

Selbstmanagementorientierte Schulungsprogramme können zur Prävention depressiver Symptome beim Typ 2 Diabetes beitragen



Kulzer B.^{1,2} Hermanns N.^{1,2} Maier B.¹ Haak T.^{1,2}
¹ Forschungsinstitut der Diabetes Akademie Mergentheim, ¹²Diabetes Zentrum Mergentheim



www.fidam.de

Problemstellung: Die Prävalenz depressiver Störungen ist bei Diabetikern um das Zweifache höher als in der nicht-diabetischen Bevölkerung. Patienten, welche zusätzlich zum Diabetes auch an einer depressiven Störung leiden, haben eine schlechtere glykämische Kontrolle, eine höhere Komorbidität bzgl. Diabeteskomplikationen, eine erhöhte Mortalität sowie eine reduzierte Lebensqualität. Neben der Notwendigkeit eines routinemäßigen Screenings zur Früherkennung von depressiven Menschen mit Diabetes stellt sich zusätzlich die Frage nach Präventionsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. Diese Studie untersucht den Effekt verschiedener Schulungskonzepte auf den Verlauf depressiver Symptome bei Typ 2 Diabetikern. Es wird erwartet, dass selbstmanagement-orientierte Schulungsprogramme, welche neben der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten über den Diabetes auch emotionale und kognitive Prozesse der Diabetesbehandlung mitberücksichtigen, einen größeren anti-depressiven Effekt haben, als primär auf die Wissensvermittlung ausgerichtete Schulungsprogramme. Zusätzlich wurde untersucht, welche Risikofaktoren mit einem Persistieren depressiver Symptome, was als ein Risikofaktor für die Entwicklung einer klinischen Depression gewertet werden kann, assoziiert sind.

Methodik: Es wurden 154 nicht insulinbehandelte Typ 2 Diabetiker, die auf drei verschiedene Schulungsprogramme randomisiert wurden, in Bezug auf den Verlauf ihrer depressiven Symptomatik untersucht (Stichprobenbeschreibung siehe Tabelle 1). Schulungsprogramm A umfasste 4 Stunden (das sog. Ziffer 15 Programm) und konzentrierte sich primär auf die Vermittlung von diabetesbezogenem Wissen und Fertigkeiten. Das zweite Schulungsprogramm B (MEDIAS 2) fokussierte neben der Wissensvermittlung darauf, Typ 2 Diabetikern zu unterstützen, einem eigenständigen und selbstbestimmten Umgang (Selbstmanagement) zu erlangen. Es handelte sich um ein Gruppenprogramm, an dem zwischen 6 und 10 Personen teilnahmen, die Dauer des Programms betrug 12 Kursstunden. Das dritte Schulungsprogramm C umfasste ebenfalls 12 Stunden und basierte auch auf dem Selbstmanagementansatz. Allerdings wurden zentrale Kursinhalte (z.B. individuelle Ernährungs- und Bewegungsanalyse) in insgesamt 6 Einzelstunden behandelt, um eine stärkere Individualisierung zu erzielen. Die übrigen 6 Kursstunden waren Gruppenstunden. Zur Erfassung der Depressivität wurde die Zerssen-Depressionskala benutzt. Dieser Fragebogen ist zur Depressionsmessung in klinischen wie auch in nicht klinischen Stichproben geeignet. Die Depressionsmaße wurden zur Baseline (t0), 12 Wochen nach Beginn (t1) und 64 Wochen nach Baseline (t2) erhoben. Die statistische Auswertung erfolgte mittels einer ANCOVA mit dem Depressionscore als abhängige und den unterschiedlichen Schulungsprogrammen als unabhängige Variable. Zur Kontrolle von Baselinedifferenzen wurde der Ausgangswert der Depressionsmessung als Kovariate einbezogen. Mit Hilfe einer schrittweisen multiplen logistischen Regressionsanalyse wurde nach Prädiktoren einer persistierenden depressiven Symptomatik gesucht (in allen 3 Messzeitpunkten einen Score > 10).

