



**Zur Komorbidität von
Diabetes mellitus und
depressiven Störungen
Notwendigkeiten einer
konsiliarischen psychologischen
Diagnostik und der
psychotherapeutischen Behandlung**

Elisabeth Gläßer, Günter Krampen und Werner Schaan

Der Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit; griech. Diabetes: »Harnruhr«; lat. mellitus: mit Honig versüßt; also »süße Harnruhr«) ist eine chronische Stoffwechselerkrankung und neben Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (wie Rückenschmerzen), Verdauungsbeschwerden, Allergien, Abhängigkeitsstörungen und psychischen Störungen als indirekte Folge des Lebens in den so genannten modernen Industriestaaten eine der großen Zivilisationskrankheiten. Neben genetischen Ursachen werden für sie vor allem Über- und Fehlernährung, aber auch überwiegend sitzende Tätigkeiten, Bewegungsmangel, Reizüberflutungen und chronische Stressbelastungen als Ursachenfaktoren und aufrechterhaltende Faktoren verantwortlich gemacht. Wegen ihrer hohen Prävalenzraten werden diese Zivilisationskrankheiten auch gerne als »Volkskrankheiten« bezeichnet, die aufgrund der Fortschritte in der medizinischen Versorgung die Infektionskrankheiten des 19. Jahrhunderts im 20. Jahrhundert als demografisch am meisten verbreitete Krankheiten abgelöst haben und heute im Gesundheitsversorgungssystem zu erheblichen Kostenbelastungen führen. Dies gilt umso mehr, wenn Folgeerkrankungen und/oder Behandlungskomplikationen auftreten, die vor allem bei medikamentös schwer einstellbaren Patienten und bei denen mit einer unzureichenden »compliance« bzw. Konkordanz zur indizierten medikamentösen Behandlung mit eigentlich günstiger Prognose sehr häufig sind. Für die Bundesrepublik Deutschland gibt Fehm-Wolfsdorf (2003, S. 536) an, dass 9% der gesamten Gesundheitsversorgungskosten durch die Diabetes-Behandlung bedingt werden.

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist die häufigste endokrine Störung und umfasst verschiedene Formen der Glukose-Stoffwechselstörung mit unterschiedlicher Ätiologie und Symptomatik (vgl. etwa Birbaumer & Schmidt, 1996; Bradley, 1994; Fehm-Wolfsdorf, 2003; Petermann, 1995; Psychrembel, 1994). Gemeinsam ist allen Formen ein relativer oder absoluter Mangel an Insulin (INN), der bei Überschreiten definierter Blutzucker- bzw. Glukosetoleranz-Grenzwerte krankheitswertig ist sowie venös oder kapillär medizinisch gut und unaufwendig (auch im Screening) zu diagnostizieren ist.

Leitsymptome

Die wesentlichen somatischen Leitsymptome des Diabetes mellitus (wie erhöhter Blutglukosespiegel, Glukosurie, Appetitsteigerung und Heißhungeranfälle, erhöhte Harnmenge, starker Harndrang und Entwässerung des Körpers, erhöhter Durst, erhöhter Fettstoffwechsel, Gewichtsabnahme, arteriosklerotische Störungen aller Art, Hyperketonämie, Mattigkeit und Abgeschlagenheit sowie Konzentrations- und Leistungsbeeinträchtigungen) sind Folgen von drei Grundstörungen (vgl. Birbaumer & Schmidt, 1996), die auf dem Insulinmangel basieren:

- Verringerung der Aufnahme und Verwendung von Glukose als Energiequelle der Körperzellen (mit dem Ansteigen des Blutzuckerspiegels als Folge);

- Mobilisierung von Fetten aus den körperlichen Fettdepots zur Kompensation der Energieverluste (mit Störungen des Fettstoffwechsels, resultierenden Fettablagerungen in den Gefäßwänden und fortschreitender Arteriosklerose);

- vermehrter Abbau von Körpereiwweiß, das ebenfalls als Energieersatz für die nicht nutzbare Glukose verwendet wird (zudem wird durch den Insulinmangel der Wiederaufbau des in zellulären Prozessen verbrauchten Eiweißes verhindert).

Klassifikation

Klassifikatorisch wird grob unterschieden nach Diabetes mellitus vom Typ-1 (veraltet: IDDM; insulin-dependent diabetes mellitus) und vom Typ-2 (veraltet: NIDDM; non-insulin-dependent diabetes mellitus). IDDM und NIDDM gelten inzwischen als veraltete Bezeichnungen, da auch einige Typ-2-Diabetiker mit Insulin behandelt werden müssen. Auch die altersgruppenbezogene Differenzierung nach »juvener Diabetes« und »Altersdiabetes« ist obsolet. Typ-1- und Typ-2-Diabetes werden heute nicht mehr anhand des Manifestationsalters und des Insulinbedarfs, sondern anhand der Ätiologie und des Krankheitsverlaufs differenziert. Unter allen Diabetes-Erkrankungen gehören etwa 90% dem Typ-2 an, die Lebenszeitprävalenz für beide Diabetes-Typen liegt bei etwa 7-8% (Palitzsch et al., 1999).

Typ-1-Diabetes

Typ-1-Diabetes wurde früher auch als juveniler Diabetes bezeichnet, da er nahezu ausschließlich bei Kindern (Typ-1a) bzw. jungen Erwachsenen (bis 35 Jahre; Typ-1b) diagnostiziert wurde und bei ihnen die Typ-2-Diagnose so gut wie nicht beobachtet wurde. Da inzwischen bekannt ist, dass Typ-2 auch bei jüngeren Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern auftritt, erfolgt die Differentialdiagnose heute nach der Ätiologie und dem Krankheitsverlauf. Typ-1 basiert auf einer genetischen Prädisposition und weist Beziehungen zum HLA-System (human leucocyte antigen system) auf, einem komplexen autosomal-kodominanten erblichen System von Gewebeanitigenen. Auf dieser genetischen Basis spielen autoimmunogene Faktoren eine wichtige pathogenetische Rolle. Seine Symptomatik setzt häufig akut ein und ist durch die allmähliche Erschöpfung körpereigener Insulinsekretion gekennzeichnet, die bis zum absoluten Insulinmangel und akuten Koma führen kann.

Typ-2-Diabetes

Typ-2-Diabetes [früher oft verharmlosend (Fehm-Wolfsdorf, 2003, S. 533), auch als »Alters- oder Erwachsenenenddiabetes« bezeichnet] tritt gehäuft ab etwa 50 Jahren und – vor allem – im höheren Erwachsenenalter auf. Typ-2 ist durch einen relativen Insulinmangel bzw. eine Insulinresistenz gekennzeichnet, bei dem der Glukosespiegel steigt, weil das vorhandene Insulin in seinen Wirkungen behindert wird. Dadurch wird vermehrt Insulin produziert (Hyperinsulinismus), ohne dass – trotz eines erhöhten Blutzuckerspiegels – die typischen Symptome, leider aber bereits Diabetes-Folgeerkrankungen (wie Makro- und Mikroangiopa-

Dr. rer. nat.
Elisabeth Gläßer,
Dipl.-Psych., zurzeit
in Weiterbildung zur
Psychologischen
Psychotherapeutin an
der Universität Trier.

Prof. Dr. phil.
Günter Krampen,
Dipl.-Psych. und
Psychotherapeut,
Abteilung Klinische
Psychologie und
Psychotherapie,
Fachbereich I –
Psychologie der
Universität Trier.

Dr. med.
Werner Schaan,
Oberarzt der
Psychosomatischen
Abteilung der
Inneren Medizin 2
des Mutterhaus der
Borromäerinnen in
Trier.

