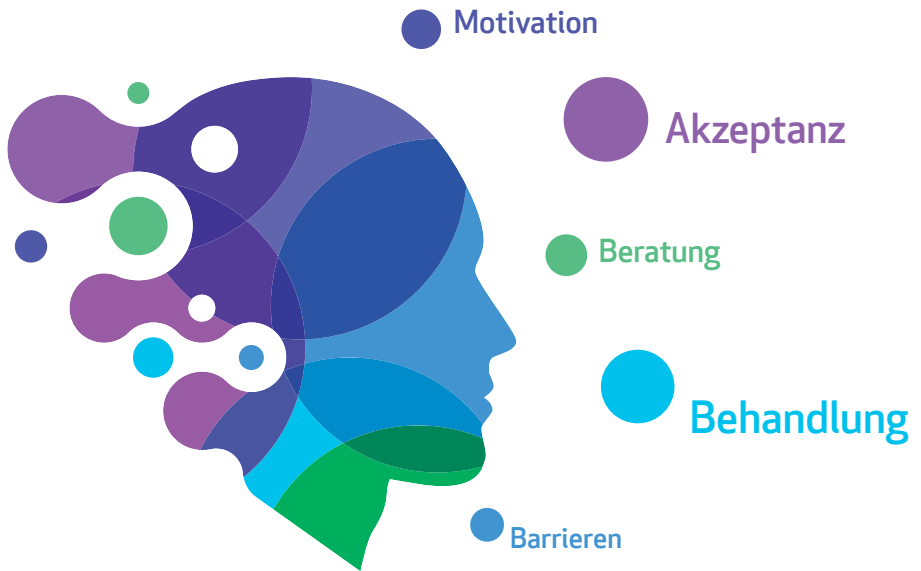


R. Paust | R. Krämer-Paust | U. Schönrade | B. Thomas

Praxisbuch Psychodiabetologie

Psychosoziale Aspekte der Diabetesbehandlung



R. Paust | R. Krämer-Paust | U. Schönrade | B. Thomas
Praxisbuch Psychodiabetologie

**„Wer fertig ist, dem ist nichts recht zu machen;
ein Werdender wird immer dankbar sein!“**

Johann Wolfgang von Goethe (Faust)

R. Paust | R. Krämer-Paust | U. Schönrade | B. Thomas

Praxisbuch Psychodiabetologie

Psychosoziale Aspekte der Diabetesbehandlung

Mit 28 Abbildungen und 38 Tabellen

Dr. phil. Rainer Paust
Diplom-Pädagoge
Institut für
Psychosoziale Medizin
Elisabeth-Krankenhaus
Essen GmbH
Klara-Kopp-Weg 1
45138 Essen

Dr. med. Renate
Krämer-Paust
Fachärztin für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Hinseler Hof 109
45138 Essen

Uwe Schönrade
Diplom-Psychologe/
Psychologischer
Psychotherapeut/
Fachpsychologe
Diabetes (DDG)
Praxis für Psychotherapie
Kartäuserhof 24
50678 Köln

Bianca Thomas
Diplom-Oecotrophologin
Diabetesberaterin (DDG)
c/o Institut für
Psychosoziale Medizin
Elisabeth-Krankenhaus
Essen GmbH
Klara-Kopp-Weg 1
45138 Essen

ISBN 978-3-7691-3769-9
aerzterverlag.de

Bildquellennachweise

Porträtfotos der U4:
R. Paust (EKE, R. Lenga) /
U. Schönrade (A. Pott) /
R. Krämer-Paust und B. Thomas
(privat)

Icons (Buchinnenteil):
icons gate/stock.adobe.com,
nadiinko/stock.adobe.com,
RaulAlmu/stock.adobe.com.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Wichtiger Hinweis:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können. Die angegebenen Empfehlungen wurden von Verfassern und Verlag mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und geprüft. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Der Benutzer ist aufgefordert, zur Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. **Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.** Verfasser und Verlag übernehmen in folgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © 2023 by Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstraße 2, 50859 Köln

Umschlagkonzeption: Deutscher Ärzteverlag GmbH
Titelgrafik: kuliperko – stock.adobe.com
Produktmanagement: Sabine Bosch
Content Management: Alessandra Provenzano
Manuskriptbearbeitung: Thalia Andronis
Herstellung: Christian Ruhmann
Satz: Plumann, 47807 Krefeld

Geleitwort von Prof. Dr. med. Andreas Neu

Psychosoziale Determinanten zählen zu den wichtigsten Einflussfaktoren auf die Stoffwechseleinstellung bei Diabetes mellitus. Diese Erkenntnis hat in den letzten Jahrzehnten allmählich Eingang gefunden in nationale und internationale Leitlinien und somit auch in das Handeln derer, die sich um Menschen mit Diabetes kümmern. Gleichzeitig ist der Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei chronischen Krankheiten gewachsen und wird bislang nur unzureichend abgedeckt. Dies betrifft alle Altersgruppen und alle Formen des Diabetes.

Immer mehr vollzieht sich im Diabetesbereich ein Wandel von einer krankheitsfokussierten Sicht auf den Diabetes mellitus hin zu einer patientenzentrierten Begleitung von Menschen mit Diabetes, die auch das jeweilige Umfeld mit in den Blick nimmt und damit einer ganzheitlichen Herangehensweise gerecht wird.

Die Autoren des vorliegenden Buches haben neben ihrer fachspezifischen Expertise und Kenntnis langjährige Erfahrung

gesammelt und diese in ein Praxisbuch einfließen lassen. Die Bedeutung der Schulung wird ebenso beleuchtet wie die Bedeutung psychosozialer Beratungsmethoden. Störungen und Barrieren einer guten Behandlung werden thematisiert, Gleiches gilt für Ressourcen zur Bewältigung. Das Werk spannt einen großen Bogen vom Krankheitsbeginn hin zu Problemen und Störungen im Langzeitverlauf. Diabetesspezifische Belastungen werden ausführlich thematisiert, einzelne wichtige Krankheitsbilder detailliert dargestellt.

Das vorliegende Werk ist eine wichtige Arbeitshilfe für alle, die therapeutisch im Diabetesbereich tätig sind. Es schafft die Grundlage für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Diabetes und bietet eine informative und anregende Lektüre, die ich allen Interessierten gern empfehle.

