

3.8 DIE FUNKTIONELLE BEDEUTUNG VON ANOREXIA UND BULIMIA NERVOSA FÜR DEN DIABETES MELLITUS

S. Lautenbacher

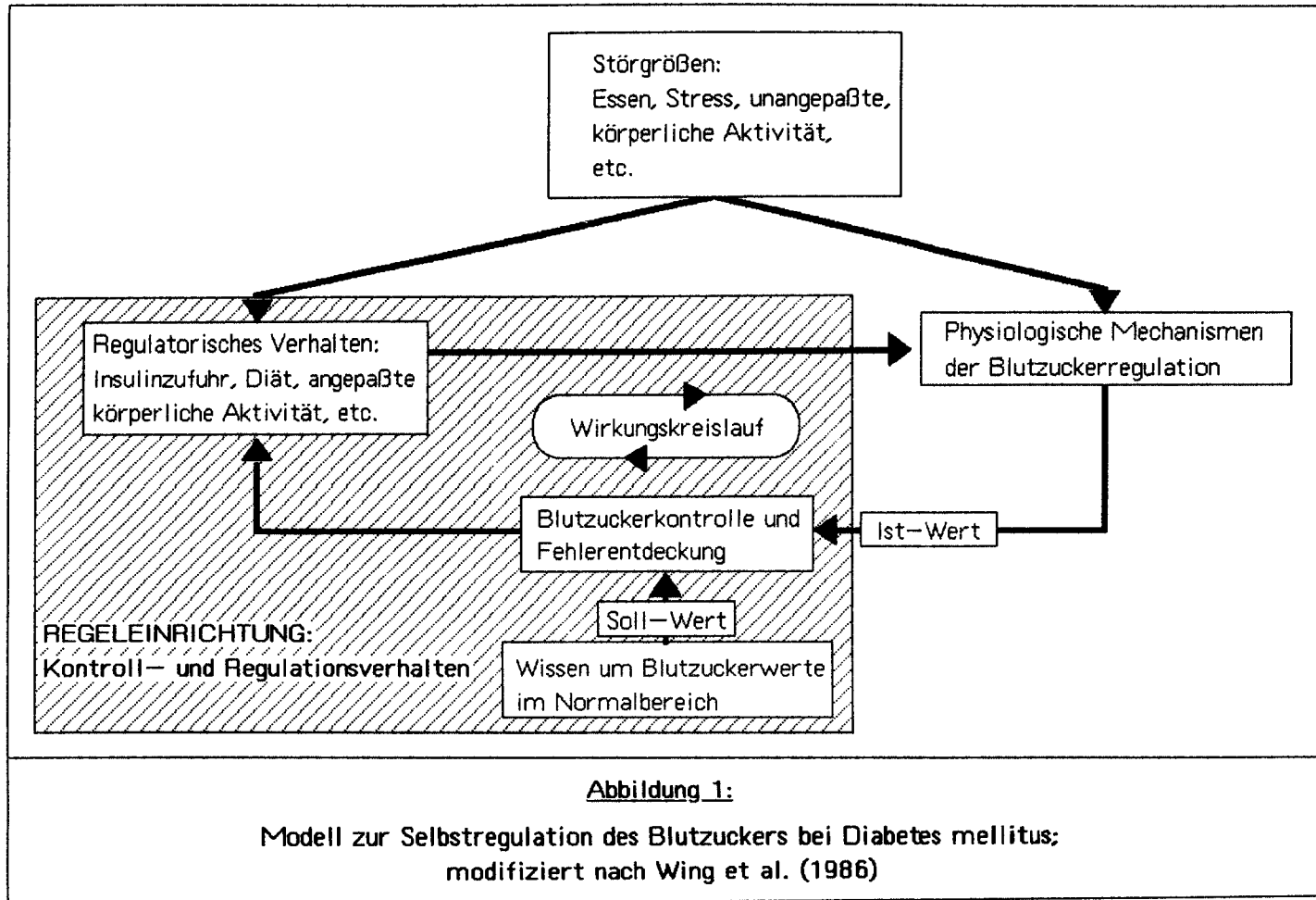
Zusammenfassung: Die Verhaltensmedizin hat in jüngster Zeit die Bedeutung möglicher funktioneller Beziehungen zwischen den Symptomen einer oder mehrerer Erkrankungen thematisiert. Die häufigen Mängel in der Diätcompliance bei Diabetes mellitus und die überzufällige Koinzidenz zwischen Diabetes mellitus und EBstörungen machen eine Betrachtung dieser beiden Erkrankungsarten unter dieser Perspektive ratsam. Aus den bisher veröffentlichten Fallberichten über das gemeinsame Auftreten von Diabetes mellitus und Anorexia sowie Bulimia nervosa wird deutlich, daß a) die leicht manipulierbare Symptombildung bei Diabetes von Patienten mit Anorexia/Bulimia nervosa zur sozialen Kontrolle durch Krankheit eingesetzt werden kann, und b) Anorexia/Bulimia nervosa-Patienten versuchen, durch Insulinheldosierung ihr Gewicht zu kontrollieren oder zu reduzieren. Berücksichtigt man diese funktionelle Bedeutung von Diabetes mellitus für Anorexia/Bulimia nervosa zusammen mit der zunehmenden Verbreitung klinischer und subklinischer EBstörungen, so wird deutlich, daß bei der Behandlung von Diätproblemen das diagnostische und therapeutische Wissen zu diesem Krankheitsbereich herangezogen werden sollte.