Kontakt

Prof. Dr.
Günter Krampen,
Universität Trier,
Fachbereich I –
Psychologie,
D-54286 Trier.

thien, Neuropathien) manifest werden. Die Erkrankung beginnt somit schleichend und verdeckt, kann aber im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen beizeiten bei guter Behandlungsprognose diagnostiziert werden. Auch für Typ-2-Diabetes werden wegen familiärer Häufungen genetische Ursachen vermutet, sind aber bislang ebenso wenig nachweisbar wie Beziehungen zum HLA-System oder zu viralen oder autoimmunnen Faktoren. Übergewichtige Menschen (Typ-2b) sind gegenüber normalgewichtigen (Typ-2a) unter den Typ-2-Patienten massiv überrepräsentiert.

Risikofaktoren

Bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ-1 werden im Rahmen multifaktorieller Ätiologiemodelle neben der genetischen Prädisposition toxische und infektiöse Einflüsse, Autoimmunprozesse sowie Nebenwirkungen von Kombinationsbehandlungen mit antiretroviralen Medikamenten bei HIV diskutiert.

Risikofaktoren des Diabetes mellitus Typ-2 sind neben den oben aufgeführten Lebensbedingungen und Lebensstilmerkmalen in den modernen Industriestaaten (wie etwa Über- und Fehlernährung, überwiegend sitzende Tätigkeiten und Bewegungsmangel sowie Reizüberflutungen und chronische Stressbelastungen) sowie genetischen Dispositionen (Typ-1), vor allem Adipositas, Schwangerschaft sowie endokrinologische Altersprozesse im mittleren und höheren Lebensalter (Typ-2). Schwangerschaft, Übergewicht und höheres Lebensalter sind daher auch spezifische Indikationen für ein Diabetes-Screening im Kontext von Vorsorgeuntersuchungen. Im Rahmen multifaktorieller Ätiologiemodelle werden darüber hinaus toxische und infektiöse Einflüsse, Autoimmunprozesse sowie Nebenwirkungen von Kombinationsbehandlungen mit antiretroviralen Medikamenten bei HIV diskutiert. Birbaumer und Schmidt (1996, S. 98ff.) betonen, dass Diabetes eine starke psychologische Verursachungskomponente aufweist, die sich nicht nur auf Lebensstilmerkmale, sondern vor allem auch auf stressbedingte psychophysiologische Belastungsreaktionen der Mobilisierung von Energie bei simultaner Unterdrückung der Energiespeicherung beziehen. Zu Gunsten komplexerer biopsychosozialer Ätiologiemodelle und unter Bezug auf Leib-Seele-Interaktionen aufzugeben sind damit auch hier Versuche der »strengen Trennung zwischen psychisch versus organisch verursachten« Krankheiten (Birbaumer & Schmidt, 1996, S. 98).

Folgeerkrankungen von und Behandlungskomplikationen bei Diabetes mellitus

Zu den Folgeerkrankungen und Komplikationen des Diabetes mellitus gehören neben einer allgemeinen Erhöhung des makro- und mikrovaskulären Morbiditäts- und Letalitäts-Gesamtrisikos (von Wundheilungsstörungen über Dermatosen und Parodontopathien bis zum Myokardinfarkt) spezifische Nierenkomplikationen, Augenkomplikationen (wie Retinopathia diabetica), das diabetische Fußsyndrom, Neuropathien und Depressionen. Diese Folgerisiken sind nach der relativ

neuen bundesdeutschen »Nationalen Versorgungs-Leitlinie« für Diabetes mellitus Typ-2 (Bundesärztekammer et al., 2002) jährlich diagnostisch zu prüfen und ggf. in die Behandlung durch die Hinzuziehung von Spezialisten einzubeziehen. Diese Versorgungsleitlinien finden sich auch im »Gesundheits-Paß Diabetes DDG« der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG; Internet: www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de) für die kontinuierliche Dokumentation des Krankheitsverlaufs. Wegen des bei Schwangerschaften aufgrund einer Diabetes-Erkrankung der Mutter bestehenden Risikos der Mangelversorgung von Fetus bzw. Embryo gilt entsprechendes für gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen. Dies gilt auch für den sich erst während einer Schwangerschaft manifestierenden Gestationsdiabetes.

Psychische Störungen aufgrund eines »Medizinischen Krankheitsfaktors«

Diabetes mellitus ist somit nach dem »Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen« (DSM-IV-TR; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) potenziell ein »Medizinischer Krankheitsfaktor« (MKF; »General Medical Factor« GMF) depressiver Störungsbilder. Dies gilt ebenso für sexuelle Funktionsstörungen (wie Anorgasmie), Ess-Störungen (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Typ-1-Patientinnen), spezifische Angststörungen (Panikstörung, Hypoglykämie-Angst und Angst vor Folgeerkrankungen) sowie für symptomatisch psychische Störungen wie vaskuläre Demenzen und andere neuropsychologische Funktionsstörungen (wie etwa der Transienten Globalen Amnesie, TGA, einer vorübergehend auftretenden massiven Gedächtnisstörung mit einer Dauer von bis zu 24 Stunden). Während verlässliche Zahlen zur Prävalenz von Angststörungen und von Ess-Störungen bei Typ-1- und Typ-2-Diabetikern ausstehen (siehe hierzu Jacobson, 1996; Fehm-Wolfsdorf, 2003), ist die Befundlage für depressive Störungen besser, weswegen diese im Folgenden im Vordergrund stehen.

Ätiologie und aufrechterhaltende Faktoren von Diabetes und Depression

Da die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge komorbider Diabetes-Erkrankungen und Depressionen bislang nicht hinreichend geklärt sind, können depressive Störungsbilder – etwa vermittelt über subjektiven Kontrollverlust sowie mangelnde »compliance« und Konkordanz – minimal als aufrechterhaltender Faktor von Diabetes mellitus betrachtet werden. Mattigkeit und Müdigkeit, Kraftlosigkeit sowie auch Konzentrations- und Leistungsschwächen sind ohnehin häufig auftretende, gemeinsame (mithin unspezifische) Symptome beider Störungsbilder. Aufgrund psychoendokrinologischer Hypothesen zu Depressionen und entsprechender Hypothesen zum Diabetes mellitus ist die Depression auch als Primärstörung denkbar. Entsprechendes gilt für stresstheoretische Ansätze, nach denen Diabetes eine starke psychologische Verursachungskomponente zugesprochen wird (vgl. etwa Birbaumer & Schmidt, 1996), die sich nicht nur auf Lebensstilmerkmale, sondern vor allem auch auf stressbedingte psy-

chophysiologische Belastungsreaktionen der Mobilisierung von Energie bei simultaner Unterdrückung der Energiespeicherung beziehen.

Talbot und Nouwen (2000) diskutieren ausführlich die Frage, ob Depressionen der Manifestation von Diabetes-Komplikationen folgen oder vorausgehen. Sie gelangen zu der Schlussfolgerung, dass die Depression wohl kaum allein anhand biochemischer Prozesse, die mit der diabetischen Stoffwechselstörung verbunden sind, erklärt werden kann. Ebenso wenig werden die mit der chronischen Erkrankung Diabetes verbundenen psychosozialen Anpassungserfordernisse alleine zur Erklärung ausreichen. Depressive Störungen sind in ihrer Genese und Aufrechterhaltung am besten durch komplexe Interaktionen (auch kompensatorischer und verstärkender Art) biologischer, psychischer und sozialer Faktoren zu erklären, durch die die Wahrscheinlichkeit, an Typ-2-Diabetes zu erkranken, erhöht werden kann (Talbot & Nouwen, 2000). Dies umschließt auch neuere neuroendokrinologische Hypothesen, die sich auf eine Hyperreaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) sowohl bei Typ-2-Diabetikern als auch bei einer Subgruppe depressiver Patienten beziehen. Die Stress-Sensitivität der HHNA ist nachgewiesen (vgl. hierzu etwa Birbaumer & Schmidt, 1996), und Surwit et al. (2002) konnten etwa bereits bei Typ-2-Diabetikern für ein recht ökonomisches, nur fünf Sitzungen umfassendes Stressbewältigungs-Training im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Medikation eine markante, längerfristig stabile Verbesserung der Stoffwechsellage nachweisen.