Prof. Dr. med. Andreas Neu
Präsident der Deutschen Diabetes
Gesellschaft (DDG)

Geleitwort von Dr. rer. medic. Nicola Haller

Diabetesberatung als Therapiebestandteil der Diabetesbehandlung erfordert mannigfaltige Kompetenzen. Zielführend sind neben der Erfahrung in der Beratung ein gesundes Fundament an Wissen und ergänzende Werkzeuge im Gespräch. Die in diesem Buchwerk abgebildeten Aspekte des psychosozialen Werkzeugs unterstützen die Beziehungsqualität zwischen Betroffenen und Berater. Sind Barrieren im Gespräch aufspürbar, beginnt die Suche nach einer gewinnbringenden Strategie: Um eine gute Wahl treffen zu können, erhält der Leser hier einen fundierten Überblick über Coping-Strategien und personenzentrierte Beratung. Kohärenzgefühl wird als Begrifflichkeit erklärt und Krankheitsbewältigung als Prozess beschrieben – für die Diabetesberatung erhalte ich einen Überblick dieser Kompetenzen, um in der Praxis im Gespräch einen guten Weg für die Begleitung der Patienten und ihrer Therapie herauszufinden. Jede Gesprächssituation erfordert eine individuelle Entscheidung in der Vorgehensweise, jeweils passend zum Patienten.

Auch eine intermittierende Selbstreflexion kann in der Beraterprofession förderlich sein, um das Beratungsgespräch hilfreich auszurichten. Die hier dargestell-

ten praxisnahen Beschreibungen verschiedener Strategien und die dargestellten beispielhaften Situationen ermuntern zum Dazulernen.

Im therapeutischen Team ist durch die Kompetenz der Behandler ein Gleichgewicht zwischen Therapieoptimierung, Therapiezufriedenheit und Lebensqualität zu suchen sowie das Selbstmanagement der Betroffenen zu unterstützen. Die aktuell rasante Entwicklung in der Diabetestechnologie erfordert bei diesem Prozess konsequente Unterstützung: Was unabhängig von der Prozessentwicklung nicht fehlen sollte, ist das Vertrauen zum Team, bestehend aus Arzt, Diabetesberater oder Diabetesassistent: Und im Idealfall einem Psychologen. Selbst das Fach der Ernährungspsychologie sollte aus meiner Sicht erweiternd Zugang in der Therapie erfahren, um etwaigen Essstörungen zuvorzukommen oder diese zu entdecken und fachlich gut zu behandeln. Mit der Zielstellung, eine Kontinuität in der Betreuung der Diabetestherapie zu erreichen – mit allen Wellen, die das Leben mit einer chronischen Erkrankung erfährt –, sind vielfältige Methoden in der Beratung gefragt, um Eskalationen zu glätten.

Dieses Buch bietet für die Beratung Methodenkompetenz und somit Anregungen zur Prozessentwicklung sowie Ideen zur Bewältigung von schwierigen Gesprächssituationen. Eine sehr kompetente Lektüre.

Viel Freude und gutes Gelingen wünscht Ihnen

Dr. Nicola Haller

Vorsitzende des Verbands der
Diabetesberatungs- und Schulungsberufe
in Deutschland e.V. (VDBD)

Danksagung

An der Erarbeitung des vorliegenden Praxisbuchs für Diabetesteams haben folgende Kolleginnen und Kollegen mitgewirkt: Für ihre Anregungen und Hinweise möchten wir uns herzlich bedanken.

Harold Becker, Linda Berning, Dr. med. Ralph A. Bierwirth, Eike Bossen, Doreen Haberkorn, Sabine Brandt, Dr. med. Corinna Emmerich, Doctor-medic (RO) Ingrid Feier, Dr. med. Vera Feldmeier, Marianne Hasebrink, Dr. med. Elisabeth Hesse, Eva Küstner, Dr. med. Josefine Lorenzen, Dr. med. Angela Matena, Prof. Dr. med. Joachim Papenberg, Dr. med. Heike Richter-Görge, Bettina Schleifer-Jansen, Lukas Schmidt, Dr. med. Kea Schneider, Dr. med. Jolanda Schottenfeld-Naor, Dr. med. Benno Schulze Schleppehoff, Sandra Singh, Dr. rer. nat. Olaf Spörkel, Dr. med. Anna Katharina Trocha,

Ariane Zimmermann, Claudia Zimmer, Miriam Zobel.

Ebenso gilt unser Dank Sabine Bosch vom Produktmanagement Medizinisches Fachwissen im Deutschen Ärzteverlag sowie den Lektorinnen, Alessandra Provenzano und Thalia Andronis, die uns bei der Realisierung des Projekts mit ihren hilfreichen Ratschlägen intensiv begleitet haben.

Alle Namen und Angaben zu Personen in den Fallbeispielen sind frei erfunden und haben keinen Bezug zu existierenden Personen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Zu den Autoren

Die Autoren behandeln seit vielen Jahren Menschen mit Diabetes in verschiedenen ambulanten und stationären Settings aus psychodiabetologischer Perspektive.

Dr. phil. **Rainer Paust** ist Diplom-Pädagoge und leitet das Contilia Institut für Psychosoziale Medizin im Elisabeth-Krankenhaus Essen. Er ist Familientherapeut und approbierter Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut.

Dr. med. **Renate Krämer-Paust** arbeitet als Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in eigener Praxis mit tiefenpsychologischem Schwerpunkt. Neben der Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, Depressionen und Angststörungen liegt ein besonderer Fokus auf der Behandlung von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen wie Diabetes.

Diplom-Psychologe **Uwe Schönrade** ist als Psychologischer Psychotherapeut und Verhaltenstherapeut in eigener Praxis in Köln niedergelassen. Als Fachpsychologe Diabetes (DDG) arbeitet er schwerpunktmäßig mit Diabetes-Betroffenen. In zahlreichen Kooperationen mit diabetologischen Schwerpunktpraxen, Hausarztpraxen und Kliniken werden Patienten psychotherapeutisch behandelt, wenn Grenzen der Primärversorgung erreicht sind und Hinweise auf psychische Erkrankungen vorliegen.

