

Journal für

Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel

Kardiovaskuläre Endokrinologie • Adipositas • Endokrine Onkologie • Andrologie • Schilddrüse • Neuroendokrinologie •
Pädiatrische Endokrinologie • Diabetes • Mineralstoffwechsel & Knochen • Nebenniere • Gynäkologische Endokrinologie

Depressive Störungen und Diabetes

Maier B

*Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel - Austrian
Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2012; 5 (4), 20-27*

Homepage:

www.kup.at/klinendokrinologie

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ der



Österreichischen Gesellschaft für
Endokrinologie und Stoffwechsel

Member of the



Indexed in EMBASE/Scopus

Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism
Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

Depressive Störungen und Diabetes

B. Maier

Kurzfassung: Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Komorbiditäten bei Menschen mit Diabetes mellitus. Klinische Studien belegen eine stark eingeschränkte Lebensqualität bei Vorliegen beider Erkrankungen, eine schlechtere glykämische Kontrolle, ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von diabetesbedingten Folgekomplikationen sowie eine erhöhte Sterblichkeit. Darüber hinaus sind depressive Störungen mit einer reduzierten Therapieadhärenz und stark erhöhten Gesundheitskosten assoziiert. Der vorliegende Artikel vermittelt eine Übersicht über vermutete zugrunde liegende Wechselwirkungen beider Erkrankungen und mögliche gemeinsame pathogenetische Mechanismen. Weiterhin beschreibt er praktikable Ins-

trumente zur Entdeckung einer depressiven Symptomatik und zeigt therapeutische Strategien auf, deren Wirksamkeit durch empirische Studien belegt sind und deren Anwendung in anerkannten Behandlungsleitlinien empfohlen wird.

Schlüsselwörter: depressive Störung, Diabetes mellitus, Therapieadhärenz, Lebensqualität, Depressionsscreening, Therapiestrategie

Abstract: Depressive Disorders and Diabetes. Depressive disorders are the most common psychiatric comorbidities in people with diabetes. Clinical trials show restricted quality of life, poorer glycemic control, a higher risk for devel-

oping diabetic complications as well as an increased mortality. Furthermore, depressive disorders are associated with reduced adherence to diabetes treatment and higher medical expenses. This article gives an overview about underlying interactions between both diseases and possible common pathogenetic mechanisms. It provides practical tools for depression screening. Additionally, it demonstrates therapeutic strategies which are evidence-based and recommended by international treatment guidelines. **J Klin Endokrinol Stoffw 2012; 5 (4): 20–7.**

Key words: depressive disorder, diabetes mellitus, adherence, quality of life, screening of depression, therapeutic strategy

■ Einleitung

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen, die hinsichtlich des Schweregrads und den Auswirkungen auf die Lebensqualität vielfach unterschätzt werden. Leitsymptome sind eine über längere Zeit anhaltende reduzierte Stimmung, Interesselosigkeit und/oder Antriebsmangel. Weiterhin beschreiben Betroffene Konzentrationsstörungen, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Appetit- sowie Schlafstörungen. Menschen mit einer Depression erleben sich in ihrer Lebensführung meist stark beeinträchtigt, sodass sie alltägliche Aufgaben nur erschwert oder gar nicht bewältigen können. Neben der herabgesetzten Stimmung können sich depressive Störungen aber auch in einer manisch-erregten Symptomatik äußern.

Depressive Störungen können sowohl akut, episodenhaft-rezidivierend oder auch chronifiziert auftreten und verschiedene Schweregrade aufweisen. Menschen mit einer Depression leiden darüber hinaus häufig auch an anderen psychischen Erkrankungen, z. B. Angst- oder Essstörungen und Substanzabhängigkeit oder Substanzmissbrauch.

Da bei Menschen mit Diabetes mellitus depressive Episoden als eine Ausprägung depressiver Störungen am häufigsten vorkommen, konzentriert sich der vorliegende Artikel vornehmlich auf die Wechselwirkungen dieser beiden Erkrankungen. Die Diagnose einer depressiven Störung erfolgt mithilfe eines strukturierten klinischen Interviews, in welchem

das Vorliegen entsprechender Kriterien nach anerkannten Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM-IV) überprüft wird. Unter den Begriffen „Depressivität“ oder „depressive Symptomatik“ oder „subklinische Depression“ versteht man eine merkliche Beeinträchtigung der Befindlichkeit, die sich in erhöhten Scores in standardisierten Depressionsfragebögen ausdrückt, wenn gleichzeitig jedoch nicht alle Kriterien für das Vorliegen einer depressiven Störung erfüllt sind.

■ Epidemiologie: Diabetes und Depression

In Österreich leiden derzeit mindestens 400.000 Menschen an einer behandlungsbedürftigen Depression, etwa 200.000 leiden sowohl unter Typ-2-Diabetes als auch unter Depressionen [1]. Nach den Daten des Deutschen Gesundheitssurveys erkranken ca. 18 % der Allgemeinbevölkerung im Verlauf des Lebens an einer klinisch relevanten depressiven Störung [2]. Während depressive Störungen am häufigsten zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr auftreten, sind Jugendliche und junge Erwachsene häufiger von einer depressiven Symptomatik betroffen, welche jedoch mit einem erhöhten Risiko für die Manifestation einer depressiven Störung in späteren Jahren einhergeht [3].

Im Zusammenhang mit Diabetes ist das Risiko, gleichzeitig an einer Depression zu erkranken, deutlich erhöht. Nach den Ergebnissen einer 42 Studien umfassenden Metaanalyse kommen depressive Stimmungen und behandlungsbedürftige depressive Störungen bei Menschen mit Diabetes etwa doppelt so häufig vor wie bei Nicht-Diabetikern. Demnach beschreibt etwa jeder dritte Diabetes-Patient eine depressive Symptomatik, während ca. jeder achte Diabetes-Patient (12 %) von einer behandlungsbedürftigen depressiven Störung betroffen ist [4, 5]. Die Ergebnisse einer deutschen Untersuchung mit stationären Patienten lassen darauf schließen, dass sich Typ-1- und Typ-2-Diabetiker bezüglich der Prävalenz und des Schweregrads der Depression nicht voneinander unterscheiden [6].

