkrankungen (z. B. Augen, Niere, periphere Nerven, Sexualität u. a.) sowie nach schweren Hypoglykämien („Unterzuckerung“). Und nicht zuletzt bei ausgeprägten funktionellen Beeinträchtigungen vielfältiger Art ohne organisch fassbaren Grund (früher kursorisch „psychosomatisch“ genannt) sowie im Rahmen sozialer Einschränkungen, wenn nicht gar Diskriminierung; und gar nicht so selten bei unbefriedigender Stoffwechsel-Einstellung mit allen seelischen, körperliche und psychosozialen Konsequenzen.

Kurz: Ein depressives Leidensbild reduziert schon für sich alleine die Lebensqualität erheblich und führt zu vermehrten Ausfallzeiten im Beruf. Kommt noch ein Diabetes hinzu, wird es noch schwieriger, die Behandlungs-Maßnahmen bzw. -Belastungen und den notwendigen Lebensstil an die Erkrankungen anzupassen, sprich Ernährung, Bewegung, Genussmittel u. a.

Die resignierten Kommentare sprechen für sich: Man kann nichts, es hat sowieso keinen Sinn, es ist ohnehin nicht zu beeinflussen, man ist viel zu erschöpft um sich dauernd darum lückenlos zu kümmern u.a.m.

So sei zum Abschluss noch einmal wiederholt: Ständig kommen neue Untersuchungen, die belegen, dass ein depressives Beschwerdebild bei Diabetes sowohl das Risiko für die Entwicklung entsprechender Folge-Erkrankungen also auch das Mortalitäts-(Sterbe-)Risiko erhöht. Dem kann man aber vor allem durch zuverlässige Mitarbeit bei lückenloser fachärztlicher Kontrolle erfolgreich entgegenwirken, wie ebenfalls immer wieder berichtet wird. Dabei haben

allerdings Grundsicht und höheres Lebensalter erfahrungsgemäß ihre speziellen Probleme, auf die es deshalb besonders zu achten gilt. Dazu später mehr.

- **Angststörungen und Diabetes**

Angesichts der erwähnten komplexen Bedrohungen, ob real oder nur „befürchtet“, nimmt es auch nicht wunder, dass sowohl Angststörungen als auch so genannte Diabetes-spezifische dysfunktionale Ängste eine große Zusatz-Belastung werden können. Bei dem konkreten Leiden Angststörungen dürfte beispielsweise die *Spritzen-Phobie* eine Rolle spielen, also die Furcht vor Injektionen (was ja intramuskulär täglich zur Pflicht werden kann); oder nur schon der Anblick von Spritzen-Besteck. Bei den nachvollziehbaren Befürchtungen ist es vor allem die Angst vor bestimmten Folge-Erkrankungen, z. B. Hypoglykämien („Unterzuckerung“), insbesondere aber Erblindung, Hirnschlag, Amputationen u. a.

Das führt natürlich zu einem ausgeprägten Sicherheits-Verhalten, kann aber letztlich auch nicht völlig beruhigen. Denn nicht nur alle privaten, auch die beruflichen und sonstigen Aktivitäten werden schließlich auf die alltäglich notwendige Therapie ausgerichtet. So beeinträchtigt der Diabetes das tägliche Leben und nicht zuletzt die persönlichen Beziehungen. Das betrifft Erwachsene und je nach Erkrankungs-Beginn bereits Jugendliche oder gar Kinder.

Eine besondere Belastung geht aus den erwähnten Hypoglykämie-Ängsten hervor, das heißt die übermäßige und durch ständige Kontrollen (hoffentlich) kompensierte Angst vor der Unterzuckerung. Hier wird nicht nur der Kontrollverlust, hier wird sogar die Lebensbedrohung zum überwältigenden Problem. So lösen schon erste Signale einer Unterzuckerung starke Ängste aus. Dabei kommt es aber zu einer Überlagerung der Angst-Symptomatik, denn die nachvollziehbaren Begleitreaktionen der Angst, nämlich Herzklopfen, wenn nicht gar Herzrasen, Schweißausbrüche, Zittern etc., weisen ja eine große Ähnlichkeit zu dem Beschwerdebild einer Unterzuckerung auf. In einem solchen Fall kann, ja muss der Patient zu seiner Beruhigung (erneut und ggf. die soundsovielte) Glukose-Bestimmung machen, um dann auch sicher zu sein, dass es eine Angst-Symptomatik (unangenehm genug) und keine lebensbedrohliche Hypoglykämie ist. Eine weitere Reaktion auf diese Hypoglykämie-Furcht ist übrigens die überzogene Zuführung von Kohlenhydraten, d. h. die Patienten stellen ihren Blutzuckerspiegel zu hoch ein.

Kurz: Die Angst spielt beim Diabetes keine geringe Rolle. Das betrifft nicht nur den Verkehr (siehe später) und alle möglichen beruflichen Tätigkeiten und Anforderungen, selbst die Freizeit-Aktivitäten können eingeschränkt sein.

Dazu gehört auch etwas, was nicht jedem Betroffenen bewusst ist, schon gar nicht seinem ahnungslosem Umfeld, dabei aber durchaus problematisch werden könnte. Gemeint ist das medizinische Problem, dass im langjährigen Verlauf des Typ-I-Diabetes die so genannte adrenerge Reaktion bei Hypoglykämie erheblich abnimmt, sodass nur noch ganz bestimmte Beschwerden wahrgenommen werden (können). Beispiele: Konzentrationsstörungen, Schwächegefühl, geistige Einbußen, ggf. sogar Bewusstseinsstörungen und Krampfanfälle.