Diplom-Oecotrophologin **Bianca Thomas** ist Diabetesberaterin DDG und Fitness-trainerin. In ihrer Tätigkeit betreut sie Diabetespatienten im stationären und ambulanten Setting und führt Ernährungsberatungen und Schulungen durch. Freiberuflich engagiert sie sich in der Weiterbildung von Diabetes-Beratungsberufen und ist als Referentin zu den Themen Ernährung, Bewegung und Beratung tätig.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1
1 Warum Psychosoziale Diabetologie?	3
1.1 Diabetesbehandlung im Wandel – 3	
1.1.1 Vom Halbgott in Weiß zur Teamarbeit – 3	
1.1.2 Personenzentrierte Schulung und Beratung – 5	
1.1.3 Ziele in der Diabetesbehandlung – 7	
1.2 Die Bedeutung psychosozialer Aspekte im Wandel – 8	
1.2.1 Behandlungsbarrieren – 9	
1.2.2 Bewältigungsressourcen – 12	
1.2.3 Psychodiabetologie und Psychotherapie – 13	
1.3 Zusammenfassung – 16	
Bausteine personenzentrierter Beratung: Personenzentrierung – 19	
2 Krankheitsbewältigung und Diabetesakzeptanz	21
2.1 Diagnoseschock und initiale Bewältigung – 21	
2.1.1 Krankheitsbewältigung im Langzeitverlauf – 22	
2.1.2 Diabetesakzeptanz – 23	
2.1.3 Krankheitsbewältigung als Prozess – 24	
2.1.4 Problemorientiertes und emotionsorientiertes Coping – 26	
2.1.5 Annäherungs- und Vermeidungsstrategien – 27	
2.1.6 Selbstwirksamkeit – 28	
2.1.7 Kontrollüberzeugung – 30	
2.1.8 Kohärenzgefühl – 30	
2.1.9 Lebenserfahrungen und Krankheitsbewältigung – 32	
2.2 Der Patient mit Akzeptanzproblemen in der Praxis – 35	
2.2.1 Praxisbeispiel: Bedürfnisse wahrnehmen – 35	
2.2.2 Diabetesberatung in Aktion – 39	
2.3 Zusammenfassung – 45	
Bausteine personenzentrierter Beratung: Das Unbewusste – 48	

3	Behandlungsmotivation	51
3.1	Wenn die Motivation zur Selbstbehandlung fehlt – 51	
3.1.1	Modelle der Motivation – 52	
3.1.2	Motivationsprogramme: zu kognitiv, wenig interpersonell – 57	
3.1.3	Plädoyer für die Sprechstunde – 58	
3.1.4	Wie erkenne ich Behandlungsmotivation? – 58	
3.1.5	Motivierung des Patienten von Anfang an – 58	
3.2	Der demotivierte Patient in der Praxis – 61	
3.2.1	Praxisbeispiel: Bedürfnisse entdecken – 61	
3.2.2	Diabetesberatung in Aktion – 63	
3.3	Zusammenfassung – 69	

Bausteine personenzentrierter Beratung: Empathie – 71

4	Diabetesbezogene Belastungen	73
4.1	Wenn Diabetes belastet – 73	
4.1.1	Psychische Stabilisierung bei akuter Belastung – 74	
4.1.2	Häufigkeit von diabetesbezogenen Belastungen – 75	
4.1.3	Belastung durch Komplexität der Behandlung – 76	
4.1.4	Mikrostressoren als Belastung – 76	
4.1.5	Belastung und Selbstwert – 79	
4.1.6	Bedürfnissen Raum geben – 81	
4.1.7	Gesunde Abwehr schützt vor Überbelastung – 81	
4.1.8	Belastung erkennen – 82	
4.2	Der belastete Patient in der Praxis – 83	
4.2.1	Praxisbeispiel: Grenzen erkennen – 84	
4.2.2	Diabetesberatung in Aktion – 87	
4.3	Zusammenfassung – 92	

Bausteine personenzentrierter Beratung: Perspektivität – 93

5	Diabetesbezogene Belastungen in der Partnerschaft	95
5.1	Wenn Diabetes die Partnerschaft gefährdet – 95	
5.1.1	Die Krankheit ist etwas anderes als das Sprechen über die Krankheit – 96	
5.1.2	Kommunikation: Das „Wie“ ist wichtiger als das „Was“ – 97	
5.1.3	Diabetesassoziierte Probleme in einer Partnerschaft – 97	
5.1.4	Folgen und Belastungen des Diabetes innerhalb der Partnerschaft – 98	
5.1.5	Eine Krankheit für zwei – 100	
5.1.6	Verliebt, verlobt, verheiratet – Grundsätzliches und Weiterführendes – 101	

5.2	Das Paar mit Diabetes in der Praxis – 103	
5.2.1	Praxisbeispiel: Mut zur Interaktion – 103	
5.2.2	Diabetesberatung in Aktion – 105	
5.3	Zusammenfassung – 114	
	Bausteine personenzentrierter Beratung: Lebenswirklichkeit – 116	
6	Diabetes und Burnout	117
6.1	Wenn das Leben mit Diabetes erschöpft – 117	
6.1.1	Burnout ist keine Krankheit, kann aber krank machen – 118	
6.1.2	Kommt Burnout wirklich nur in der Berufswelt vor? – 118	
6.1.3	Was ist besonders an Burnout bei Diabetes? – 119	
6.1.4	Prävention von Burnout mit Diabetes – 122	
6.2	Der erschöpfte Patient in der Praxis – 123	
6.2.1	Praxisbeispiel: Gleichgewicht zwischen Engagement und Selbstfürsorge finden – 123	
6.2.2	Diabetesberatung in Aktion – 126	
6.3	Zusammenfassung – 132	
	Bausteine personenzentrierter Beratung: Gefühle und Gedanken – 133	
7	Diabetes und Depression	135
7.1	Wenn Diabetes depressiv macht – 135	
7.1.1	Stellenwert der Depression bei Diabetes – 135	
7.1.2	Welche Depressionen gibt es? – 136	
7.1.3	Screening von Depressionen – 137	
7.1.4	Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen – 139	
7.1.5	Diabetes und Suizidalität – 141	
7.1.6	Information über Depression in der Praxis – 142	
7.1.7	Leichte depressive Episode – 142	
7.1.8	Mittelgradige und schwere Depression – 143	
7.1.9	Depression: Herausforderung für das Diabetesteam – 143	
7.2	Der depressive Patient in der Praxis – 144	
7.2.1	Praxisbeispiel: von Leistungsidealen und Perfektionswünschen befreien – 144	
7.2.2	Diabetesberatung in Aktion – 145	
7.3	Zusammenfassung – 151	
	Bausteine personenzentrierter Beratung: Wahrnehmung – 153	
8	Diabetes und Essprobleme	155
8.1	Wenn Essen zum Problem wird – 155	
8.1.1	Emotionales Essverhalten – 156	
8.1.2	Die Macht der Kontrolle – 158	

