

„ Wenn Körper und Seele
aus dem Gleichgewicht sind.“
Körperliche Krankheit und
psychische Komorbidität

PD Dr. Johannes Kruse
Klinik für Psychotherapeutische Medizin



Ausgangspunkte

- Chronische Erkrankungen stehen zunehmend im Zentrum der medizinischen Versorgung
- Neue Therapieverfahren sowie neue diagnostische Verfahren stellen die Betroffenen vor intensive Belastungen
- Die Therapie chronischer körperlicher Erkrankungen verlangt vom Patienten eigenverantwortliches Handeln
- Zwei Problembereiche:
 - maladaptives Krankheitsverhalten
 - hohe psychosoziale Belastung für die Patienten

Prozess der Krankheitsbewältigung

Verleugnung, Abwehr, Meisterung

Diagnose



Schock, Trauer, Verzweiflung, Angst, Zorn, Enttäuschung

traurig ?
depressiv ?
Depression ?

- **Traurigkeit/Trauer**
- Anpassungsstörungen F 43.2
- Anhaltende affektive Störungen
 - Dysthymia F 34.1
- depressive Episode F 32
 - leichte - mittelgradige - schwere
- rezidivierende depressive Episode F 33



Anpassungsstörungen / depressive Symptomatik

- Depressivität/Traurigkeit
- **Anpassungsstörungen**
- Anhaltende affektive Störungen
 - Dysthymia F 34.1
- depressive Episode F 32
 - leichte - mittelgradige - schwere
- rezidivierende depressive Episode F 33

Anpassungsstörungen

Anhaltende Gefühle der ...

... Traurigkeit

... Bedrückung

... Versteinerung

... Unzulänglichkeit

... Unsicherheit

... Unfähigkeit

eingeschränkte Bewältigung
des Alltags

Anpassungsstörung / Depressive Symptomatik

- Depressivität/Traurigkeit
- Anpassungsstörungen
- Anhaltende affektive Störungen
 - Dysthymia F 34.1
- depressive Episode F 32
 - leichte - mittelgradige - schwere
- rezidivierende depressive Episode F 33

Depressive Episode

- depressive Stimmung
- Verlust von Interesse/Freude
- Antriebsminderung
- verminderte Konzentration
- vermindertes Selbstvertrauen
- Schuldgefühle
- Selbstverletzungen / Suizidalität
- psychomotorische Hemmung
oder Agitiertheit
- Schlafstörungen
- verminderter/vermehrter Appetit