Ergebnisse:

- Der Verlauf der Depressionswerte ist in der Abbildung 1 dargestellt. Es zeigte sich, dass in der Schulungsgruppe A die Depressionswerte während der 15-monatigen Studienzeit nahezu unverändert blieben, während sich in den selbstmanagementorientierten Schulungsgruppen B und C ein signifikanter Abfall der Depressivität zeigte. Die Verbesserung der Depressivität war in Gruppe B signifikant stärker als in Gruppe A. Zwischen dem selbstmanagementorientierten Gruppenprogramm B und dem zusätzlich individualisierten Schulungsprogramm C zeigte sich kein signifikanter Unterschied.
- Die Sekundärauswertung mit dem Anteil depressiver Personen zeigte zur Baseline, dass ca. 30% der Stichprobe eine erhöhte Depressivität aufwies. Zum Ende des Follow-ups hatte sich dieser Anteil depressiver Patienten in den Schulungsprogrammen B und C auf 19% bzw. 17% reduziert, während in der Gruppe A ein unverändert hoher Patientenanteil (26,4%) einen erhöhten Depressionscore aufwies (Abbildung 2).
- Die Abbildung 3 zeigt den Verlauf des Anteils depressiver Patienten über alle 3 Gruppen während des Erhebungszeitraumes. Ein Anteil von 10% beschrieb sich zu allen drei Messzeitpunkten als depressiv. Eine solche persistierende depressive Stimmung ist ein Risikofaktor für die Entstehung einer klinischen depressiven Störung.
- In einer multiplen logistischen Regressionsanalyse erwiesen sich das Fehlen von Diabeteskomplikationen, männliches Geschlecht und die Teilnahme an einem der beiden selbstmanagementorientierten Schulungsprogramme als Protektionsfaktoren gegen ein Persistieren erhöhter Depressionswerte.

Diskussion: In dieser Stichprobe wies etwa jeder dritte Patient einen erhöhten Depressionscore im Fragebogen auf, was für eine erhöhte Depressivität bei dieser Patientengruppe spricht. Selbstmanagementorientierte Schulungsprogramme vermindern das Ausmaß depressiver Symptome, während ein primär auf die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten ausgerichtetes Schulungsprogramm keinen positiven Effekt auf die Depressivität der Teilnehmer aufwies. Möglicherweise aktivieren selbstmanagementorientierte Schulungsprogramme beim Betroffenen Ressourcen und modifizieren Einstellungen zur Diabeteserkrankung, so dass ein aktiver Umgang mit der Erkrankung bzw. deren Therapieanforderungen möglich wird. Hierdurch können möglicherweise depressive Symptome wie Gefühle der Hilflosigkeit oder der Überforderung wirksam verbessert werden.

In Längsschnittuntersuchungen bei nichtdiabetischen Stichproben ging das Vorhandensein depressiver Symptome mit einem dreifach erhöhten Risiko für die Entstehung einer klinischen schwerwiegenden depressiven Erkrankung einher. In dieser Stichprobe zeigte sich bei ca. 10% der Patienten ein Persistieren von erhöhten Depressionswerten über alle drei Messzeitpunkte. Bei diesen Personen muss von einem hohen Risiko für die Entstehung einer klinischen Depression ausgegangen werden. Weibliches Geschlecht und das Vorhandensein von Folgeerkrankungen waren Risikofaktoren für das Persistieren depressiver Symptome. Diese Patientengruppe verdient daher eine erhöhte Aufmerksamkeit. Gleichzeitig zeigte sich, dass eine selbstmanagementorientierte Schulung im Gegensatz zu einer primär wissensvermittelnden Schulung einen Protektionsfaktor gegen das Persistieren von Depressionssymptomen bildete. In weiteren Studien sollte geprüft werden inwieweit selbstmanagementorientierte Schulungsprogramme eine effektive Präventionsmöglichkeit für die Entstehung einer schwerwiegenden klinischen Depression bei Menschen mit einer Diabeteserkrankung darstellen.