- 8.1.3 Einflussfaktoren problematischen Essverhaltens – 158
- 8.1.4 Adipositas – wenn das Gewicht zum Problem wird – 160
- 8.1.5 Welche Essstörungen gibt es? – 161
- 8.1.6 Diabetesspezifische Essprobleme – 167
- 8.1.7 Erste Hilfe in der Beratung – 168
- 8.2 Der Patient mit Essproblemen in der Praxis – 171
 - 8.2.1 Praxisbeispiel: Bedürfnisse erkennen – 171
 - 8.2.2 Diabetesberatung in Aktion – 173
- 8.3 Zusammenfassung – 178

Bausteine personenzentrierter Beratung: Introspektion – 180

9 Diabetesbezogene Ängste 181

- 9.1 Wenn Diabetes Angst macht – 181
 - 9.1.1 Alarmfunktion der Angst – 181
 - 9.1.2 Welche Angststörungen gibt es? – 182
 - 9.1.3 Diabetesspezifische Ängste – 184
 - 9.1.4 Vermeidungsverhalten: die Angst vor der Angst – 187
 - 9.1.5 Auslösesituation einer Angstreaktion – 188
 - 9.1.6 Angst und Scham – 189
 - 9.1.7 Behandlung von Angststörungen – 190
 - 9.1.8 Erste Hilfe in der Praxis: Ansprechen der Angst – 190
- 9.2 Der Patient mit Angst in der Praxis – 192
 - 9.2.1 Praxisbeispiel: Machen trotz Angst – 193
 - 9.2.2 Diabetesberatung in Aktion – 195
- 9.3 Zusammenfassung – 201

Bausteine personenzentrierter Beratung: Menschenbild und Autonomie – 202

10 Management psychosozialer Behandlungsbarrieren 205

- 10.1 Erkennen psychosozialer Behandlungsbarrieren – 205
 - 10.1.1 Diagnostik von Ressourcen – 207
- 10.2 Personenzentrierte psychosoziale Diabetesberatung – 212
 - 10.2.1 Psychosoziale Beratungssituation im diabetologischen Behandlungssetting – 212
 - 10.2.2 Kooperieren mit einer Psychosozialen Fachstelle im Netzwerk – 214
 - 10.2.3 Vernetzung mit psychosozialen Beratungsstellen und Psychotherapie – 215
- 10.3 Zusammenfassung – 215

Bausteine personenzentrierter Beratung: Selbstverwirklichung und Selbstaktualisierung – 217

11	Schritt für Schritt zur personenzentrierten Beratung	219
11.1	Belastungen für das Diabetesteam – 221	
11.1.1	Selbstfürsorge: Abgrenzen, ohne abzustumpfen – 222	
11.1.2	Psychohygiene und Selbstfürsorge der Helfer – 223	
11.2	Kontext der Beratung – 224	
11.2.1	Äußere Rahmenbedingungen – 224	
11.2.2	Innere Rahmenbedingungen – 225	
11.3	Patientenzentrierte Gesprächstechnik – 227	
11.3.1	Aktives Zuhören – 228	
11.3.2	Fragen stellen – 230	
11.4	Schritte des Gesprächsaufbaus – 231	
11.4.1	Gesprächsanfang und Auftragsklärung – 231	
11.4.2	Problem erkennen und Hintergründe verstehen – 232	
11.4.3	Bewältigungsressourcen aktivieren – 235	
11.4.4	Anregung zum Perspektivwechsel – 238	
11.4.5	Abschluss eines Beratungsgesprächs – 242	
11.5	Zusammenfassung – 245	
	Bausteine personenzentrierter Beratung: Resonanz – 247	
Glossar		249
Stichwortverzeichnis		255

Making contact

I believe
The greatest gift
I can conceive of having
is
to be seen by them
heard by them
to be understood
and
touched by them.

The greatest gift
I can give
is
to see,
hear,
understand
another person.

When this is done
I feel
contact has been made.

*(Aus: Virginia Satir, Making contact.
Celestial Arts, Berkeley, California, 1976)*

Einführung

„Ich weiß ja, was ich tun sollte, damit mein Diabetes gut eingestellt ist. Warum tue ich es eigentlich nicht?“ (Äußerung eines Patienten)

Das vorliegende Praxisbuch wendet sich an Berufsgruppen, die in der Behandlung und Beratung von Patienten mit Diabetes mellitus (im Folgenden „Diabetes“ genannt) tätig sind: Diabetesberater und Diabetesassistenten, Diabetologen, Ärzte in diabetologischer Weiterbildung, Hausärzte, Ernährungsberater, Oecotrophologen, Podologen, Gesundheits- und Krankenpfleger.

Sie erleben nahezu täglich, dass der Erfolg einer Diabetesbehandlung maßgeblich davon abhängt, inwieweit ein betroffener Patient seine Erkrankung annimmt und zur tagtäglichen Selbstbehandlung bereit und in der Lage ist. Psychosoziale Faktoren können die Behandlung durch das Diabetesteam sowie die Selbstbehandlung durch den Betroffenen beeinträchtigen.

Individuelle Motive und Bedürfnisse eines Menschen mit Diabetes können mit den Anforderungen der Diabetesbehandlung in Konflikt stehen. Einschränkungen der Autonomie durch die Diabeteserkrankung und -behandlung können einer fürsorglichen Selbstbehandlung entgegenwirken. Ebenso können Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit und Verbundenheit mit anderen Menschen sowie das Erleben von Kompetenz und Kontrolle beeinträchtigt sein. Anhaltende Vernachlässigung der Diabetestherapie durch den Be-

troffenen kann wiederum aufseiten des Diabetesteam Hilflösungsgefühle erzeugen und zu Frustration und Ärger über den Patienten führen. Typische Fragen im Diabetesteam sind dann: *„Was kann ich noch tun, damit der Patient es endlich umsetzt?“* – *„Was nutzt der ganze Aufwand, wenn er sich nicht daran hält?“* – *„So langsam habe ich den Eindruck, der Patient und ich reden aneinander vorbei.“* – *„Wann muss ich die Reißleine ziehen?“* – *„Sie hat fast bessere Werte als eine Gesunde und ist trotzdem unglücklich.“* – *„Ich bin mir nicht sicher, ob die Patientin depressiv ist.“*

Bei den genannten Fragen geht es zu einem hohen Anteil um Aspekte der Beziehung und Beziehungsgestaltung zwischen Behandler und Patient. Gleichzeitig zeigen Befragungen von Ärzten zum Umgang mit psychosozialen Problemen ihrer Diabetespatienten, dass über die Hälfte der Ärzte glaubt, nicht über geeignete Fähigkeiten zu verfügen, um diese Probleme mit ihren Patienten besprechen zu können und Lösungsperspektiven zu entwickeln [E1].