Diesseits dieser bislang unzureichend empirisch geklärten ätiologischen Fragen sind komorbide depressive Störungen auf jeden Fall ein Faktor, der die indizierte medizinische Behandlung mit einer an sich im Regelfall günstigen Prognose erschwert. Antriebsverlust oder -armut, dysfunktionale Kognitionen über die eigene Person und die Krankheit, ungünstige Attributionsstile und Kontrollüberzeugungen etc. sind für die Einhaltung von Kontrolluntersuchungen, Diäten, Bewegungsprogrammen etc. und für eine eigenverantwortliche Medikation ungünstige Voraussetzungen. Auch kann die Mitteilung der Erstdiagnose – etwa nach einem Diabetes-Screening in Vorsorgeuntersuchungen – zu einer subjektiven Bedrohungserhöhung führen, die bei Patienten mit einer depressiven Vorerkrankung wahrscheinlicher sind als bei Patienten ohne psychische Störung.

»Chroniker-Programme« für Diabetiker

Angesprochen sind hier auch die so genannten Chroniker-Programme, die als »Disease Management Programs« (DMP) die Behandlungsqualität maximieren sollen und in der Bundesrepublik Deutschland für Diabetiker unlängst eingerichtet wurden. Während es bislang der individuellen Abstimmung zwischen Patient/in und Arzt/Ärztin bzw. wohl vor allem der Motivation und »compliance« der Patienten überlassen war, zu entscheiden, wann der Arzt konsultiert wird und welche Untersuchungen sowie Behandlungen vorgenommen werden, sollen DMP-Patienten/innen einem dezierten Behandlungsplan folgen, der in einer Diabetes-

Schwerpunktpraxis erstellt und in seiner Durchführung überwacht wird, Patientenschulungen umfasst und nach dem Screening von Komplikationen ggfs. Überweisungen an andere Spezialisten (Augenarzt, Orthopäde, Neurologe, Psychologe, Psychotherapeut) vorsieht. »Incentives« wie Beitragsrückerstattungen oder die Befreiung von der Praxisgebühr durch Krankenkassen sind in der Hoffnung vorgesehen, dass die »compliance« und damit die Behandlungsqualität sowie die Behandlungserfolge zunehmen. Dabei stellt sich die Frage, ob durch das Regelwerk solcher Chroniker-Programme, bei denen die Fremdbestimmung und -leitung von Patienten (durch die Überwachungs- und »Lotsen«-Funktion eines Arztes) zunimmt, ohne weiteres die Eigenverantwortlichkeit von Patienten im Sinne eines optimierten »disease management« gesteigert wird – dies insbesondere dann, wenn eine komorbide depressive Störung vorliegt.

Bevor im Folgenden auf die empirische Befundlage zur Komorbidität von Diabetes und Depression eingegangen wird, sei betont, dass sich unter Bezug auf komplexere biopsychosoziale Störungsmodelle nicht nur für die Patientengruppe der Diabetiker die Notwendigkeit der diagnostischen Abklärung komorbider depressiver Störungen und ggf. auch anderer komorbider psychischer Störungen (wie Ess-Störungen, Angststörungen etc.; siehe oben) ergibt. Entsprechendes gilt auch für Psychotherapie-Patienten mit einer depressiven bzw. anderen psychischen Störung, bei denen über die konsiliarische medizinische Abklärung zu prüfen bleibt, ob eine Diabetes-Erkrankung als »Medizinischer Krankheitsfaktor« involviert ist und der medizinischen Begleitbehandlung bedarf.

Empirische Befundlage zur Komorbidität: Notwendigkeit eines Depressions-Screenings bei Patienten mit Diabetes mellitus

Komorbiditätsrate

Im Unterschied zur Befundlage über die Prävalenz von Ess-Störungen und spezifischen Angststörungen bei Diabetikern ist das empirisch fundierte Wissen über die Komorbiditätsrate im Bereich der depressiven Störungen gut. In einer Metaanalyse (siehe Anderson, Freeland, Clouse, & Lustman, 2000; de Groot, Anderson, Freeland, Clouse & Lustman, 2001) konnten Befunde aus insgesamt 27 unabhängigen Studien zur Komorbidität von Diabetes und Depression zusammengefasst werden. Die 27 Originalarbeiten wurden zwischen 1975 und 1999 publiziert und beinhalten eine Vielzahl von Einzelbefunden zu Zusammenhängen zwischen depressiven Störungen und Diabetes-Komplikationen, die an insgesamt 5374 Typ-1- und Typ-2-Diabetikern gewonnen wurden. Das Hauptergebnis der Metaanalyse zeigt, dass bei Diabetikern die Prävalenzrate von Depressionen mit 23,4% im Vergleich zur Population (14,5%) markant erhöht ist. Unterschiede in den Prävalenzraten zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetikern wurden nicht registriert.

Bei knapp einem Viertel der Diabetiker ist somit von einer komorbiden Störung aus dem Formenkreis der

Depressionen auszugehen, wobei unipolare depressive Störungen (ICD-10: F32.xx, F33.xx) und Dysthymien (ICD-10: F34.1), ggf. auch Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) gegenüber bipolaren affektiven Störungsbildern dominieren. Nach den Befunden von Lustman, Griffith und Clouse (1988) sowie Lustman et al. (1997) zeigen Diabetiker etwa eine achtmal höhere Rezidivrate für die depressive Störung sowie eher chronische oder chronisch-rezidivierende depressive Störungsverläufe.

Depression und diabetes-spezifische Folgeerkrankungen

Diabetes-Patienten mit diabetesbedingten Folgeerkrankungen weisen eine höhere Rate an Depressionen auf als Diabetiker ohne diese Folgeerkrankungen (de Groot et al., 2001; Kruse, 2001). Metaanalytisch nachgewiesen wurden bei Diabetikern statistisch bedeutsame Zusammenhänge der Depression mit Retinopathie (gewichtete Korrelation $r_w = .17$), Nierenkomplikationen ($r_w = .25$), diabetischer Neuropathie ($r_w = .28$), sexuellen Funktionsstörungen ($r_w = .32$) und makrovaskulären Komplikationen ($r_w = .20$). Zwar liegen diese Effektstärken lediglich im unteren bis mittleren Bereich, deutlich wird aber die hohe Konsistenz in der Befundlage. Dies gilt auch für die reine Anzahl diabetes-spezifischer Folgeerkrankungen, die ebenfalls bedeutsam mit Depression korreliert ($r_w = .29$). Empirisch nachgewiesen sind damit für eine vergleichsweise große Stichprobe von Diabetikern/innen aus verschiedenen Studien signifikante und konsistente Zusammenhänge depressiver Symptome mit der Anzahl und mit der Schwere diabetes-spezifischer Folgeerkrankungen (siehe hierzu vor allem de Groot et al., 2001). Unbeantwortet bleiben muss allerdings bislang die Frage nach den Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen, da Befunde aus prospektiven Longitudinalstudien ausstehen. Die Befundübersicht von Talbot und Nouwen (2000) weist zudem darauf hin, dass für eine erhöhte Depressivität bei Diabetikern weniger die Anzahl und Schwere der diabetes-spezifischen Folgeerkrankungen, sondern vielmehr die (dadurch?) erlebten Einschränkungen in der persönlichen Kontrolle verantwortlich sind.