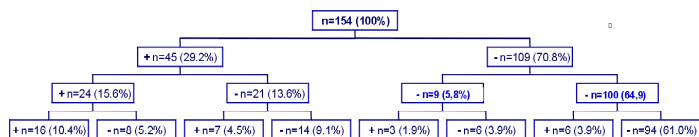


Abbildung 3: Anteil depressiver Patienten über den gesamten Erhebungszeitraum

Tabelle 1: Stichprobencharakteristika

	Programm A	Programm B	Programm C	p
Alter (J)	55,2 ±5,5	56,7 ±6,7	55,4 ±6,1	.44
% weiblich	47,2	55,3	46,3	.81
% alleine lebend	11,3	14,9	18,8	.83
Diabetesdauer (J)	5,8 ±4,8	6,3 ±6,1	7,4 ±6,0	.35
BMI (kg/m ²)	32,1 ±3,8	31,6 ±3,2	32,9 ±3,8	.23
HbA1c (%)	7,5 ±1,4	8,1 ±1,8	7,7 ±1,6	.17
# ¹ mit Komplikationen ²	0,6 ±0,9	0,5 ±0,7	0,6 ±1,0	.47

¹ # Anzahl, ² Komplikationen: Herzinfarkt, Schlaganfall, AVK, diabetischer Fuss, Retinopathie, Neuropathie oder Nephropathie

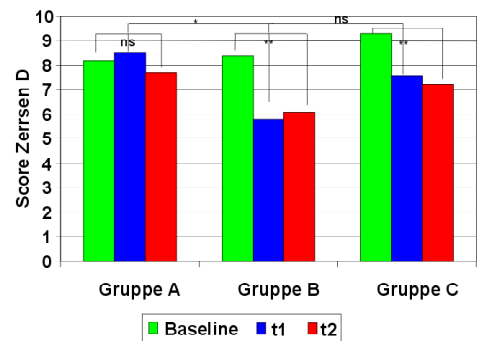


Abbildung 1: Effekte der verschiedenen Schulungen auf das Ausmaß der Depressivität

Tabelle 2: Schrittweise logistische Regressionsanalyse

Schritt	Prädiktor	β	odds ratio (95% CL)	p	R ²	Δ R ²
1	Geschlecht: männlich		1			
	weiblich	2,9	8,1 (1,8-37,1)	.007	.14	.14
2	Geschlecht: männlich		1			
	weiblich	2,3	9,8 (2,0-48,8)	.005		
	Komplikationen: >2		1			
	1-2	1,3	0,3 (0,1-1,2)	.091	.24	.10
0	2,1	0,1 (0-0,5)	.002			
3 ¹	Geschlecht: männlich		1			
	weiblich	2,3	10,4 (1,9-55,4)	.006		
	Komplikationen: >2		1			
	1-2	2,0	0,1 (0-0,8)	.027		
	0	2,6	0,1 (0-0,4)	.002		
	Schulungen: Gruppe A		1			
Gruppe B	2,0	0,5 (0,1-0,9)	.045	.30	.06	
Gruppe C	0,5	0,9 (0,9-2,1)	.428			

¹ nicht in dieses Modell aufgenommen: Alter, Diabetesdauer, alleine lebend, Schulbildung, HbA1c, BMI

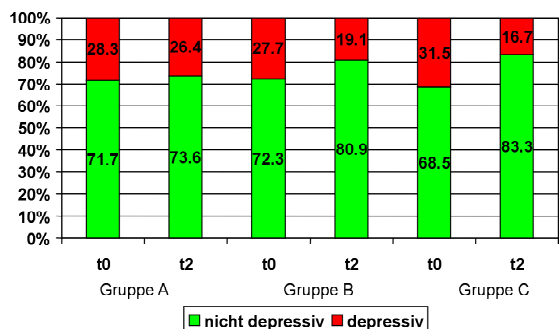


Abbildung 2: Anteil depressiver Patienten in den verschiedenen Schulungen zur Baseline und zum Ende des Follow-ups