Beim vorliegenden Buch handelt es sich nicht um ein psychotherapeutisches Manual. Es ist auch keine Anleitung für Behandler, einen Patienten einfacher und geschickter dazu zu bringen, endlich das zu tun, was er tun soll. Wir wollen Hilfe-

stellung beim Erkennen von Problemen geben und das Verständnis für individuelle Gründe von Vernachlässigung der Selbstbehandlung fördern. Verständnis für das Erleben des Betroffenen, seine Lebenssituation und sein Verhalten wird dabei als Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Diabetesteam und Patient angesehen. Nach unseren Erfahrungen in der Beratung von Menschen mit Diabetes hat sich bewährt, eine blutzuckerzentrierte Perspektive um eine personenzentrierte Perspektive zu ergänzen. Wir wollen deshalb aufzeigen, wie das frühzeitige Eingehen auf emotionale Belastungen in der Diabetesberatung dazu führen kann, dass sich Menschen mit Diabetes vollständiger wahrgenommen und beraten fühlen. Personenzentrierte Beratung hilft, widersprüchliches Verhalten und Ambivalenzen des Patienten aufzuklären.

Der personenzentrierte Ansatz ist, so wie wir ihn hier verstehen, keine „neue Methode“: Personenzentrierung berücksichtigt hilfreiche Zugangswege zum Erleben des Betroffenen aus verschiedenen psychosozialen Beratungstraditionen. Dieser Ansatz umfasst einerseits eine wertschätzende, entwicklungsorientierte Haltung in der Begegnung und Beziehung zum Patienten und andererseits eine zugewandte empathische Gesprächstechnik. Hierdurch gibt er dem Diabetesteam zusätzliche Sicherheit und Handlungsspielraum in der Beratung. Personenzentrierung heißt nicht, dass die Probleme für den Patienten gelöst werden, sondern dass der Betroffene befähigt wird, dies im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe selbst zu tun. Wir

sind der Überzeugung, dass Probleme im Umgang mit der Diabeteserkrankung und Selbstbehandlung nicht ausschließlich als eine „Störung“ der Diabetesberatung gesehen werden sollten, sondern als Symptom einer inneren Dynamik des Patienten. Die Berücksichtigung und das Verstehen dieser Dynamik in der Beratung und ärztlichen Sprechstunde birgt zusätzliche Möglichkeiten für Wendepunkte und positive Entwicklungen beim Patienten. Mit Unterstützung in der Diabetesbehandlung kann der Betroffene Wege zu mehr Selbstfürsorge finden.

Für die Handhabung einer personenzentrierten Beratung werden im Folgenden sowohl theoretische Bausteine als auch praktische Anwendungsbeispiele mit Gesprächs- und Fragetechniken beschrieben. Mit Fallbeispielen aus der Praxis möchten wir verdeutlichen, wie eine personenzentrierte Beratung unter Alltagsbedingungen angewendet werden kann.

**Rainer Paust, Renate Krämer-Paust,
Uwe Schönrade, Bianca Thomas**

„Die Definition von Wahnsinn ist, immer wieder das Gleiche zu tun und andere Ergebnisse zu erwarten.“ (Albert Einstein)

Wer immer dasselbe tut, wird auch immer dasselbe bekommen.

Literatur

- [E1] Sonnenmoser M, Psychosoziale Aspekte bei Diabetes mellitus. Versorgungsbedarf stark unterschätzt. Dtsch Arztebl (2005), 7, 320

1 Warum Psychosoziale Diabetologie?

„Plötzlich ging es in der Beratung nicht mehr nur um die Blutzuckereinstellung, sondern um seelische Probleme von Frau M. mit der Krankheit. Ich habe gemerkt, wie wichtig es Frau M. war, ihre Belastungen in dieser Situation zu besprechen, wollte sie darum nicht unhöflich abwürgen und das Gespräch einfach wieder auf die Blutzuckereinstellung lenken. Gleichzeitig habe ich mich gefragt, wie ich Frau M. in meiner Beratung helfen kann.“ (Äußerung einer Diabetesberaterin)

Einführung



Das Krankheitsgeschehen und der Verlauf einer Diabeteserkrankung sind in hohem Maße vom Verhalten der Betroffenen selbst abhängig. Diabetesbezogene psychosoziale Aspekte können sich als Behandlungsbar-

rieren manifestieren und das Erreichen der Therapieziele gefährden. Die Berücksichtigung von Behandlungsbarrieren in der Diabetesberatung kann dazu beitragen, einer Verschlimmerung und Chronifizierung vorzubeugen.

1.1 Diabetesbehandlung im Wandel

Bis in die 1980er-Jahre wurden in der Behandlung des Diabetes weitgehend standardisierte Therapieempfehlungen mit starren Therapieplänen angewendet, die den Patienten nur wenig Spielraum für eigenständige Therapieanpassungen in ihrem Lebensalltag ermöglichten. Die Therapie wurde zumeist vom Arzt „über den Kopf des Patienten“ hinweg bestimmt und die Einhaltung der Vorgaben verordnet. Das Aufkommen und die Intensivierung individualisierter Behandlungsmöglichkeiten mit neuen Insulinen sowie Innovationen zur Blutzucker-Selbstkontrolle haben bewirkt, dass Patienten in Abhängigkeit vom Diabetestyp und der Behandlungsform zunehmend aktiver in das Therapieschehen eingreifen konnten und wollten, aber auch mussten [1.1, 1.2].