3.8.1 Wert funktioneller Analysen

Eine der neuen Perspektiven, die durch die Verhaltensmedizin eröffnet wurde, ist die Untersuchung funktioneller Beziehungen zwischen verschiedenen Störungsbereichen. Die Analyse der Wechselwirkungen kann sich auf eine Ebene (z.B. physiologische Störungen) beschränken oder auch das Ineinandergreifen mehrerer Ebenen (z.B. physiologische, behaviorale, kognitiv-subjektive Störungen) umfassen. Für den Diabetes mellitus (DM) sind derartige

Analyseversuche bereits unternommen worden, um etwa Probleme bei der Blutzuckerkontrolle besser erklären zu können (zu derartigen Ansätzen siehe auch Kap. 3.7.). Als Beispiel sei hier der Erklärungsansatz von Wing et al. (1986) herausgegriffen, der die notwendige externe Regulation des Blutzuckers bei DM mit einem Modell aus der Regelungstechnik beschreibt (siehe Abb. 1). Es macht verständlich, daß Blutzuckerkontrolle und - Regulation zur Aufrechterhaltung einer stabilen Stoffwechsellage, die ständig von Störgrößen wie unangepaßter Nahrungsaufnahme, psychischen und physischen Stressoren gefährdet ist, möglichst präzise abgestimmt sein müssen. Zum Aufbau und zur Stabilisierung der wechselseitig abhängigen Kontroll- und Regulationsfertigkeiten ist insbesondere die Entwicklung eines effizienten Selbstverstärkungssystem notwendig, da die Verhaltensformung durch die DM-typische Symptombildung zu langsam und unspezifisch ist.

Liefert dieses Modell auch für das klinisch-theoretische und -praktische Verständnis von mangelhafter Diätcompliance, Fehlern bei der Insulinadministration, Nachlässigkeiten bei der Blutzuckerkontrolle, etc., wertvolle Hinweise, ist die zur Modellvereinfachung notwendige Gleichsetzung unterschiedlicher Faktoren als funktionell gleichartig in diesem und in ähnlichen Ansätzen eine Beschränkung für die Einzelfallanalyse. Insbesondere gilt dies für die ätiologisch relevanten Einflußgrößen, die hier unter dem Begriff "Störgröße" subsumiert werden. Eine Ausweitung und Detaillierung der funktionellen Analyse ist vor allem dann geboten, wenn zwei oder mehr Erkrankungen zu interagieren scheinen. Da eine vollständige Aufklärung der wechselseitigen Abhängigkeiten meist an den beschränkten diagnostischen Möglichkeiten scheitern würde, kann hier als erste Näherung eine getrennte Analyse der in Frage kommenden Erkrankungen weiterhelfen. Um die so möglichen diagnostischen Schlüsse etwas konkreter darzustellen, wird im folgenden versucht, die funktionelle Bedeutung des DM aus der "Sicht" einer anderen Erkrankung beispielhaft zu entwickeln. EBstörungen bieten sich hier aus mehreren Gründen an. Zum einem ist ihre verursachende Beteiligung im Falle der Adipositas unbestritten, zum anderen ist die mangelhafte Diätcompliance eine der Hauptprobleme der DM-Behandlung und daher Grund der vielfältigen DM-Komplikationen (Strian u. Haslbeck 1986). Da der Zusammenhang zwischen Adipositas und Typ-II-Diabetes bereits ausreichend beschrieben wurde, soll im weiteren nur auf die funktionelle Bedeutung des DM für die EBstörungen Anorexia (AN) und Bulimia nervosa (BN) eingegangen werden.