Eingelangt am 15. Juni 2012; angenommen am 11. Juli 2012; Pre-Publishing Online am 1. Oktober 2012

Aus dem FIDAM Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Bad Mergentheim, Deutschland

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Berthold Maier, FIDAM Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Bad Mergentheim, D-97980 Bad Mergentheim, Johann-Hammer-Straße 24; E-Mail: maier@diabetes-zentrum.de

■ Beeinträchtigte Lebensqualität

Aufgrund der ausgeprägten Antriebslosigkeit, der daraus resultierenden Selbstzweifel und des reduzierten Selbstwertgefühls beschreiben depressive Menschen einen hohen Leidensdruck und ein stark beeinträchtigtes Wohlbefinden. Bei Menschen mit Diabetes ist die ohnehin im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung verminderte Lebensqualität zusätzlich reduziert, wenn sie neben Diabetes an einer Depression erkrankt sind [7]. Analoge Ergebnisse finden sich auch bei Untersuchungen zu den Auswirkungen beider Erkrankungen auf funktionelle Einschränkungen sowie auf die Anzahl erkrankungsbedingter Arbeitsunfähigkeitstage. Nach Auswertung der Daten von 30.022 erwachsenen US-Bürgern, die 1999 im Rahmen des National Health Interview Survey (NHIS) untersucht wurden, war das Risiko für funktionelle Einschränkungen (Beeinträchtigungen bei standardisierten alltäglichen Verrichtungen) bei Diabetikern um das 2,4-Fache gegenüber Nicht-Diabetikern erhöht. Bei zusätzlichem Vorliegen einer Depression erhöhte sich dieses Risiko auf das 7,1-Fache [8]. Ebenfalls konnte gezeigt werden, dass Menschen mit Diabetes und einer komorbiden Depression mehr Arbeitsunfähigkeitstage aufweisen als nicht-depressive Diabetiker [9].

■ Schlechtere glykämische Kontrolle, erhöhtes Folgeerkrankungs- und Mortalitätsrisiko

In einer Metaanalyse der Arbeitsgruppe um Lustman et al. konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer depressiven Symptomatik bzw. einer manifesten Depression und einer schlechteren Blutzuckereinstellung belegt werden [10]. In einer amerikanischen Längsschnittstudie, in der 11.525 Veteranen mit Typ-2-Diabetes eingeschlossen wurden, zeigten depressive im Vergleich zu nicht-depressiven Probanden zu allen Zeitpunkten innerhalb des Beobachtungszeitraums von 4,1 Jahren HbA_{1c} -Werte, die signifikant und im Mittel um 18 % erhöht waren [11].

In einer Metaanalyse der Arbeitsgruppe um de Groot et al., bei der Daten von Typ-1- und Typ-2-Diabetikern ab 18 Jahren ausgewertet wurden, zeigte sich ein konsistenter statistischer Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Depression

und diabetesbedingten Folgekomplikationen. Die Assoziation war mit einer mittleren Effektstärke von $r = 0,25$ entsprechend der Klassifikation nach Cohen [12] eher schwach bis moderat ausgeprägt. Besonders häufig traten eine diabetische Neuropathie ($r = 0,28$) und bei Männern eine erektile Dysfunktion ($r = 0,32$) auf [13] (Abb. 1).

Im Gegensatz zu jüngeren Patienten weisen ältere depressive Diabetiker (> 65 Jahre) ein stark erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Folgekomplikationen auf. Nach den Ergebnissen einer amerikanischen Längsschnittstudie, in der 2830 ältere Diabetiker mit und ohne Depressivität bzw. Depression über 7 Jahre untersucht wurden, zeigten Betroffene bereits bei einer subklinischen depressiven Symptomatik ein 8,6-fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung von mikrovaskulären Komplikationen, ein 2,4-fach erhöhtes Risiko für die Genese makrovaskulärer Komplikationen sowie ein 4,9-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko im Vergleich zu Kontrollpersonen, bei denen weder Diabetes noch Depressivität oder eine klinische Depression vorlagen [14]. Aus diesen Befunden kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass vor allem bei älteren Diabetes-Patienten das Vorliegen einer Depression einen prognostisch ungünstigen Faktor darstellt. Weiterhin ist bedeutsam, dass nicht nur eine behandlungsbedürftige Depression, sondern bereits eine subklinische depressive Symptomatik die Prognose von Diabetes-Patienten langfristig ungünstig beeinflusst.

■ Verminderte Therapieadhärenz

Die Prognose von Menschen mit Diabetes hängt entscheidend davon ab, inwieweit es den Betroffenen gelingt, ihren Lebensstil dauerhaft zu ändern sowie die Therapieempfehlungen umzusetzen und als festen Bestandteil in den Alltag zu integrieren. Erfahrungen aus der Praxis, aber auch Ergebnisse empirischer Studien zeigen, dass Diabetes-Patienten die Selbstbehandlung des Diabetes bedeutsam weniger gelingt, wenn sie zusätzlich an einer Depression erkrankt sind. Betroffene zeigen häufiger ein ungünstiges Krankheitsverhalten (z. B. unregelmäßige Stoffwechselkontrolle, Nicht-Einnahme von Antihypertensiva) und nehmen seltener Angebote für gesundheitsfördernde Maßnahmen wahr (z. B. Gewichtsreduktionsprogramme) [15]. In der Auswertung von 47 Studien durch die Arbeitsgruppe um Gonzales et al. zeigte sich eine signifikante