Auf die Rolle des gehorsamen Patienten, der ausschließlich ärztliche Anweisungen ausführte (Compliancemodell), folgte der Patient als mündiger Mensch, der informierte Entscheidungen darüber trifft (Empowerment), wie er selbstständig mit Diabetes und den Therapieanforderungen in seinem Leben umgehen möchte. In die Behandlung wurden zunehmend Aspekte der Lebensqualität einbezogen und die Beratung auf individuelle Ziele der Patienten ausgerichtet [1.3, 1.4].

1.1.1 Vom Halbgott in Weiß zur Teamarbeit

Mit dem beschriebenen Paradigmenwechsel von der „Compliance zum Empowerment“ in den 1990er-Jahren und der Ermächtigung betroffener Menschen mit einem Diabetes, notwendige Therapieent-

scheidungen eigenständig vorzunehmen, wurden zwangsläufig auch die Rollen der Akteure „Patient“ und „Arzt“ neu bestimmt. Im Hinblick auf das Rollenbild des Arztes, das sich seit Jahrhunderten durch vielfältige kulturelle, wissenschaftliche und gesellschaftliche Einflüsse verändert, ist das nichts Neues. Der Arzt ist in der Behandlung nicht mehr der Alleinige, der „das Sagen“ hat. Die Diabetesbehandlung wird nicht mehr ausschließlich *für* den Patienten, sondern *mit* dem Patienten erarbeitet. Das paternalistische Modell in der Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten hat ausgedient, da es zur Bewältigung der Anforderungen, die die chronische Erkrankung an den Betroffenen stellt, nicht hilfreich ist.

Die Erweiterung des therapeutischen Teams durch die Hinzugewinnung und Qualifizierung von Diabetesassistentenberufen (Diabetesberater, Diabetesassistent) hat wesentlich dazu beigetragen, dass eine stärker patientenbezogene Haltung im Diabetesteam praktiziert werden konnte. Die Entwicklungen zeugen davon, dass neben einem Arzt verschiedene Kompetenzträger an der Behandlung mitwirken und zukünftig vermehrt mitwirken werden. Die Dynamik wissenschaftlicher Erkenntnis und technischer Innovation fördert, dass das Diabetesteam und die Patienten ständig neue Kompetenzfelder erschließen (Beispiel Glukosesensor). Selbst neue Medien (Internet, Ärzte-Blogs, Betroffenen-Blogs) lassen sich nicht außen vor halten und werden – ob man will oder nicht – zu manchmal schwierigen, manchmal hilfreichen „Mitbehandlern“.

Infolge der Verlagerung von Therapieentscheidungen auf die Patienten werden das Krankheitsgeschehen, die Prognose und der Verlauf der Erkrankung in hohem Maße vom Verhalten der Patienten selbst abhängig. Damit ist verbunden, dass die Patienten mehr als zuvor eigene Therapieentscheidungen treffen müssen, treffen können und sollen. Eigenständige Blutzuckerkontrollen, die Individualisierung und Intensivierung der Selbstbehandlung tragen zu mehr Selbstständigkeit und Erfolgserfahrungen der Betroffenen bei. Diese zusätzliche Eigenständigkeit kann sich positiv auf die Behandlung des Diabetes durch das Diabetesteam und auf die Beziehung zwischen Patienten und Behandlern auswirken. Viele Patienten fühlen sich für die erreichten und nicht erreichten Behandlungsergebnisse aufgrund ihrer Entscheidungen verantwortlich. Diese Verantwortung bedingt eine lebenslange Auseinandersetzung mit dem Kranksein sowie die Beschäftigung mit der tagtäglichen Therapie, ohne die Aussicht darauf, geheilt zu werden oder „vom Diabetes Urlaub machen zu können“. Das Diabetesteam bekommt zunehmend die Aufgabe, die Patienten in ihrer Selbstständigkeit und Selbstfürsorge zu begleiten und zu unterstützen. Eine wesentliche Stütze dabei ist, dass die Beziehung zwischen Diabetesteam und Patienten auf Langfristigkeit angelegt ist.



Empowerment und das eigenständige Treffen von Therapieentscheidungen bieten den Betroffenen die Chance, selbst Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen und Er-

folgsenerfahrungen durch eigenes Handeln zu machen. Gleichsam führt diese Herausforderung manche Betroffene auch an Grenzen. In dieser Situation ist die Unterstützung durch das Diabetesteam eine wertvolle Hilfe.

1.1.2 Personenzentrierte Schulung und Beratung

Ausreichendes Wissen über die eigene Diabeteserkrankung und Durchführung der Behandlung wird übereinstimmend als eine zentrale Voraussetzung angesehen, damit Patienten auf der Basis eines realistischen und angemessenen Krankheitsverständnisses informierte Therapieentscheidungen in ihrer Lebenswirklichkeit selbstständig treffen können (Empowerment, informed decision) [1.5].

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) sorgen dafür, dass Patienten in der

Primär- und Diabetesversorgung Zugang zu aktueller Krankheitsinformation, Schulung und regelmäßigen Untersuchungen erhalten. Patientenschulungen, die auf der Vermittlung von krankheits- und behandlungsbezogener Information basieren, zeigen, dass das so erworbene Wissen einerseits die Diabetes-Selbstbehandlung der Patienten verbessert und andererseits die Betreuung durch das Diabetesteam erleichtert [1.6].

Allerdings zeigt die diabetologische Praxis auch deutlich, dass es eine Illusion ist, zu glauben, dauerhafte Anpassung an die Erkrankung und Verhaltensänderung entstehe, wenn die Patienten nur ausreichend und fortlaufend umfassend informiert würden. Ausschließlich informations- und behandlungszentrierte Schulungen stoßen gerade im Umgang mit psychosozialen Problemen und deren Auswirkungen auf die Diabetesbehandlung an ihre Grenzen. Auch Patienten stoßen zuweilen an Gren-