3.8.2 Diabetes mellitus aus der Sicht von Anorexia und Bulimia nervosa

Um in die funktionelle Analyse des DM andere Erkrankungen miteinbeziehen zu können, ist neben den direkten diagnostischen Hinweisen meist epidemiologisches Vorwissen notwendig, das die Koinzidenz zweier Störungen als möglich erscheinen läßt. Für die Kombination AN/BN und DM ist derartiges Vorwissen noch spärlich, da systematische Studien hierzu weitgehend fehlen. Das in Fallberichten dokumentierte gemeinsame Auftreten dieser beiden Erkrankungen wurde in der Regel als zufällig eingestuft (Hillard u. Hillard 1984). Eine neuere Untersuchung von Rodin et al. (1985) legt jedoch nahe, daß die Prävalenz der genannten EBstörungen bei DM mindestens doppelt so hoch ist wie bei vergleichbaren gesunden Kontrollen. Sie stellten die Diagnose "Anorexie" und "Bulimie" nach den Kriterien des DSM-III bei 13% einer unselegierten Stichprobe junger Diabetikerinnen; weitere 6.5% wiesen eine unvollständige Symptomatik der genannten Erkrankungen auf. Diese Zahlen sind Grund genug, um bei chronisch schlechter Stoffwechseleinstellung, Mängeln in der Insulinadministration und der Diäteeinhaltung EBstörungen der genannten Art in die weiteren diagnostischen Überlegungen einzuschließen. Wie bereits angedeutet, soll im folgenden die Richtung der Analyse umgedreht, DM also aus der "Sicht" von AN/BN untersucht werden, um die funktionellen Beziehungen des DM zu diesen Erkrankungen besser herausarbeiten zu können als durch die übliche Analyserichtung allein. Obgleich ein derartiges Vorgehen für den Einzelfall bestimmt ist, sind die Ähnlichkeiten der bisher veröffentlichten Fallberichte groß genug, um zumindest zwei Arten funktioneller Beziehungen herauszugreifen:

3.8.2.1 Diabetes mellitus als Mittel sozialer Kontrolle

Die bei AN/BN häufig anzutreffende Tendenz, das engere soziale Umfeld durch das gestörte EBverhalten zu manipulieren und zu kontrollieren - sei es, um Konflikte oder Verantwortlichkeiten zu vermeiden oder um im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen - wird beim Vorliegen eines DM um ein weiteres Hilfsmittel bereichert (Roland u. Bhanji 1982; Brooks 1984; Hillard u. Hillard 1984). Der DM bietet wie wenige andere Erkrankungen die Möglichkeit, akute Symptome nach Bedarf zu produzieren, wobei die Methoden wie Insulinüber- bzw. Unterdosierung, nicht adäquates EBverhalten und übertriebene körperliche Aktivität den meisten Diabetikern bekannt sind. Die Einstufung

des DM als eindeutig "somatisch" verringert darüberhinaus noch die Wahrscheinlichkeit negativer Reaktionen des sozialen Umfelds. Diese Steuerbarkeit der eigenen Symptomatik wird nicht nur zur Kontrolle des engeren sozialen Umfelds eingesetzt, sondern auch in manchen Fällen, um die Behandlung nach Art (psychiatrische oder internistische Abteilung), Verlauf und Konsequenz (Abbruch bzw. Änderung einer Psychotherapie durch akute Stoffwechselprobleme) zu dirigieren (Szmukler u. Russel 1983; Powers et al. 1983, Malone u. Armstrong 1985). Weiterhin rechtfertigt der DM ansonsten auffälliges Verhalten bei AN/BN: So sind eine Kohlehydratphobie und übertriebene körperliche Aktivität im Rahmen einer DM-Behandlung verständlich zu machen, ebenso Übelkeit und Erbrechen als Konsequenz hyperglykämischer Episoden. In dieser Betrachtungsweise sind AN/BN und DM zwei verschiedene Mittel für ein Ziel: soziale Kontrolle durch Krankheit. Hierfür ist DM zwar besonders geeignet, der "Einsatz" anderer Krankheiten aber ebenso denkbar. Die zweite funktionelle Beziehung verleiht dem DM erst seinen spezifischen Wert.