Depression und Behandlungskomplikationen bei Diabetikern

Subjektive Einschränkungen persönlicher Kontroll- und Einflussmöglichkeiten bei Diabetikern mit Depressionen deuten bereits auf mögliche Behandlungskomplikationen. Dies wird auch in Befunden manifest, die sich auf signifikante Zusammenhänge zwischen Depression und der Blutzuckereinstellung bei Diabetikern beziehen (siehe Kruse, 2001; Lustman, Anderson, Freedland, de Groot, & Carney, 2000). Daher wird bei Diabetikern durch Ansätze zur Steigerung ihrer Kompetenzen, mit der Krankheit umzugehen («empowerment»), nicht nur die Erhaltung bzw. die Wiederherstellung der Lebensqualität, sondern auch eine Optimierung der »compliance« (eher das passive Befolgen therapeutischer Anweisungen) bzw. – besser – der Konkordanz («adherence» im Sinne einer Verbesserung

der aktiven, überzeugten Entscheidung von Patienten für die therapeutischen Maßnahmen) angestrebt, um eine selbstverantwortliche Medikation und Lebensstilgestaltung zu erreichen. Zweierlei kann so erreicht werden: Verbesserungen der Lebensqualität für die Patienten und Kostensenkungen für das Gesundheitssystem. Dies umso mehr, da Patienten mit komorbidem Diabetes mellitus und Depression gegenüber den Diabetikern ohne depressive Störung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich höhere Kosten verursachen (siehe hierzu Egede, Zheng & Simpson, 2002).

Methoden für das Depressions-Screening und die konsiliarische psychologische Diagnostik

Screening depressiver Störungen

Für das Screening depressiver Störungen liegen im deutschen Sprachbereich zahlreiche bewährte, spezifische psychometrische Instrumente vor, die auch für die Anwendung bei Diabetikern geeignet sind. Tabelle 1 gibt eine knappe Übersicht zu den einschlägigen standardisierten Screening-Verfahren, die anhand von Selbstauskünften der Patienten (Q-Daten) bzw. klinischen Fremdeinschätzungen aufgrund einer teilstrukturierten Exploration und Verhaltensbeobachtung (L-Daten) helfen können, den Verdacht auf eine klinisch relevante depressive Störung abzuklären.

Alle Verfahren sind mit 10 bis maximal 26 Items (siehe Tab. 1) ökonomisch applizierbar, was natürlich insbesondere für die Fragebogeninstrumente (Q-Daten) gilt. Betont sei, dass keines dieser Instrumente die Differentialdiagnose einer Depression, sondern nur das Screening gestattet und daher im Fall des »Verdachts auf« im Anschluss eine umfangreichere klinisch-psychologische oder psychiatrische Diagnostik erfordert. Dabei ist die Mehrheit der Verfahren – unter Ausschluss von Dissimulationen – eher diagnostisch »über-sensitiv« und damit im Hinblick auf die Prognose konservativ, da die Rate der fälschlicherweise als positiv (also depressiv) bestimmten Personen höher liegt als die der fälschlicherweise negativ (also nicht depressiv) bestimmten (vgl. hierzu Roberts, Lewinsohn & Seeley, 1990). Unter Diabetikern ist dabei vor allem bei den Verfahren, die umfangreicher anhand relativ vieler Items die so genannten somatischen Begleitsymptome und körperlichen Beschwerden von Depressionen enthalten (wie etwa die ADS und das BDI; siehe Tab. 1), wegen der ebenfalls für Diabetes gegebenen Einschlägigkeit dieser Symptome mit einer Erhöhung der fälschlicherweise als depressiv bestimmten zu rechnen. Reduziert wird diese Quote falscher Verdachtsdiagnosen durch Verfahren wie die »Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit« (Krampen, 1994; siehe Tab. 1), deren Items sich ausschließlich auf die kognitiven Symptome der Depression im Bereich der selbst- und umweltbezogenen Kognitionen (kognitive Triade der Depression) beziehen und körperliche Beschwerden aussparen.

Die Auswertung aller Verfahren ist standardisiert und unaufwendig. Für die Befundinterpretation liegen bei

Übersicht zu standardisierten deutschsprachigen psychodiagnostischen Methoden für das Screening depressiver Störungen anhand von Selbstauskünften (Q-Daten) und klinischen Fremdeinschätzungen (L'-Daten) [jeweils in alphabetischer Reihenfolge]

Tabelle 1

Instrument	Autoren	Itemzahl	Datenart	Auswertung ^a	Merkmale
ADS Allgemeine Depressionsskala (nach der CES-D von Radloff, 1977)	Hautzinger & Bailer (1993)	20 (oder 15)	Q-Daten	N / V / C	<ul style="list-style-type: none"> ■ 16- bis 85-Jährige ■ erfasst Schweregrad über Items zu <ul style="list-style-type: none"> ■ depressiven Affekten ■ körperlichen Beschwerden ■ motorischer Hemmung ■ negativen Denkmustern ■ zusätzlich: Kurzform mit 15 Items
BDI Beck-Depressions-Inventar (nach Beck et al., 1961)	Hautzinger et al. (1995 ²)	21	Q-Daten	- / V / C	<ul style="list-style-type: none"> ■ 16- bis 80-Jährige ■ erfasst psychische und somatische Leitsymptome depress. Störungen
DIKJ Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (nach dem CDI von Ko- vacs, 1985)	Stiensmeier- Pelster et al. (2000 ³)	26	Q-Daten	N / V / C	<ul style="list-style-type: none"> ■ 8- bis 16-Jährige ■ erfasst Schweregrad depressiver Symptomatik in Analogie zum BDI
D-S Depressivitäts-Skala	von Zerssen & Koeller (1976)	16	Q-Daten	N / V / C	<ul style="list-style-type: none"> ■ ab 20 Jahren ■ erfasst Schweregrad depressiver Symptomatik nach ICD-9 ■ 2 Parallelversionen
FDD-DSM-IV Fragebogen zur Depressionsdiagnostik nach DSM-IV (nach dem IDD von Zimmerman et al., 1986)	Kühner (1997)	18	Q-Daten	- / V / C	<ul style="list-style-type: none"> ■ ab 16 Jahren ■ erfasst Schweregrad depressiver Symptomatik nach DSM-IV ■ Zusätzlich: Version mit Fragen zur Symptombdauer
H-Skalen Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (nach Beck et al., 1974)	Krampen (1994)	20 (oder 10)	Q-Daten	N / V / C	<ul style="list-style-type: none"> ■ ab 16 Jahren ■ erfassen kognitive Triade depress. Störungen ohne somatische Begleitsymptome ■ Langversion mit 20 Items ■ 2 Parallelversionen mit 10 Items
SDS Selbstbeurteilungs- Depressions-Skala (nach Zung, 1965)	Collegium Inter- nationale Psy- chiatricae Scala- rum (1986 ^{2a})	20	Q-Daten	- / V / C	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erwachsene ■ quantitative Abschätzung depress. Zustände in Analogie zum DSI
DSI Depressions-Status- Inventar (nach Zung, 1972)	Collegium Inter- nationale Psy- chiatricae Scala- rum (1986 ^{2b})	20	L'-Daten	- / V / C	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erwachsene ■ erfasst Dauer und Häufigkeit depressiver Symptome in Analogie zur SDS
HAMD Hamilton- Depressions-Skala (nach Hamilton, 1967)	Collegium Inter- nationale Psychiatricae Scalarum (1986 ^{2c})	21	L'-Daten	- / V / C	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erwachsene ■ erfasst Schweregrad depressiver Zustandsbilder
MADRS: Montgomery-Asberg- De- pressions-Rating-Skala (nach Montgomery & As- berg, 1979)	Neumann & Schulte (1989)	10	L'-Daten	- / V / C	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erwachsene ■ erfasst Schweregrad depressiver Syndrome