Das heißt, dass dem Patienten in solchen Situationen nur relativ kurze Zeit bleibt zwischen den ersten Warn-Symptomen und beispielsweise einer Bewusstlosigkeit bis hin zum Koma, was natürlich ohnehin schwer zu kontrollieren und damit eine erhebliche Zusatz-Belastung ist. Da Unterzuckerung auch im Schlaf möglich ist, mit allen Gefahren des nicht rechtzeitigen Erkennens, kann man sich vorstellen, wie sich diese Patienten fühlen müssen – u. U. lebenslang und ängstlich verunsichert.

- **Ess-Störungen und Diabetes**

Ess-Störungen sollen bei Diabetes-Patienten häufiger vorkommen, doch hier mahnen die Experten zur Vorsicht. Zum einen wird den Betroffenen natürlich schon vorbeugend nahegelegt, ihr Ess-Verhalten zu kontrollieren. Zum anderen können durch eine Hypoglykämie, also „Unterzuckerung“, Heißhunger-Attacken auftreten. Die können wiederum einer Bulimie, also regelrechten Heißhunger-Attacken ähneln. Doch entgegen früherer Annahmen weisen Patienten mit Typ-I-Diabetes keine erhöhte Gefährdung auf, an Anorexia nervosa, also „Magersucht“ zu erkranken. Das Gleiche gilt für das so genannte Insulin-Purging, bei dem – wie bereits erwähnt – das Gewicht über die gezielte Underdosierung des Insulins reduziert werden soll.

Was den Typ-II-Diabetes betrifft, so ist man sich hier wissenschaftlich noch unsicher. Das gilt vor allem für die so genannten Binge-Eating-Störungen. Das sind wiederholte Episoden von Ess-Anfällen in bestimmten Zeitabständen, eine Art Kontrollverlust über das Essen, d. h. den Eindruck, dass man mit dem Essen nicht aufhören bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst.

Besonders problematisch scheint aber das so genannte Night-Eating-Syndrom zu sein, das bei übergewichtigen Patienten ohnehin häufiger anzutreffen ist. Dabei handelt es sich um ein übermäßiges und vor allem spät abendliches bzw. nächtliches Essen mit – wen wundert es – Schlafstörungen und morgendlicher Appetitlosigkeit. Dieses Ess-Verhalten ist verbunden mit häufigen Stoffwechsel-Entgleisungen und einem erhöhten Risiko für Diabetes und bestimmte Folgekrankheiten.

- **Weitere Krankheitsbilder**

Schließlich gilt es noch einige weitere seelische Störungen zu bedenken, die im Rahmen eines Diabetes mellitus auftreten können. Dazu gehören Zwangsstörungen, Suchterkrankungen, Psychosen (früher „Geisteskrankheiten“ genannt) etc., die bei Behandlung eines Diabetes Probleme aufwerfen können. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

SPEZIELLE ASPEKTE

Diabetes im höheren Lebensalter

Das Alter, insbesondere das höhere, spielt nicht nur beim Diabetes mellitus eine wichtige Rolle, bei der Zuckerkrankheit aber ganz besonders, vor allem unter dem Begriff „Altersdiabetes“. Was gilt es hier zu beachten? Dazu einige Anmerkungen aus der so genannten S2k-Leitlinie zu Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter, 2018 in der 2. Auflage umfangreich überarbeitet, erweitert und aktualisiert, besonders was die ggf. drohenden Hypoglykämien („Unterzuckerung“) anbelangt.

Speziellen Wert wird, nicht zuletzt in diesem dritten oder gar vierten Lebensalter, auf die Lebensqualität gelegt. Weitere Therapieziele und die Prävention von Folgeschäden sind zwar nach wie vor bedeutsam, aber jetzt eher nachrangig.

Insbesondere richten die Ärzte, vor allem der Hausarzt, ihre besondere Aufmerksamkeit auf eine individuelle Therapieplanung. Dabei geht es um Möglichkeiten und Grenzen des so genannten funktionellen Status, d. h. ist der Patient unabhängig, leicht oder schwer eingeschränkt oder gar in einer terminalen Lebensphase.

Von besonderer Bedeutung ist neben der Erhaltung der Lebensqualität die Vermeidung einer Unterzuckerung. Deshalb gilt das vorrangige Augenmerk den Hypoglykämien. Vor allem schwere Zucker-Entgleisungen treten im höheren Lebensalter häufiger auf und können auch riskanter bis gefährlicher werden. Denn die hormonelle Gegenregulation setzt erst bei niedrigerer Blut-Glukose ein als in jüngeren Jahren. Und vor allem: die geistige Leistungsfähigkeit kann schon bei einem Glukosewert von 60 bis 70 mg/dl stärker gestört sein als bei einem Jüngeren, was auch heißt: Die subjektive Wahrnehmungsschwelle für eine drohende Unterzuckerung sinkt, zumal auch typische Symptome der Hypoglykämie fehlen.

Kurz: Lebensqualität und die Vermeidung von Unterzuckerung stehen beim älteren Diabetiker im Vordergrund.