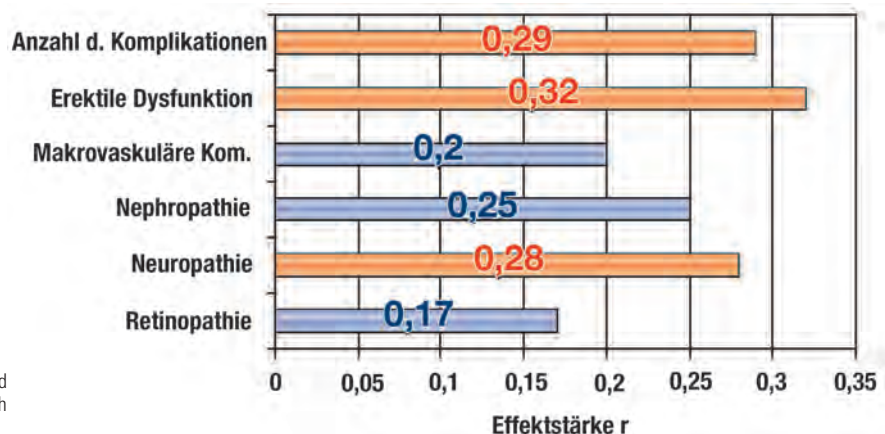


Abbildung 1: Assoziation von Depression und diabetesbedingten Folgekomplikationen. Mod. nach [13].

Assoziation zwischen dem Vorliegen einer Depression und einer verminderten Therapieadhärenz, die sich vor allem im Nicht-Einhalten von vereinbarten Arzt- und Kontrollterminen ($r = 0,31$) und einem verminderten Selbstbehandlungsverhalten ($r = 0,29$) zeigte [16].

■ Höhere Gesundheitskosten

In einer Analyse der Arbeitsgruppe um Ciechanowski et al. [17] steigen die jährlichen Kosten der Diabetes-Behandlung mit der Schwere depressiver Symptome um bis zu 70 % an (von ca. US\$ 2100 auf ca. 3600). Den Autoren zufolge ist der Kostenzuwachs vor allem auf die häufigeren Konsultationen von Hausärzten, das Aufsuchen von Notfalleinrichtungen und auf häufigere stationäre Einweisungen zurückzuführen, während die antidepressive Medikation sowie die psychotherapeutische Versorgung vergleichsweise geringere Zusatzkosten verursachen.

■ Ätiologie und Pathogenese

Die gehäufte Komorbidität von Diabetes und Depression ist nach wie vor Gegenstand aktueller Forschungsbemühungen. Für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen bei Menschen mit Diabetes werden sowohl genetische, biologische als auch psychosoziale Faktoren angenommen, die sich wechselseitig beeinflussen können. Grundsätzlich kann

- der Diabetes den Ausbruch einer Depression begünstigen, deren Schweregrad erhöhen und diese aufrechterhalten,
- eine bestehende Depression zur Entstehung eines Typ-2-Diabetes beitragen und dessen Verlauf ungünstig beeinflussen.

Darüber hinaus gibt es auch Hinweise, dass beiden Erkrankungen gemeinsame Ursachen zugrunde liegen.

Diabetes → Depression

Denkbar ist, dass die Manifestation des Diabetes und/oder die Diagnose von Folgeerkrankungen als „kritisches Lebensereignis“ auf der Grundlage bereits bestehender Belastungen oder Prädisposition zur Genese einer Depression beitragen (Vulnerabilitäts-Stress-Modell).

Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass der Diabetes sowie die durch die Therapie bedingten Anforderungen das Auftreten von Depressionen begünstigen. Nach den Ergebnissen von Untersuchungen der Arbeitsgruppe um Hermanns et al. [18] berichten depressive Diabetiker deutlich mehr diabetesbezogene Belastungen und eine signifikant geringere Therapiezufriedenheit als nicht-depressive Diabetiker (Abb. 2). Es ist denkbar, dass Befürchtungen und negative Emotionen bezüglich den Auswirkungen des Diabetes (z. B. Angst vor Folgeerkrankungen, Sorge um berufliche Perspektive) die Entwicklung einer depressiven Symptomatik begünstigen. Darüber hinaus können diabetesbedingte Missempfindungen, Beschwerden und funktionelle Einbußen (z. B. bei einer schmerzhaften Neuropathie oder bei Fußkomplikationen) zur Manifestation einer Depression beitragen. Weiterhin stellt das Erleben einer fehlenden Steuerbarkeit der Blutzuckerwerte (erlernte Hilflosigkeit) eine depressionsfördernde Bedingung

dar. Insgesamt ist zu vermuten, dass sich bei einem Teil von Diabetes-Patienten eine depressive Symptomatik als Reaktion auf eine Überforderung durch die Diabetes-Therapie entwickelt.

Häufige stoffwechselbedingte Veränderungen der Stimmungslage (aufgrund von Hypo- oder Hyperglykämien) können insgesamt zu einer Häufung von Zuständen einer negativen Befindlichkeit beitragen.

Depression → Diabetes

Nach einer Metaanalyse der Arbeitsgruppe um Knol et al. [19] ist bei Personen mit einer depressiven Symptomatik das Risiko um 37 % erhöht, an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Der Zusammenhang blieb auch bei Kontrolle von Variablen signifikant, die gleichermaßen das Auftreten des Diabetes als auch die Depressivität moderieren können (z. B. glykämische Kontrolle, soziodemographische Variablen, Ausmaß körperlicher Bewegung oder Gewicht).

Nach den Ergebnissen der Whitehall-II-Studie, einer seit 1985 andauernden prospektiven Beobachtungsstudie mit 4363 Angestellten britischer Behörden, gingen depressive Symptome und psychische Erkrankungen einem späteren Gewichtsanstieg voraus. Da diese Assoziation in die entgegengesetzte Richtung nicht gefunden werden konnte, schlussfolgern die Autoren, dass psychische Probleme als Auslöser für eine Gewichtszunahme angesehen werden können [20], welche wiederum den Ausbruch eines Typ-2-Diabetes begünstigt.

Die Autoren der Whitehall-II-Studie verweisen auf Befunde, wonach Stress und Depressivität vielfach mit einer überhöhten Kalorienaufnahme [21], einer verminderten körperlichen Aktivität [22] und damit einer positiven Energiebilanz als diabetogene Risikofaktoren assoziiert sind.

