

Psychologische Insulinresistenz

Wie Sie Typ-2-Diabetiker vom Spritzen überzeugen

VON EVA KÜSTNER

Für viele Typ-2-Diabetiker gehört die Umstellung auf eine Insulintherapie zu den schwierigsten Phasen der Erkrankung. Lebensqualität, Freiheit und Mobilität scheinen auf dem Spiel zu stehen. Welche konkreten Widerstände gegen Insulin besonders häufig vorkommen, wie der Hausarzt seine Patienten bei der Entscheidung für Insulin unterstützen kann, dabei Ängste nimmt und die Lebensqualität erhält, soll im Folgenden beschrieben werden.



FACHKOMMISSION
DIABETES IN BAYERN E.V.

MMW-Fortbildungsinitiative: Diabetologie für den Hausarzt

Regelmäßiger Sonderteil der
MMW-Fortschritte der Medizin

Herausgeber:

Fachkommission Diabetes in Bayern –
Landesverband der Deutschen Diabetes-
Gesellschaft,
Dr. med. Hans-J. Lüddecke (1. Vorsitzender)
Cosimastr. 2
D-81927 München

Redaktion:

Priv.-Doz. Dr. M. Hummel (Koordination);
Prof. Dr. L. Schaaf (wissenschaftliche
Leitung); Prof. Dr. P. Bottermann; Prof. Dr.
M. Haslbeck; alle München.

Eva Küstner

Diplom-Psychologin,
Fachpsychologin
DDG, Klinikum Offen-
bach, Med. Klinik 2,
Diabeteszentrum



Was ist eine „psychologische Insulinresistenz“?

Ein Viertel bis die Hälfte der tablettenbehandelten Typ-2-Diabetiker steht dem Insulin ablehnend gegenüber [1–3]. Für diesen Widerstand gegen die notwendige Insulintherapie hat sich seit einiger Zeit ein quasi diagnostischer Terminus durchgesetzt: „psychologische Insulinresistenz“ [4]. Dieser Begriff bezeichnet den Widerstand des Patienten gegen den Beginn oder die Intensivierung der Insulintherapie.

Der Begriff hat keine so diskriminierende Tönung wie der Begriff „Noncompliance“. Er impliziert außerdem, dass hier mit psychotherapeutischen Maßnahmen behandelt werden kann und muss. Denn Patienten mit einer psychologischen Insulinresistenz werden so lange wie möglich versuchen, die Behandlung mit Insulin hinauszuzögern. Eine schlechte Diabeseinstellung wird dabei in Kauf genommen. Der akute Widerstand gegen Insulin ist größer als die Angst vor gesundheitlichen Folgen.

In diesem Zusammenhang sei nur kurz angemerkt, dass durchaus auch

Ärzte von psychologischer Insulinresistenz betroffen sein können: diejenigen, die zu lange abwarten, bis sie eine notwendige Umstellung auf Insulin tatsächlich einleiten. Der Anteil der Betroffenen (55%) ist erheblich [5].

Welche Ursachen hat die psychologische Insulinresistenz?

Die psychologische Insulinresistenz kann sich beim einzelnen Patienten aus unterschiedlichen Faktoren zusammensetzen:

- Falsche Informationen über Typ-2-Diabetes allgemein: Vielen Patienten ist z. B. nicht klar, dass im Verlauf bei den meisten Typ-2-Diabetikern eine Insulintherapie notwendig wird.
- Falsche Information über die Insulintherapie im Besonderen: Die Patienten stellen sie sich als gefährlich oder besonders schwierig vor.
- Ungünstige Erfahrungen mit Insulinbehandlungen bei Verwandten oder Bekannten spielen eine Rolle.
- Angst vor Unterzuckerungen, sozialem Stigma, vor Einschränkungen im Alltag.
- Überzeugung von der eigenen Inkompetenz.
- Der Widerstand gegen Insulin ist also keineswegs auf die Angst vor der Injektion beschränkt, aber sie spielt natürlich eine Rolle.

Crispin untersuchte 729 zufällig ausgesuchte Typ-2-Diabetiker aus Allgemeinarzt- und internistischen Praxen in Deutschland und fand als

stärkste Barriere das Fehlen einer positiven Ergebniserwartung [2]: 47% der Befragten erwarteten keine Besserung ihres Befindens durch Insulin. Weitere Barrieren waren Hypoglykämieangst, Überzeugung von der eigenen Inkompetenz, diffuse Aversionen gegen Insulin (z. B. „Insulin macht abhängig“) und – an fünfter Stelle – die Angst vor Schmerzen beim Spritzen.