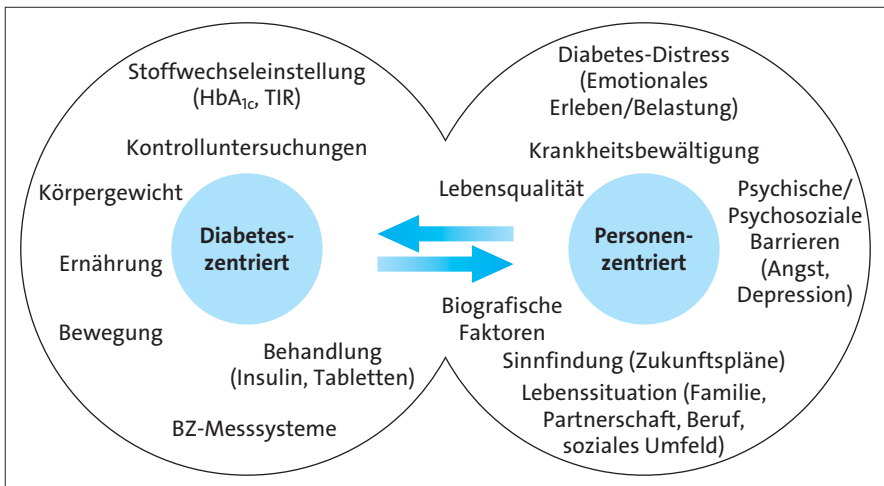


Abb. 1.1: Diabeteszentrierte vs. personenzentrierte Beratung

Tab. 1.1: Prinzipien personenzentrierter Beratung [1.8–1.10]

Informieren	statt	Belehren
Bedingungen für Entwicklung und Veränderung schaffen	statt	Veränderung einzufordern
Ziele und Aufträge vereinbaren	statt	Ziele zu bestimmen/vorzugeben
Beratungsthemen vereinbaren	statt	Themen zu bestimmen
Ergebnisoffene Beratungsprozesse fördern	statt	Ergebnisse unbedingt erreichen zu müssen
Bewältigungsressourcen bewusst machen und fördern	statt	ausschließlich Defizite zu betonen
Lebenswelt/-wirklichkeit der Teilnehmenden beachten	statt	symptomzentriert zu bleiben
Emotionen, Gefühle und Bedürfnisse einbeziehen	statt	Emotionen zu ignorieren oder als Störung zu bewerten
Individuelle Motive bei der Motivierung berücksichtigen	statt	Motivation einzufordern
Eigene Bewertungen ermöglichen	statt	„richtige“ Bewertung vorzuschreiben
Anerkennung und Wertschätzung für das Bemühen der Patienten	statt	Entwertung des Patienten
Beratung auf Augenhöhe	statt	asymmetrische Machtausübung

zen und fragen sich: *„Ich bin so gut geschult, dass ich die Schulung bald selbst durchführen könnte. Aber warum gelingt es mir nicht, die Therapie auch umzusetzen?“* – *„Ich war jetzt 10 Tage in einer Schulung, kaum bin ich zu Hause, kriege ich es nicht mehr hin.“*

Neben der Einbeziehung personenzentrierter Methoden in die Schulung wird die Berücksichtigung psychosozialer Kenntnisse in der Diabetesberatung empfohlen. Dies erleichtert die Stärkung der Bewältigungsressourcen der Betroffenen und ihrer Selbstfürsorge [1.7].


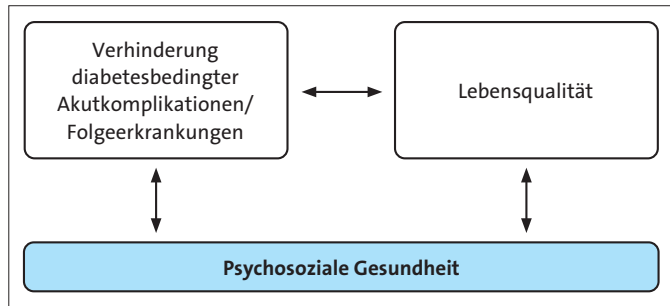
 Schulung bildet die Basis für ein adäquates Krankheitsverständnis und fördert den Umgang mit individuellen Therapieentscheidungen (Empowerment). Bei komplexen Anforderungen wie der Veränderung von Verhaltensgewohnheiten und psychosozialen Behandlungsbarrieren wird die Einbeziehung psychosozialer Beratungsmethoden erforderlich.

Abb. 1.2: Wechselwirkungen zwischen körperlicher und psychosozialer Gesundheit



1.1.3 Ziele in der Diabetesbehandlung

Hinsichtlich der anzustrebenden Ziele in der Diabetesbehandlung wird die Verhinderung diabetesbedingter Akutkomplikationen und Folgeerkrankungen oftmals in einem Atemzug mit der Prävention von Einschränkungen der Lebensqualität genannt. Diese Zielsetzungen bedingen sich und schließen die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung psychosozialer Gesundheit mit ein. Unter psychosozialer Gesundheit wird von der WHO verstanden, dass Menschen in der Lage sind, ihre Lebensbelastungen mit eigenen Fähigkeiten und Ressourcen zu bewältigen. Um dies zu können, ist eine angemessene Begleitung und Unterstützung der Betroffenen hin zu ihrer Selbstfürsorge in der Diabetesbehandlung erforderlich [1.11, 1.12].

Therapieziel psychosoziale Gesundheit

Bei der Herstellung und Aufrechterhaltung psychosozialer Gesundheit spielen psychische und soziale Prozesse eine gleichrangige Rolle: Psychische Prozesse umfassen innere Vorgänge wie z.B. Emotionen, Gefühle, Gedanken, Vorstellungen, Interpretationen, Bewertungen,

Schlussfolgerungen, verinnerlichte Beziehungen, Repräsentationen. Wie Patienten im Zusammenhang mit ihrem Diabetes denken, fühlen und handeln, ist mit ihren Erfahrungen, ihrer Persönlichkeit und Biografie untrennbar verknüpft. Darüber hinaus wird Gesundheit maßgeblich durch die Lebenswirklichkeit beeinflusst. Hierzu zählen vielfältige Faktoren aus den Bereichen Finanzen, Arbeit, (Aus-)Bildung, Familie und Soziales. Psychosoziale Gesundheit ist im oben genannten Verständnis für einen gelingenden Umgang mit den unweigerlich auftretenden Auswirkungen der Diabeteserkrankung und für den weiteren Krankheitsverlauf von entscheidender Bedeutung.

Faktoren, die das Risiko einer Verschlechterung von körperlichen und psychischen Beschwerden z.B. durch die Vernachlässigung der Diabetestherapie erhöhen, werden „yellow flags“ genannt. Yellow Flags zeigen an, dass die Aufmerksamkeit für die Risikofaktoren erhöht werden sollte. In den folgenden Kapiteln wird themenspezifisch erörtert, wie sich Yellow Flags erkennen lassen und wie in der Diabetesberatung auf sie eingegangen werden kann [1.13].



