

Psychosoziale Faktoren in der pädiatrischen Diabetologie

Wenn die Seele mit dem Zucker Unfug treibt

18. April 2023 [Focus](#)

Erhöhte Prävalenzen **psychischer Komorbiditäten und psychosoziale Faktoren** haben **relevanten Einfluss auf die Diabeteseinstellung**.

Ab der Diagnosestellung ist daher ergänzend zur medizinischen Versorgung eine **Betreuung im multidisziplinären Team** erforderlich, um **Psychoedukation, psychosoziales Screening und Diagnostik sowie zielgerichtete Beratungs- und Therapieangebote** zu ermöglichen.

Der Wunsch nach einer nahezu normoglykämischen Stoffwechseleinstellung bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes (T1D) ist in den letzten Jahren durch die Entwicklung neuer, schnellwirkender Insulinanaloga und dem enormen Fortschritt der Diabetestechnologie zunehmend Wirklichkeit geworden. Trotzdem sehen wir in der Pädiatrie immer noch junge Patient:innen, die trotz aller therapeutischen Bemühungen ihre metabolischen Ziele nicht erreichen und gehäuft diabetische Akutkomplikationen erleiden.

In Österreich, aber auch in vielen anderen medizinisch gut versorgten Ländern beobachten wir mit Eintritt in die Pubertät einen Anstieg der durchschnittlichen HbA_{1c}-Werte, der bis ins junge Erwachsenenalter anhält.^{1,2} Es handelt sich dabei häufig um Patient:innen, die aufgrund von psychosozialen Risikokonstellationen in der Durchführung ihrer Diabetestherapie eingeschränkt oder von einer psychischen Komorbidität betroffen sind.

Psychosoziale Faktorenbeeinflussen die Diabetestherapie

Die komplexe und trotz Diabetestechnologie aufwändige Therapie des Typ-1-Diabetes stellt im Alltag hohe Anforderungen an die betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien.³ Die Anforderungen stehen häufig im Widerspruch zu den Entwicklungsaufgaben. Die Sorge der Eltern oder Pädagog:innen vor Hypoglykämien oder fehlerhaften Therapieentscheidungen kann der Autonomieentwicklung im Wege stehen, wenn sie beispielsweise dazu führt, dass Übernachtungen bei Freund:innen oder die Teilnahme an Sportcamps oder Schulschikursen verboten werden. Aber auch eine zu frühe Übertragung der

Therapieverantwortung kann zu Problemen führen, wenn die kognitive Reife für die Durchführung des Diabetesmanagements noch nicht vorhanden ist.⁴ Familiäre Faktoren⁵, wie eine hohe Funktionalität der Familie mit günstigen Copingmechanismen⁶, erweisen sich beispielsweise als prognostisch günstig für die Krankheitsakzeptanz und die Bewältigung der Therapieanforderungen (Diabetes Resilience).⁷ Eine große Rolle spielt auch die psychische Gesundheit bzw. das Befinden der Eltern.⁸ Für Eltern stellt eine Diabetesdiagnose ihres Kindes einen großen Schock dar, sie berichten häufig, insbesondere in der ersten Phase nach der Diagnose, über posttraumatische Stress- und Angstsymptome. Psychosoziale Faktoren und die Krankheitsakzeptanz schaffen also eine Grundlage für die erfolgreiche Integration der Diabetestherapie in den Alltag und haben damit entscheidenden Einfluss auf Therapieadhärenz, Lebensqualität, Langzeitmorbidity und Mortalität.⁹⁻¹¹ In der **Tabelle** sind dazu bekannte Ressourcen und Risikofaktoren zusammengefasst.