Foto: Superbild

Viele Patienten glauben, dass die Insulintherapie gefährlich ist.

Auch in der DAWN-Studie war jeder vierte mit Tabletten unbefriedigend eingestellte Typ-2-Diabetiker davon überzeugt, dass Insulin ihm nicht zu einer besseren Einstellung verhelfen würde [6]. Ratzmann befragte 40 Typ-2-Diabetiker im Sekundärversagen nach emotionalen und psychosozialen Aspekten des Befindens. In dieser Gruppe waren die Angst vor der Insulininjektion und die Angst vor Versagen bei der Insulintherapie die Hauptgründe dafür, dass der Beginn der Insulintherapie immer wieder verdrängt und hinausgeschoben wurde [7].

In einer Befragung der Diabetesakademie Bad Mergentheim wurden als wichtigste Gründe für die Ablehnung einer notwendigen Insulintherapie Angst vor einer möglichen Gewichtszunahme, Sorge vor Verschlechterung der Therapieeinstellung und die Endgültigkeit der Therapieentscheidung genannt [8].

Unterstützung durch den Arzt

Der Arzt muss sich den Widerständen und besonders den Ängsten seines Patienten mit dem eindeutigen Ziel zuwenden, dass dieser in die Therapie einwilligen kann. Eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung, in der der Patient in die Entscheidung einbezogen wird und den Arzt als Experten wahrnehmen kann, ist dabei günstiger als eine, in der der Arzt allein entscheidet [9].

Das therapeutische Basisverhalten für die Überwindung von Widerständen besteht in

- Warmherzigkeit,
- unbedingter Akzeptanz,
- Empathie und
- Offenheit.

Dieses Verhalten macht es dem Arzt möglich, die Befürchtungen ernst zu nehmen und zu akzeptieren, sie durch Nachfragen zu klären, gemeinsam mit dem Patienten nach Lösungen zu suchen und falsche Konzepte zurechtzurücken. Dabei muss bei vielen Patienten die Zuversicht in die Effektivität der Behandlung („mit Insulin wird es mir wieder besser gehen“) und in die eigene Kompetenz erhöht werden („ich werde es schaffen“). In Tabelle 1 sind häufige Befürchtungen und Bar-

rieren und die ärztlichen Möglichkeiten der Reaktion zusammengefasst [modifiziert nach 10].

Zum Umgang mit Angst und Befürchtungen

Bei den Ängsten vor der Insulinbehandlung handelt es sich selten um so starke Ängste, dass die Kriterien einer Angststörung erfüllt würden. Die Behandlung folgt aber den gleichen Prinzipien: Vermeidungsverhalten – also das Hinauszögern der Insulinbehandlung – vermindert die Angst vor Insulin nicht, kann aber verstärkt werden, wenn der Patient beispielsweise bei einem Besuch in der ärztlichen Praxis „noch einmal davonkommt“, weil die notwendige Umstellung auf Insulin nicht angesprochen wird. Eine vorbereitete Expositionsbehandlung hingegen lässt die Angst schnell und oft bis zur vollständigen Auflösung abklingen.

Dies nutzt man z. B. bei der Angst vor Injektionen, indem man dem Patienten einen Pen mit Kanüle zeigt, in die Hand nehmen lässt, Fragen beantwortet, dabei ruhig und kompetent auftritt, nach den Empfindungen des Patienten fragt und dann darum bittet, dass sich der Patient einmal selbst sticht. Der Patient wird also in entspannter Atmosphäre konfrontiert und hat dabei die Chance zu erleben, dass er die gefürchtete Situation aushalten kann. Mit ein bisschen freundlichem

Nachdruck wird der Patient die Herausforderung neben der Angst spüren.

Nach der ersten Selbstinjektion sind viele Patienten verblüfft: Sie haben viel weniger gespürt als erwartet. Und sie können stolz auf sich sein: Sie haben es doch geschafft, die Angst zu überwinden und sich selbst zu spritzen. Das stärkt die Zuversicht und den Glauben an sich selbst. Patienten mit Erfahrung in der Blutzuckerselbstkontrolle hilft häufig allein der Hinweis, dass diese von den meisten Patienten unangenehmer als die Insulininjektion erlebt wird, um das Insulinspritzen zu beginnen.