Symptomatik der Hypoglykämie

Nervosität

plötzliche
Stimmungs-
veränderung

nachlassende
Konzentration

Sprachstörung



Blässe

Schwitzen

Sehstörungen

Schwäche

Zittern

Schwindel

Herzklopfen

Heiß-
hunger

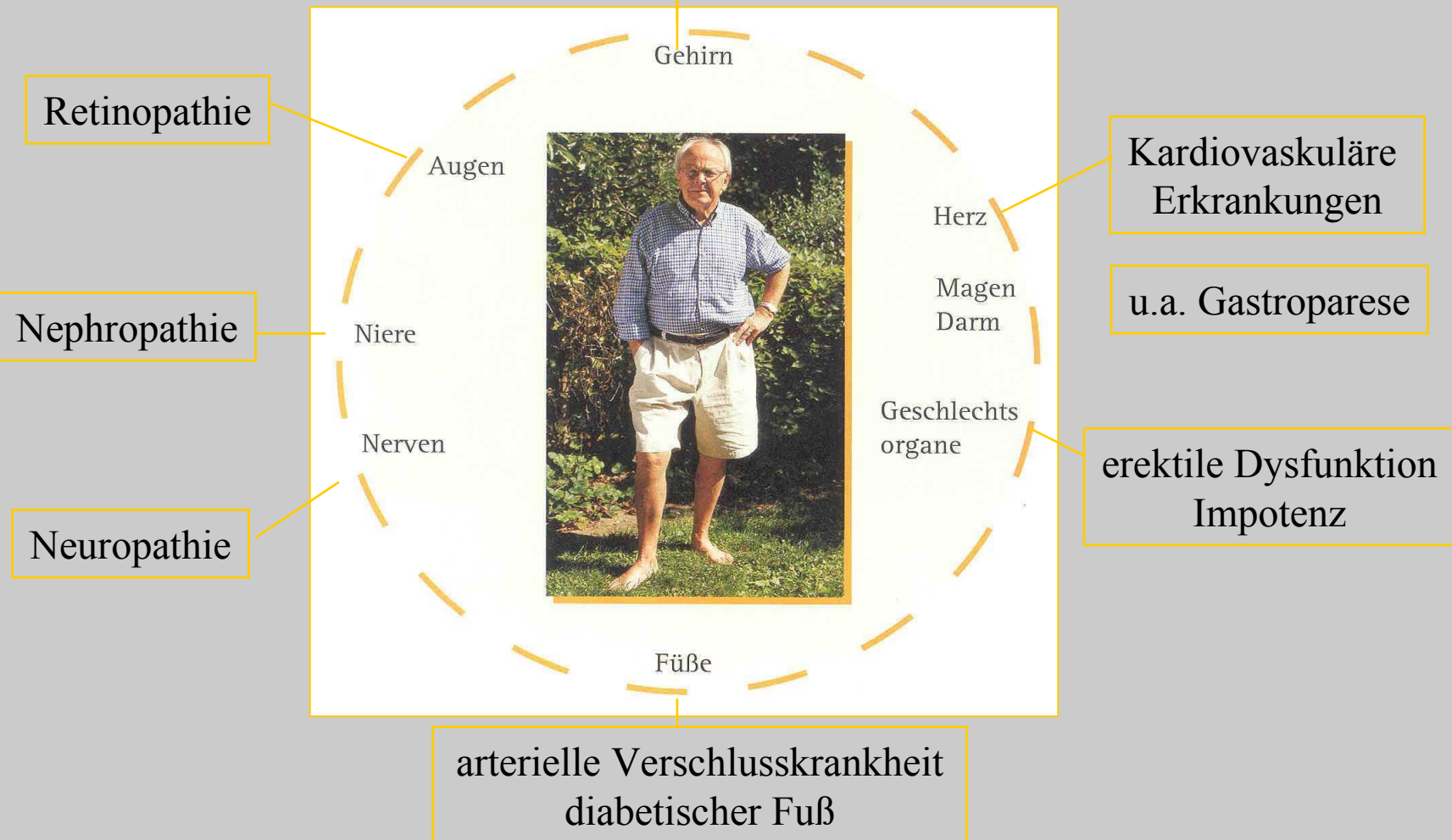
unsicherer Gang

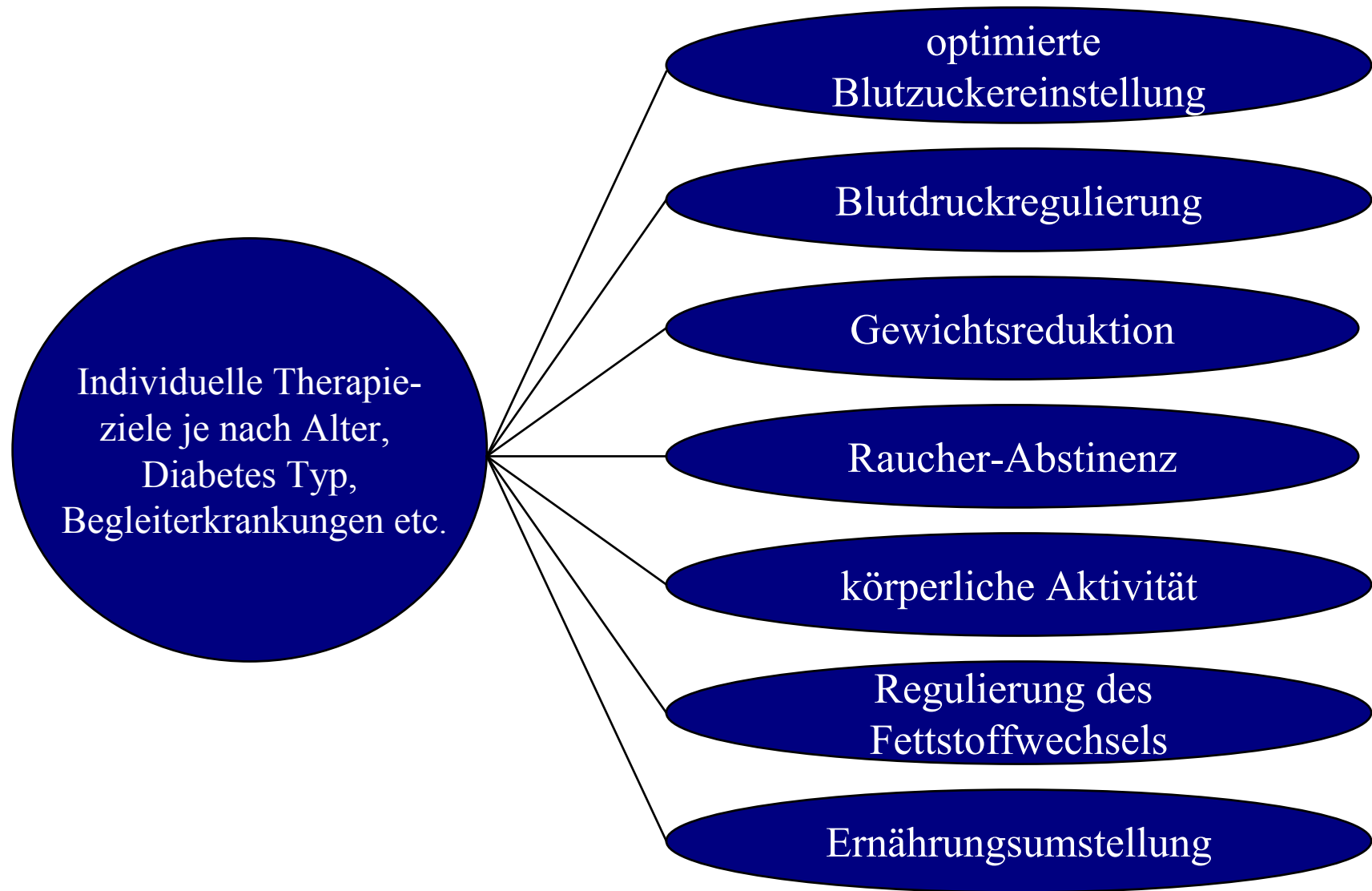
innere
Unruhe

weiche Knie

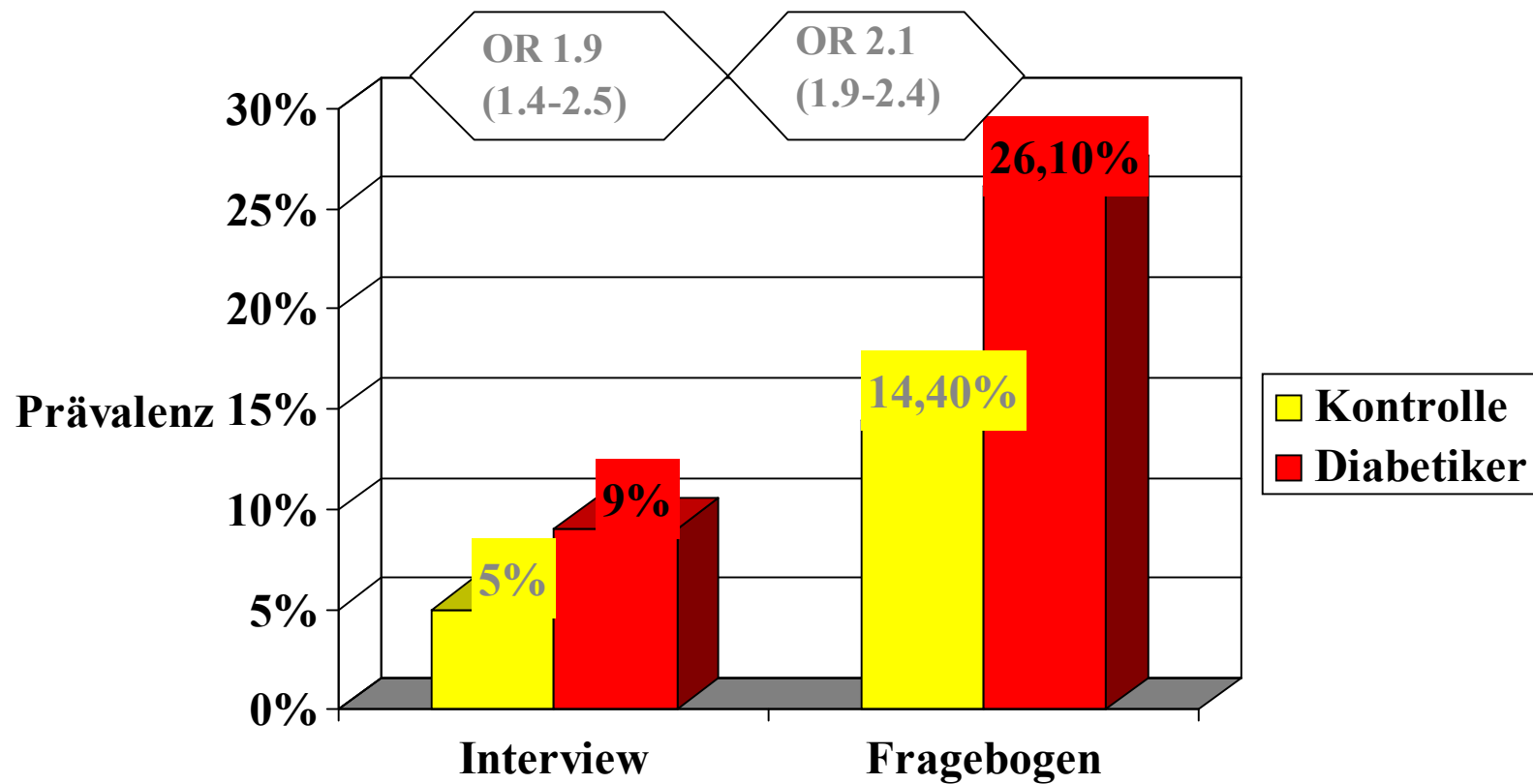
Folgeerkrankungen

cerebrovaskuläre Insuffizienz
Apoplex



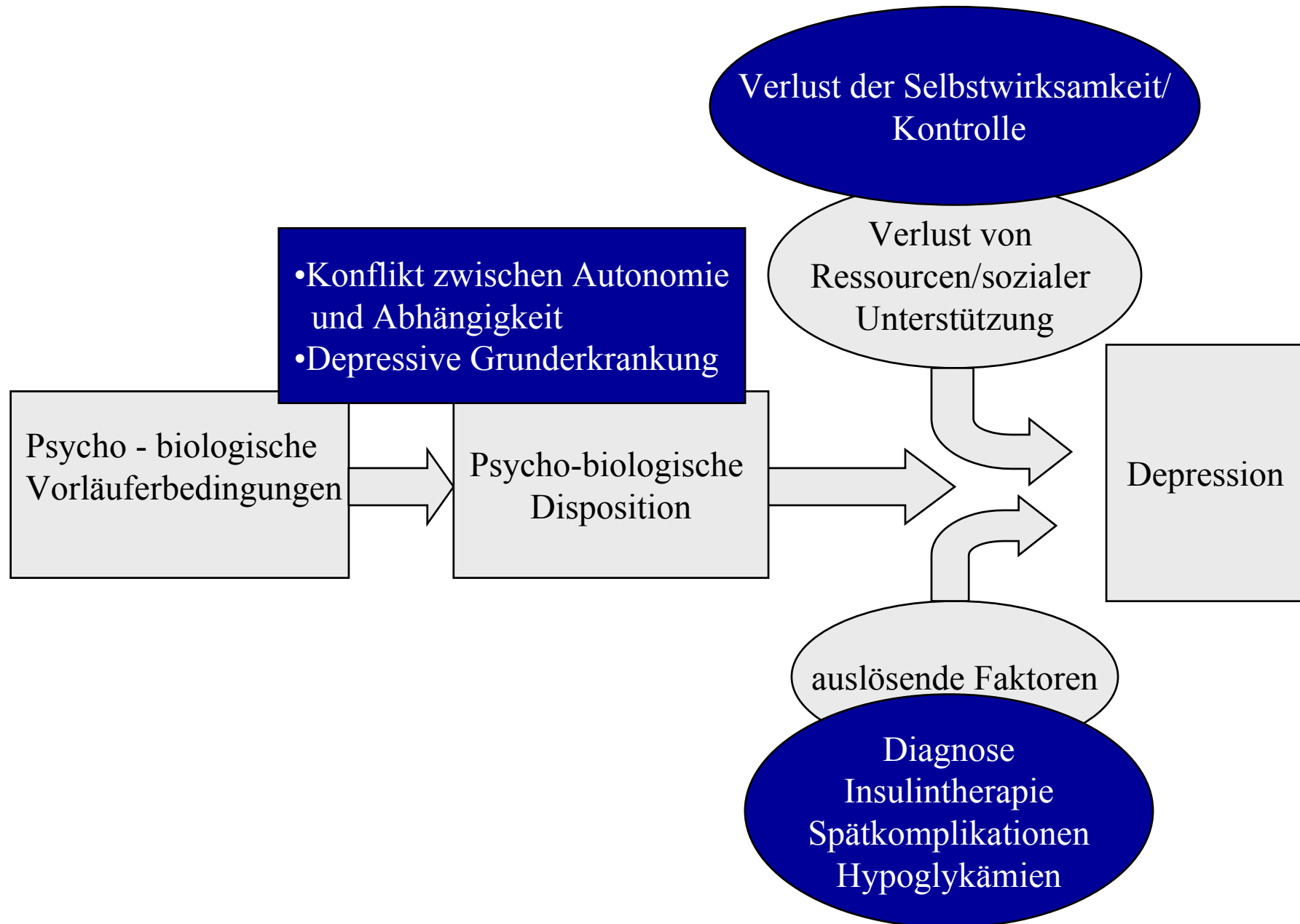


Prävalenz der Depression bei Patienten mit Diabetes



Anderson et al. 2001, Diabetes Care

Modell der Entstehungsfaktoren der Depression



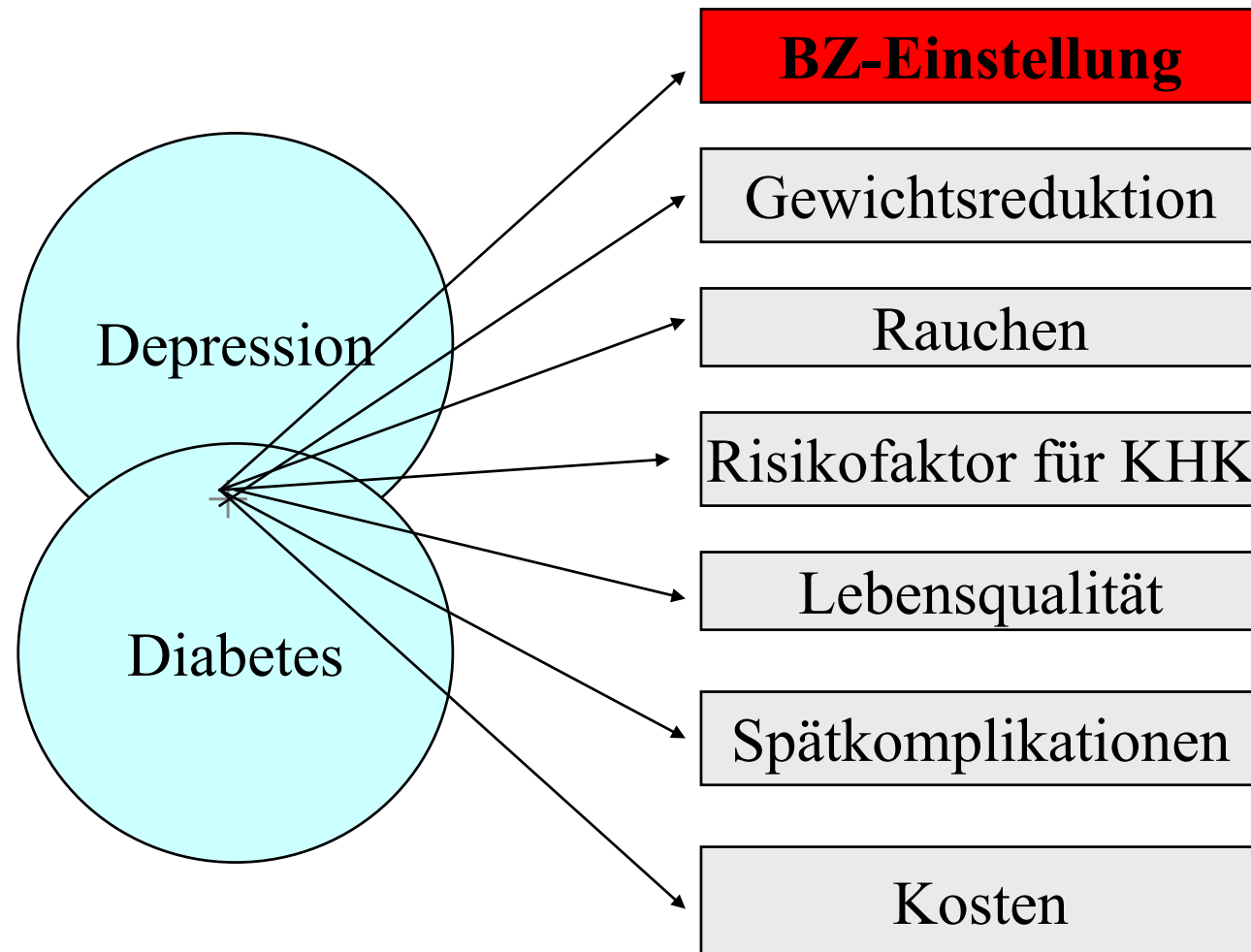
Auslösende Situationen für Anpassungsstörungen