Nach einer Untersuchung der Arbeitsgruppe um Andersohn et al. [23] konnte bei Depressiven, die > 24 Monate mit trizyklischen Antidepressiva oder mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) mit moderater bis hoher Dosierung behandelt wurden, ein nahezu verdoppeltes Diabetes-Risiko ermittelt werden. Bei kürzerer Einnahmedauer sowie niedrigen Dosen konnte kein erhöhtes Diabetes-Risiko festgestellt werden.

Hinweise für gemeinsame Ursachen beider Erkrankungen

Nach den Ergebnissen genetischer Untersuchungen begünstigen bestimmte Allelkombinationen sowohl die Entstehung von metabolischen Erkrankungen als auch von depressiven Episoden.

Als gemeinsame Ursache des Typ-2-Diabetes und der Depression wird, analog zur Pathogenese des Cushing-Syndroms, eine überhöhte Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennrinden- (HPA-) Achse diskutiert, welche eine gesteigerte Kortisolausschüttung, aber auch einen Verlust des zirkadianen Rhythmus der Kortisolfreisetzung zur Folge hat [24]. Bei einem erhöhten Serum-Kortisolspiegel kommt es einerseits zu einer verminderten Glukoseutilisation in den

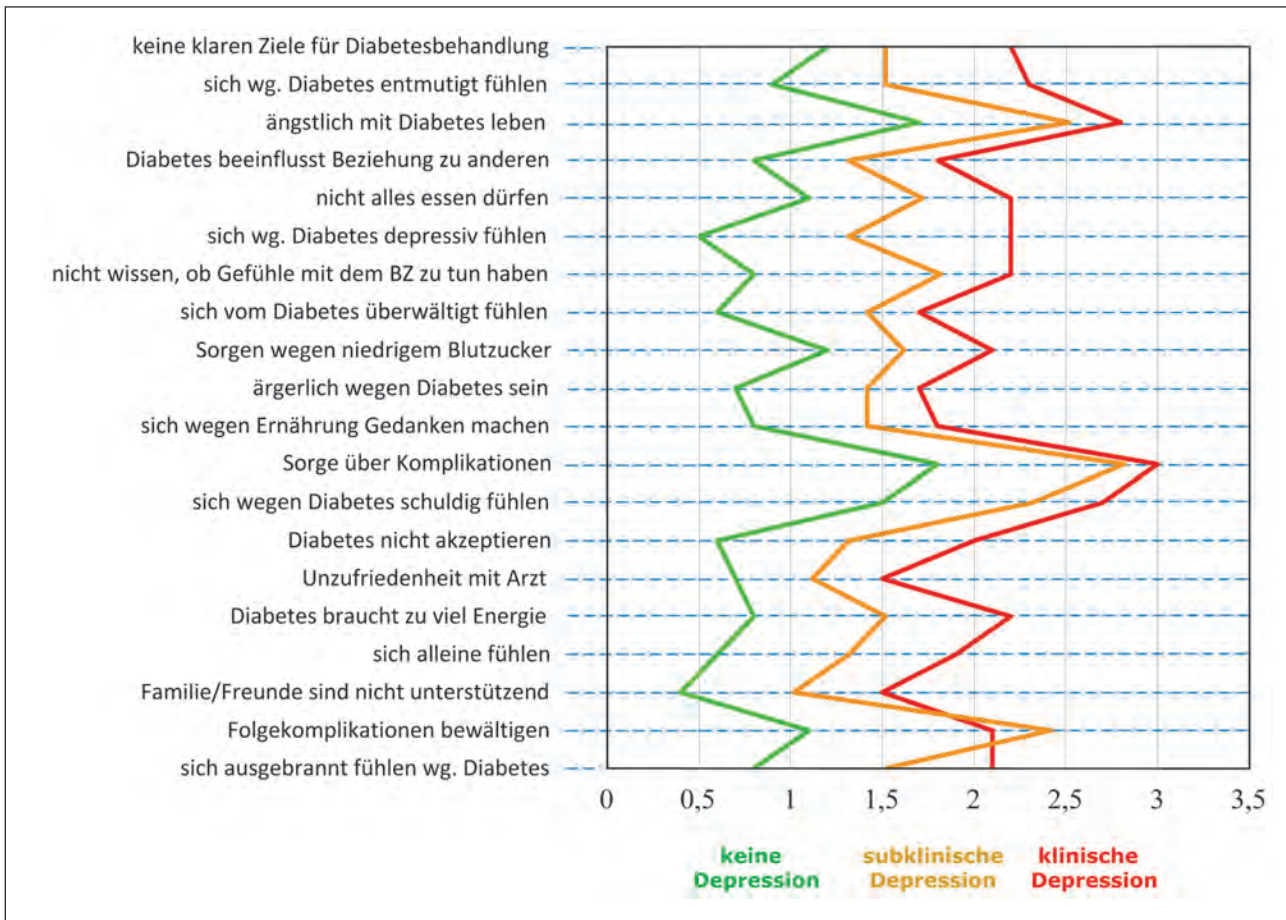


Abbildung 2: Depressivität, Depression und diabetesbezogene Belastungen. Erstellt nach Daten aus [18].

Körperzellen, gleichzeitig aber auch zu einer gesteigerten hepatischen Glukoseproduktion und -freisetzung, zu einer reduzierten Lipolyse und damit zu einer viszeralen Fettakkumulation. Die daraus resultierenden erhöhten Blutzuckerwerte, die zunehmende Insulinresistenz sowie die viszerale Adipositas begünstigen neben atherogenen Prozessen auch die Entstehung des Typ-2-Diabetes.

Als weitere Ursache beider Erkrankungen wird eine verminderte zentralnervöse serotonerge Aktivität vermutet [24]. Weitere Modelle befassen sich auf dem Hintergrund der Überaktivität des sympathoadrenen Systems mit der verstärkten Freisetzung proinflammatorischer Enzyme und einer vermehrten Aktivierbarkeit von Hämostase und Thrombozyten als Risikofaktoren für die Manifestation des Typ-2-Diabetes und der Progression der Arteriosklerose.