Psychosoziale Ressourcen	Risikofaktoren
günstiges Coping: aktives Coping, Problemlösungsstrategien, hohe Selbstwirksamkeitserwartung	ungünstiges Coping: Vermeidung, erlernte Hilflosigkeit, Wishful Thinking
soziale Unterstützung durch Familie, Bekannte und die Peer Group	negative Peer-Erfahrung wie „ausgelacht werden“
aktives Einbinden beider Elternteile, Austausch mit anderen betroffenen Eltern z. B. in Selbsthilfegruppen	alleinerziehende Elternteile ohne Unterstützung aus dem sozialen Umfeld
elterliche Unterstützung im Diabetesmanagement bis in die Adoleszenz/junges Erwachsenenalter mit elterlicher Überwachung des Diabetesmanagements und gemeinsamem Problemlösen	Unklarheit über Verantwortung oder zu frühe alleinige Übernahme der Therapieverantwortung durch Kind/Jugendliche:n oder Overinvolvement mit ungünstigen elterlichen Verhaltensweisen wie z. B. „nörgeln“
Übereinstimmung über verschiedene Bereiche der Therapieverantwortung	diabetesbezogene Konflikte und Konfusion bzgl. Therapieverantwortung
positive Kommunikation in der Familie mit guter emotionaler Ausdrucksfähigkeit	Kommunikationsstil in der Familie abwertend, aufgeladen, konfrontativ
Angebote des multidisziplinären Diabetesteam mit psychologischer Diagnostik, Beratung in psychosozialen Fragen, Psychoedukation, Psychotherapie	erhöhter Stress durch sozioökonomische Faktoren wie z. B. geringes Einkommen, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit
	psychische Erkrankung eines Elternteiles oder des Kindes
	hoher psychischer Stress der Eltern, Angst vor Hypoglykämie

Nach: Christine Prchla (in Anlehnung an die ISPAD Consensus Guidelines 2022)*

Tab.: Psychosoziale Ressourcen und Risikofaktoren bei der Behandlung von Kindern mit Diabetes

Psychische Komorbidität bei Diabetes: „DiabetesPLUS“

In internationalen Untersuchungen und auch in Österreich wurde ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen gezeigt.¹² Häufig handelt es sich um internalisierende Störungen, wie zum Beispiel Depression, Anpassungsstörungen, Essstörungen und Angststörungen.¹³ Aber auch externalisierende Störungen, wie ADHS oder Alkohol- und Substanzmissbrauch, können die Durchführung der Diabetestherapie beeinflussen.

Assoziiert mit psychischer Erkrankung sind erhöhte Stresslevel und bestimmte Verhaltensmuster, die gemeinsam mit einer geringeren Therapieadhärenz Einfluss auf die metabolische Kontrolle nehmen (**Abb.**). Rund ein Drittel der österreichischen Jugendlichen mit T1D berichtete in einer Untersuchung, Insulin absichtlich unter- und überzudosieren.¹⁴ Besonders betroffen waren von dieser Insulinmanipulation Jugendliche mit einer psychischen Komorbidität und Mädchen.¹⁵

Auch das Risiko für Suizidalität bei T1D ist erhöht, Insulin spielt hier als stets verfügbares Suizidmittel eine

wichtige Rolle.

Oft handelt es sich bei psychischen Komorbiditäten um subklinische Störungen. Diese erfüllen nicht alle Kriterien einer ICD-10-Diagnose und werden deshalb häufig nicht diagnostiziert. Da sie aber oft mit klinischer Beeinträchtigung einhergehen, sind sie relevant und auch behandlungsbedürftig.

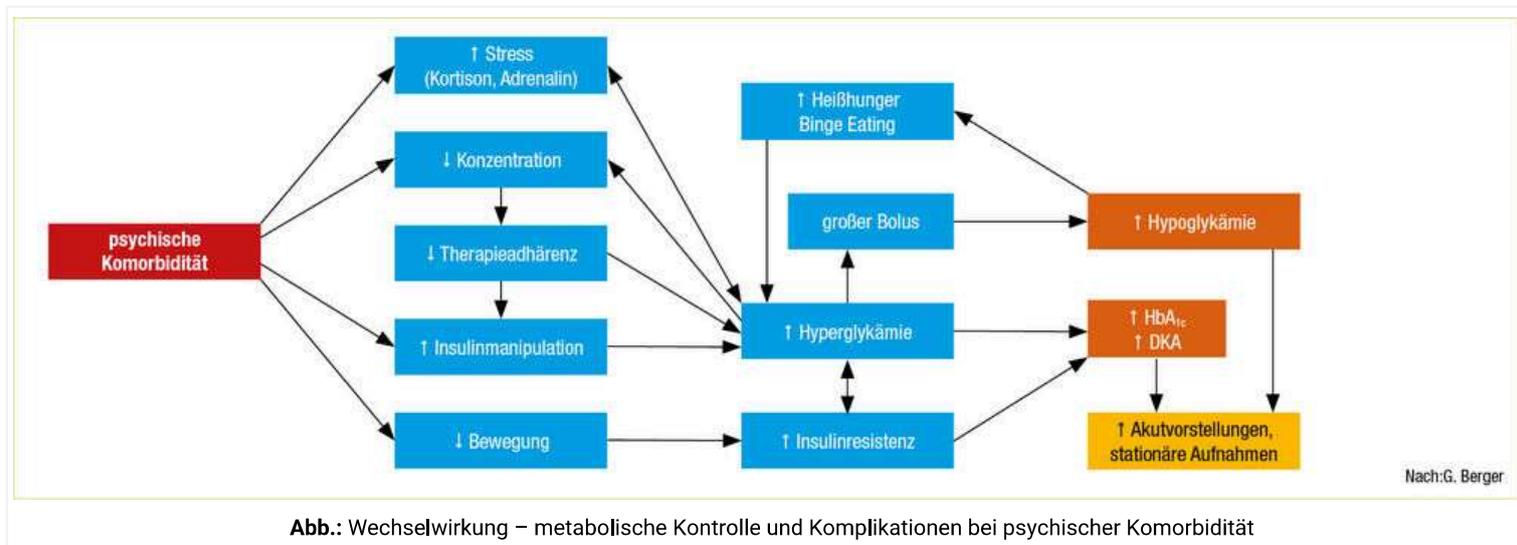


Abb.: Wechselwirkung – metabolische Kontrolle und Komplikationen bei psychischer Komorbidität

Die Rolle des multidisziplinären Diabetesteam

Die ISPAD* Guidelines und die daraus abgeleiteten Empfehlungen der APEDÖ** erläutern die Strukturkriterien, die erforderlich sind, um den psychosozialen Herausforderungen bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes gerecht zu werden.¹⁶⁻¹⁸

Gefordert wird ein multidisziplinäres Team, das neben der medizinischen Versorgung auch die psychosoziale Betreuung sicherstellt und daher psychosoziale Berufe wie die Klinische Psychologie und die Soziale Arbeit mit Familien einschließt. Die Zusammenarbeit soll durch respektvolle und wertschätzende Kommunikation und wechselseitigen Wissensaustausch geprägt sein.

Die Einbindung des multidisziplinären Teams in die Betreuung bereits bei der Erstmanifestation schafft Vertrauen und damit die Grundlage für die Aufrechterhaltung regelmäßiger Kontrollen und für psychoedukative Interventionen. Psychosoziale Diagnostik und Therapieangebote für die Familien können dadurch niederschwellig und selbstverständlich in die Diabetesversorgung integriert werden.^{19,20}

Ein Screening auf psychische Komorbidität und die Erfassung der Health-Related Quality of Life (HRQoL) wird jährlich und insbesondere in kritischen Lebensphasen wie z. B. der Pubertät empfohlen, ebenso für Patient:innen, die erhöhte HbA_{1c}-Werte und/oder Akutkomplikationen aufweisen. Auf Basis der klinisch psychologischen Diagnostik, die auch die Erhebung der Exekutivfunktionen einschließt, sollen psychosoziale Belastungsfaktoren, kognitive Beeinträchtigungen und psychische Komorbiditäten erfasst und individualisierte, familienbasierte Interventionen eingeleitet werden.

Das triadische Setting zwischen Patient:in, Eltern und Diabetesteam stellt in der pädiatrischen Diabetologie besondere Ansprüche an die kommunikativen Skills der HCPs, die Interaktionen empathisch, wertschätzend, unterstützend und konstruktiv zu gestalten. Elemente der personenzentrierten Kommunikation und des Motivational Interviewing liefern hierfür brauchbare Methoden, die von allen Berufsgruppen eingesetzt werden können.

Die Etablierung von fixen Besprechungsstrukturen zur Kommunikation innerhalb des multidisziplinären Teams, wie regelmäßige Fallbesprechungen, wechselseitige Fortbildungen und auch Strukturen zur

Vernetzung und zum Austausch mit extramuralen Betreuungspersonen, wie z.B. Diabetes-Nannys, mobiler Kinderkrankenpflege oder pädagogischem Personal, sind erforderlich, ebenso die enge Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Pädiatrischen Psychosomatik.

Im multidisziplinären Setting können besonders sensible Phasen, wie die Zeit nach der Erstmanifestation, der Übergang in die Pubertät oder die Transition in die Erwachsenenbetreuung, u.a. durch psychoedukative Maßnahmen begleitet und unterstützt werden. Damit kann Stress und psychischen Belastungssituationen bereits aktiv und präventiv entgegengewirkt werden.

Resümee

Psychosoziale Faktoren haben einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Diabeteseinstellung bei Kindern und Jugendlichen. Das Risiko für psychische Komorbidität ist erhöht.

Eine engmaschige psychosoziale Betreuung ab der Diabetes-erstmanifestation inklusive Psychoedukation, regelmäßiger Screenings auf psychosoziale Risikofaktoren und Erhebung der HRQoL ist notwendig. Dafür ist eine Betreuung im multidisziplinären Setting erforderlich, das die Klinische Psychologie und die Soziale Arbeit mit Familien einschließt.

Bei jungen Patient:innen in kritischen Lebensphasen, mit psychosozialen Risikokonstellationen, bei Auffälligkeiten im psychologischen Screening, beim Vorliegen von erhöhten HbA_{1c}-Werten, bei wiederholten Akutkomplikationen sowie bei Hinweisen auf Insulinmanipulation soll eine erweiterte psychologische Diagnostik sowie frühzeitig und niederschwellig eine zielgerichtete Anbindung an psychosoziale/kinder- und jugendpsychiatrische Therapie- und Unterstützungsangebote erfolgen.



Autorin:
OÄ Dr.ⁱⁿ Gabriele Berger

Kinderambulanz, ÖGK
Mein
Gesundheitszentrum
Floridsdorf, Wien



Autorin:
**OÄ Dr.ⁱⁿ Christine Prchla,
MAS**

Abteilung für Kinder-
und Jugendheilkunde,
Klinik Donaustadt,
Wien



Ursprünglich
erschieden:
DF 02|2023

Herausgeber:
**Österreichische
Diabetes**

**Gesellschaft,
Univ.-Prof. Dr.
Guntram
Scherthaner
Publikationsdatum:
2023-04-17**

Literatur

1. *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes
- 2.

**Arbeitsgruppe Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie

3. Gerstl EM et al., *Eur J Pediatr* 2008; 167(4): 447–453

4. Anderzén J et al., *Pediatr Diabetes* 2020; 21(4): 621–627

5. Wagner G, et al., *Front Psychiatry* 2022; 12: 809015

6. Wu YP et al., *Health Psychol* 2014; 33(10): 1224–1231

7. Young MT et al., *Curr Diab Rep* 2014; 14(11): 546

8. Whittemore R et al., *Diabetes Educ* 2012; 38(4): 562–579

9. Hilliard ME et al., *Curr Diab Rep* 2012; 12(6): 739–748

10. Bassi G et al., Int J Environ Res Public Health 2020; 18(1): 152
11. Evans-Cheung TC et al., Diabet Med 2018; 35(1): 112–120
12. Jaser SS et al., Ann Behav Med 2017; 51(1): 30–38
13. Whittlemore R et al., West J Nurs Res 2014; 36(9): 1254–1271
14. Wagner G et al., J Clin Med 2023; 12(5): 1927
15. Berger G et al., Pediatr Diabetes 2019; 20(1): 127–136
16. Schober E et al., Pediatr Diabetes 2011; 12(7): 627–631
17. Berger G et al., Pediatr Diabetes 2019; 20(1): 127–136
18. de Wit M et al., Pediatr Diabetes 2022; 23(8): 1373–1389
19. Delamater AM et al., Pediatr Diabetes 2018; 19(Suppl 27): 237–249
20. Prchla C et al., Paediatr Paedolog 2021; 56(Suppl 1): 19–24
21. Versloot J et al., Pediatr Diabetes 2021; 22(6): 889–899
22. Asarnow JR et al., JAMA Pediatr 2015; 169(10): 929–937

« **Diabetes Forum** | **DF 02|2023**

© MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH - Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien - Tel.:
+43 1 4073111-0 - Fax: +43 1 4073114