- Diagnose
- Umstellung auf die Therapie mit Insulin
- Entwicklung und Fortschreiten von Spätkomplikationen
- Hypoglykämien
- verstärkte Abhängigkeit
- vermindertes Gefühl der Kontrolle
- vermindertes Gefühl der Selbstwirksamkeit

Klinische Einteilung der Depression

- **psychotische Depression (Zyklothymie)**
- **sekundäre (somatogene) Depression**
- **Depression bei schweren
Persönlichkeitsstörungen**
- **neurotische Depression**
- **depressive Reaktion/Anpassungsstörung**

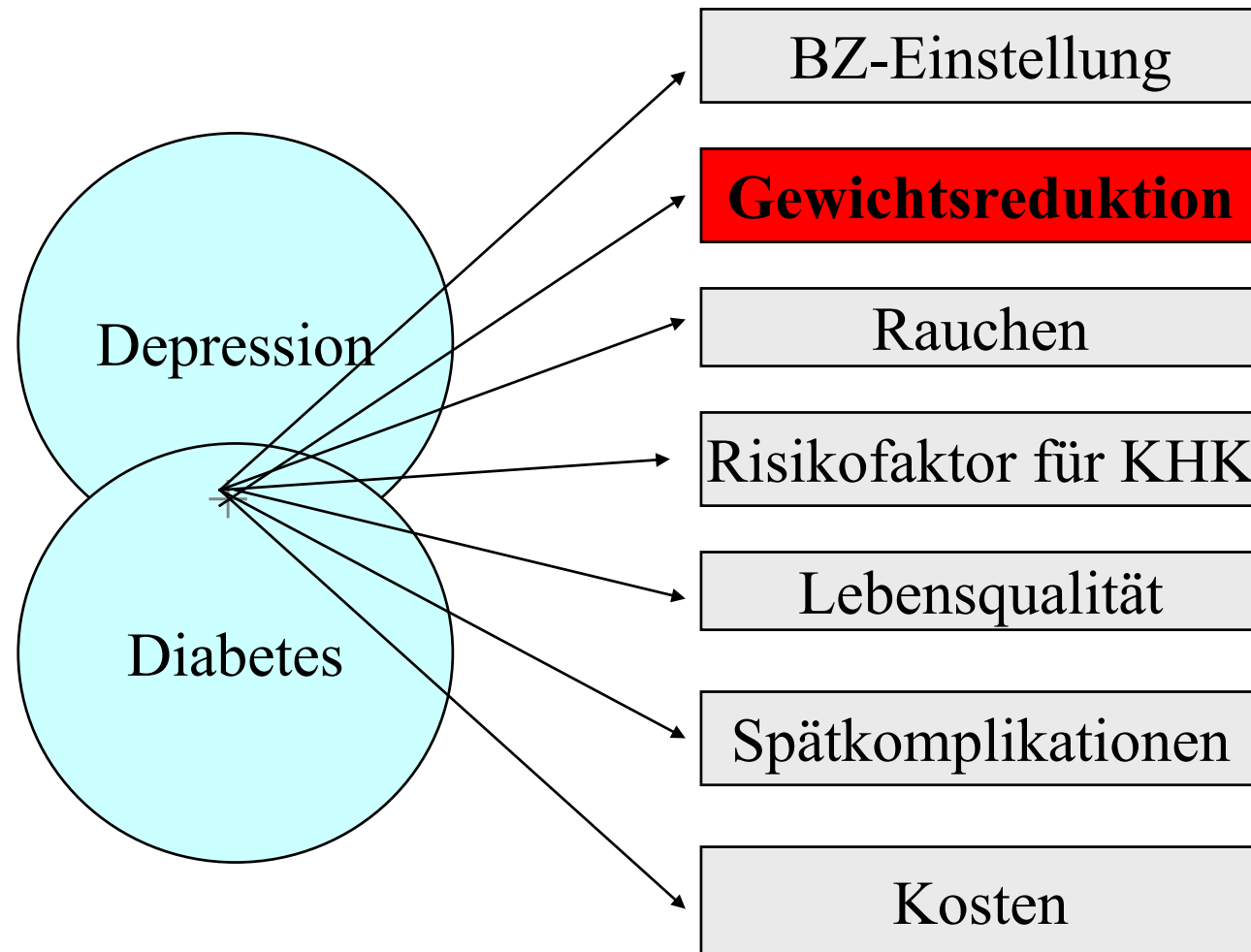
Anpassungsstörung/Depressivität bei Diabetes



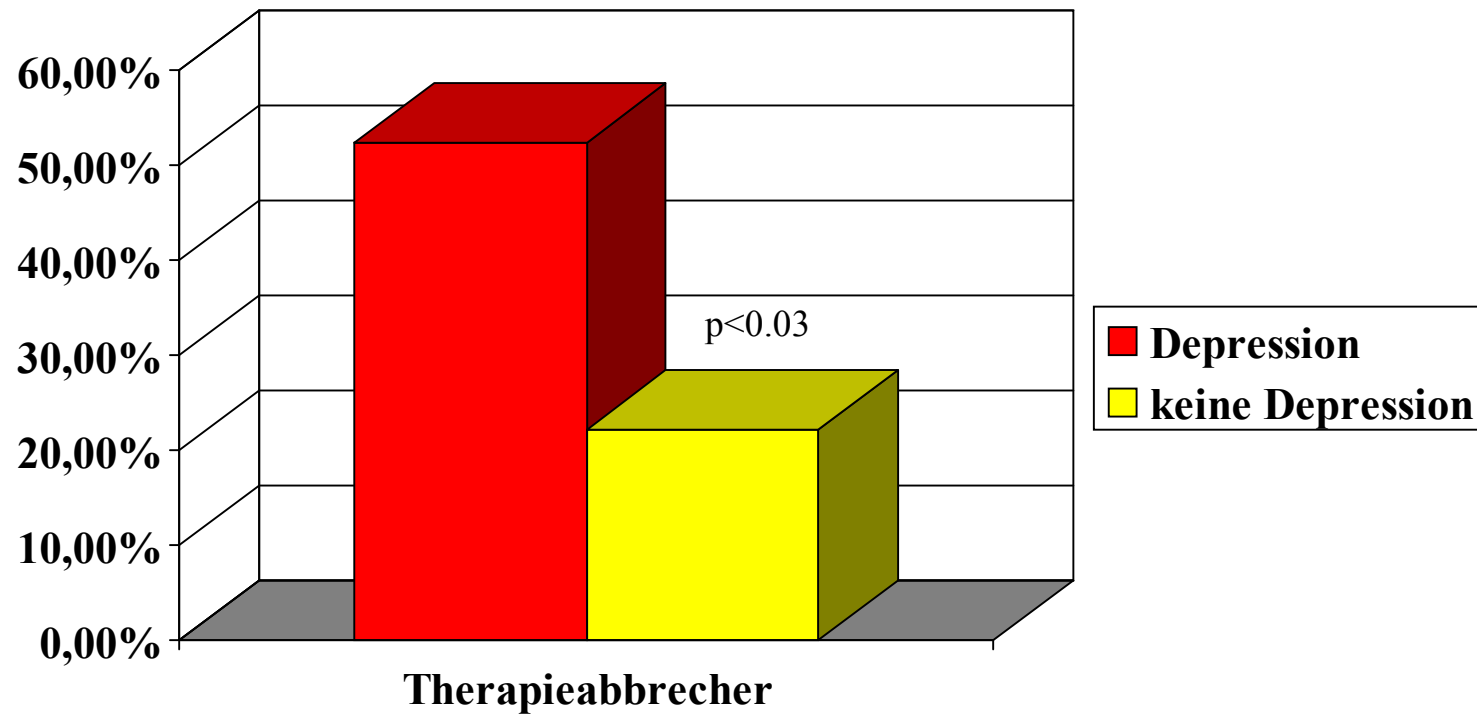
Zusammenhang zwischen Depression und der Blutzuckereinstellung - Meta-Analyse

<i>Studien</i>	<i>Anzahl der Studien</i>	<i>Gewichtetes r</i>	<i>95%CI</i>
<i>Alle</i>	30	0.17	0.13-0.20
<i>Typ 1 Diabetiker</i>	11	0.19	0.12-0.25
<i>Typ 2 Diabetiker</i>	7	0.16	0.09-0.22
<i>Depression gemessen mit Symptom-Skalen</i>	21	0.15	0.11-0.19
<i>Depression bestimmt in der Fremdeinschätzung</i>	6	0.28	0.20-0.36