■ Diagnostik

Da depressive Erkrankungen eine bedeutsame Barriere für die Diabetes-Behandlung darstellen und den Verlauf der Erkrankung ungünstig beeinflussen, sollten sie frühzeitig erkannt, diagnostiziert und fachgerecht behandelt werden. In der Praxis gestaltet es sich aus verschiedenen Gründen schwierig, eine Depression als behandlungsbedürftige Erkrankung zu diagnostizieren:

- Vielfach suchen Patienten den Arzt aufgrund unspezifischer somatischer Beschwerden auf, die für den Patienten

vordergründig nicht als Depression erkennbar sind, z. B. erhöhte Müdigkeit, Appetitverlust, Erschöpfung, Schlaf- oder Konzentrationsstörungen.

- Eine dysphorische Stimmungslage, Kraft- und Antriebslosigkeit können auch bei stark erhöhten Blutzuckerwerten auftreten, sodass viele Betroffene die Anzeichen einer Depression der aktuellen Stoffwechsellage zuschreiben.
- Die intra- und interindividuell differierende Symptomatik sowie der fluktuierende episodenhafte Charakter der Depression erschwert sowohl dem Betroffenen als auch dem Arzt das Erkennen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung.

Experten schätzen, dass bei mehr als der Hälfte aller Menschen mit Diabetes Depressionen nicht erkannt werden [25].

Bei Verdachtsmomenten genauer nachfragen

In der Praxis sollte das Vorliegen einer unerkannten Depression in Betracht gezogen und untersucht werden, wenn ein oder mehrere Risikofaktoren für eine depressive Erkrankung vorliegen:

- Dauerhaft erhöhte Blutzuckerwerte
- Mangelnde Motivation zur Behandlung des Diabetes im Alltag
- Hohes Ausmaß an erlebten diabetesbezogenen Belastungen
- Probleme mit der Diabetes-Akzeptanz oder der Krankheitsverarbeitung

Tabelle 1: WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden. Der Rohwert kommt durch Aufsummieren der Antworten zustande. Ein Rohwert von 0 kennzeichnet das geringste Wohlbefinden, ein Rohwert von 25 das höchste Wohlbefinden. Bei einem Rohwert < 13 liegt ein Verdacht auf eine Depression vor. Eine weitergehende diagnostische Abklärung wird empfohlen. Aus [27].

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.

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

- Bestehende Folgekomplikationen (z. B. schmerzhafte Neuropathie, Fußkomplikationen)
- Häufige, als unkontrollierbar erlebte schwere Hypoglykämien

Darüber hinaus sollte berücksichtigt werden, dass Frauen mit Diabetes im Vergleich zu Männern in höherem Maße gefährdet sind, an einer Depression zu erkranken.

Screening im Arzt-Patienten-Gespräch

In einem ersten Schritt des Screenings geht es darum, einen Anfangsverdacht auf Vorliegen einer Depression zu prüfen. Das Ergebnis eines Screenings erlaubt jedoch weder eine Diagnose noch eine Aussage über den Schweregrad einer depressiven Störung.

Sowohl bei einem Screening als auch bei einer weiteren diagnostischen Abklärung einer Depression spielt das Arzt-Patienten-Gespräch eine entscheidende Rolle. Der Arzt sollte daher darauf achten, eine angenehme Gesprächsatmosphäre herzustellen. Als Einstiegsfrage hat sich die Frage nach der Schlafqualität („Schlafen Sie derzeit schlechter als früher?“) bewährt. Ist der Patient bereit, offen über die aktuellen Belastungen und das emotionale Erleben zu sprechen, eignen sich 2 Screening-Fragen [26] für die zuverlässige Entdeckung einer depressiven Problematik (Sensitivität: 97 %, Spezifität: 57 %):

- „Haben Sie sich in den vergangenen 2 Wochen häufig niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt?“
- „Haben Sie in den vergangenen 2 Wochen wenig Freude und Interesse an Dingen verspürt, die Ihnen gewöhnlich Freude bereiten?“

Beantwortet der Patient beide Fragen mit „ja“, so sollte eine weitere diagnostische Abklärung erfolgen.

WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden

Der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (Tab. 1) stellt eine weitere Möglichkeit für ein Depressionsscreening dar. Das Erfragen von Merkmalen einer positiven Befindlichkeit kann dazu beitragen, dass sich der Patient weniger „psychiatrisiert“ fühlt und die Fragen offener beantworten kann. Mit einer Sensitivität von 94 % und einer Spezifität von 65 % [27] ist der WHO-5-Fragebogen ein vergleichbar messgenaues Instrument, das mit 5 Fragen ökonomisch einsetzbar ist und dessen Einsatz von internationalen Diabetes-Leitlinien favorisiert wird [28]. Eine diagnostische Abklärung sollte bei

< 13 von 25 Punkten erfolgen [27]. Die Österreichische Diabetes-Gesellschaft empfiehlt im Positionspapier „Psychische Erkrankungen und Diabetes mellitus“ (2011), dass 1× pro Jahr ein Screening auf Vorliegen einer psychischen Erkrankung durchgeführt werden sollte.

Diagnostische Kriterien für eine depressive Störung

Die „Depressive Episode“ (ICD-10: F32) ist die häufigste Form einer depressiven Störung beim Menschen mit Diabetes. Bei der Diagnosestellung und der Bestimmung des Schweregrades wird mithilfe eines strukturierten klinischen Interviews das Vorliegen von Leit- und Zusatzsymptomen überprüft. Sowohl die Leit- als auch die Zusatzsymptome müssen für einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen vorliegen.