Diabetes und Verkehrsteilnahme

Die aktive Teilnahme am Verkehr ist für viele, insbesondere ältere Menschen ein wesentlicher Teil ihrer gesellschaftlichen Selbstbestätigung, oft auch unerlässlich, sei es Beruf, gesellschaftliche Aspekte, ja was die Grundversorgung anbelangt. Andererseits gilt es gerade bei der Zuckerkrankheit nicht nur Beweglichkeit und Sehkraft, sondern auch die geistige Leistungsfähigkeit sicherzustellen und damit zuverlässig zu überwachen. Deshalb wiederholt: Was heißt das konkret?

– *Hypoglykämien*: Sinkt der Blutzuckerspiegel, drohen kognitive (geistige) Beeinträchtigungen und damit eine eingeschränkte Fahrsicherheit. Deshalb sollte jeder Diabetes-Patient auf dieses Hypoglykämie-Risiko seiner Diabetes-Therapie aufgeklärt werden. Das heißt zum einen eine medikamentöse Behandlung mit möglichst geringem Hypoglykämie-Risiko zu wählen. Zum anderen empfiehlt sich ggf. ein spezifisches Wahrnehmungs-Training sowie technische Hilfsmittel wie Pumpen oder kontinuierlich messende Glukose-Sensoren. Ein Blutzucker-Messgerät und entsprechende Snacks sind also griffbereit auch im Fahrzeug nicht unnötig.

– *Hyperglykämien*: Zwar gibt es keinen Schwellenwert für eine Hyperglykämie, die ggf. zu einer Fahrunfähigkeit führen könnte. Jedoch sollte laut entsprechender Leitlinie jeder Diabetes-Patient über dieses Risiko aufgeklärt werden. Denn schwere Stoffwechsel-Entgleisungen wie die diabetische Ketoazidose können zu Benommenheit und Bewusstseinsstörungen führen – mit allen Konsequenzen im zunehmend dichten Verkehrs-Alltag. Findet beispielsweise eine zu schnelle Senkung erhöhter Glukosewerte durch Insulin statt, kann die Sehkraft vermindert sein und durch verschwommenes Sehen irritieren.

– *Diabetische Folge-Erkrankungen*: Um bei Letzterem zu bleiben, muss ohnehin auf eine möglicherweise verminderte Sehkraft aufgrund einer Retinopathie oder einer Makulopathie (Funktionsstörung der Netzhaut-Mitte) geachtet werden. Auch neurologische Probleme gilt es im Auge zu behalten, z. B. die periphere Polyneuropathie (Erkrankung entsprechender Nervenbahnen) mit beeinträchtigter Pedal-Nutzung. Kommen noch andere neurologische Erkrankungen hinzu, potenziert sich natürlich die Unfall-Gefahr.

– *Diabetes-assoziierte Begleiterkrankungen*: Das leitet zu einem weiteren Thema über, nämlich einer möglichen Ko-Morbidität, wie es die Ärzte nennen, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Beispiele: Herz-Kreislauf-Leiden, Schlaf-Apnoe-Syndrom oder dementielle Entwicklung auf der organischen Seite mit kognitiven Einbußen bzw. Depressionen, Angststörungen u. a. auf der seelischen, vor allem unter entsprechender Medikation mit beeinträchtigenden Nebenwirkungen.

Weitere Einfluss-Faktoren

Neben den rein organischen Ursachen, ob bewiesen, hypothetisch oder wieder verworfen, werden auch seelische, insbesondere psychosoziale Aspekte diskutiert. So weisen vereinzelte Studien auf die Bedeutung pränataler (vorgeburtlicher) und frühkindlicher Belastungsfaktoren hin. Beispiele: Trennung der Eltern, Tod in der Familie oder schwere körperliche Erkrankung während der ersten zwei Lebensjahre. Dazu gehört auch der Tod eines Geschwisterkindes, des Vaters sowie der Eltern der Mutter während der Schwangerschaft. Sie sollen das Diabetes-Risiko erhöhen können. Folgeschwer auch bestimmte Störungen des Immunsystems, bei dem sich körpereigene Substanzen gegen den eigenen Organismus richten (deshalb Autoaggressionskrankheit genannt) und damit zu unkalkulierbaren Folgen führen, z. B. Schilddrüse, Magen und Bauchspeicheldrüse mit Diabetes mellitus Typ I-Problemen. Hier herrscht allerdings noch erheblicher Forschungsbedarf.

Der Typ-II-Diabetes scheint hier auf den ersten Blick weniger psychosoziale Diskussionen aufzuwerfen. Doch auch er ist ja keine einheitliche Erkrankung, sondern ein vielschichtiges Syndrom verschiedener Krankheitszeichen wie oben dargelegt. Allerdings scheinen auch hier genetische (erbliche), metabolische (Stoffwechsel) und psychosoziale Faktoren von Bedeutung.

Was die genetische Situation, also populär: die Erblast anbelangt, so gibt es offenbar kein „Diabetes-Gen“, dafür eine Vielzahl unterschiedlicher und vor allem noch nicht ausreichend identifizierter genetischer Einflüsse. Ursächlich akzeptiert ist allerdings das Problem des „unkritischen Lebensstils“, der durch hochkalorische Ernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht charakterisiert ist.

Letztlich gilt es aber auch so genannte psychopathologische (d. h. seelisch krankheitsbedingte) Aspekte zu berücksichtigen. Hier belastet vor allem – wie erwähnt – ein depressives Leidensbild, ob offensichtlich und schwer beeinträchtigend oder nur „subklinisch“, wie man leichtere und damit auch leichter übersehene Beeinträchtigungen bezeichnet. Doch auch Extrem-Belastungen in der frühen Kindheit erhöhen das Risiko für diese Diabetes-Form, wozu auch sexueller Missbrauch und vor allem Gewalterfahrungen zählen.