Anpassungsstörung/Depressivität bei Diabetes

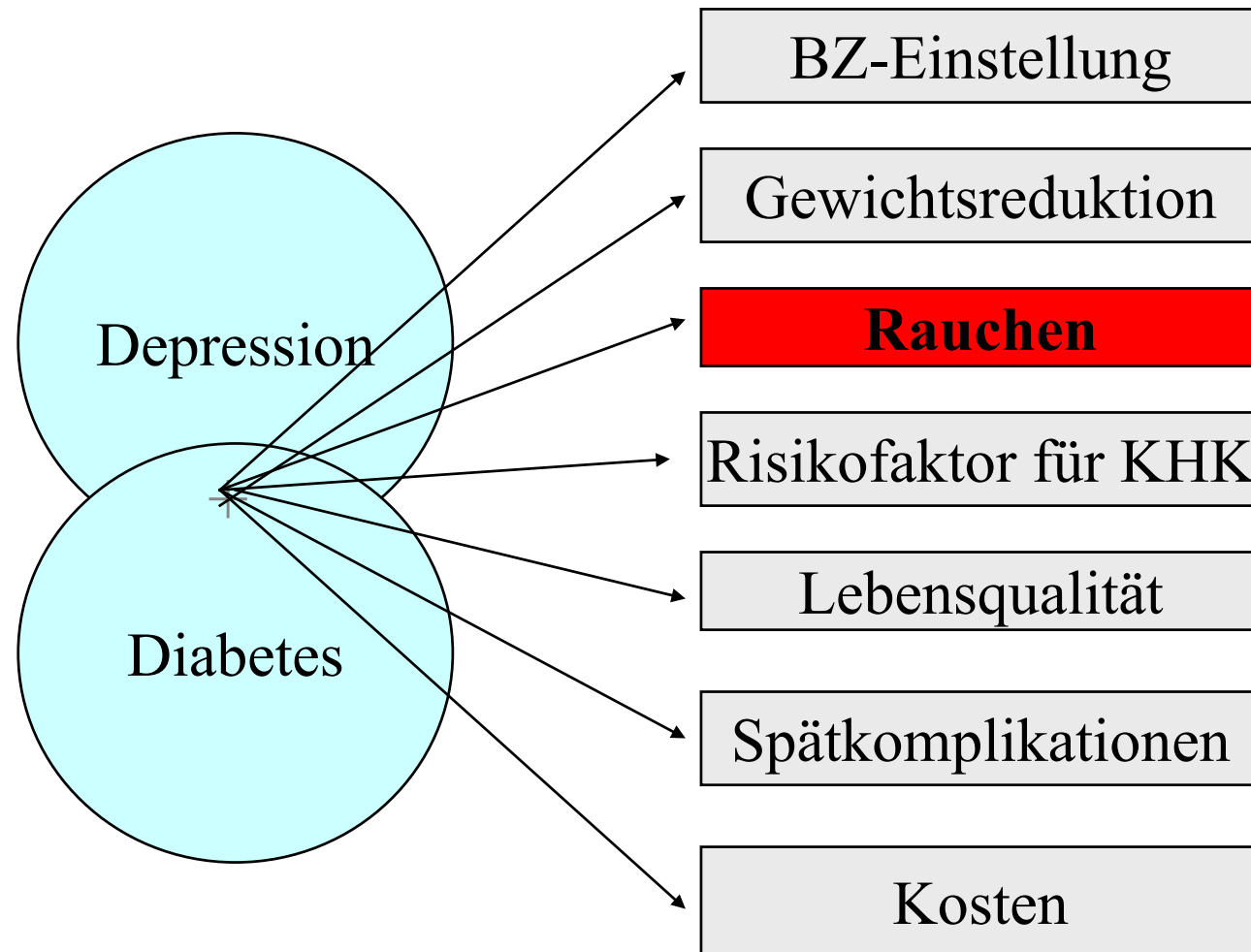


Therapieabbruch bei Gewichtsreduktionsprogrammen und depressive Episode bei Patienten mit Diabetes

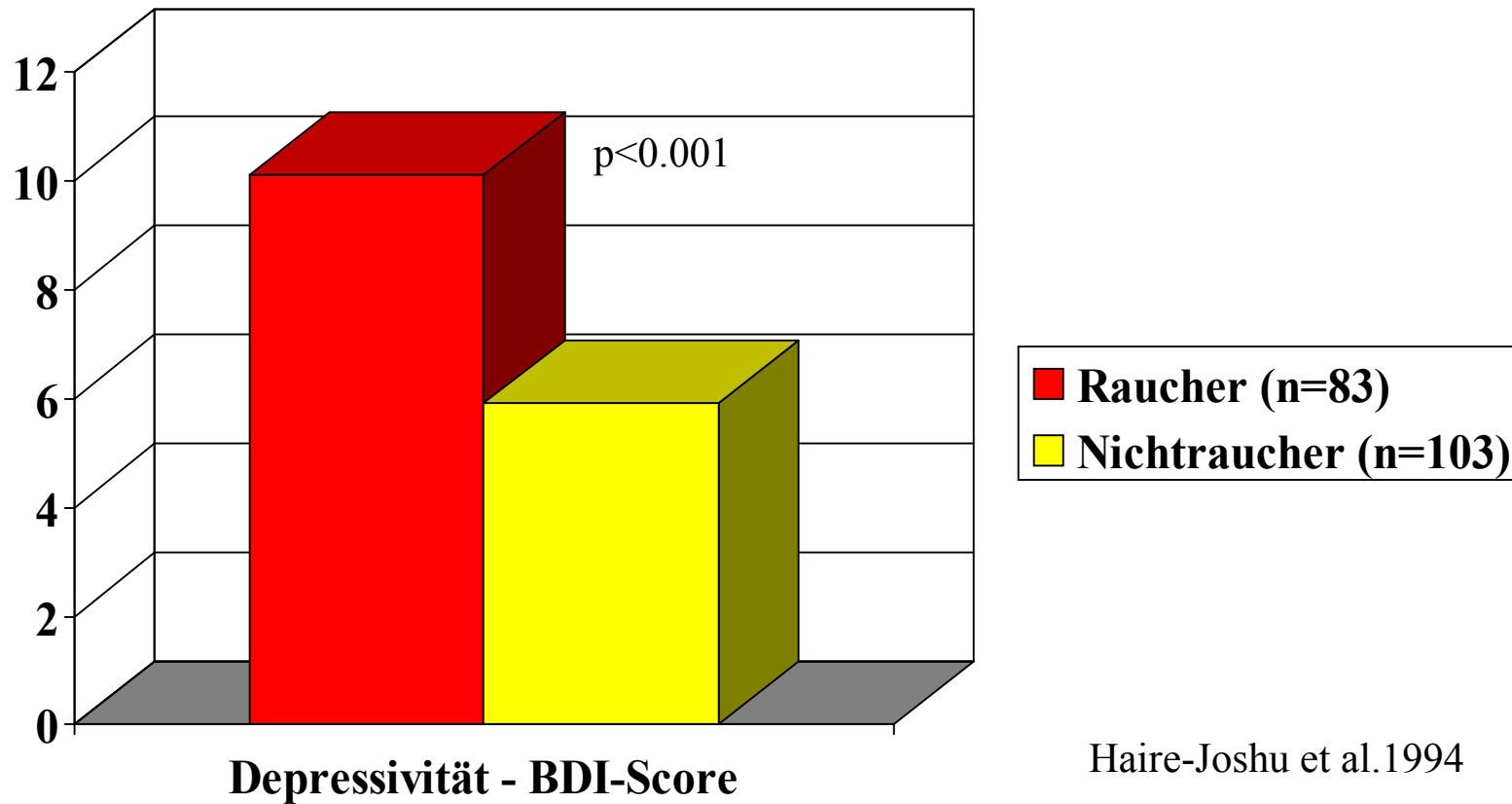


Marcus et al., 1992

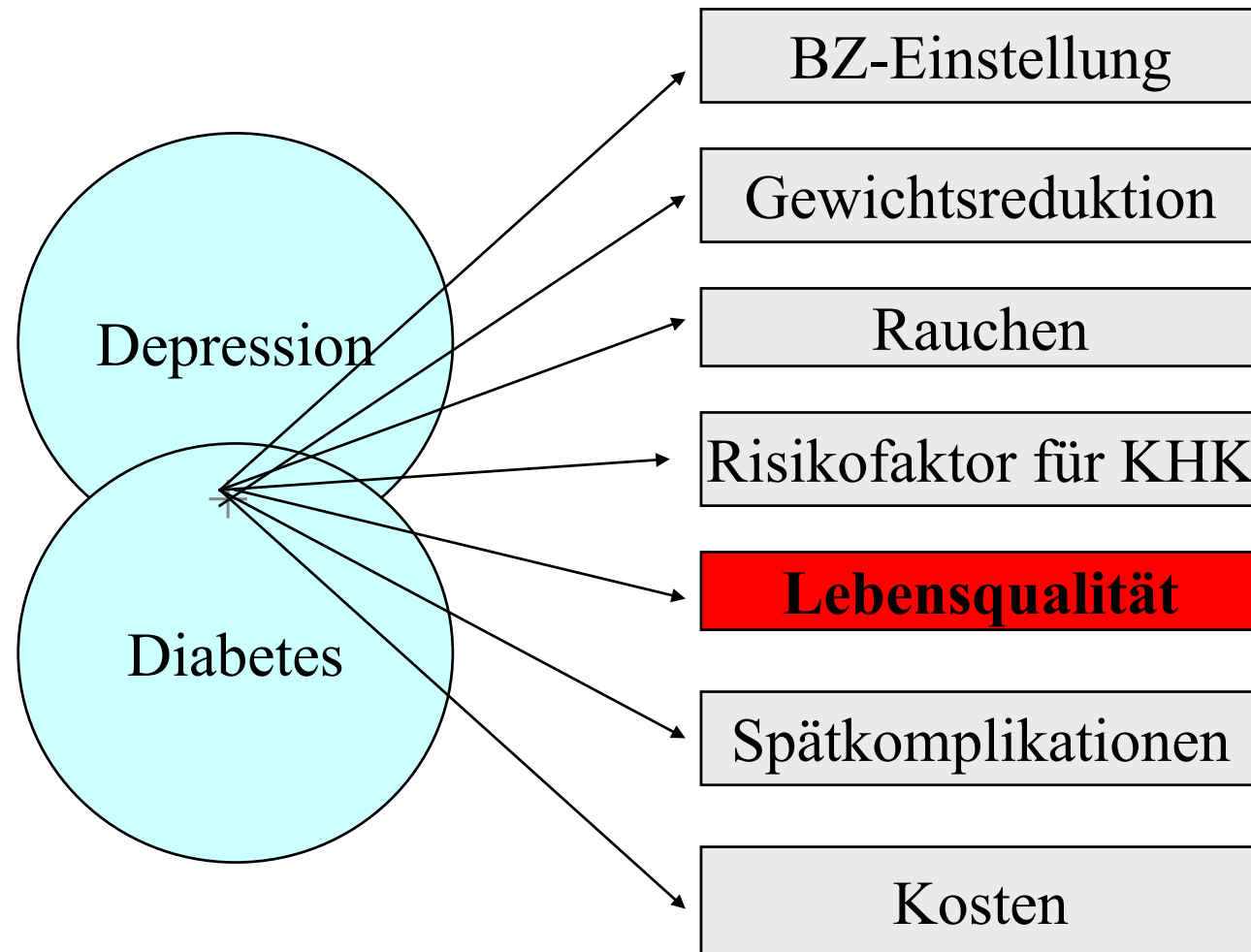
Anpassungsstörung/Depressivität bei Diabetes