Zu den Leitsymptomen zählen:

- Depressive Stimmung (Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit)
- Verlust an Interesse bzw. Freude an Tätigkeiten
- Antriebsminderung und rasche Erschöpfbarkeit

Zu den Zusatzsymptomen zählen:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle
- Negative Zukunftsperspektive
- Gedanken an oder erfolgte Selbstverletzung/Suizidhandlung
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Der Schweregrad einer depressiven Episode wird mithilfe einer festgelegten Anzahl gegebener Leit- und Zusatzsymptome bestimmt (Abb. 3):

- Leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0): mindestens 2 Leitsymptome, mindestens 2 Zusatzsymptome
- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1): mindestens 2 Leitsymptome, mindestens 4 Zusatzsymptome
- Schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2): 3 Leitsymptome, mindestens 5 Zusatzsymptome

Bei wiederholtem Auftreten von depressiven Episoden im Sinne einer Chronifizierung spricht man von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.x), deren Schwere-

grad anhand der gegenwärtigen Episode klassifiziert wird. Zu den anhaltenden affektiven Störungen, die mindestens 2 Jahre bestehen müssen, zählt man die Zylothymie (ICD-10: F34.0), die durch eine anhaltende Stimmungsinstabilität und zahlreiche wechselnde Perioden von Depressivität und einer gehobenen Stimmung gekennzeichnet ist. Bei der Dysthymie (ICD-10: F34.1) handelt es sich dagegen um eine chronische depressive Verstimmung. Anhaltende affektive Störungen werden häufig bei Patienten mit persistierend hohen Belastungen, z. B. bestehenden Folgekomplikationen, diagnostiziert.

Als Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) wird eine depressiv-ängstliche Symptomatik als Reaktion auf ein belastendes Ereignis bezeichnet. Vielfach reagieren Patienten nach Diagnosestellung, einer schweren Hypoglykämie oder dem Erleben erster Symptome von Folgekomplikation mit einer Anpassungsstörung, die sich als

- kurze depressive Reaktion (< 1 Monat, ICD-10: F43.20),
- längere depressive Reaktion (bis 2 Jahre, ICD-10: F43.21) oder
- Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.22) manifestieren kann.

Depression, komorbide Erkrankungen und Suizidalität

Patienten mit einer Depression leiden vielfach an weiteren psychischen Komorbiditäten, vor allem Angst- und Essstörungen und weiteren Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen. Innerhalb der Diagnostik von depressiven Störungen sollte daher das Vorliegen weiterer psychischer Erkrankungen überprüft werden.

Depressionen sind mit einem stark erhöhten Suizidrisiko assoziiert [29]. Nach einer schwedischen Studie liegt bei etwa 60 % aller Suizide eine Depression zugrunde [30]. Da bei Menschen mit Diabetes sowohl von einem erhöhten Depressionsrisiko als auch von einer erhöhten Suizidalität auszugehen ist, sollte bei wiederkehrenden schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen kritisch geprüft werden, ob ihnen nicht eine bisher nicht entdeckte Depression oder gar autoaggressives suizidales Verhalten zugrunde liegt.

Differenzialdiagnostik

Depressive Symptome können im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F6.x), posttraumatischen Belastungsstörungen (ICD-10: F43.1) oder schizoaffektiven Störungen (ICD-10: F25.x) auftreten und sind daher von der Symptomatik bei depressiven Erkrankungen abzugrenzen. Darüber hinaus können depressive Symptome auch bei hirnganischen Syndromen, aber auch bei endokrinologischen und Erkrankungen des zentralen Nervensystems auftreten. Weiterhin kann sich eine depressive Symptomatik auch bei Mangelernährung, nach Infektionen, Intoxikationen und nach Einnahme von Medikamenten und psychotropen Substanzen entwickeln.

■ Besonderheiten in der Therapie von depressiven Diabetes-Patienten

Psychosomatische Grundversorgung

Bei Patienten, die nicht mäßig depressiv und nicht akut suizidal gefährdet sind, sollte der betreuende Arzt im Rahmen ei-

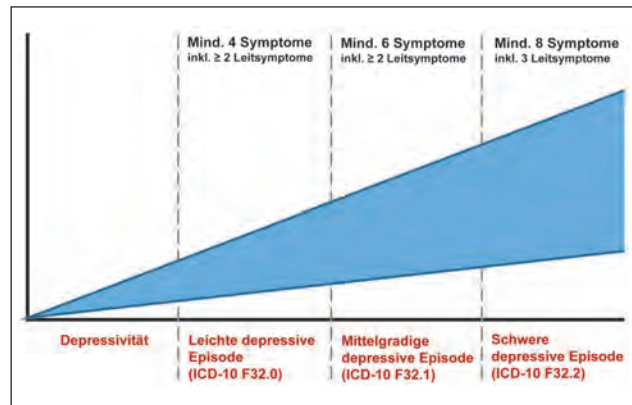


Abbildung 3: Diagnostik: Depressive Episode (ICD-10: F32.0)

ner psychosomatischen Grundversorgung die Behandlung beider Erkrankungen mit dem Ziel der Reduktion der depressiven Symptomatik durchführen und koordinieren.

Antriebsmangel und Konzentrationsstörungen tragen bei Betroffenen vielfach zu einer Vernachlässigung der Umsetzung der Diabetes-Behandlung im Alltag bei. Vor dem Hintergrund des reduzierten Selbstwertgefühls des Patienten ist es hilfreich, das Krankheitsverhalten des depressiven Patienten zu akzeptieren, trotz Nicht-Erreichen von Therapiezielen keine Vorwürfe zu formulieren und ihn von Schuld- und Versagensgefühlen zu entlasten. Der Arzt sollte in einfühlsamen und wertschätzenden Worten dem Patienten die Wechselwirkungen zwischen dem Diabetes und der Depression aufzeigen und dabei insbesondere die diabetesbezogenen Belastungen thematisieren, welche die depressive Symptomatik verstärken und aufrechterhalten können. Im Hinblick auf die eingeschränkten motivationalen Ressourcen des Patienten kann es ratsam sein, gemeinsam mit dem Patienten entlastende Lösungen zu suchen und vorübergehend moderatere Therapieziele zu formulieren, welche der Patient auch unter den erschwerenden Bedingungen einer Depression erreichen kann. Insgesamt kommt es in der Arzt-Patient-Beziehung darauf an, den Patienten einerseits vor Überforderung und weiteren Misserfolgs- und Versagenserlebnissen zu schützen, ihn aber dennoch zu niederschweligen Aktivitäten zu motivieren, um mit kleinen Erfolgserlebnissen das reduzierte Selbstwertgefühl zu stärken. Es kann sinnvoll sein, gemeinsam mit dem Patienten eine hilfreiche Tagesstruktur zu klären und ihn hierbei zu regelmäßiger moderater Bewegung zu aktivieren. Darüber hinaus ist es ratsam, engmaschige Termine (in 14-tägigem Abstand) zu vereinbaren, um dem Patienten Behandlungsfortschritte zeitnah rückmelden zu können und gegebenenfalls die Therapie zu modifizieren. Weiterhin ist zu empfehlen, die Unterstützung durch Angehörige zu fördern.