„Das Konzept psychischer Gesundheit erforscht die gegenwärtig vorhandenen Fähigkeiten und Stärken und die Bereitschaft, zu lernen und sich zu ändern. Es gehört zu dem umfassenden Versuch, das Leben kompetenter und zufriedener zu bewältigen.“ [1.14]

Im diabetologischen Alltag sind psychosoziale Barrieren oftmals nicht direkt offensichtlich. Das Erkennen dieser Faktoren ist essenziell, um Schwierigkeiten in der Behandlung zu verstehen und einer Chronifizierung bzw. Verschlimmerung von negativen Auswirkungen auf das Erreichen der Therapieziele vorzubeugen. In der Zusammenarbeit mit Patienten bedarf es deshalb einer situativ angepassten Diagnostik von Behandlungsbarrieren und individueller Angebote zur Förderung ihrer Bewältigungsmöglichkeiten.

1.2 Die Bedeutung psychosozialer Aspekte im Wandel

Der noch vor zwei Jahrzehnten festgestellte Nachholbedarf an wissenschaftlicher Erforschung und Darstellung psychosozialer Problemstellungen bei Diabetes konnte zwischenzeitlich durch zahlreiche Anstrengungen innerhalb der Diabetologie, Psychologie und Psychosomatik aufgeholt werden [1.15]. Es ist immer deutlicher geworden, dass die genannten Aspekte großen Einfluss auf die Diabeteseinstellung und damit Gesundheit der Patienten haben können. Heute besteht kein Zweifel mehr daran, die Behandlung von Men-

schen mit einer Diabeteserkrankung als biopsychosoziale Behandlung zu verstehen. Zudem finden sich in den letzten Jahren in einigen Studien Hinweise darauf, dass belastende traumatische Kindheitsergebnisse das Risiko für einen Typ-2-Diabetes im Erwachsenenalter erhöhen können [1.16]. Darüber hinaus verweisen neurowissenschaftliche Erkenntnisse darauf, dass körperliche, seelische und geistige Prozesse stärker miteinander verbunden sein könnten, als bisher angenommen. Embodiment wird als Weiterentwicklung des biopsychosozialen Modells betrachtet. Das Embodiment-Paradigma (dt. Verkörperung) geht davon aus, dass alle Erfahrungen und Erlebnisse nicht nur im Gehirn gespeichert (verkörpert) werden, sondern ebenso im gesamten Körper und allen Zellen [1.17, 1.18].

Die Erforschung psychosozialer Aspekte des Diabetes hat sich in den vergangenen Jahrzehnten aber auch thematisch verändert. Frühere Fragestellungen beschäftigten sich mit dem Einfluss psychologischer Faktoren auf die Entstehung des Diabetes (z.B. kritische Lebensereignisse) sowie der Suche nach charakteristischen Persönlichkeitseigenschaften der Patienten (z.B. Alexithymie) [1.19].

Seit den 1990er-Jahren stehen folgende Überlegungen im Vordergrund:

- ▲ Bewältigung/Coping der Diagnose und lebenslangen Behandlung
- ▲ Einfluss psychischer Erkrankungen auf das Erreichen der Therapieziele und die Prognose des Betroffenen (z.B. Depression, Essstörung)
- ▲ Einbeziehung von Variablen der Lebensqualität

- ▲ Einfluss von Stress auf Diabetes [1.16]
- ▲ Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei diabetesbezogenen Belastungen [1.20–1.24]

1.2.1 Behandlungsbarrieren

Neben pathologischen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und Essstörungen können nicht pathologische diabetesbezogene Belastungen und psychosozialer Distress die Akzeptanz und Anpassung an die Erkrankung sowie die tägliche Selbstbehandlung gefährden [1.5, 1.25, 1.26]. Hierbei verschlechtert sich die Prognose des Diabetes durch früheres Auftreten von Folgeerkrankungen und Mortalität. Patienten mit Folgeerkrankungen geht es in relevanten körperlichen und psychischen Belangen z.B. durch Funktionseinschränkungen erheblich schlechter [1.27]. Psychosoziale Probleme und psychische Erkrankungen sind in vielen Fällen die Folge einer Diabeteserkrankung oder zumindest eng mit Diabetes verknüpft. Die Häufigkeit psychischer Probleme im Zusammenhang mit Diabetes wird insgesamt als hoch eingeschätzt [1.5].

Schwierigkeiten in der Krankheitsbewältigung

Eine gelungene Krankheitsbewältigung mit dem Ergebnis erreichter Diabetesakzeptanz ermöglicht den Betroffenen einen fürsorglichen Umgang mit ihrer Therapie und mit sich selbst. Schwierigkeiten in der Krankheitsbewältigung und beim Coping des Diabetes können hingegen

die Diabetesbehandlung massiv stören. Hierbei spielen nicht nur die Gedanken, die der Diabetes in den Betroffenen auslöst, eine Rolle, sondern maßgeblich auch ihr gefühlsmäßiges Erleben. Eine entscheidende Voraussetzung zum Gelingen der Krankheitsbewältigung ist die Fähigkeit der Betroffenen, die Gefühle, die der Diabetes in ihnen verursacht, anzunehmen und zu bewältigen, ohne zu versuchen, diese abzuwehren. Das Eingehen auf die Gefühle der Betroffenen ist ein wichtiger Beitrag in der personenzentrierten Diabetesberatung, um den Prozess der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Motivation zur Selbstbehandlung

Die Motivation von Betroffenen zur Selbstbehandlung wirkt sich positiv auf die metabolische Kontrolle, Güte der Stoffwechseleinstellung und Behandlungszufriedenheit aus. Motivationsprobleme erklären sich durch die Unvereinbarkeit normativer Vorgaben der Diabetesbehandlung mit persönlichen Motiven und Bedürfnissen. Was oftmals als mangelnde Motivation erscheint, ist ein innerer Konflikt und eine Ambivalenz der Betroffenen in Verbindung mit einem unangenehmen Spannungszustand aufgrund sich widersprechender Gedanken, Gefühle, Vorstellungen und Handlungen. Die Vernachlässigung der Selbstbehandlung kann als Versuch der Betroffenen verstanden werden, den Spannungszustand und Widerspruch (kognitive Dissonanz) aufzulösen. Die Motivierung der Patienten kann in der Diabetesberatung unterstützt werden, indem die intrinsische Motivation der Betroffenen mit dem Ziel der Übereinstim-