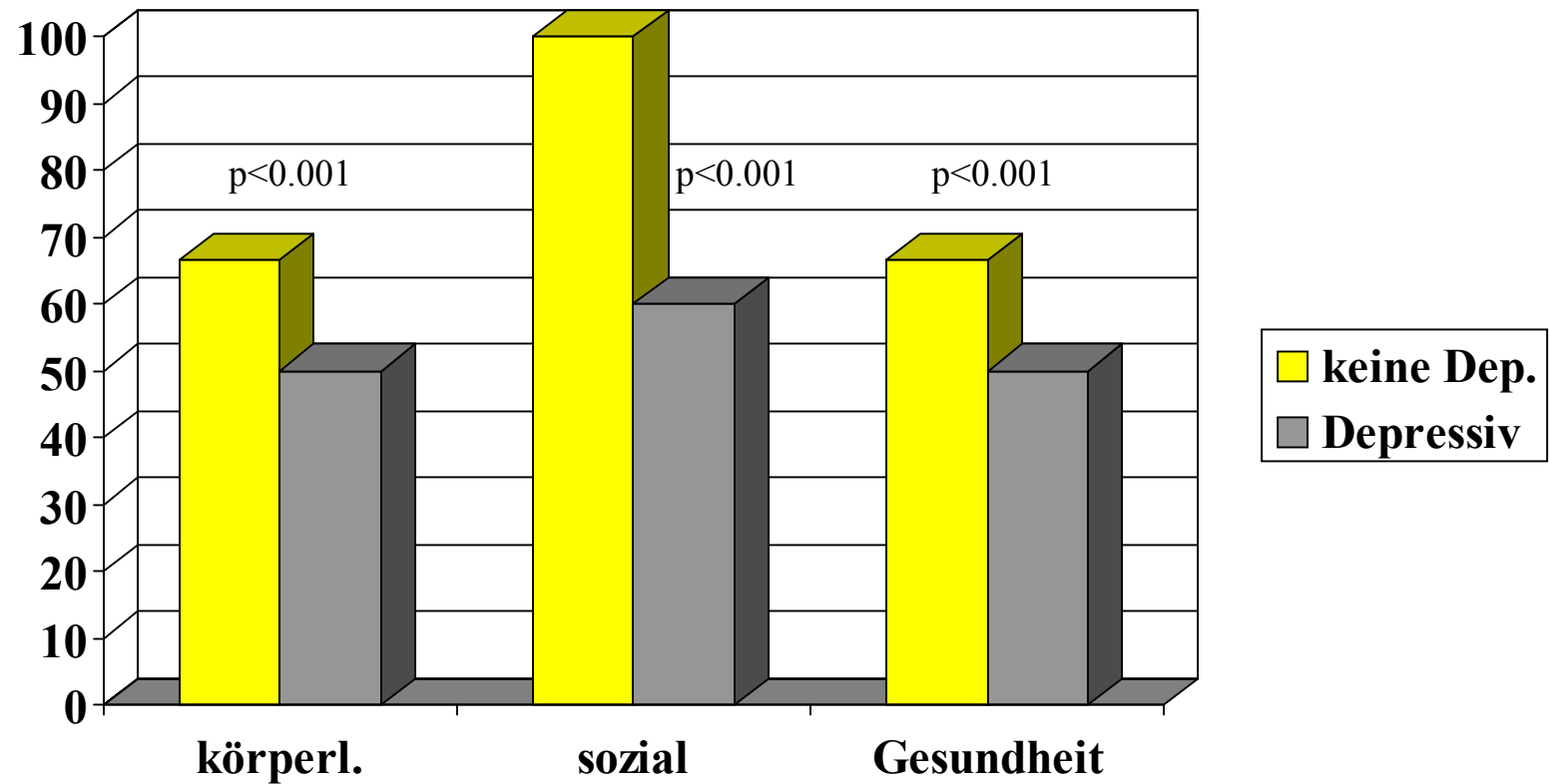
Rauchen und Depression bei Menschen mit Diabetes



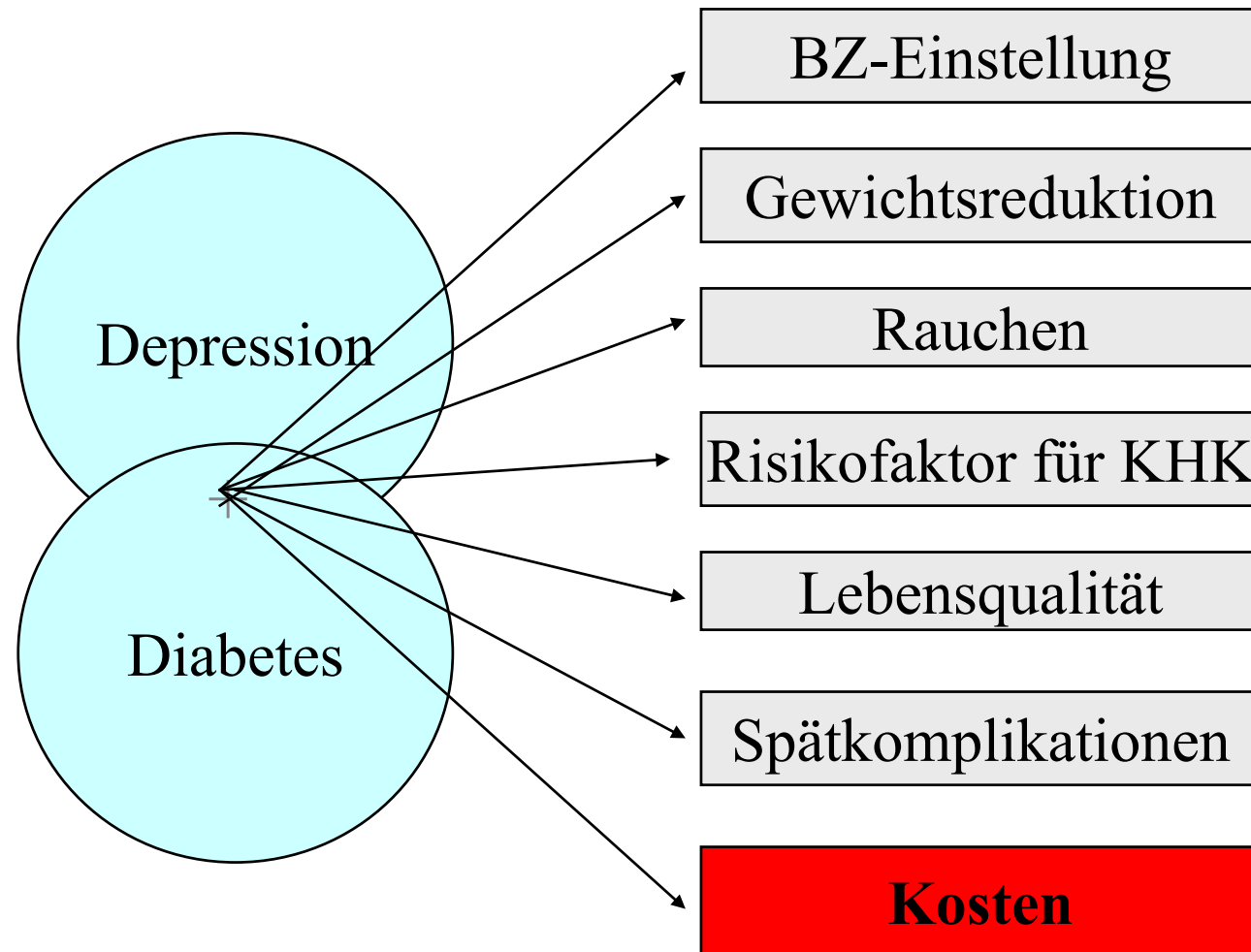
Anpassungsstörung/Depressivität bei Diabetes



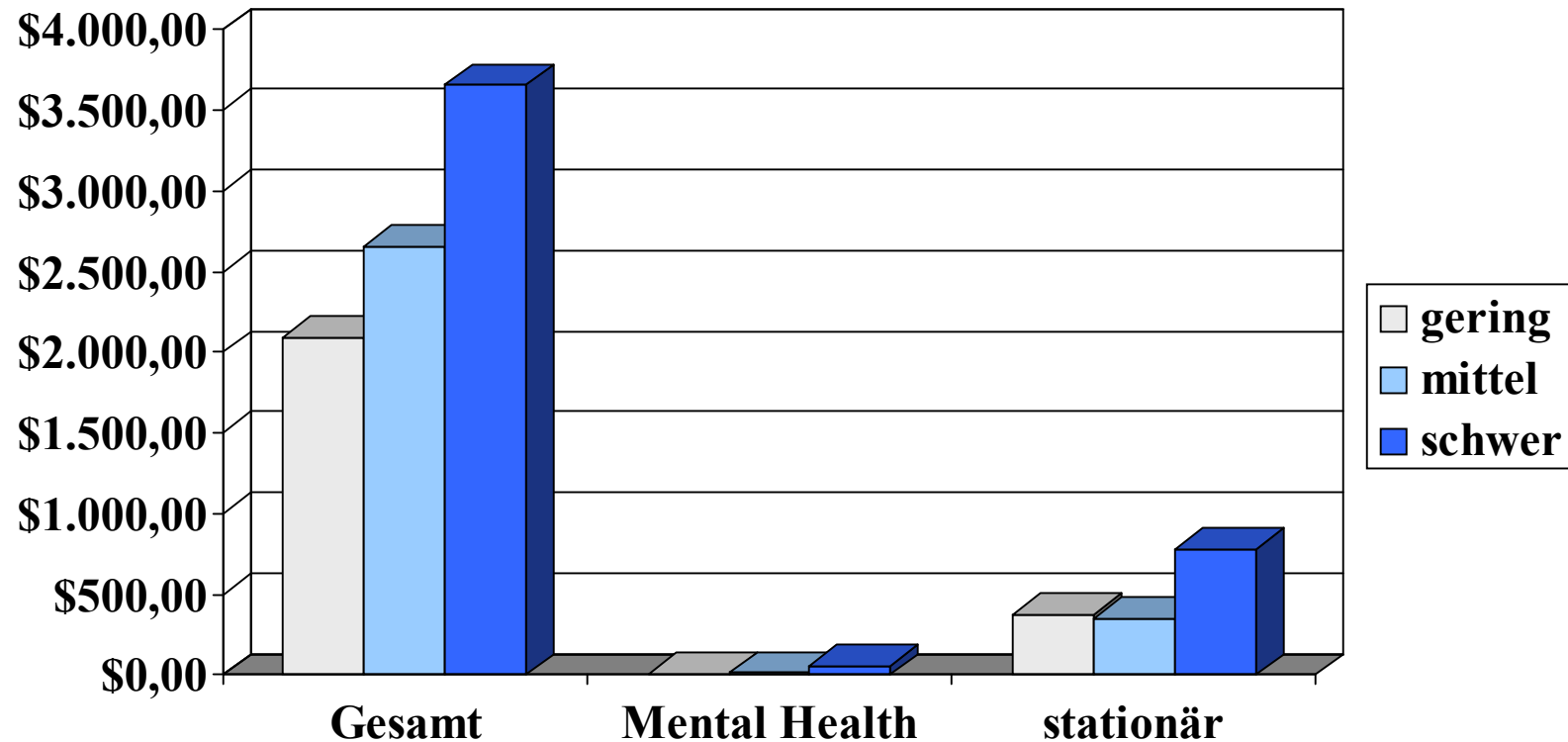
Lebensqualität (SF20) und Depressivität bei Patienten mit Diabetes mellitus