Das Gleiche gilt auch für das Erwachsenen-Alter, hier vor allem für die so genannte posttraumatische Belastungsstörung (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie). Hier wird sogar von einem bis zu 40 % erhöhten Risiko gesprochen.

Aber selbst weniger eingreifende Stress-Erfahrungen können zum Problem werden. Dazu gehört beispielsweise eine für den Betreffenden zu hohe Anforderung bei der täglichen Arbeit, vor allem verbunden mit geringen Gestal-

tungs-Möglichkeiten. Gesamthaft gesehen spricht man dabei von einem so genannten komplexen multikausalen bio-psycho-sozialen Geschehen. Oder kurz: chronischer Stress auf verschiedenen Ebenen, wobei nicht nur die Lebensqualität, sondern sogar die Lebenserwartung beeinträchtigt sein kann

Bei dem Stichwort bio-psycho-soziale Belastung (also biologische, psychologische und gesellschaftliche bzw. familiäre, partnerschaftliche u. a. Beeinträchtigungen) fragt man sich natürlich, was hier zuerst psychosozial und schließlich sogar biologisch zu gesundheitlichem Risiko oder gar Gefahr werden könnte. Einzelheiten zu diesem wissenschaftlich komplexen System siehe die entsprechende Fachliteratur zu den Themen Insulin-Resistenz, ACTH, Cortisol, adrenerges und noradrenerges System, Dysregulation des autonomen Nervensystems, Veränderungen im Gerinnungssystem u. a.

Psychosoziale Belastungen nehmen aber auch indirekt Einfluss, indem sie den Lebensstil ändern. Das beginnt schon mit der einfachen und folgenreichen Erkenntnis, dass Menschen mit psychischen Störungen oder fortdauernder partnerschaftlicher, familiärer, beruflicher u. a. Belastung im Vergleich zur Normalbevölkerung nicht selten einen ungesünderen Lebensstil pflegen. Dazu gehören – wie erwähnt – nicht nur Bewegungsmangel und überzogene Ernährungsgewohnheiten (mit häufigerem Abbruch von Gewichts-Reduktionsprogrammen), sondern auch Alkohol- und Nikotinabhängigkeit sowie – auf therapeutischer Ebene, leider mit entsprechendem Risiko – die antidepressive Behandlung mit stimmungsaufhellenden Arzneimitteln, auf die angesichts einer wachsenden Zahl depressiver Störungen oft nicht verzichtet werden kann.

Ein großes Problem sind in diesem Zusammenhang auch unkritische, unkontrollierte und ggf. risikoreich ausufernde Selbstbehandlungs-Strategien der Betroffenen. Dies vor allem deshalb, weil sie dem behandelnden Arzt zunächst verschwiegen werden und seine konkreten therapeutischen Bemühungen damit beeinträchtigen, wenn nicht gar unterlaufen.

Ein wichtiger Faktor beim Diabetes-II-Typus ist also nicht nur eine frühkindliche Traumatisierung, sondern auch eine unkritische „Selbstbelohnung“ bzw. „Selbstbehandlung“ diffuser Spannungszustände durch zu viel Essen, Alkohol, Nikotin u. a. Dazu die erwähnte Inaktivität, die durch die moderne Digitalisierung noch gefördert werden kann.

ZUR THERAPIE DES DIABETES MELLITUS

Einzelheiten zur organischen und psychosomatischen Versorgung Diabetes-Krankter siehe die entsprechende Fachliteratur. Nachfolgend nur einige kurz

gefasste Hinweise auf der Grundlage des entsprechenden Kapitels von W. Herzog, J. Kruse und W. Wöller in ihrem Fachbuch *Psychosomatik* im Thieme-Verlag 2017, ergänzt durch weitere wissenschaftliche Hinweise:

Wichtigstes Ziel ist eine so genannte norm-nahe Glukose-Stoffwechsel-Einstellung, um der Entwicklung entsprechender Folge-Erkrankungen vorzubeugen, von bedrohlichen Komplikationen ganz zu schweigen. Dabei geht es nicht zuletzt um die Lebensqualität, die natürlich nicht nur körperliche, sondern auch seelische und psycho-soziale Aspekte umfasst. Dazu gibt es aus fachlicher Sicht auch umfangreiche Leitlinien der entsprechenden Experten und ihrer Institutionen (z. B. AWMF-Leitlinien, speziell die Leitlinie Psychosoziales und Diabetes).

Was die so genannte somatische, also auf organische Funktionen konzentrierte Behandlung anbelangt, siehe die entsprechende Fachliteratur. Von besonderem Interesse ist natürlich das erwähnte Selbstbehandlungs-Verhalten zur Stoffwechsel-Einstellung. Denn nicht wenigen Betroffenen gelingt es nur unbefriedigend, eine adäquate Stoffwechsel-Einstellung zu erzielen und nicht zuletzt durchzuhalten. Hier geht es häufig um Defizite und Probleme im so genannten Selbstmanagement der Erkrankung. Das kann sehr unterschiedliche Gründe haben.