^a Auswertung nach Normwerten (N) aus Normierung an repräsentativer Stichprobe, Vergleichswerten (V) aus klinischen und/oder anderen Stichproben und/oder »Cut-off«-Werten (C) für den Verdacht auf eine depressive Störung mit unterschiedlichem Schweregrad.

allen Instrumenten Vergleichswerte (Mittelwerte, zum großen Teil auch Standardabweichungen; V in Tab. 1) aus klinischen und/oder anderen Stichproben (u.a. depressive Patienten) und »cut-off«-Werte (C in Tab. 1) für den Ausschluss einer depressiven Störung sowie den Verdacht auf eine »milde bis mäßige«, den Verdacht auf eine »klinisch relevante« o.ä. depressive Störung vor. Allerdings sind nur wenige der Verfahren (nämlich ADS, DIKJ, D-S und H-Skalen) an großen, z.T. für die Bundes-

republik Deutschland repräsentativen Stichproben normiert (N in Tab. 1) und bieten etwa Prozentrang- (PR) und T-Wert-Normen (T), anhand derer die »cut-off«-Werte bestimmt werden.

Eine Zwischen- und Nebenbemerkung

Bei der Zusammenstellung von Tabelle 1 fiel auf, dass die überwiegende Mehrheit der Instrumente (nämlich 9 von 10!) auf der deutschsprachigen Adaption anglo-

amerikanischer Vorlagen basiert. Dies verdeutlicht einmal mehr die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstandene internationale Dominanz der US-amerikanischen (klinisch-)psychologischen Forschung, zugleich aber auch eine augenfällige Zurückhaltung der Psychologie im deutschsprachigen Bereich, eigenständige Methoden (und theoretische Ansätze?) zu entwickeln (vgl. hierzu auch Krampen, Montada, Schui & Lindel, 2002).

Ergänzende psychometrische Instrumente für das Screening: Breitbandverfahren

Neben den o.g. für depressive Störungen spezifischen psychometrischen Screening-Instrumenten können auch klinisch-psychologische Breitbandverfahren eingesetzt werden, die neben Depressivitäts-Skalen andere Komorbiditätsrisiken im Screening erfassen. Dazu gehören etwa das »Minnesota-Multiphasic Personality Inventory 2« (MMPI 2; Hathaway, McKinley & Engel, 2000), die revidierte Form des »Freiburger Persönlichkeitsinventars« (FPI-R; Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989), der »Trierer Persönlichkeitsfragebogen« (TPF; Becker, 1989) und – spezifisch für (depressive und andere) Persönlichkeitsstile – das »Persönlichkeitsstil- und Störungs-Inventar« (PSSI; Kuhl & Kazén, 1997). Diese durchweg normierten Breitbandverfahren verfügen über den Vorteil eines breiter auf weitere Komorbiditätsrisiken (siehe oben) ausgerichteten Screenings, sind jedoch in der Durchführung mit 114 Items (FPI-R), 120 Items (TPF), 140 Items (PSSI) bis zu 567 Items (MMPI 2) ungleich aufwendiger und in einem Screening Diabetes-Patienten/innen kaum zumutbar. Dieser Nachteil gilt etwas weniger für die »Symptom-Checkliste von Derogatis« (SCL-90-R; Franke, 2002) und noch weniger für deren Kurzform, das »Brief Symptom Inventory« (BSI; Franke, 2000), da Beschwerdefragebogen auch bei höheren Itemanzahlen (SCL-90-R: 90 Items, BSI: 53 Items) weniger komplexe Antwortprozesse involvieren als typische Persönlichkeitsfragebogen-Items und subjektiv sowie objektiv schneller zu bearbeiten sind. Der Vorteil eines breiter angelegten Screenings psychischer Beschwerden und Belastungen bleibt bei ihnen gleichwohl erhalten. Das häufiger pragmatisch praktizierte Vorgehen der Extraktion der Items einzelner Fragebogenskalen aus solchen Breitband-Instrumenten ist nicht zu empfehlen, da dadurch die Itemkontexte und Itemparameter, somit die psychometrische Qualität des Verfahrens beeinflusst werden.

Ergänzende psychometrische Instrumente: Diabetes-spezifische Instrumente

Wegen ihrer Relevanz für die Behandlungs-»compliance« und -Konkordanz von Diabetikern sowie für die Prüfung der Effekte von Diabetes-Schulungsprogrammen ist die Erfassung bereichsspezifischer Kontrollüberzeugungen mit dem IPC-Diabetes-Fragebogen (IPC-D1; Kohlmann, Küstner, Schuler & Tausch, 1994) sinnvoll. Zudem sind internale Kontrollüberzeugungen (I-Skala) mit der Schwere der depressiven Symptomatik essentiell negativ und fatalistische Kontrollüberzeugungen (»chance control«; C-Skala) mit der Schwere der depressiven Symptomatik essentiell positiv korreliert (siehe etwa Krampen, 1991).

Da beide Indikatoren bereichsspezifischer und auch generalisierter Kontrollüberzeugungen für psychotherapeutische Interventionserfolge relativ kurzfristig, vor allem aber auch mittel- und längerfristig änderungssensitiv sind, kann ihre ergänzende Berücksichtigung sowohl für die psychologische Differentialdiagnostik depressiver Störungen als auch für die indirekte Veränderungsmessung im Therapieprozess und nach seinem Abschluss sinnvoll sein. Der »Fragebogen zu generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen« (FKK; Krampen, 1991) ermöglicht zudem auf der Ebene generalisierter selbstbezogener Kognitionen über die Kombinationen der Primärskalen zum Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK-Skala) und zur Internalität (I-Skala) die Erfassung der generalisierten Selbstwirksamkeit (Sekundärskala SKI), die sowohl im Screening depressiver Störungen als auch in der Evaluation von Interventionsfortschritten als allgemeiner Wirk- und Effektfaktor psychotherapeutischer Intervention von erheblicher Relevanz ist (siehe hierzu Bandura, 1977). Der IPC-D1 ist anhand der Daten aus einer Stichprobe von 549 Diabetes-Patienten (ab 14 Jahren) normiert (Kohlmann et al., 1994), für den FKK liegen Normwerte aus einer repräsentativen Stichprobe deutscher Erwachsener und Vergleichswerte aus Stichproben depressiver Patienten vor (Krampen, 1991).

Insbesondere für die Evaluation von Diabetes-Schulungsprogrammen und anderer therapeutischer Maßnahmen bei Typ-1-Diabetikern wurde der »Diabetes-Wissens-Test: Typ-1« (DWT: Typ-1; Roth, Kulzer, Teupe & Borkenstein, 1996) entwickelt. Neben demografischen Angaben kann mit drei verschiedenen Formen des DWT über 66 Wissensitems (Kurzform: 30 Wissensitems) nicht nur bei Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen mit Diabetes das Wissen über elf einschlägige Diabetes-relevante Bereiche (wie Pathophysiologie, Insulinwirkung, Ernährung, Bewegung, Stoffwechselführung, Hyperglykämie, Hypoglykämie und Folgeschäden) erfasst werden, sondern auch bei den Eltern von Kindern mit Diabetes sowie bei Diabetes-Behandlern (!). Für das Screening komorbider depressiver und anderer psychischer Störungen dürfte dieses Verfahren weniger relevant sein als für die Diagnostik von Informations-, Aus- und Fortbildungsbedarf sowie für die Evaluation darauf bezogener Bemühungen.