Anpassungsstörung/Depressivität bei Diabetes



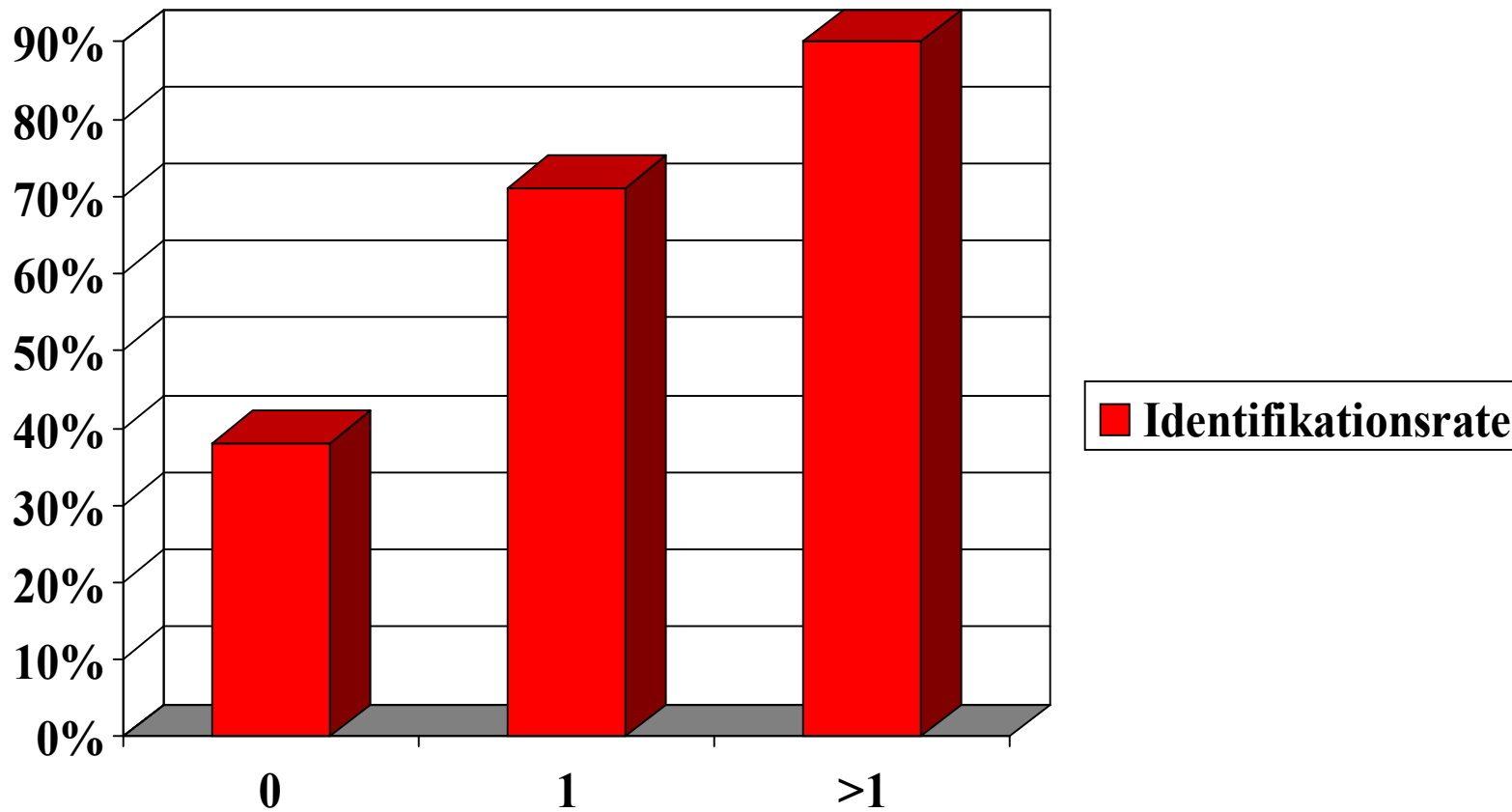
Kosten der medizinischen Versorgung (6 Monate) für Diabetiker mit geringer, mittlerer und schwerer Depressivität



Identifikation depressiver Erkrankungen in hausärztlichen Praxen

	Fallidentifikationsrate
Wittchen et al. (2000)	59,0%
Badger et al. (1994)	50,5%
Kruse et al.(1999)	56,2%
Goldberg et al. (1999)	49,5%
Simon et al. (1999)	42,0 %
Tiemens et al. (1999)	40,0%
Perez-Stable et al. (1990)	35,7%
Coyne et al. (1995)	34,9%
Jones et al. (1987)	29,1%
Schulberg et al. (1995)	26,0%

Vom Hausarzt korrekt identifizierten psychischen Störungen und Anzahl der berichteten psychischen Beschwerden





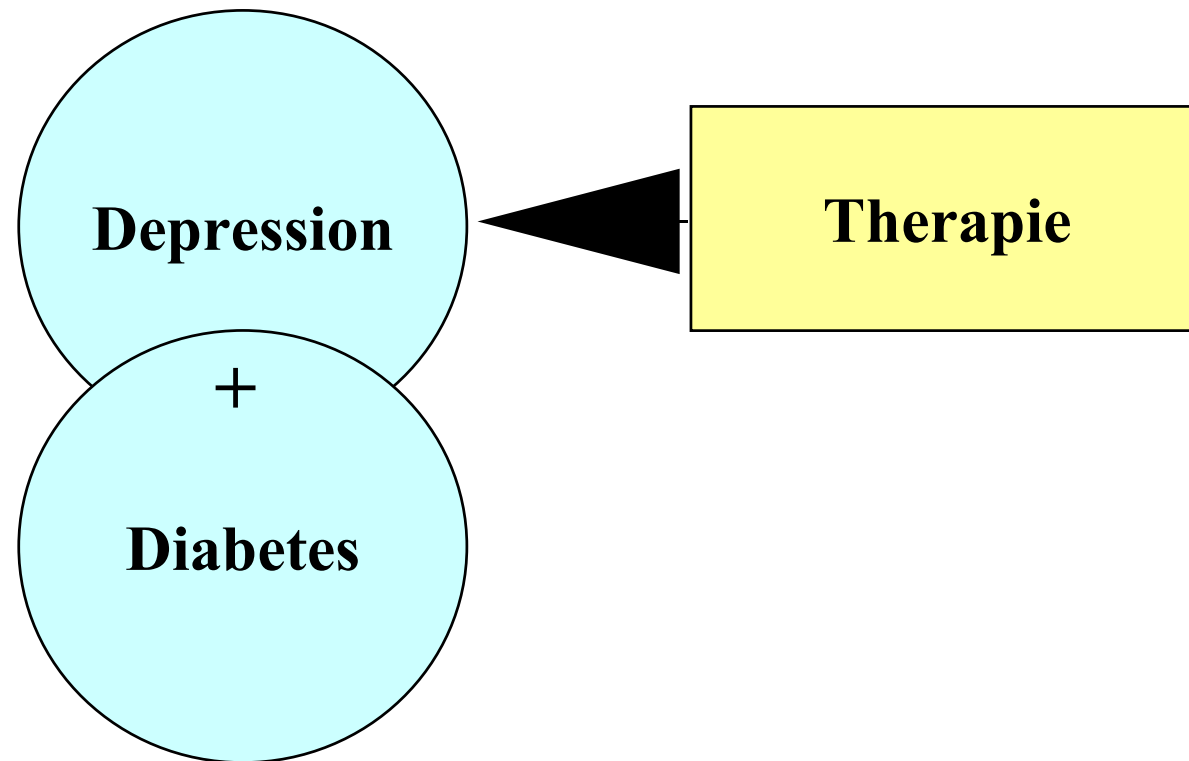
An eine Anpassungsstörung/Depression ist zu denken bei:

- **anhaltender Traurigkeit, Interesse-, Antriebs- und Freudlosigkeit**
- **Schuldideen, Versagensideen, starken Sorgen um Angehörige**
- **ständiger Hoffnungslosigkeit, Resignation, Klagen**
- **ausgeprägten Schlafstörungen**
- **länger dauernde Appetitstörung**
- **Impotenz, Frigidität**
- **Merk- und Konzentrationsstörungen, auch im Alter, ohne Hinweis auf einen hirnorganischen Prozess**

Screeningfragen

- **Haben Sie wenig Freude oder Interesse an ihren Tätigkeiten?**
- **Fühlen Sie sich gedrückt, niedergeschlagen oder hoffnungslos?**
- **Wünschen sie sich mehr Unterstützung im Umgang mit ihrer Erkrankung?**
- ***Fragebogenscreening: HADS-D***

Therapie der Depression bei Patienten mit Diabetes



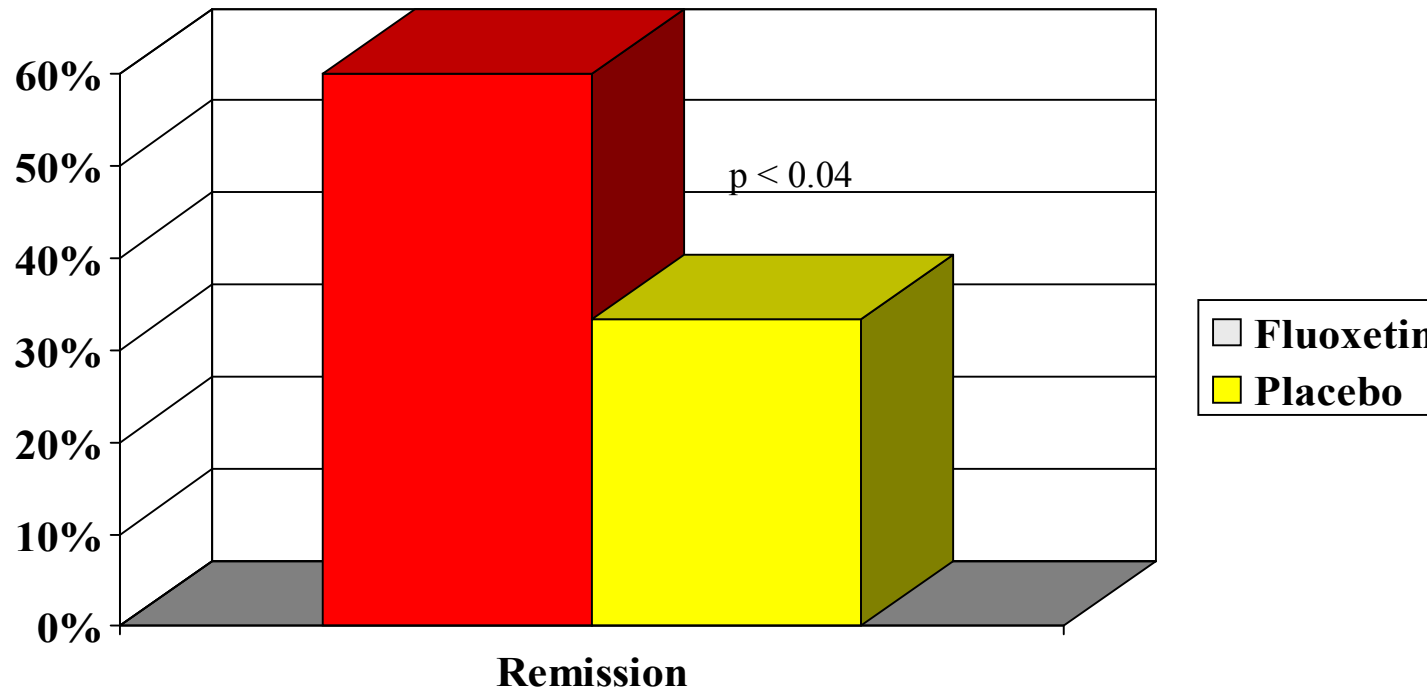
Therapie der Anpassungsstörung / Depressivität

- Psychosomatische Grundversorgung
- Psychopharmakotherapie (?)
- Fachpsychotherapie