Dazu gehören beispielsweise (nach J. Kruse in W. Rief und P. Henningsen: *Psychosomatik und Verhaltensmedizin* im Schattauer-Verlag, Stuttgart 2016):

- *Auf der Patienten-Ebene:* Fehlende Kenntnisse über die Behandlung unter Alltags-Bedingungen; geringe Bildung; Einschränkung der intellektuellen Fähigkeiten; eingeschränkte Selbstbehandlungs-Kompetenz; Überforderung durch komplexes Therapie-Regime; inadäquate Risikowahrnehmung und Risikoeinschätzung; Verleugnung der Erkrankung; Präferenzen im Alltag, die mit der Diabetes-Therapie nicht vereinbar sind (häufig Lebensphasen-abhängig); eindeutige oder auch nur leichter ausgeprägte seelische Störungen wie Depression, Angst-, Ess-, Persönlichkeits- und posttraumatische Belastungsstörung, Suchterkrankung etc.; Diabetes-spezifische Ängste (Angst vor Hypoglykämien, Folgeerkrankungen, Spritzen usw.); Scham- und Selbstwertproblematik; Burnout-Syndrom; Angst vor Ausgrenzung und Diskriminierung im beruflichen und persönlichen Umfeld; Kultur-spezifische Gründe (Religion, Migration, Minderheiten etc.); weitere körperliche Leiden u.a.m.
- *Behandler-Ebene:* Mangelnde Anpassung der Behandlung-Anforderungen an die Möglichkeiten und Motivation des Patienten; unzureichende Informations-Vermittlung; mangelnde oder unzureichende Schulung; moralisierendes und vorwurfsvolles Verhalten sowie übermäßige Kontrolle; unzureichende personelle Betreuung, vor allem was Personen und Zeitrahmen anbelangt; Störungen in der Arzt-Patient-Beziehung etc.

- *Umfeld-Ebene*: Ausgeprägte Kontrolle und Einschränkung der persönlichen Autonomie durch Angehörige, oftmals verbunden mit grenzwertigen Situations-Belastungen; Überbehütung, Versorgung und zu ausgeprägte Rücksichtnahme; Verleugnung der Erkrankung; mangelnde Bereitschaft des Umfelds, die Essens- und Lebensgewohnheiten umzustellen; fehlende emotionale und soziale Unterstützung; soziale und berufliche Ausgrenzung; sozialer Abstieg oder gar Armut.
- *Mangelnde Behandlungs-Motivation*: Ein Problem eigener Art, wenngleich nicht selten und ungern zwischen Patient, Arzt und näherem Umfeld diskutiert, ist das, was man früher Compliance, heute Adhärenz und allgemeinverständlich Therapietreue nennt – und zwar defizitäre.

Tatsächlich ist die Zahl der zwar in spezieller Behandlung befindlichen, aber unzureichend kooperierenden Patienten erschreckend (zwischen ein und zwei Drittel?). Dies besonders beim Diabetes Typ-II mit der oft entscheidenden Gewichtskontrolle und empfohlenen körperlichen Aktivität.

Das kann verschiedene Ursachen haben, wie die Experten diskutieren (z. B. in der Arbeitsgemeinschaft *Diabetes und Psychologie e.V.* der Deutschen Diabetes Gesellschaft). Dazu gehören Informations- und Kompetenz-Defizite, abweichende Patientenziele, eine Leidens-Verleugnung sowie die Belastung durch mehrere Erkrankungen auf einmal. Es kann aber auch eine mehrschichtige, d. h. seelische, körperliche, vor allem aber emotionale Erschöpfung sein. Die Betroffenen klagen dann meist über Schlafstörungen, chronische Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Niedergeschlagenheit, die Unfähigkeit zur Entspannung und bisweilen noch weitere Beschwerden wie Magen-Darm-, Kopf- und Rückenprobleme sowie eine erhöhte Anfälligkeit für Infekte.

Diese Probleme verschärfen sich noch einmal in kritischen Lebenssituationen, an denen der Diabetes oft nicht unbeteiligt sein dürfte. Beispiele: schlecht heilende Wunden, diabetes-bedingte zeitweilige Immobilität und/oder auch nur das Gefühl, bei der Behandlung keine Fortschritte zu machen. Besonders Letzteres, denn das Nicht-Erreichen des Therapieziels kann auch als persönlicher Misserfolg und somit zusätzliche emotionale Belastung erlebt werden, mit allen Ängsten und weiteren Folge-Komplikationen durch dieses subjektive Stress-Erleben.

Hier achten die Ärzte auf bestimmte Hinweise, die im Extremfall schließlich zu Alarm-Signalen werden können. Beispiele: erhebliche Sorgen hinsichtlich potentieller Folge-Erkrankungen, Angst vor Hypoglykämien, Probleme im Beruf und/oder Alltag, Überforderung, speziell was komplexe Entscheidungen betrifft, nicht zuletzt im Rahmen der notwendigen Diabetes-Therapie, Schwierigkeiten, auch in kritischen Situationen mit seinem Leiden zu angepasst wie möglich umzugehen, Probleme mit dem Essen u. a.

Hier tun sich notgedrungen so manche zusätzliche Aufgaben für den behandelnden Arzt, bisweilen auch das Patienten-Umfeld auf. Weitere Einzelheiten dazu siehe später.