Klinisch-psychologische Differentialdiagnostik

Im Fall eines positiven Verdachts-Befundes für das Vorliegen einer depressiven Störung (oder auch einer anderen komorbiden psychischen Störung) im Screening ist die Durchführung einer konsiliarischen klinisch-psychologischen Differentialdiagnostik nach der ICD-10 und/oder dem DSM-IV-TR vor der Einleitung einer Behandlung unabdingbar. Dies allein schon deswegen, weil Screening-Verfahren im Zweifelsfall mehr positive als negative Diagnosen ergeben (siehe oben). Zudem gestatten sie keinerlei Aussagen über den spezifischen Typus der depressiven Störung. Dies wird erst anhand strukturierter klinischer Interviews möglich.

Für die deskriptive, operationale Differentialdiagnostik der Kriterien einer Depression nach der ICD-10 bzw. dem

DSM-IV-TR liegen etwa mit dem »Strukturierten Klinischen Interview« (SKID; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) und dem »Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen« (DIPS; Margraf, Schneider & Ehlers, 2004) bewährte Hilfsmittel vor, anhand derer neben der systematischen Erhebung anamnestischer Basisinformationen Differentialdiagnosen spezifischer Störungsbilder aus dem Formenkreis der Depressionen und anderer psychischer Störungen möglich sind. Für die Durchführung sind je nach Patient/in 60 Minuten plus/minus 20 Minuten anzusetzen. Sie münden in den Ausschluss einer psychischen Störung oder aber in die Bestätigung eines Screening-Verdachts und in die Diagnose einer spezifischen depressiven (oder anderen psychischen) Störung (nach ICD-10) mit Krankheitswert nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V), für die Behandlungsnotwendigkeit nach SGB V gegeben ist. Vor der Behandlungsaufnahme sollten sich die retrospektiv und die prospektiv ausgerichtete Differentialdiagnostik anschließen (siehe hierzu etwa Krampen, 1998), anhand derer differenzielle Indikationsstellungen für psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Interventionen und damit Aussagen über die Zweckmäßigkeit der Behandlungsplanung (nach SGB V) möglich werden.

Erfahrungen aus einer Erkundungsstudie zum Screening depressiver Störungen bei Diabetikern

Aufgrund des Mangels an empirischen Studien zu den Zusammenhängen von Diabetes mellitus und Depression im deutschsprachigen Bereich, der sich etwa auch darin zeigt, dass in die o.g. Metaanalysen keine Studien aus dem deutschsprachigen Bereich eingegangen sind, haben wir eine entsprechende Erkundungsstudie geplant und – freilich bislang nur ansatzweise – durchführen können. Alle diabetologischen Schwerpunktpraxen des Bereichs der Kassenärztlichen Vereinigung Trier wurden nach der Bewilligung des Vorhabens durch die Ethik-Kommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz über das Forschungsvorhaben informiert und für die Untersuchungsteilnahme gewonnen, die darin bestand, dass allen Diabetes-Patienten nach einer Patienteninformation und formalen Einwilligungserklärung ein Kurzfragebogen ausgehändigt und in anonymisierter Form mit individueller Rückmeldemöglichkeit der Befunde (bei einem entsprechenden Wunsch) an uns postalisch zurückgesendet werden sollte.

Der Kurzfragebogen umfasst

- Fragen zu soziodemografischen Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Berufstätigkeit),
- Fragen zur Diabetes-Erkrankung und -Behandlung [Jahr der Erstdiagnose, Teilnahme an Diabetes-Schulung, »self-monitoring« des Blutzuckers, durchschnittlicher Blutzuckerwert, Langzeitzucker-Wert, Behandlungsmaßnahmen (Ernährung, Bewegung, Tabletten, Insulininjektion oder -pumpe), Häufigkeit von Insulingabe, weitere Erkrankungen oder Komplikationen (Gefäßveränderungen, Augenveränderungen, hoher Blutdruck, Nervenveränderungen, Nierenschäden, erhöhte Blutfette)],
- die deutsche Standardversion des »Beck-Depressions-

Inventars« (BDI; Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995);

- fünf analog zu den BDI-Items aufgebaute Zusatz-Items zu den durch die Diabetes-Erkrankung subjektiv erlebten Einschränkungen und Lebensveränderungen (z. B. »überhaupt nicht eingeschränkt« / »Mein Leben hat sich durch die Diabetes-Erkrankung ... nur wenig / sehr / vollkommen verändert«).

Untersuchungsstichprobe

Innerhalb von drei Monaten (Erhebungszeitraum: zweites Quartal 2003) gingen lediglich 75 Fragebogen bei uns ein.

- Das Geschlechtsverhältnis ist in der Stichprobe mit 50% : 50% ausgeglichen;
- beim Familienstand überwiegen verheiratet (70%) und geschieden/verwitwet (26%);
- die Mehrheit der Stichprobe ist berentet (73%; Alter: $M = 66.6$, $SD = 9.5$);
- die Mehrheit ist an Diabetes-Typ-2 erkrankt (87%);
- der durchschnittliche Blutzuckerwert kann von 83% angegeben werden und variiert danach zwischen 80 und 230;
- der Langzeitzucker kann von 73% angegeben werden und variiert danach zwischen 5,6 und 9,6;
- die Mehrheit der Stichprobe hatte an einer Diabetes-Schulung teilgenommen (83%);
- diabetes-bezogene Folgeerkrankungen wurden von der Mehrheit angegeben und beziehen sich auf Hypertonie (65%), Augenveränderungen (65%), erhöhte Blutfette (30%), Neuropathien (23%), Arteriosklerosen (23%) und Nierenerkrankungen (5%).

Ergebnisse

- Aufgrund fehlender Itembeantwortungen konnte der BDI-Skalenwert nur für 59 der Patienten (79%) gebildet werden. Nach den »cut-off«-Werten des BDI (siehe Hautzinger et al., 1995) liegt bei 73% der untersuchten Diabetes-Patienten ($n = 43$) kein Verdacht auf eine Depression vor. Für 24% ($n = 14$) ergibt sich der Verdacht auf eine »milde bis mäßige« Depression und bei 3% ($n = 2$) der Verdacht auf eine »klinisch relevante« Ausprägung einer depressiven Störung. Zusammenfassend liegt somit bei 27% der Diabetiker der Verdacht auf eine depressive Störung vor, was leicht über der metaanalytisch durch de Groot et al. (2001) ermittelten Komorbiditätsrate für Diabetes und Depression von 23,4% liegt.
- Bei dem diabetes-spezifischen Zusatz-Item zu den subjektiv durch die Diabetes-Erkrankung erlebten Veränderungen im Leben, das 87% ($n = 65$) der Patienten beantworteten, gaben 15% der Untersuchten keine Einschränkungen durch die Diabetes-Erkrankung, 58% »nur wenige« Veränderungen im Leben, 15% »starke« Veränderungen und 2% eine »vollkommene« Veränderung des Lebens an.
- Der BDI-Skalenwert korreliert hoch mit dem Summenwert aus den Antworten auf die fünf diabetes-spezifischen Zusatz-Items ($r = .81$, $p < .001$), nicht jedoch mit den angegebenen Folgeerkrankungen. Auch die Korrelation zwischen den Angaben zu einzelnen Folgeerkrankungen und den diabetes-spezifischen Zu-

satz-Items des BDI ist, wenn der Einfluss des BDI berücksichtigt wird, nicht signifikant.