Angst vor sozialer Ausgrenzung

Genauso effektiv kann die Angst vor sozialer Ausgrenzung bearbeitet werden. Die sozialen Situationen, die der Patient als schwierig vorherieht, sollten von ihm möglichst genau geschildert werden. Häufig dreht es sich dabei um präprandiales Blutzuckermessen und Insulinspritzen unter Beobachtung von Fremden, Arbeitskollegen und Bekannten. Der Patient erwartet Unverständnis, Kritik und Zurückweisung.

Mit dem Patienten sollte dann das schrittweise Ausprobieren immer schwierigerer Situationen vereinbart werden, wobei man als Behandler erwarten darf, dass soziale Ausgrenzung sehr viel seltener ist als vom Patienten befürchtet. Ein mutiges „Sichouten“ wird also in den meisten Fällen positiv verstärkt.

Angst vor Unterzuckerung

Die Angst vor Unterzuckerungen ist häufig eine Folge von Katastrophengeschichten. Patienten haben über irgendeinen Diabetiker gehört, der im Unterzucker „plötzlich umgefallen“ sei, und verbinden dies mit dem Gefühl von Machtlosigkeit gegenüber jeglicher Art von Unterzuckerung.

Die Angst reduziert sich bei den meisten Patienten durch Schulung über Symptome und Behandlung, verbunden mit der persönlichen Erfahrung, dass die Symptome durchaus frühzeitig zu spüren sind und man sich selbst sehr wohl helfen kann.

Tabelle 1

Zehn Barrieren gegen eine Insulinbehandlung aus Patientensicht und Behandlungsmöglichkeiten durch den Arzt

Barrieren des Patienten	Behandlungsmöglichkeiten durch den Arzt
1 Persönliche Überzeugung, „es nicht zu schaffen“	<ul style="list-style-type: none"> - Nachfragen, was genau der Patient glaubt, nicht zu schaffen. - Auf Ressourcen und Kompetenzen des Patienten achten und dies rückmelden. - Den Patienten bitten, sich an eine Lebenskrise zu erinnern, die er wider Erwarten gemeistert hat. - Überzeugung, dass der Patient alles Nötige lernen wird, deutlich ausdrücken. - Möglichkeiten der Unterstützung erörtern (Schulung, Unterstützung durch Praxis, Familienangehörige oder Sozialdienst). - Probezeit zum Ausprobieren vereinbaren.
2 Angst vor Unterzuckerungen	<ul style="list-style-type: none"> - Überzeugung ausdrücken, dass Patient Vorbeugung und Selbstbehandlung lernen kann. - Schulung. - Bedrohlichkeit realistisch darstellen und Befürchtungen, daran zu sterben, relativieren.
3 Angst vor zeitlicher Abhängigkeit durch festgelegte Injektions- und Essenszeiten	Informieren über präprandiale Insulinstrategie mit Humaninsulin.
4 Angst vor beruflichen Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Informieren über rechtliche Situation. Auch unter Insulinbehandlung ist z. B. Lkw-Fahren und Fahrgastbeförderung möglich. - Den Patienten bitten, nach Lösungsmöglichkeiten für den „schlimmsten Fall“ zu suchen.
5 Angst vor der Injektion	Insulinpen und Kanüle zeigen, in die Hand nehmen lassen, Spritztechnik erklären und, wenn irgend möglich, Injektion sofort „trocken“ ausprobieren lassen.
6 Überzeugung, dass jetzt Komplikationen auftreten werden (z. B. Insulin macht impotent)	<ul style="list-style-type: none"> - Insulin ist im Sekundärversagen das beste Therapeutikum, um Folgekomplikationen zu vermeiden oder zu stoppen. - Nach schlechten Erfahrungen im Umfeld des Patienten fragen.
7 Angst vor Gewichtszunahme	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzierung von Fettverzehr und Steigerung von körperlicher Bewegung besprechen. - Kurz- und langfristige Ziele vereinbaren: zunächst Routine bei Insulinbehandlung gewinnen; dabei ist Gewichtsstillstand ein Erfolg, danach Fokus auf Gewichtsabnahme. - Erörterung der vielfältigen Insulinwirkungen, dabei die positiven Wirkungen betonen. - Ernährungsberatung (kohlenhydrat- und ballaststoffreich) anbieten.
8 Angst, in der Öffentlichkeit zu spritzen, nicht mehr Essen gehen oder reisen zu können	<ul style="list-style-type: none"> - Anerkennen, dass zur Selbstbehandlung in der Öffentlichkeit zumindest am Anfang Mut gehört. - Besprechen, wie diskrete Selbstbehandlung möglich wäre. - Einfache und schwierige Bedingungen definieren lassen und schrittweises Ausprobieren vorschlagen (z. B. als Erstes mit der Familie Essen gehen und ausprobieren, wie das Umfeld tatsächlich reagiert).
9 Bedrückendes Gefühl, mit Insulin ernsthaft krank zu sein	<ul style="list-style-type: none"> - Aktiv zuhören. - Verständnis ausdrücken. - Überzeugung relativieren und Hoffnung vermitteln: <ul style="list-style-type: none"> - Typ 2-Diabetes ist von Beginn an eine ernste Erkrankung, nicht erst mit Beginn der Insulintherapie und - Insulin als Chance, „gesund“ zu bleiben, darstellen.
10 Schuldgefühle, Insulin als Strafe für begangene Diät, „sünden“, Gefühl von Versagen, weil bisherige Therapien versagt haben	<ul style="list-style-type: none"> - Entlastung bieten: <ul style="list-style-type: none"> - Information über nachlassende Kapazität der Inselzellen im Verlauf des Typ-2-Diabetes. - Insulin als Chance, nicht als Strafe darstellen. - In die Zukunft, nicht in die Vergangenheit sehen: Der Patient sorgt damit gut für sich.