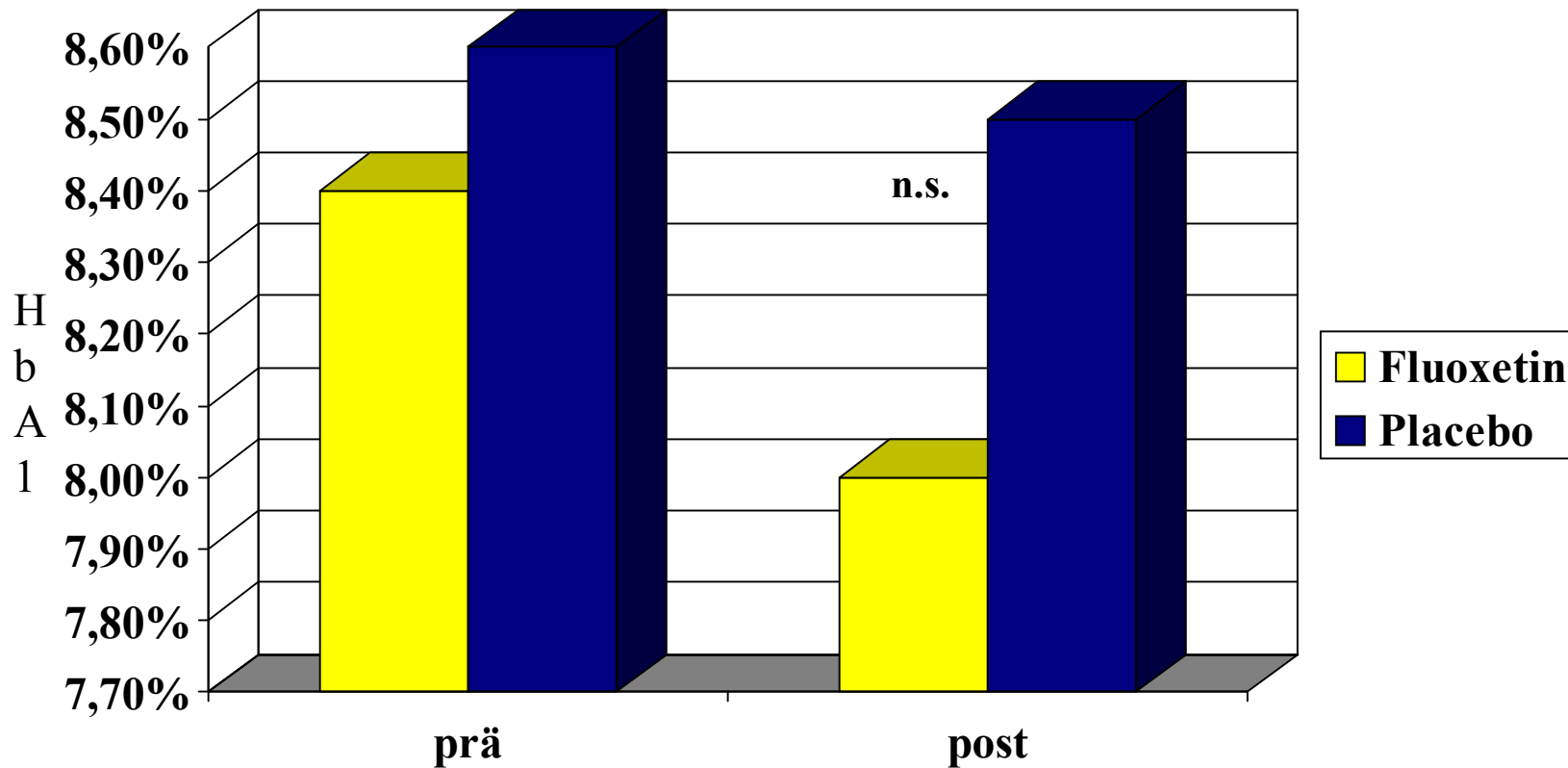
Therapeutische Interventionen in der Psychosomatischen Basisversorgung

- psychosoziale Symptomatik des Patienten erfassen
- auslösende Bedingungen erfragen
- Vermitteln, dass intensive Gefühle Teil eines Anpassungsprozesses sind
- Gefühlen des Patienten Raum lassen, klären und ernst nehmen
- Probleme eingrenzen
- stützen, entlasten, Hoffnung bewahren
- Patienten aktiv in die Therapieentscheidung einbeziehen
- adaptive Bewältigungsformen mit dem Patienten suchen
- Angehörige miteinbeziehen
- Suizidalität beachten

Remissionsrate bei antidepressiver Therapie mit Fluoxetin (n = 60 Patienten mit Diabetes)



Veränderung der Stoffwechseleinstellung bei antidepressiver
Therapie mit Fluoxetin (Lustman et al. 2000)
(n = 60 Typ I/II Diabetiker)

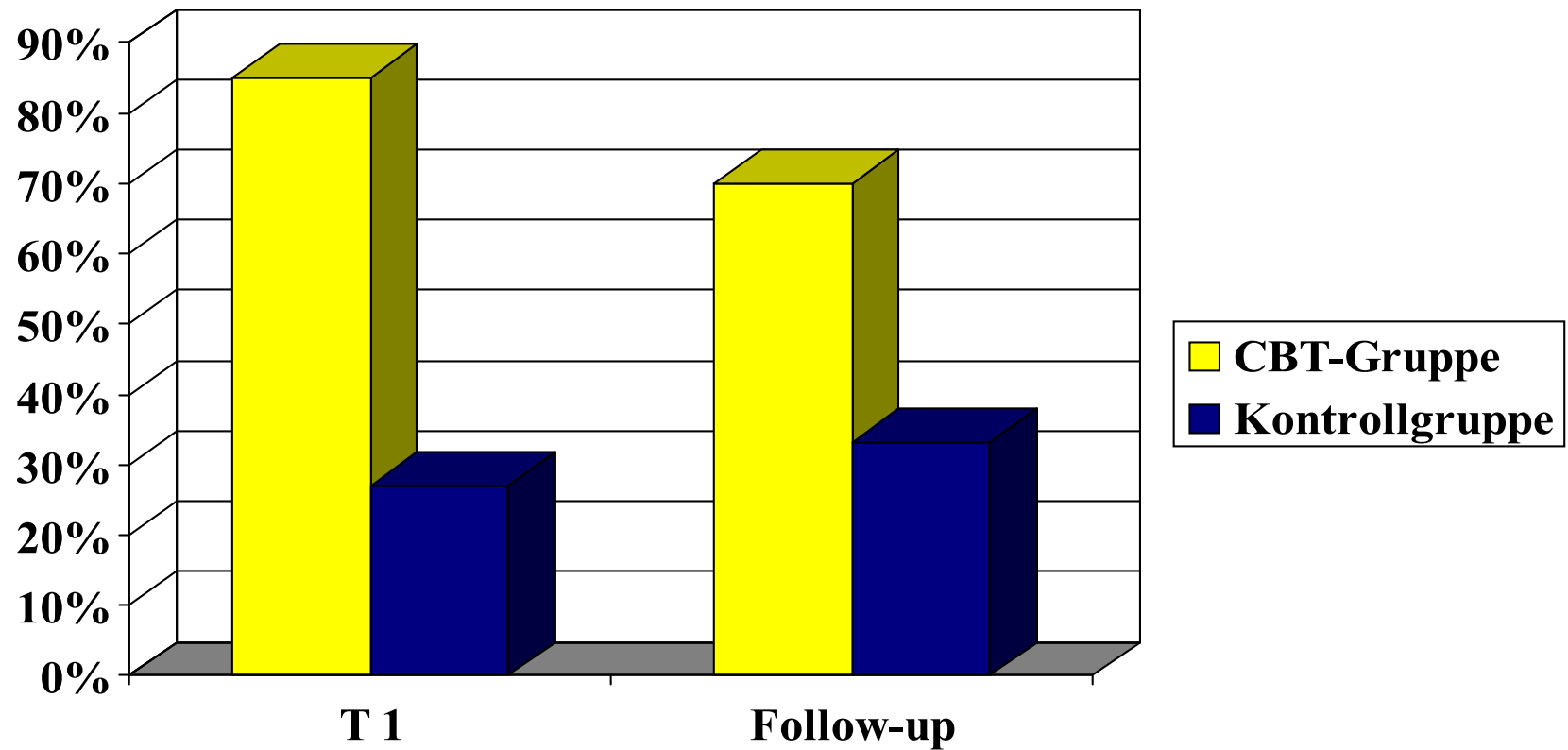


Kognitive Verhaltenstherapie bei Typ 2 Diabetikern

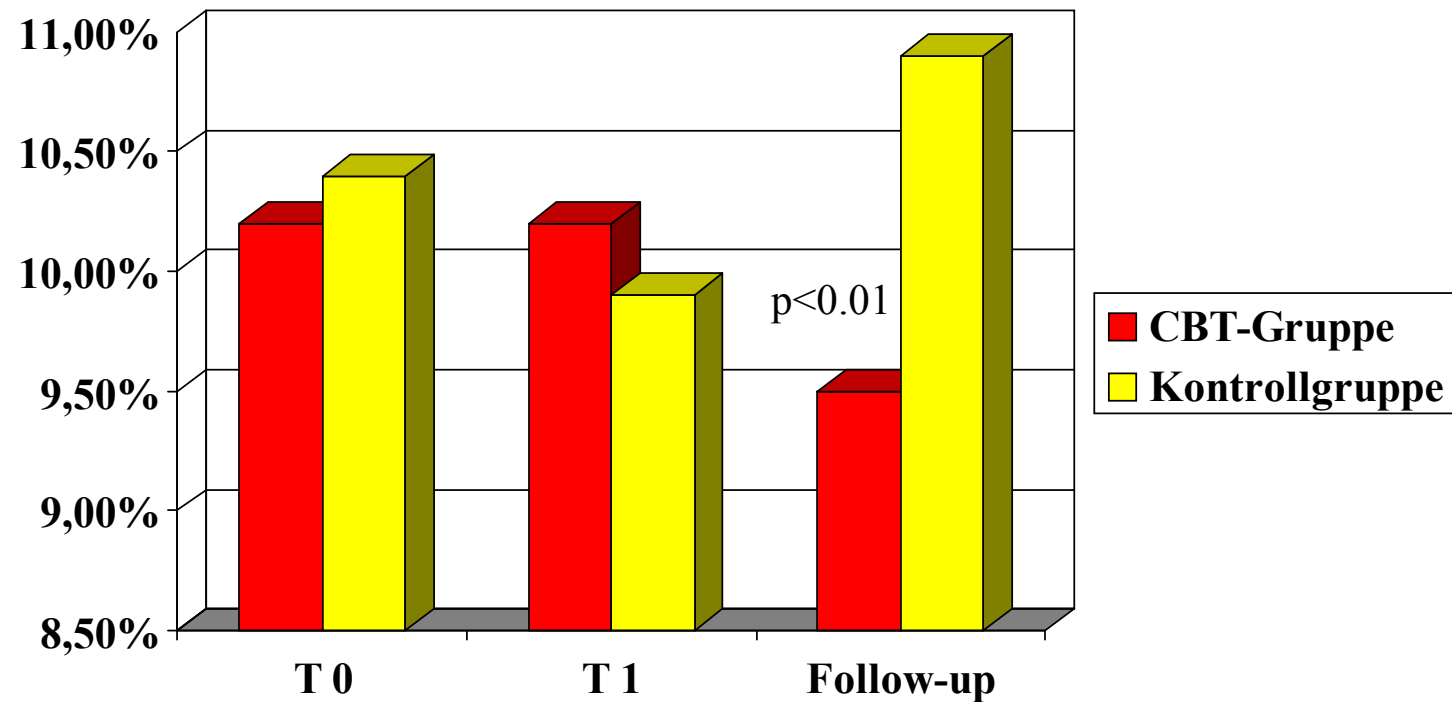
	<i>Interventionsgruppe</i>	<i>Kontrollgruppe</i>
<i>Anzahl</i>	20 Typ II Diabetiker	22 Typ II Diabetiker
<i>Intervention</i>	10 Std. CBT + 5 Std. Schulung	5 Std. Schulung
<i>Alter MW (sd)</i>	53,1 (10,5)	56,4 (9,7)
<i>Frauen n (%)</i>	12 (60%)	13 (59,1%)
<i>BDI MW (sd)</i>	24,9 (10,2)	21,1 (6,8)
<i>Behandlung mit Insulin n (%)</i>	7 (35%)	11 (50%)
<i>HbA1 MW (sd)</i>	10,2 (3,6)	10,4 (3,1)