Auf jeden Fall zeigt diese kursorische Aufzählung, wie viele Schwierigkeiten, zwischenmenschliche, ja Situations-abhängige Probleme drohen, obgleich es sich doch eigentlich „nur“ um eine unspektakuläre Stoffwechsel-Einstellung handeln dürfte. Und dies bei einem Krankheitsbild, das inzwischen medizinisch weitgehend erforscht, erfreulich übersichtlich abgeklärt und allgemeinverständlich vermittelt und damit therapeutisch eigentlich positiv im Griff sein sollte. Da gilt es allerdings einige Zusatz-Aspekte zu bedenken. Dazu gehört nicht zuletzt die

Arzt-Patient-Beziehung

Hier mahnen die Experten einiges an, was den eigenen Berufsstand betrifft, offensichtlich nicht ohne Grund. Dazu gehören im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehungen einige ärztliche Apelle, die zwar inhaltlich richtig sein mögen, die Situation aber nicht entspannen. Und deshalb gerade bei Diabetes-Patienten nicht nur leidvoll oft zum Scheitern verurteilt sind, sondern auch die Heilungsaussichten beeinträchtigen können.

Solche Negativ-Beispiele sind unsensibel vorgebrachte Apelle wie „Sie müssen abnehmen“, „Sie müssen Ihren Zucker besser im Blick haben“, wenn nicht, dann drohen Herzinfarkt, Hirnschlag oder Erblindung usw. Das trifft zwar ggf. zu und muss wohl auch gelegentlich immer wieder betont werden, kann aber im Einzelfall kontraproduktiv werden. Denn, so die Experten, „moralische Appelle verstärken zwar die Schuldgefühle und (damit?) die Hilflosigkeit der Patienten, nicht aber ihre Kompetenz, mit der Erkrankung umzugehen“, und zwar angepasst, konsequent und deshalb für (beide Seiten!) erfolgreich.

Denn eine Diabetes-Therapie konkurriert mit zahlreichen Lebenszielen des Patienten (und wohl auch seines näheren und weiteren Umfelds). Ja, für manche Patienten ist eine langfristige und stabile Gesundheit durch eine optimale Diabetes-Behandlung nicht das zentrale Ziel des Lebens, sicher kurzfristig, aber so ist es eben.

Deshalb muss der Arzt offen über die notwendigen Ziele sprechen, und zwar ohne Vorhaltungen. Dafür mit einem Gespür für die aktuelle Motivation des Patienten, seine Befürchtungen, Lebensziele, nicht zuletzt auch die subjektiven(!) Krankheits- und Behandlungs-Theorien, die jeder Betroffene (und sein näheres Umfeld) entwickeln mag. Kurz: Die Therapie-Planung muss beidseits koordiniert werden.

Hilfreich ist dabei die Strategie, dem Patienten die größtmögliche Verantwortung selber zu übertragen, so manche Experten. Das gelingt am ehesten durch

aktuelle fachliche, dann aber auch verständlich vorgetragene Fach-Informationen und ggf. strukturierte Schulungen (s. später). Kurz: Es gilt auch das Selbstbewusstsein im Umgang mit der Therapie zu stabilisieren.

Dabei können zwar manche Ärzte eine Einbuße ihrer Einfluss-Sphäre befürchten. Doch entgegen entsprechender Einwände schätzen gerade informierte Patienten ihren Therapeuten positiver ein. Dabei haben insbesondere die Form der Diagnose-Mitteilung und die konkreten Informationen über die Erkrankung und ihre Folgen großen Einfluss auf den weiteren Verlauf.

Denn vor allem Diabetes-Erkrankte entwickeln als Langzeit-Patienten eine intensive Bindung zu ihrem Arzt. So verbleiben 70 bis 80 % der Patienten mit Typ-II-Diabetes im gesamten Behandlungs-Verlauf in der Hand des gleichen Hausarztes. Denn sie suchen nicht nur Informationen, sondern auch Respekt, Wertschätzung und nicht zuletzt Präsenz in Form aktiver Unterstützung. Und sogar Lob für ihre Bemühungen (wenngleich in eigener Sache). Autonomie und Beteiligung am Entscheidungs-Prozess scheinen auch die entscheidenden Beziehungswünsche gerade von Diabetes-Patienten zu sein. Ja, einige legen sogar großen Wert darauf als gleichberechtigte Partner behandelt zu werden. Sie sind zu einer konstruktiven Zusammenarbeit bereit, wenn der Arzt ihnen die Verantwortung übergibt und sich an den Behandlungszielen des Patienten orientiert – eine möglicherweise als Zumutung empfundene Einstellung, gerade bei diesem Leiden, aber wahrscheinlich nicht ohne Grund.

Das trägt jedoch zu einem weiteren Problem bei: Gemeint ist eine idealisierende Erwartungshaltung, was den Arzt betrifft und seine Aufgabe nicht gerade erleichtert. Gleichwohl empfehlen die Experten: Für eine positive Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung sollte der Wunsch nach Informationen und Beteiligung an der Entscheidungsfindung nicht nur erfragt, sondern auch respektiert werden, soweit medizinisch tragbar. Wie das allerdings in einer – in der Regel überlaufenen – Praxis befriedigend umsetzbar ist, bleibt natürlich eine offene Frage, die auch an den Patienten gewisse Verständnis- und Motivations-Anforderungen stellt.