Nach vorliegenden Studienergebnissen kann die regelmäßige Teilnahme an einem selbstmanagementorientierten aktivierenden Diabetes-Schulungsprogramm zu einer Verbesserung der Stimmungslage Betroffener und zur Prophylaxe einer klinischen depressiven Störung beitragen [31].

Psychotherapie

Liegt eine depressive Symptomatik mittleren Schweregrades vor oder bewirkt die psychosomatische Grundversorgung kei-

ne Besserung, ist die Initialisierung einer Psychotherapie durch einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten indiziert. Sie bietet die Möglichkeit, den Einfluss diabetesbezogener Belastungen auf die Ausprägung der depressiven Symptomatik zu thematisieren und gemeinsam mit dem Patienten lösungsorientierte und entlastende Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Aus diesem Grunde ist zu empfehlen, dass der Therapeut auf Erfahrungen und Kenntnisse zur Diabetes-Behandlung zurückgreifen kann. Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei Menschen mit Diabetes, die an einer Depression erkrankt sind, konnte in einer randomisierten kontrollierten Psychotherapiestudie der Arbeitsgruppe um Lustman [32] belegt werden. In der Düsseldorfer Psychotherapiestudie der Arbeitsgruppe um Didjurgait [33], in welcher die Behandlung von Typ-1-Diabetikern mit Folgeerkrankungen und einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) überprüft wurde, konnte mithilfe einer 8-stündigen Psychotherapie sowohl die Intensität der psychosozialen Belastung reduziert als auch der HbA_{1c} klinisch bedeutsam gesenkt werden.

Medikamentöse Therapie

Bei Diabetes-Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren depressiven Störung konnte die Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva belegt werden [34]. Allerdings ist bei der Wahl des Antidepressivums das jeweilige Nebenwirkungsprofil zu beachten. Mögliche Nebenwirkungen betreffen das Risiko einer Gewichtszunahme, Effekte auf die Blutglukose sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Bei der antidepressiven Behandlung von Menschen mit Diabetes besteht eine gute Evidenz für den Einsatz von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern [34]. Sie sollten gegenüber trizyklischen Antidepressiva bevorzugt werden, da letztere eine Gewichtszunahme sowie negative Auswirkungen auf den Glukosestoffwechsel begünstigen [35].

Nach dem aktuellen Kenntnisstand existieren keine gesicherten Kriterien zur differenziellen Indikation einer pharmakologischen oder psychotherapeutischen Depressionsbehandlung. In jedem Fall sollte der Patient über die Gestaltung und Wirkweise beider Therapieformen informiert und seine Präferenz bei der Therapieplanung berücksichtigt werden.

Integrierte Versorgung

Die hohe Prävalenz von depressiven Störungen einerseits und die limitierten Kapazitäten in der primärärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung andererseits machen es notwendig, neue Modelle für eine bedarfsgerechte Versorgung von depressiven Diabetes-Patienten zu entwickeln. Ein solches Modell nach dem „Stepped-care“-Ansatz bei der Behandlung von Depressivität/Depression beinhaltet die Standardversorgung, Beratung, eine antidepressive psychopharmakologische Behandlung sowie psychotherapeutische Maßnahmen. Patienten, deren Depressivität sich nach einer definierten Zeit nicht reduziert, wechseln nach einem festgelegten Behandlungsalgorithmus in eine intensiviertere Therapieform. In der Pathway-Studie der Arbeitsgruppe um Katon et al. [36] wurde im primärärztlichen Bereich die Standardversorgung depressiver Typ-2-Diabetiker gegen ein „case management“ durch eine Krankenschwester getestet, die aus einer intensi-

vierten Beratung, Unterstützung bei einer optimierten leitliniengerechten Pharmakotherapie, einem Problemlösetraining und telefonischer Betreuung bestand. Im Vergleich zur Standardversorgung kam es im Untersuchungsarm zu einer signifikanten Abnahme der depressiven Symptomatik (61 depressionsfreie Tage pro Jahr mehr als in der Kontrollgruppe) sowie nach 2 Jahren zu einer Einsparung an Therapiekosten. Im Rahmen der PROSPECT-Studie konnte belegt werden, dass mithilfe der Betreuung älterer depressiver Diabetes-Patienten durch einen „depression care manager“ die Sterblichkeit signifikant gesenkt werden konnte [37].