■ Die Diabetes-Patienten mit versus ohne einem Verdacht auf eine depressive Störung unterscheiden sich allerdings in der Anzahl der angegebenen diabetes-spezifischen Folgeerkrankungen ($t_{40} = 2.1, p < .04$). Von den Patienten mit einem Verdacht auf eine depressive Störung werden im Durchschnitt $M = 2.6$ ($SD = 1.2$) Folgeerkrankungen angegeben, von den Patienten ohne diese Verdachtsdiagnose nur $M = 1.8$ ($SD = 1.2$).

■ Diabetes-Patienten mit einem Depressionsverdacht geben im Durchschnitt eine diabetesspezifische Beeinträchtigung von $M = 7.7$ ($SD = 2.1$) an, während Diabetes-Patienten ohne Depressionsverdacht im Mittel nur über $M = 2.3$ ($SD = 1.9$) Beeinträchtigungen berichten ($t_{df=52} = 8.3, p < .000$).

Fazit

Bei schlechtem Fragebogenrücklauf, der ein Hinweis auf das mangelnde Interesse an diabetes-komorbidem psychischen Störungen und/oder die geringe Salienz der darauf bezogenen Probleme bei Diabetiker und/oder auch bei den behandelnden Ärzten/Diabetologen sein kann, wurden exemplarisch die metaanalytischen Ergebnisse von de Groot et al. (2001) bestätigt: Bei etwa einem Viertel der Diabetes-Patienten besteht zumindest der Verdacht auf eine depressive Störung mit Krankheitswert, der dringend der differentialdiagnostischen Abklärung und ggf. einer psychotherapeutischen und/oder psychopharmakologischen Begleitbehandlung durch Spezialisten bedarf. Der Verdacht auf eine depressive Störung kovariert zudem bedeutsam mit der Anzahl der angegebenen diabetes-spezifischen somatischen Folgeerkrankungen und der durch den Diabetes mellitus erlebten persönlichen Einschränkungen in der Lebensführung.

Psychotherapeutische Begleitbehandlung von Diabetikern mit einer komorbiden depressiven Störung

Nach der empirischen Befundlage ist somit bei bis zu einem Viertel der Diabetes-Patienten die Begleitbehandlung eines depressiven Störungsbilds geboten. Dies gilt unabhängig von und ergänzend zur Teilnahme der Patienten an Diabetes-Schulungsprogrammen (»Patientenschulungen«; siehe etwa im Überblick Fehm-Wolfsdorf, 2003), die zwar inzwischen als »Empowerment«-Interventionen nicht mehr nur auf Wissensvermittlung und passive »compliance« setzen, sondern durch die Berücksichtigung individueller psychosozial verursachter Probleme der Therapie-Umsetzung und durch Versuche der Selbstwirksamkeits-Steigerung bei den Patienten bemüht sind, die aktive und selbstverantwortliche Entscheidung von Patienten (somit ihre Konkordanz oder »adherence«) für die medizinisch indizierten Behandlungsmaßnahmen zu optimieren. Damit können idealiter medizinisch bei Diabetes mellitus indizierte Verhaltensmodifikationen erreicht werden. Dies fällt bei komorbiden depressiven Störungen erheblich schwerer, weswegen eine individuelle Begleitbehandlung der Depression indiziert ist.

Psychopharmakabehandlung

Die psychiatrische Begleitbehandlung mit Antidepressiva hat sich auch bei Diabetikern als wirksam erwiesen (Lustman et al. 1997; Lustman, Freedland, Griffith & Clouse, 2000). Allerdings sind dabei neben den allgemeinen Nebenwirkungen von Antidepressiva verstärkt diabetes-spezifische zu beachten. So können etwa trizyklische Antidepressiva die Stoffwechseleinstellung verschlechtern. Zudem ist stets zu beachten, dass Antidepressiva nur so lange wirken, wie sie appliziert werden, und dass viele Patienten kaum zu einer Dauermedikation zu motivieren sind.

Medikamentöse und psychotherapeutische Kombinationsbehandlung

Im Hinblick auf psychopharmakologische und psychotherapeutische Kombinationsbehandlungen weist Fehm-Wolfsdorf (2003, S. 544) aber zu Recht darauf hin, dass gerade in der Anfangsphase einer Behandlung schwererer depressiver Störungen durch die Medikation Stimmung und Antrieb verbessert werden können, wodurch Patienten psychotherapeutisch besser ansprechen: »Greift dann die Verhaltenstherapie, können die Medikamente schrittweise abgesetzt werden.«

Kognitiv-behaviorale Psychotherapie und Gruppeninterventionen

Als psychotherapeutisch wirksame Maßnahme zur Reduktion der Depressivität hat sich auch bei Typ-2-Diabetikern die kognitive Verhaltenstherapie erwiesen, durch die zudem die Remissionsrate gesteigert werden konnte (Lustman, Griffith, Freedland, Kessel & Clouse, 1998). Ferner liegen Hinweise für die Wirksamkeit von Stressmanagement- und Stressreduktions-Programmen zur Reduktion der Depressivität bei Diabetes-Patienten vor (Gilden, Hendryx, Clar, Gasia & Singh, 1992; Henry, Wilson, Bruce, Chisholm & Rawling, 1997). Allerdings bleibt die Wirksamkeit eines reinen Selbstmanagement-Programms hinter der seiner Kombination mit einer 10 Wochen umfassenden kognitiv-behavioralen Einzelpsychotherapie deutlich zurück. Nach Lustman, Griffith, Freedland, Kessel und Clouse (1998) waren 27% der Diabetikern, die ausschließlich an einem Selbstmanagement-Programm teilnahmen, nach 10 Wochen depressionsfrei. Von den Diabetikern, die zusätzlich eine kognitive-behaviorale Psychotherapie erhielten, waren es dagegen 85%, und ihre positiven Therapieergebnisse waren auch nach sechs Monaten stabil.

Von der »Arbeitsgemeinschaft Psychologie und Verhaltensmedizin« in der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) wird eine diabetes-spezifische Weiterbildung angeboten. Siehe: www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

Nach einem 80 Stunden umfassenden Curriculum werden Seminare, Fallarbeiten und Hospitationen angeboten. Die Seminare zu Themen wie »Physiologisch-medizinische Grundlagen des Diabetes«, »Verhaltensmedizinische Grundlagen der Erkrankung«, »Diabetes und Soziales« und »Therapie des Diabetes mellitus und dessen Begleit- und Folgeerkrankungen« vermitteln

das Hintergrundwissen und theoretische Fundament der Spezialisierung. Bei den Hospitationen sollen praktische Erfahrungen erworben werden, die das Ziel haben, eine eigene Fallarbeit unter Supervision umsetzen zu können. Nach der umfangreichen Weiterbildung stehen speziell qualifizierte Diplom-Psychologen für Diabetes mit Kenntnissen und Fertigkeiten in diabetes-spezifischen psychologischen Therapieangeboten sowie mit diabetologischem Fachwissen zur kompetenten Begleitbehandlung von Diabetikern zur Verfügung.