Tabelle 2

Häufige Kommunikationsfehler, mögliche Konsequenzen und günstige Verhaltensalternativen

Häufige Kommunikationsfehler	Mögliche negative Konsequenzen für die Selbstbehandlung des Patienten	Günstiges ärztliches Vorgehen
<ul style="list-style-type: none"> - Arzt droht während der Behandlungsphase mit oralen Antidiabetika mit Insulin, um Diätcompliance zu erhöhen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Patient empfindet Insulin als Strafe 	<ul style="list-style-type: none"> - Insulin als nächste gute Therapieoption darstellen für den Fall, dass Tabletten versagen.
<ul style="list-style-type: none"> - Arzt droht mit diabetischen Folgeschäden, um Zustimmung zur Insulintherapie zu erreichen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Angst wächst. Da aber die Kompetenzerwartung nicht wächst, wird sich der Patient stärker als Versager erleben und evtl. seinen Diabetes stärker ablehnen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kurzfristige Verbesserung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit in Aussicht stellen. Nach persönlichen Vorbehalten fragen, informieren, Schulung anbieten (s. Tab. 1).
<ul style="list-style-type: none"> - Arzt gibt nach Ablehnung des Patienten auf, über notwendige Insulinbehandlung zu sprechen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Der Patient erlebt die Therapieänderung als nicht so dringend. Der Patient erlebt sich mit seinen Vorbehalten nicht ernst genommen. Der Patient fühlt sich schuldig an der Kommunikationsstörung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Notwendigkeit von Insulin ohne Drohen bei jedem Kontakt darstellen. Entscheidungsprozess für Patienten strukturieren und mit kurzfristigen Terminen beschleunigen (z. B. „besprechen Sie es heute Abend mit der Familie und kommen Sie morgen noch einmal her“) und nach den Gründen der Ablehnung fragen.

Die Angst vor Gewichtszunahme

Sie stellt eine Herausforderung für den Therapeuten dar. Denn diese Angst ist ja durchaus berechtigt, wenngleich eine Gewichtszunahme nicht notwendigerweise passiert und in vielen Fällen moderat ausfällt. Auf jeden Fall müssen die Therapieziele neu besprochen und der Situation angepasst werden. Als Ziel kann z. B. für einen Patienten, der vor dem Beginn der Insulintherapie nicht unfreiwillig Gewicht verloren hat, ein Gewichtsstillstand vereinbart werden.

Die Rolle von depressiven Symptomen

Auch depressive Symptome oder eine manifeste depressive Episode erschweren den Zugang zur Insulintherapie. Hyperglykämische und depressive Symptome ähneln sich auf den ersten Blick. Man denke an den Energieverlust, den Verlust von Freude und Interesse an Dingen, die dem Patienten früher Freude gemacht haben, die Konzentrationsschwierigkeiten, den Verlust des Selbstvertrauens und die Gefühle von Schuld und Hoffnungslosigkeit.

Der Hausarzt kann zunächst die Vorzüge der Insulintherapie zur Verbesse-

rung dieser Symptomatik darstellen. Willigt der Patient trotz großer Bemühungen nicht in die Insulintherapie ein, sollte zügig die Unterstützung durch einen Psychotherapeuten, möglichst mit diabetologischen Kenntnissen („Fachpsychologe Diabetes“ oder „Psychodiabetologe“, s. [11]) oder eines Psychiaters in Anspruch genommen werden.