Diabetes-Schulung und psychosomatische Therapie

Die Zuckerkrankheit ist ein vielschichtiges Phänomen, wie aus einer Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen, fachärztlicher Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen und kurz gefasst aus obigen Ausführungen hervorgeht. Das kann bis zu einem gewissen Grad durch so genannte strukturierte Diabetes-Schulungsprogramme kompensiert werden, die sinnvollerweise ein nicht unwichtiger Teil jeder Diabetes-Therapie sein sollten. Dabei geht es vor allem um individuelle(!) Behandlungsziele, Grundlagen-Wissen und alltagspraktische Fertigkeiten. Denn zu dieser Krankheits-Bewältigung gehören nicht zuletzt der Umgang mit Befürchtungen, drohenden Misserfolgen sowie die Förderung der sozialen Kompetenz von Patient und Umfeld. Das setzt aller-

dings ein individuelles Schulungsprogramm voraus mit den Stichworten: Anpassungs-Problematik und Selbst-Management. Denn gerade hier und vor allem im Hinblick auf mögliche organische Folge-Erkrankungen kann sich der Betroffene sehr rasch als ohnmächtig, hilflos und damit unfähig erleben, den drohenden Konsequenzen zu entkommen – letztlich unbegründet, zumindest in unserer Zeit und technisch perfektionierten Gesellschaft. Kurz: Es geht um eine moderne und vor allem individualisierte Diabetes-Schulung zur ausreichenden Stoffwechsel-Einstellung und vor allem Milderung psychosozialer Reaktionen und Belastungen. Glücklicherweise gibt es dafür eine Reihe bewährter Schulungsprogramme für ganz unterschiedliche Problemfelder. Beispiele: diabetischer Fuß, Hypoglykämien, Insulintherapie, Bluthochdruck etc. Und dies noch unterteilt nach Altersstufen, Eltern bei jungen Patienten, verfügbare Technik u. a.

Zunehmend stehen auch immer mehr medizinische Angebote zur Verfügung, was durch eine kontinuierliche Rückmeldung sowie den Aufbau einer belastbaren Beziehung und durchgehenden Motivation die gesundheitlichen Stabilisierungs-Chancen deutlich erhöht.

Was aber, wenn dann nun doch seelische Reaktionen und psychische Störungen zunehmen und damit behandlungs-riskant werden? Beispiele: Anpassungsstörungen (früher reaktive Depression genannt), weitere depressive Zustände, Angststörungen, Autonomie-Konflikte, Selbstwertkonflikte, Burnout-Phänomene, psychosomatische Reaktionen u. a.

Hier ist eine Basisversorgung unumgänglich, die nach entsprechender Erfahrung folgende Komponenten enthält: Regelmäßige Einbestellung, Informations-Vermittlung, Lösungsansätze etc., was sich eher auf die mehr technischen Aspekte bezieht. In seelischer und psychosozialer Hinsicht dann aber auch Ressourcen-Schonung, Lösungsansätze erarbeiten, die affektive (gemütsmäßige) Situation klären (und nicht etwa kleinreden, sondern wertschätzend im Sinne selbst-stabilisierender Strategien nutzen), nicht zuletzt auf Vorwürfe, Schuld- und Versagensgefühle eingehen, Hoffnung fördern, zu körperlicher Aktivität und sonstigen kräftigenden Unterstützungsmaßnahmen ermutigen usf.

Sollte das innerhalb nützlicher Frist (d. h. weniger Monate) nicht zu einer deutlichen Stabilisierung und Besserung des Beschwerdebildes führen, muss eine psychotherapeutische, ggf. vielleicht sogar medikamentöse Behandlung diskutiert werden. Das setzt dann allerdings eine gute Kooperation zwischen den verschiedenen Fachärzten voraus. Und die wird in der Regel eingeleitet durch so genannte Diabetes-spezifische Heilanzeigen, was die zusätzliche Psycho(!)-Therapie bei dieser ja körperlichen Erkrankung anbelangt. Dazu einige Hinweise nach J. Kruse in dem schon erwähnten Fachbuch von W. Rief und P. Henningsen: Psychosomatik und Verhaltensmedizin im Schattauer-Verlag, Stuttgart 2016 zur Frage:

Wann empfiehlt sich eine Diabetes-spezifische Psychotherapie?

Eine Diabetes-spezifische Psychotherapie empfiehlt sich bei folgenden Erkrankungs-Situationen:

- Länger beeinträchtigende und vor allem problematische Blutzucker-Einstellung, die in Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen oder einer unzureichenden Diagnose- bzw. Krankheits-Verarbeitung steht.
- Anpassungsstörungen (früher also der reaktiven Depression vergleichbar), vor allem in zusätzlich belastenden Situationen (Folgekrankheiten, drohende Stoffwechsel-Entgleisungen, aber auch bei erstmaligem Ausbruch bzw. entsprechender Diagnose).
- Entsprechende Befürchtungen, in erster Linie vor Hypoglykämie (Unterzuckerung) und entsprechenden Folgeerkrankungen, aber auch Ängste vor Insulin oder Injektionen (Spritzenphobie).
- Eindeutige krankhafte Zustände durch Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und weitere Erkrankungen, die mit dem Diabetes im Zusammenhang stehen.
- Ess-Störungen, die beispielsweise die Stoffwechsel-Einstellung erschweren (inklusive Insulin-Purging – s. dieses).
- Selbstschädigendes Verhalten mit Insulin, was von unzureichender oder gar völlig abgebrochener Insulin-Therapie bis zur Hypoglycaemia factitia (s. diese) gehen kann.
- Stützung entsprechend belasteter Eltern von Diabetes-erkrankten Kindern (hier insbesondere mit Typ-I-Diabetes).
- Diabetes-erkrankte Jugendliche in Pubertätskrisen, speziell bei ausgeprägten Konflikten zwischen Autonomie und Abhängigkeit.