Abstract

Presents a literature overview on questions concerning the co-morbidity of diabetes mellitus and mental disorders with focus on depressive disorders. Recent meta-analyses point at significant associations between depression and complications of diabetes as well as at the high prevalence of depressive disorders in diabetes-patients. These results were replicated in a pilot study with 75 diabetes-patients (co-morbidity rate of 29%). The necessity of screening for depressive disorders in diabetes-patients is stressed upon. German screening scales for depression and the psycho-diagnostic process including structured clinical interviews and co-morbidity diagnosis following ICD-10 and DSM-IV are described. Treatment strategies for diabetes-patients with depression are as well shortly discussed as questions concerning the etiology of diabetes mellitus and depression and the pathways that mediate this association.

Key Words: depression; diabetes mellitus; psychological diagnosis; screening; psychotherapy; disorders (comorbidity)

LITERATUR

- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2000). *The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A meta-analysis.* *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change.* *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression.* *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF).* Göttingen: Hogrefe.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (1996). *Biologische Psychologie* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bradley, C. (Ed.). (1994). *Handbook of psychology and diabetes.* Amsterdam (NL): Harwood Academic Press.
- Bundesärztekammer et al. (BÄK, AkdÄ, DDG, FDS, DGIM, AWMF, ÄZQ). (2002). *Nationale Versorgungs-Leitlinie Diabetes mellitus Typ-2* (1. Aufl., Mai 2002). Köln: Bundesärztekammer.
- Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (CIPS). (Hrsg.). (1986a). *Selbstbeurteilungs-Depressions-Skala (SDS) nach Zung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (CIPS). (Hrsg.). (1986b). *Depressions-Status-Inventar (DSI) nach Zung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (CIPS). (Hrsg.). (1986c). *Hamilton-Depressions-Skala, Fremdbeurteilungs-Skala (HAM-D)* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- De Groot, M., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). *Association of Depression and Diabetes Complications: A Meta-Analysis.* *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-630.
- Egede, L. E., Zheng, D. & Simpson, K. (2002). *Comorbid Depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes.* *Diabetes Care*, 25, 464-470.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fehm-Wolfsdorf, G. (2003). *Diabetes mellitus.* In U. Ehler (Hrsg.), *Verhaltensmedizin* (S. 531-551). Berlin: Springer.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (BSI).* Weinheim: Beltz.
- Franke, G. H. (2002). *Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R)* (2. Aufl.). Göttingen: Beltz.
- Gilden, L. J., Hendryx, M. S., Clar, S., Gasia, C. & Singh, S. P. (1992). *Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients.* *JAGS*, 40, 147-150.
- Hamilton, M. (1967). *Development of a rating scale for primary depressive illness.* *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hathaway, S. R., McKinley, J. C. & Engel, R. R. (2000). *Minnesota-Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2).* Bern: Huber.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions Skala (ADS).* Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Henry, J. L., Wilson, P. H., Bruce, D. G., Chisholm, D. J. & Rawling, P. J. (1997). *Cognitive-behavioural stress management for patients with non-insulin dependent diabetes mellitus.* *Psychological Health Medicine*, 2, 109-118.
- Jacobson, A. M. (1996). *The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus.* *New England Journal of Medicine*, 334 (19), 1249-1253.
- Kohlmann, C. W., Küstner, E., Schuler, M. & Tausch, A. (1994). *Der IPC-Diabetes-Fragebogen (IPC-Dt).* Göttingen: Hogrefe.
- Kovacs, M. (1985). *The Children's Depression Inventory (CDI).* *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 995-999.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK).* Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1994). *Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-Skalen).* Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1998). *Diagnostik nach der ICD-10: Ihr Stellenwert im psychodiagnostischen Prozeß sowie Hinweise zu einschlägiger Fachliteratur und psychodiagnostischen Hilfsmitteln.* *Report Psychologie*, 23, 44-63.
- Krampen, G., Montada, L., Schui, G. & Lindel, B. (2002). *Zur Rezeptionsgeschichte von Fachliteratur aus der deutschsprachigen Psychologie in der amerikanischen Psychologie (et vice versa).* *Psychologie und Geschichte*, 10, 84-113.
- Kruse, J. (2001). *Depression und Diabetes mellitus. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in Aachen, 2001.*
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI).* Göttingen: Hogrefe.
- Kühner, C. (1997). *Fragebogen zur Depressionsdiagnostik nach DSM-IV (FDD-DSM-IV).* Göttingen: Hogrefe.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., de Groot, M. & Carney, R. M. (2000). *Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature.* *Diabetes Care*, 23, 434-442.
- Lustman, P. J., Freedland, K. E., Griffith, L. S. & Clouse, R. E. (2000). *Fluoxetine for depression in diabetes. A randomised double-blind placebo-controlled trial.* *Diabetes Care*, 23, 618-623.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S. & Clouse, R. E. (1988). *Depression in adults with diabetes results of a 5-year-follow-up study.* *Diabetes Care*, 11, 605-612.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Clouse, R. E., Freedland, K. E., Eisen, S. A., Rubin, E. H., Carney, R. M. & McGill, J. B. (1997). *Effects of tripterylene on depression and glycemic control in diabetes: results of a double blind placebo controlled trial.* *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 241-250.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Freedland, K. E. & Clouse, R. E. (1997). *The course of major depression in diabetes.* *General Hospital Psychiatry*, 9(2), 138-143.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Freedland, K. E., Kissel, S. S. & Clouse, R. E. (1998). *Cognitive behaviour therapy for depression in type 2 diabetes.* *Annals of Internal Medicine*, 129, 613-621.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (2004). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)* (3. Aufl. i.V.). Bern: Huber.
- Montgomery, S. A. & Asberg, M. (1979). *A new depression scale designed to be sensitive to change.* *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Neumann, N. U. & Schulte, R. M. (1989). *MADR-Skala zur psychometrischen Beurteilung depressiver Symptome.* Erlangen: Perimed.
- Palitzsch, K. D., Nusser, J., Arndt, H., Enger, I., Zietz, B., Cuk, A. et al. (1999). *Die Prävalenz des Diabetes mellitus wird in Deutschland deutlich unterschätzt – eine bundesweite epidemiologische Studie auf der Basis einer HbA_{1c}-Analyse.* *Diabetes und Stoffwechsel*, 8, 189-200.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1995). *Diabetes mellitus: Sozial- und verhaltensmedizinische Ansätze.* Göttingen: Hogrefe.
- Psychrembel (1994). *Psychrembel Klinisches Wörterbuch* (257. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Radloff, L. S. (1977). *The CES-D Scale.* *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1990). *Screening for adolescent depression: A comparison of the CES-D and BDI.* Eugene/OR: Oregon Research Institute.
- Roth, R., Kulzer, B., Teupe, B. & Borkenstein, M. (1996). *Diabetes-Wissens-Test: Typ-1 (DWT: Typ-1).* Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.). (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR).* Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (2000). *Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIK)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Surwit, R. S., van Tilburg, M. A. L., Zucker, N. et al. (2002). *Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes.* *Diabetes Care*, 25, 30-34.
- Talbot, F. & Nouwen, A. (2000). *A review of the relationship between depression and diabetes in adults.* *Diabetes Care*, 23, 1556-1562.
- Von Zerssen, D. & Koeller, D. M. (1976). *Depressivitäts-Skala (D-5).* Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II.* Göttingen: Hogrefe.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, C. & Wilson, S. (1986). *A self-report scale to diagnose Major Depressive Disorder.* *Archives of General Psychiatry*, 43, 1076-1081.
- Zung, W. W. K. (1965). *A self-rating depression scale.* *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zung, W. W. K. (1972). *The Depression Status Inventory (DSI).* *Journal of Clinical Psychology*, 28, 539-543.