Häufige Fehler in der Kommunikation

Leider kommuniziert der Arzt nicht immer günstig mit den Patienten, die von einer psychologischen Insulinresistenz betroffen sind. Häufige Fehler sind Drohungen mit diabetischen Folgeerkrankungen oder ein Abbruch der Kommunikation, wenn Überzeugungsversuche erfolglos geblieben sind. Problematisch ist eine Bewertung der Patientenvorbehalte als statisch „noncompliant“, mit der Entwicklungs- und Änderungsmöglichkeiten ausgeblendet werden. Mögliche Konsequenzen derartiger Fehler und günstige Verhaltensalternativen zeigt Tabelle 2.

Bei jeder passenden Gelegenheit kann man als Arzt mit der zukünftigen

Insulinbehandlung Hoffnung für den Patienten verbinden: Durch Insulin werden Blutzucker und HbA_{1c} verbessert, körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit gesteigert: Veränderungen, die der Patient sehr schnell wahrnehmen kann.

Zu jeder Umstellung auf Insulin gehört zwingend eine leitliniengerechte strukturierte Schulung, in der Wissen vermittelt und auch die weiter bestehenden Zweifel und Ängste des Patienten besprochen werden [12]. Hier ist nicht nur die verständnisvolle Schulkraft, sondern auch die Gruppe der anderen Teilnehmer von großem therapeutischem Wert. Bei den meisten Patienten fallen die Barrieren gegen die Insulintherapie dann schnell und die Ängste sinken gegen Null.

Literatur unter www.mmw.de

Anschrift der Verfasserin:

Eva Küstner, Diplom-Psychologin, Fachpsychologin DDG, Klinikum Offenbach, Medizinische Klinik 2 (Leiter: Prof. Dr. med. H. Dancygier), Diabeteszentrum, Starkenburgring 66, D-63069 Offenbach, E-Mail: eva-kuestner@web.de

Literatur

1. Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Villa-Caballero L, Edelman SV (2005): Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes. The scope of the problem. *Diabetes Care* 28:2543–2545
2. Crispin A, Weitkunat R, Stridde E, Huppertz E, Göke B (2005): Barrieren gegen Insulin bei Typ-2-Diabetikern in Deutschland. *Diabetes und Stoffwechsel* 14 Suppl: 179
3. Kulzer B, Hermanns N, Scholze A, Reinecker H, Kubiak T, Haak T (2005): Wie ausgeprägt sind Befürchtungen vor einer Insulintherapie? *Diabetes und Stoffwechsel* 14 Suppl: 178
4. Polonsky WH, Jackson RA (2004): What's so tough about taking insulin? Addressing the problem of psychological insulin resistance in type 2 diabetes. *Clinical Diabetes* 22:147–150
5. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, Landgraf R, Kleinbreil L, on behalf of the DAWN International Advisory Panel (2005): Resistance to insulin therapy among patients and providers. *Diabetes Care* 28:2673–2679
6. Skovlund SE, Peyrot M, on behalf of the DAWN International Advisory Panel (2005): The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Program: A new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectrum* 18:136–142
7. Ratzmann KP (1991): Psychologische Aspekte bei Diabetikern mit Sekundärversagen einer Sulfonylharnstofftherapie. *Dtsch. Med. Wschr.* 116: 87–90
8. Kulzer B, Scholze A, Hermanns N, Reinecker H, Haak T (2005): Welche Gründe geben Typ 2-Diabetiker für die Ablehnung einer Insulintherapie an? *Diabetes und Stoffwechsel* 14 Suppl: 180
9. Bogatean M, Miclea S, Hancu N (2004): Patient-physician relationship: a therapeutic tool in overcoming psychological insulin resistance. *Diabetologia* 47 (Suppl. 1) A335
10. Funnell MM, Kruger DF, Spencer M (2004): Self-management support for insulin therapy in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator* 30 (2) 274–280
11. Arbeitsgemeinschaft Psychologie und Verhaltensmedizin in der DDG: Psychotherapieführer. http://www.diabetes-psychologie.de/pt_fuehr.htm
12. Herpertz S, Petrak F, Albus C, Hirsch A, Kruse J, Kulzer B. (2003): Psychosoziales und Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG. Hrsg. Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) und Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM). *Diabetes und Stoffwechsel*, Band 12, Suppl. 2.