Das Spektrum der einsetzbaren, erprobten und in der Regel erfolgversprechenden psychotherapeutischen Interventionen reicht – in Fachbegriffen – von kognitiv-behavioralen Therapieansätzen und psychodynamisch orientierten Verfahren bis hin zu Entspannungstechniken und Coaching. Auch Achtsamkeits-basierte Maßnahmen können die Lebensqualität deutlich verbessern. Dies vor allem, wenn ausgeprägtere Stressbelastung, zwischenmenschliche Probleme, soziale Isolierung oder ein ungünstiges Selbstbehandlungs-Verhalten im Rahmen eines Autonomie-Konfliktes die sorgfältige und ausreichend lange Stoffwechsel-Einstellung gefährden könnten. Besonders günstig sind

nach bisherigen Erfahrungen die kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamisch orientierte Psychotherapie bei depressiver Symptomatik unter Typ-II-Diabetes, so die Experten-Meinung, zusammengefasst von J. Kruse (2016).

Notfalls muss man auch medikamentös eingreifen, vor allem bei mittelschweren oder gar schweren Depressionen, am besten in Kombination mit Psychotherapie. Hier muss man natürlich auf mögliche Neben- und Wechselwirkungen achten, nicht zuletzt was Gewicht(-Anstieg), Unterzuckerung und kardiale (Herz-)Belastungen anbelangt.

Auch Sport und wenigstens ein Mindestmaß an täglicher körperlicher Aktivität sind zu nutzen, da sie ja einerseits die Stoffwechsel-Situation verbessern und andererseits auch antidepressiv wirken.

Bei Angststörungen in diesem Rahmen gibt es zwar bisher keine spezifischen Empfehlungen zur medikamentösen Therapie, doch gelten im Allgemeinen die gleichen Bedingungen. Bei der Hypoglykämie-Angst empfiehlt sich darüber hinaus ein so genanntes Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining.

Ess-Störungen bei Typ-I-Diabetes erzwingen geradezu eine intensive psychotherapeutische Behandlung. Einzelheiten dazu gehen aus den vorangegangenen Erläuterungen hervor. Dies betrifft vor allem das „Insulin-Purging“, die Hypoglycaemia factitia und die Anorexia nervosa bei Diabetes. Hier muss man sogar mit potentiell lebensbedrohlichen Störungen rechnen, was eine genau abgestimmte internistische und psychotherapeutische Behandlung nahelegt.

Auch die Bulimia nervosa geht mit ungünstigeren Stoffwechsel-Einstellungen einher. Binge-Eating-Störung oder die „Night-Eating-Disorder“ sind die häufigsten Ess-Störungen bei Patienten mit Typ-II-Diabetes. Die Betroffenen sind in der Regel übergewichtig bis adipös (fettsüchtig). Hier geht es vor allem um die gefürchteten (auch nächtlichen) Fress-Anfälle, um Übergewicht und depressive Reaktionen. Dabei kann besonders eine kognitive Verhaltenstherapie helfen, da sich das Gewicht kaum reduzieren lässt. Selbst scheinbar nur angedeutete Ess-Störungen sollten nicht zuletzt im Jugendalter frühzeitig diagnostiziert und konkret behandelt werden, um die gesundheitliche Prognose auf körperlichem und seelischem Gebiet zu verbessern.

LITERATUR

Grundlage vorliegenden Beitrags ist das Kapitel *Diabetes mellitus* in dem Fachbuch *Psychosomatik* von W. Herzog, J. Kruse und W. Wöller im Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2017. Dort auch weiterführende Literatur. Nachfolgend eine kurz gefasste Auswahl deutschsprachiger Fachbücher zum vor allem nervenheilkundlichen, psychologischen und psychiatrischen Bereich:

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2015

Berger M. (Hrsg.): **Psychische Erkrankungen.** Verlag Urban & Schwarzenberg, München 2009

Bräutigam W. u. Mitarb.: **Psychosomatische Medizin.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1997

Fischer, G., P. Riedesser (Hrsg.): **Lehrbuch der Psychotraumatologie.** Ernst Reinhardt-Verlag, München 2009

Härter, M. u. Mitarb.: **Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen.** Springer Medizin, Heidelberg 2007

Heim, E., J. Willi (Hrsg.): **Psychosoziale Medizin.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1986

Herpertz, S. u. Mitarb. (Hrsg.): **Handbuch Ess-Störungen und Adipositas.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2015

Hoffmann S. O. u. Mitarb.: **Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2009

Janssen, P. L. u. Mitarb.: **Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.** Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2009

Kruse, J. u. Mitarb.: **Diabetes mellitus.** In: K. Köhle u. Mitarb. (Hrsg.): **Uexküll: Psychosomatische Medizin.** Verlag Elsevier Urban & Fischer, München 2016

Kruse, J.: **Diabetes mellitus.** In: W. Rief, P. Henningsen: **Psychosomatik und Verhaltensmedizin.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2016

Minuchin, S. u. Mitarb.: **Psychosomatische Krankheiten in der Familie.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 1981

Mitscherlich, A.: **Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin.** Band 1 und 2. edition suhrkamp, Frankfurt 1974

Overbeck, G., A. Overbeck (Hrsg.): **Seelischer Konflikt – Körperliches Leiden.** Rowohlt-Verlag, Reinbek 1967

Petrak, F., S. Herpertz (Hrsg.): **Psychodiabetologie.** Springer-Verlag, Heidelberg 2013

Rief, W., P. Henningsen (Hrsg.): Psychosomatik und Verhaltensmedizin. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2015

Rudolf, G., P. Henningsen: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Thieme-Verlag, Stuttgart 2008

Rüegg, J. C.: Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2011

WHO: ICD-10-GM. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Version 2016, 10. Revision