(Lustman et al., 1998)

Remission der Depressivität/ Anpassungsstörung



Veränderung der HbA1-Werte für die Untersuchungs- und Kontrollgruppe



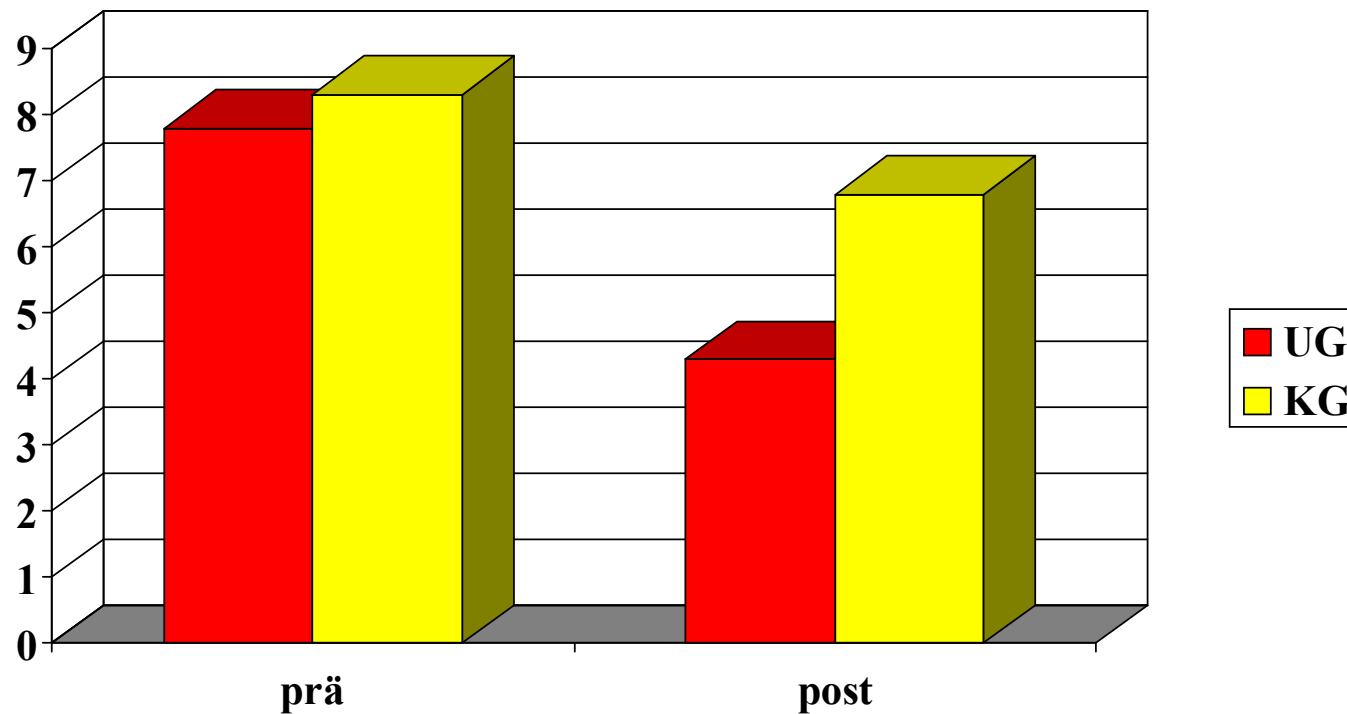
(Lustman et al., 1998)

Problemorientierte psychodynamische Kurzzeittherapie bei Typ 1 Diabetikern mit Spätkomplikationen

<i>Parameter</i>	<i>Interventionsgruppe</i>	<i>Kontrollgruppe</i>
<i>Patienten mit Typ 1 Diabetes</i>	23	21
<i>Body Mass Index (kg/m²)</i>	24,8 (4,5)	24,5 (4,7)
<i>Diabetesdauer (Jahre)</i>	23,4 (9,1)	24,9 (10,0)
<i>Retinopathie</i>	22	21
<i>Nephropathie dialysepflichtig</i>	23 9	21 9
<i>Neuropathie</i>	23	21

(Didjurgeit, Kruse, Schmitz et al. 2002)

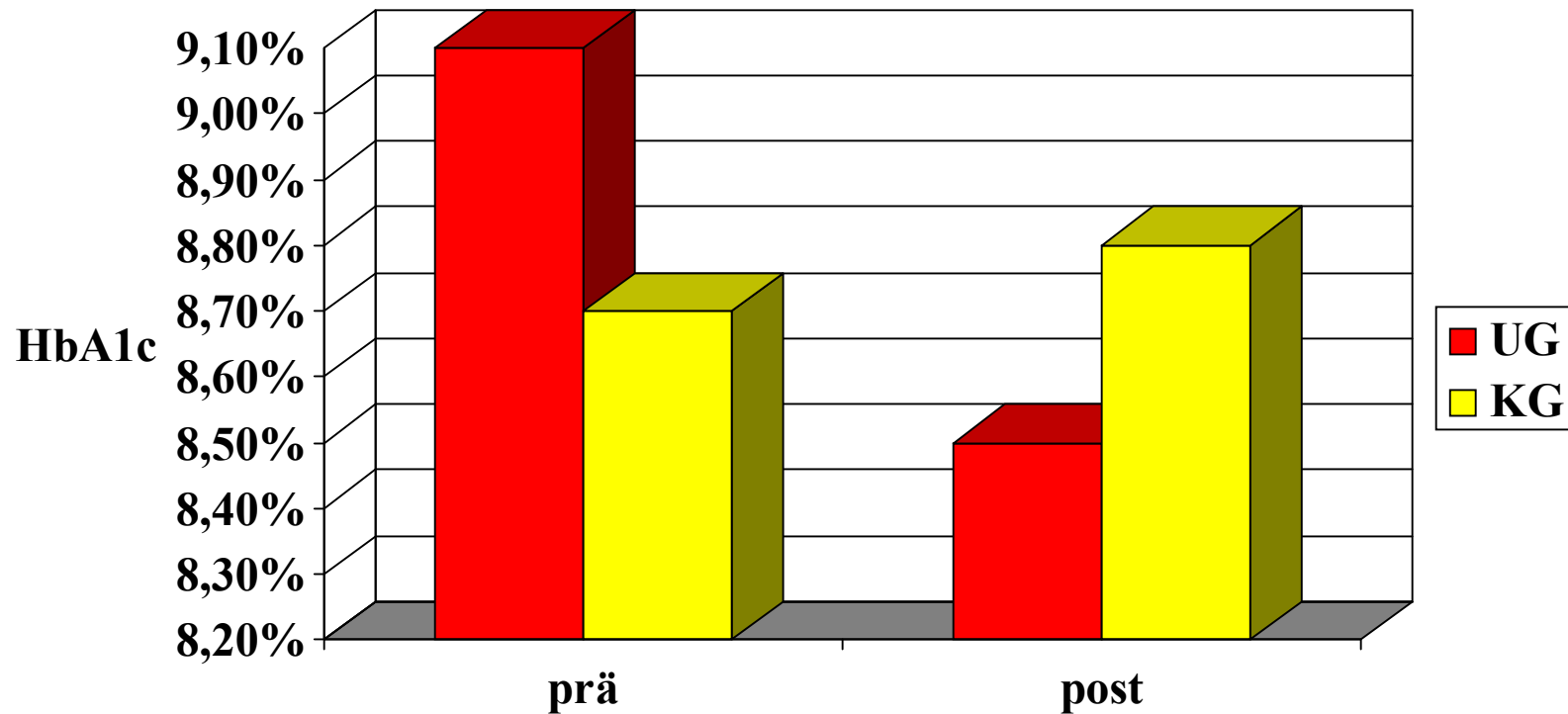
Problembelastung im prä-post Vergleich



ANOVA Group-Time-Interaction: $F(1,41) = 4,98, p = 0.03$

(Didjurgeit, Kruse, Schmitz et al. 2002)

HbA1c-Werte im prä-post Vergleich



ANOVA Group-Time-Interaction: $F(1,42) = 6.35, p = 0.016$

(Didjurgeid, Kruse, Schmitz et al. 2002)

Zusammenfassung (1)

- Patienten mit Diabetes beeinflussen durch ihr Gesundheits- und Krankheitsverhalten wesentlich den Verlauf ihrer Erkrankung.
- Die Depression beeinflusst das Krankheitsverhalten der Diabetiker. Sie geht einher mit:
 - ungünstigerer BZ-Einstellung
 - Rauchen
 - Abbrechen von Gewichtsreduktionsprogrammen
 - erhöhtem Risiko für eine KHK
 - erhöhten Rate an Spätkomplikationen
 - geringerer Lebensqualität
 - höheren Kosten in der medizinischen Versorgung

Zusammenfassung(2)

- Die Psychosomatische Grundversorgung bietet die Möglichkeit für den behandelnden Arzt/Diabetologen, psychosomatische Aspekte in die Versorgung zu integrieren.
- Eine Kurzpsychotherapie kann die Symptome der Depression/Anpassungsstörung bei Diabetikern deutlich reduziert und parallel die diabetische Stoffwechseleinstellung verbessern.
- Die Fachpsychotherapeutische Behandlung kann aber nur in der Kooperation zwischen den Diabetologen/Internisten/Hausärzten und dem Psychosomatiker gelingen.

Zusammenfassung(3)