Relevanz für die Praxis

- Depressive Störungen kommen bei Menschen mit Diabetes etwa doppelt so häufig vor im Vergleich zur Normalbevölkerung.
- Diabetes-Patienten mit einer Depression weisen eine beeinträchtigte Lebensqualität, eine schlechtere glykämische Kontrolle sowie ein erhöhtes Folgeerkrankungs- und Mortalitätsrisiko auf. Einer reduzierten Therapieadhärenz stehen stark ansteigende Behandlungskosten bei Vorliegen einer komorbiden Depression gegenüber.
- Aufgrund der Bedeutsamkeit depressiver Symptome als Barriere für das Selbstbehandlungsverhalten sowie deren Auswirkungen auf die Prognose und Lebensqualität sollte 1× im Jahr ein routinemäßiges Screening auf Vorliegen einer Depression erfolgen.
- Bei der pharmakologischen Therapie sollte im Hinblick auf das Nebenwirkungsprofil eine Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern gegenüber dem Einsatz von trizyklischen Antidepressiva präferiert werden.
- Psychotherapeutische Maßnahmen sind geeignet, die diabetesbezogenen Belastungen zu reduzieren, Problemlösekompetenzen von Betroffenen zu stärken, die Stimmungslage zu verbessern und der Genese einer klinischen Depression oder deren Chronifizierung vorzubeugen.
- In der hausärztlichen Versorgung sollten erste Ansätze einer niederschweligen, bedarfsgerechten und individualisierten Betreuung erprobt und weiterentwickelt werden.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Bach M, Geretsegger C, Gößler R, et al. (eds). Antidepressive Therapie bei somatischen Erkrankungen, Konsensus Statement – State of the art 2010. Clinicum neuropsych 2010 (Sonderausgabe).
2. Jacobi F, Wittchen HU, Höfing C, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med 2004; 34: 597–611.
3. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, et al. Depressed adolescents grown up. JAMA 1999; 281: 1707–13.
4. Anderson RJ, Freedland KF, Clouse RE, et al. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. Diab Care 2001; 24: 1069–78.
5. Kruse J, Schmitz N, Thefeld W. On the association between diabetes and mental disorders in a community sample. Diab Care 2003; 26: 1841–6.
6. Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, et al. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. Diab Med 2005; 22: 293–300.
7. Moussavi S, Chatterij S, Verdes E, et al. Depression, chronic diseases and decrements

in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370: 851–8.

8. Egede LE. Diabetes, major depression and functional disabilities among US adults. *Diab Care* 2004; 27: 421–8.

9. von Korff M, Katon WJ, Lin EH, et al. Work disability among individuals with diabetes. *Diab Care* 2005; 28: 1326–32.

10. Lustman PJ, de Groot M, Anderson RJ, et al. Depression and poor glycemic control. *Diab Care* 2001; 23: 934–42.

11. Richardson LK, Egede LE, Mueller M, et al. Longitudinal effects of depression on glycemic control in veterans with type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 509–14.

12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Ass, Hillsdale, 1988.

13. de Groot M, Anderson RJ, Freedland KE, et al. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001; 63: 619–30.

14. Black SA, Markides KS, Ray LA. Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diab Care* 2003; 26: 2822–8.

15. Kruse J, Petrak F, Herpertz S, et al. Diabetes mellitus und Depression – eine lebensbedrohliche Interaktion. *Z Psychosom Med Psychother* 2006; 52: 289–309.

16. Gonzales JS, Peyrot M, McCarl LA, et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diab Care* 2006; 31: 2398–403.

17. Ciechanowski PS, Wayne MPH, Katon WJ, et al. Depression and diabetes. Impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Arch Intern Med* 2000; 160: 3278–85.

18. Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, et al. How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia* 2006; 49: 469–77.

19. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, et al. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia* 2006; 49: 837–45.

20. Kivimäki M, Lawlor DA, Singh-Manoux A, et al. Common mental disorder and obesity: insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study. *BMJ* 2009; 339: b3765.

21. Dallman MF, Pecoraro N, Akana SF, et al. Chronic stress and obesity: a new view of “comfort food”. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003; 100: 11696–701.

22. Mead GE, Morley W, Campbell P, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4): CD004366.

23. Andersohn F, Schade R, Suissa S, et al. Long-term use of antidepressants for depressive disorders and the risk of diabetes mellitus. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 591–8.

24. Nabe K, Nomura K, Ikeda H, et al. Depression is a component of the metabolic syndrome. *Med Hypotheses* 2008; 4: 79–83.

25. Rubin RR, Ciechanowski PS, Egede LE, et al. Recognizing and treating depression in patients with diabetes. *Curr Diab Rep* 2004; 4: 119–25.

26. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Gen Intern Med* 1997; 12: 439–45.

27. Henkel V, Mergl R, Schütze M, et al. Früherkennung depressiver Störungen in der Primärversorgung. *PsychoNeuro* 2003; 29: 35–9.

28. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global guidelines for type 2 diabetes. International Diabetes Federation, Brussels, 2005.

29. Nemeroff CB, Bompert MT, Berher J. The depressed suicidal patient. Assessment and treatment. *Ann NY Acad Sci* 2001; 932: 1–23.

30. Skogman K, Alsén M, Ojehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide – a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 113–20.

31. Peyrot M, Rubin RR. Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care* 1999; 22: 448–52.

32. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, et al. Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1998; 129: 613–21.

33. Didjurgeit U, Kruse J, Schmitz N, et al. A time-limited problem oriented psychotherapeutic intervention in type 1 diabetic

patients with complications: A randomised controlled trial. *Diab Med* 2002; 19: 814–21.

34. Herpertz S, Petrak F, Albus C, et al. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG: Psychosoziales und Diabetes mellitus. *Diab Stoffw* 2003; 12: 35–58.

35. Himmerich H, Pollmächer T, Schaaf L. Affektive Störungen bei Diabetes: Bessern Antidepressiva die Blutzuckereinstellung? *MMW Fortschr Med* 2006; 29: 37–40.

36. Katon WJ, von Korff M, Lin EH, et al. The Pathway Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1042–9.

37. Bogner HR, Morales KH, Post EP, et al. Diabetes, depression and death. A randomized controlled trial of depression treatment program for adults based in primary care (PROSPECT). *Diab Care* 2007; 30: 3005–10.

Dipl.-Psych. Berthold Maier

Studium der Psychologie an der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg mit den Schwerpunkten Klinische Psychologie und Verhaltensmodifikation. Seit 1997 Mitarbeiter am Diabetes Zentrum Bad Mergentheim sowie am Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM), seit 2000 Psychologischer Psychotherapeut, Fachpsychologe Diabetes (DDG).

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Entwicklung, Evaluation und Implementierung von Schulungs- und Behandlungsprogrammen für Menschen mit Diabetes; Hypoglykämie, Neuropathie, Prävention, Depression.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung