

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen, Möglichkeiten und Risiken der somatischen Diabetestherapie	1
	(M.Haslbeck)	
1.1	Einteilung, Ätiologie und Häufigkeit	2
1.2	Diagnose, Verlaufskontrolle	7
1.3	Therapie	15
1.3.1	Einstellungskriterien, Behandlungsziele	15
1.3.2	Diät	18
1.3.3	Patientenschulung	20
1.3.4	Muskularbeit	21
1.3.5	Orale Antidiabetika	24
1.3.6	Insulin	31
1.3.7	Neue Behandlungsstrategien und Therapiemethoden	37
1.4	Risiken der Diabetesbehandlung	40
1.4.1	Langzeitprobleme	41
1.4.2	Akutkomplikationen	45
1.5	Ausblick	50
2	Psychologische Aspekte	
2.1	Bewältigungsstufen im Krankheitserleben diabetischer Patienten	63
	(R.Gfeller)	
2.1.1	Ein integratives Behandlungskonzept	63
2.1.2	Psychotherapeutische Ziele an der Genfer Diabetesstation	64
2.1.3	Bewältigungsstufen	65
2.1.4	Fallbeispiele	67
2.1.5	Schlußfolgerungen	69

2.2	Praktische verhaltensmedizinische Probleme beim Diabetes mellitus	72
	(S.Waadts und G.Duran)	
2.2.1	Die Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus	73
2.2.1.1	Notwendigkeit der Schulung zur Selbsttherapie	73
2.2.1.2	Die Schulungscurricula für Diabetiker	74
2.2.1.3	Organisation der Schulungskurse	75
2.2.2	Evaluation der Schulungsprogramme	77
2.2.2.1	Verbesserung der Metabolik und Reduktion der Kosten	77
2.2.2.2	Mängel in Compliance und Metabolik	78
2.2.3	Bedingungen von Non-Compliance und schlechter Stoffwechseleinstellung	79
2.2.3.1	Das Schulungsmodell der Diabeteseinstellung	79
2.2.3.2	Psychosoziale Faktoren	80
2.2.3.3	Das psychosoziale Modell der Diabeteseinstellung	84
2.2.4	Die Konsequenz: indikatives Vorgehen	85
2.2.4.1	Änderung im Verhalten	85
2.2.4.2	Beispiele psychotherapeutischer Intervention und ihre Evaluation	86
2.2.4.3	Erste Ergebnisse	88
2.3	Compliance bei Diabetes	95
	(K.-M.Rölver und Ch.Bali)	
2.3.1	Allgemeines zu Compliance	95
2.3.2	Compliance bei Diabetes	96
2.3.3	Ergebnisse der Compliance-Forschung und deren Beziehung zum Diabetes	98
2.3.3.1	Faktoren in der Person des Patienten	99
2.3.3.2	Faktoren in der Umwelt	103
2.3.3.3	Faktoren bezüglich des Arztes bzw. der Arzt-Patient-Beziehung	104
2.3.3.4	Faktoren bei der Behandlung	106
2.3.4	Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance	106
2.3.4.1	Edukative Maßnahmen	106
2.3.4.2	Maßnahmen zur Compliance-Verbesserung über verhaltensändernde Methoden	108
2.3.5	Schlußbemerkungen	110

2.4	Erprobung eines neu entwickelten Wissens- und Einstellungsfragebogens zum juvenilen Diabetes mellitus auf einem Diabetes-Sommercamp	116
	(R.Roth, Ch.Neuper und M.Borkenstein)	
2.4.1	Einleitung	117
2.4.2	Fragestellung	119
2.4.3	Methode	120
2.4.3.1	Stichprobe	120
2.4.3.2	Testinstrumente	121
2.4.4	Ergebnisse	122
2.4.4.1	Wissensfragebogen	122
2.4.4.2	Einstellungsfragebogen	123
2.4.4.3	Zusammenhang zwischen Wissens- und Einstellungsfragebogen	125
2.4.5	Diskussion	126
3	Psychobiologische Zusammenhänge	
3.1	Psychoautonome und psychoendokrine Wechselwirkungen bei Diabetes	131
	(F.Strian)	
3.1.1	Vorbemerkungen: Die neuroendokrine Steuerung des Blutzuckers	132
3.1.2	Viszerale Wahrnehmungsstörungen aufgrund neuropathischer Deafferentierung bei Diabetes	132
3.1.3	Die Hypoglykämiewahrnehmung	135
3.1.4	Neuroendokrine Mechanismen der Hypoglykämiewahrnehmung	136
3.1.5	Neuropathische Deafferentierung und emotionales Befinden	138
3.1.6	Schlussbemerkungen	141
3.2	Verhaltensmedizinische Aspekte der kardialen Neuropathie bei Diabetes mellitus	145
	(H.Stalman, L.Hartl und P.Pauli)	
3.2.1	Die kardiale Neuropathie bei Diabetes mellitus	145
3.2.1.1	Definition	145
3.2.1.2	Klinisches Bild	146

3.2.1.3	Autonome Neuropathie bei Diabetes mellitus und kardiale Komplikationen	147
3.2.1.4	Die kardiale Wahrnehmung bei Diabetikern mit autonomer Neuropathie	147
3.2.1.5	Diagnostik	151
3.2.2	Verhaltensmedizinische Aspekte der kardialen Diabetes- neuropathie	151
3.2.2.1	Primäre Prävention: Prophylaxe und Früherkennung der kardialen Neuropathie	151
3.2.2.2	Sekundäre Prävention: Verhaltensmedizinische Therapie- ansätze bei kardialer Neuropathie und kardiovaskulären Erkrankungen	152
3.3	Psychologische und neurogene Faktoren des diabetischen Neuropathieschmerzes	156
	(W.P.Lehmann und G.Galfe)	
3.3.1	Einleitung	156
3.3.2	Neurogene Faktoren	157
3.3.3	Psychologische Faktoren	158
3.3.3.1	Verhaltensmedizinische Erklärungsansätze chronischer Schmerzsyndrome	158
3.3.3.2	Verhaltensmedizinische Bewältigungsstrategien bei diabetischem Neuropathieschmerz	161
3.3.4	Zur Diagnose und Differentialdiagnose	163
3.3.5	Zur Therapie	164
3.4	Die Sekretion von Wachstumshormon im Schlaf von Typ-I-Diabetikern und gesunden Kontrollpersonen	170
	(I.Färber, I.Kolb, H.Walter, E.Edelmann, W.Kemmler, S.Volk und H.Schulz)	
3.4.1	Einleitung	171
3.4.2	Methoden	173
3.4.3	Ergebnisse	175
3.4.3.1	Die STH-Sekretion zum Zeitpunkt "Licht aus"	175
3.4.3.2	Das Sekretionsmaximum	175
3.4.3.3	Sekretionspausen	175

3.4.3.4	STH-Gesamtfläche	177
3.4.3.5	Deltaschlaf	177
3.4.4	Diskussion	177
3.5	Leistungspsychologische Untersuchungen an 157 insulin- behandelten Diabetikern in sechs typischen Krankheits- stadien	181
	(W.Thomas, F.A.Gries, R.Lohmann und D.Grünekle)	
3.5.1	Einleitung	181
3.5.2	Stichproben	182
3.5.3	Untersuchungsinstrument	184
3.5.4	Kontrolle der Effekte von Alter, Geschlecht und Schulbildung auf die Leistungsdimensionen durch Auswahl gesunder "statistischer Zwillinge"	187
3.5.5	Klassifikation der insulinpflichtigen Diabetiker in typische klinische Erscheinungsbilder	188
3.5.6	Prüfung des Effektes unterschiedlicher Krankheitsstadien auf die Leistungsdimensionen mit orthogonalen Kontrasten	195
3.5.7	Ergebnisse	197
3.5.8	Diskussion	200
3.6	Diabetes mellitus und EBstörungen	203
	(U.Schweiger)	
3.6.1	Patienten mit Diabetes mellitus und EBstörungen	203
3.6.2	Diabetes mellitus und EBstörungen: Gemeinsame Symptome - gemeinsame Krankheitsmechanismen?	205
3.6.3	Schlußfolgerungen	211
3.7	Funktionelle Diagnostik und Kriterien verhaltens- medizinischer Intervention	215
	(R.Hölzl)	
3.7.1	Diabetes mellitus als verhaltensmedizinisches Muster- problem	216
3.7.1.1	Vielschichtigkeit psychologischer Einflußfaktoren	216
3.7.1.2	Polypragmatische und spezielle Behandlungsformen	217

3.7.2	Diagnostischer und therapeutischer Stellenwert psychophysiologischer Mechanismen	221
3.7.3	Funktionelle Diagnostik, psychophysiologisch orientierte Verhaltensanalyse und integrierter Interventionsplan	225
3.7.3.1	"Funktionelle Störung"	226
3.7.3.2	"Funktionelle Diagnostik"	227
3.7.3.3	Psychophysiologisch orientierte Verhaltensanalyse	230
3.7.3.4	Integrierte verhaltensmedizinische Interventionspläne	237
3.7.4	Exemplarische Analyse: Differentielle Indikations- stellung beim Diabetes mellitus mit Gastroenteropathien und Stuhlinkontinenz	239
3.7.4.1	Voraussetzungen der praktischen Umsetzung des Diagnose- schemas	239
3.7.4.2	Analyseebene I: Hauptbereiche des R-Status und Hauptklassen der Intervention	242
3.7.4.3	Analyseebene II: Differentialdiagnostik der diabetischen Neuro-Gastro-Enteropathien	243
3.7.4.4	Analyseebene III: Differentielle Indikationsstellung bei diabetes-assoziiertes Stuhlinkontinenz	251
3.7.5	Kritisches Resümee: Anspruch und Wirklichkeit verhaltens- medizinischer Ansätze beim Diabetes mellitus	251
3.8	Die funktionelle Bedeutung von Anorexia und Bulimia nervosa für den Diabetes mellitus	262
	(S.Lautenbacher)	
3.8.1	Wert funktioneller Analysen	262
3.8.2	Diabetes mellitus aus der Sicht von Anorexia und Bulimia nervosa	265
3.8.2.1	Diabetes mellitus als Mittel sozialer Kontrolle	265
3.8.2.2	Diabetes mellitus als Mittel zur Gewichtskontrolle und -reduktion	266
3.8.3	Diagnostische und therapeutische Konsequenzen	267

4	Verhaltensmedizinische Therapieansätze	
4.1	Zum derzeitigen Stand psychotherapeutischer Verfahren bei Diabetikern	271
	(G.Winterhalder)	
4.1.1	Einleitung	271
4.1.2	Diabetesspezifische Diagnostik	272
4.1.3	Krankheitsbewältigung	272
4.1.3.1	Psychoanalytische Therapie	273
4.1.3.2	Gruppentherapie	273
4.1.3.3	Familientherapie	273
4.1.3.4	Emotionale Ebene	274
4.1.3.5	Kognitive Ebene	274
4.1.3.6	Interpersonale Ebene	276
4.1.3.7	Krisenintervention	277
4.1.4	Streßbewältigung	277
4.1.4.1	Autogenes Training	278
4.1.4.2	Progressive Relaxation	278
4.1.4.3	Kombination von EMG-Biofeedback und Entspannungstraining	278
4.1.4.4	Hypnose	279
4.1.5	Therapie der Non-Compliance	279
4.1.5.1	Therapeutische Beziehung und Therapeuten-Compliance	280
4.1.5.2	Kombinierte Untersuchungen zur Compliance-Beeinflussung	282
4.1.5.3	Therapie des Diätverhaltens	282
4.1.5.4	Rauchertherapie	284
4.1.5.5	Beeinflussung sportlicher Betätigung	284
4.1.5.6	Compliance der Chemotherapie	285
4.1.5.7	Behandlung von Injektionsängsten	285
4.1.5.8	Urinzuckerselbstkontrolle	286
4.1.5.9	Blutzuckerselbstkontrolle	286
4.1.6	Sonstige Probleme	287
4.1.6.1	Sexualstörungen	287
4.1.6.2	Stuhlinkontinenz	287
4.1.6.3	Prävention	288

4.2	Modell für die Entwicklung eines "Problembewältigungs- Trainings" bei Diabetes mellitus	295
	(P.Herschbach)	
4.2.1	Die Bedeutung der Verhaltensmedizin für die Diabetesbehandlung	295
4.2.2	Möglichkeiten und Grenzen der Diabetesschulung	297
4.2.3	Psychotherapie bei Diabetes mellitus	300
4.2.4	Das Rationale des angestrebten Behandlungskonzepts	301
4.2.5	Notwendige Grundlagenforschung	301
4.2.6	Das Behandlungsmodell in der Versorgungspraxis	304
4.3	Training sozialer Kompetenz bei Typ-I-Diabetes mellitus	309
	(R.M.Kaplan und M.W.Chadwick)	
4.3.1	Einleitung	309
4.3.2	Jugendliche mit Diabetes	311
4.3.3	Methodik	312
4.3.4	Ergebnisse	315
4.3.5	Diskussion	319
4.3.6	Schlußfolgerungen	323
4.4	Bewältigungsverhalten (Coping) von Typ-II- Diabetikern - Eine empirische Untersuchung	326
	(B.Kulzer und T.Neumeyer)	
4.4.1	Einleitung	327
4.4.2	Zielsetzung der Untersuchung	329
4.4.3	Aufbau des Fragebogens und Methodik	331
4.4.3.1	Struktur des Fragebogens	333
4.4.3.2	Stichprobe	335
4.4.3.3	Auswertung	337
4.4.4	Problembeschreibung des Typ-II-Diabetes (Anforderungsstruktur)	338
4.4.4.1	Problembereiche des Typ-II-Diabetes	338
4.4.4.2	Ergebnisse zur Anforderungsstruktur	343
4.4.4.3	Ergebniszusammenfassung	346

4.4.5	Bewertung und Einstellung bezüglich therapierelevanter Verhaltensweisen des Typ-II-Diabetes (Zielstruktur)	349
4.4.5.1	Ergebnisse zur Therapieanforderung "Reduktion von Übergewicht"	349
4.4.5.2	Ergebniszusammenfassung	350
4.4.6	Problembewältigung (Coping)	350
4.4.6.1	Operationalisierung spezifischer Problem- bewältigungsstrategien	351
4.4.6.2	Ergebnisse zur unterschiedlichen Anwendung von Copingstrategien in Abhängigkeit vom Problem- charakter der Bereiche "Diät" und "Spätfolgen"	353
4.4.6.3	Ergebniszusammenfassung	353
4.4.7	Diskussion	354
4.5	Stoffwechseleinstellung bei Diabetes mellitus unter Nachtklinikbedingungen	362
	(E.Austenat und M.Reinhold)	
4.5.1	Einleitung	362
4.5.2	Methodik	364
4.5.2.1	Organisationsform	364
4.5.2.2	Patienten	368
4.5.3	Ergebnisse	369
4.5.3.1	Metabolische Auswertung	369
4.5.3.2	Psychosoziale Faktoren anhand eines Fallbeispiels	369
4.5.4	Diskussion	373
4.6	Schwangerschaft bei Diabetes - ein vertretbares Risiko und eine Chance zur besseren Diabetesbewältigung	376
	(B.Hillebrand)	
4.6.1	Einführung	377
4.6.2	Risiken einer diabetischen Schwangerschaft	377
4.6.2.1	Risiken für die diabetische Mutter	377
4.6.2.2	Risiken für den Foeten	378
4.6.2.3	Genetische Aspekte	380
4.6.3	Die Führung der diabetischen Schwangeren	380
4.6.4	Die Beratung	384

4.6.4.1	Präkonzeptionelle Beratung	385
4.6.4.2	Beratung nach Feststellung der Schwangerschaft	386
4.6.4.3	Beratung in der Ambulanz	388
4.6.4.4	Beratung vor der Geburt	389
4.6.4.5	Beratung bei Entlassung	390
4.6.5	Ergebnisse der Betreuung diabetischer Schwangerer am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing	390
4.6.6	Schlußbemerkungen	397
4.7	Lernen, mit der "Pumpe" zu leben: Behandlung von insulinpflichtigen Diabetikern mit Insulindosiergeräten	399
	(H.Walter und H.Mehnert)	
4.7.1	Einleitung	399
4.7.2	Behandlung mit Insulinpumpen	401
4.7.3	Welche Patienten können mit einem Dosiergerät behandelt werden?	403
4.7.4	Akzeptanz der Insulinpumpe	405
4.7.5	Emotionale Reaktion	409
4.7.6	Probleme der Langzeitakzeptanz	410
4.8	Differentialdiagnose und Behandlung somatischer und funktioneller Formen der diabetischen erektilen Impotenz	414
	(W.H.Scherb, W.Bähren, H.Gall, C.G.Stief u. W.F.Thon)	
4.8.1	Einleitung	414
4.8.2	Pathophysiologie	415
4.8.3	Die multidisziplinäre Abklärung der erektilen Dysfunktion	416
4.8.4	Therapeutische Möglichkeiten bei erektiler Dysfunktion	419
4.8.4.1	Therapiemöglichkeiten	421
4.8.4.2	Die Schwellkörper-Autoinjektions-Theorie (SKAT)	422
4.8.4.3	Psychotherapie und Verhaltenstherapie der erektilen Dysfunktion	422

4.9	Verhaltensmedizinische Behandlung der diabetischen Stuhlinkontinenz	429
	(W.E.Whitehead)	
4.9.1	Einleitung	429
4.9.2	Der Kontinenzmechanismus: Physiologische Defizite bei Diabetikern	430
4.9.3	Biofeedback-Training bei Inkontinenz in Verbindung mit Schwäche des äußeren Schließmuskels	433
4.9.4	Biofeedback-Training bei Stuhlinkontinenz in Verbindung mit rektalem Wahrnehmungsverlust	436
5	Ausblick: Mögliche Eigenleistung des Diabetikers in der Behandlung - Eine prospektive Untersuchung bei Typ-I-Diabetikern	441
	(M.Toeller)	
5.1	Sind therapeutische Mißerfolge durch mangelnde Compliance der Diabetiker vorprogrammiert? - Mögliche Eigenleistungen des Diabetikers in der Behandlung	442
5.2	Patientenauswahl: Typ-I-Diabetiker	442
5.3	Prospektive Untersuchung zweier Formen intensivierter Insulintherapie	443
5.4	Erste Ergebnisse: Stoffwechseleinstellung, Selbstkontrolle Therapieanpassung und Lebensqualität	443
5.5	Diskussion der Ergebnisse	450
5.6	Eigenleistung und Freiheitsgewinn	454
	Sachverzeichnis	457