3.8.2.2 Diabetes mellitus als Mittel zur Gewichtskontrolle und -reduktion

Gewichtskontrolle bzw. -reduktion gehören zu den primären "Zielen" von AN/BN. Bei gleichzeitigem Vorliegen eines DM ergeben sich hierfür neue Möglichkeiten. Eine liegt in der DM-Behandlung selbst; liefert diese doch nicht nur eine allgemeine Rechtfertigung eines "Nicht-normal-essen-dürfens" sondern auch eine quasi-therapeutische Begründung anorektischer und bulimischer Kontrolltechniken (Hillard u. Hillard 1984). Die phasenweise völlige Nahrungsverweigerung bei extremer körperlicher Aktivität ist in diesem Sinne nur die strikte Befolgung der diätetischen Anweisung, Kohlehydrate zu vermeiden und dem Ansteigen des Blutzuckers mit körperlicher Betätigung entgegenzuwirken. Wird bei der eben genannten Art der Gewichtskontrolle der DM nur als Verhaltensrechtfertigung eingesetzt, macht sich eine zweite die Pathophysiologie des DM zunutze. In fast allen verfügbaren Fallgeschichten werden Manipulationen der Insulinadministration berichtet, die den angestrebten Gewichtsverlust befördern sollen (O'Gorman u. Eyre 1980; Szmukler u. Russel 1983; Powers et al. 1983; Hillard u. Hillard 1984). Die durch die Insulinunterdosierung herbeigeführte Glykosurie ist Zeichen der beabsichtigten mangelhaften Glucoseverwertung. Bei Patienten mit "binge and purge" scheint diese Technik die üblichen "purge"-Arten (Erbrechen, Abführen,

etc.) ersetzen zu können (Szmukler u. Russel 1983). Gelegentliches Insulin-überdosieren gehört als Pseudokompensation ebenso zu diesen Manipulationstechniken, die trotz der dabei häufig auftretenden akuten Stoffwechselstörungen (Ketoazidose, hypoglykämische Ohnmacht, etc.) und den ärztlichen Warnungen beibehalten werden - ein Zeichen für die Stärke der Motivation, das Gewicht zu kontrollieren bzw. zu reduzieren (Handelsman 1984).

Eine schematische Zusammenfassung der dargestellten funktionellen Beziehungen zwischen DM und AN/BN liefert Abbildung 2, die insbesondere die unterschiedlichen Konsequenzen gleichen Verhaltens in beiden Störungsbereichen hervorhebt.

Neben diesen aus klinischen Berichten erschließbaren Beziehungen zwischen DM und AN/BN sind nach neueren physiologischen Befunden weitere Überschneidungen der beiden Krankheitsbereiche wahrscheinlich, die sich vor allem auf das Gebiet der Nahrungsaufnahmeregulation konzentrieren. In Kapitel 3.6 werden Ähnlichkeiten in der Störung der zentralen Hunger- und Sättigungsmechanismen referiert, hier sei beispielhaft ein Ergebnis herausgegriffen, das periphere Regulationsmechanismen betrifft: In beiden Erkrankungsarten kann die gastrische Entleerung verzögert sein (Minami u. McCallum 1984). Prolongierte Sättigungssignale können als Konsequenz zur Reduktion der Nahrungsaufnahme in beiden Erkrankungen führen. Anorektische Zustände bei diabetischer Gastroparese wurden beobachtet und bestätigen diese Vermutung (Lautenbacher et al. 1986). Berücksichtigt man neben diesen die Nahrungsaufnahme betreffenden physiologischen Veränderungen bei DM den Zwang zur Diäthaltung, so ist eine bahnende Wirkung des DM für EBstörungen nicht auszuschließen (Hillard u. Hillard 1984).

3.8.3 Diagnostische und therapeutische Konsequenzen

Liegt die Ursache einer schlechten Stoffwechselkontrolle im Vorliegen von AN und BN, so kann dies trotzdem lange Zeit verborgen bleiben, da die betroffenen Patienten ihre EBstörungen oft verheimlichen (Giles 1986). Entsprechendes diagnostisches Wissen über die Leitsymptome von AN und BN kann daher manches Rätsel bei der Blutzuckerkontrolle lösen. Ist die EBstörung erkannt, ist nach der Stabilisierung der Stoffwechsellage die AN/BN-Behandlung primäres Therapieziel, um die diätetischen Maßnahmen langfristig sichern zu können (Hillard u. Hillard 1984). Die Erfolge in der Diagnostik und Therapie von EBstörungen, die auch mittlerweile eine entsprechende

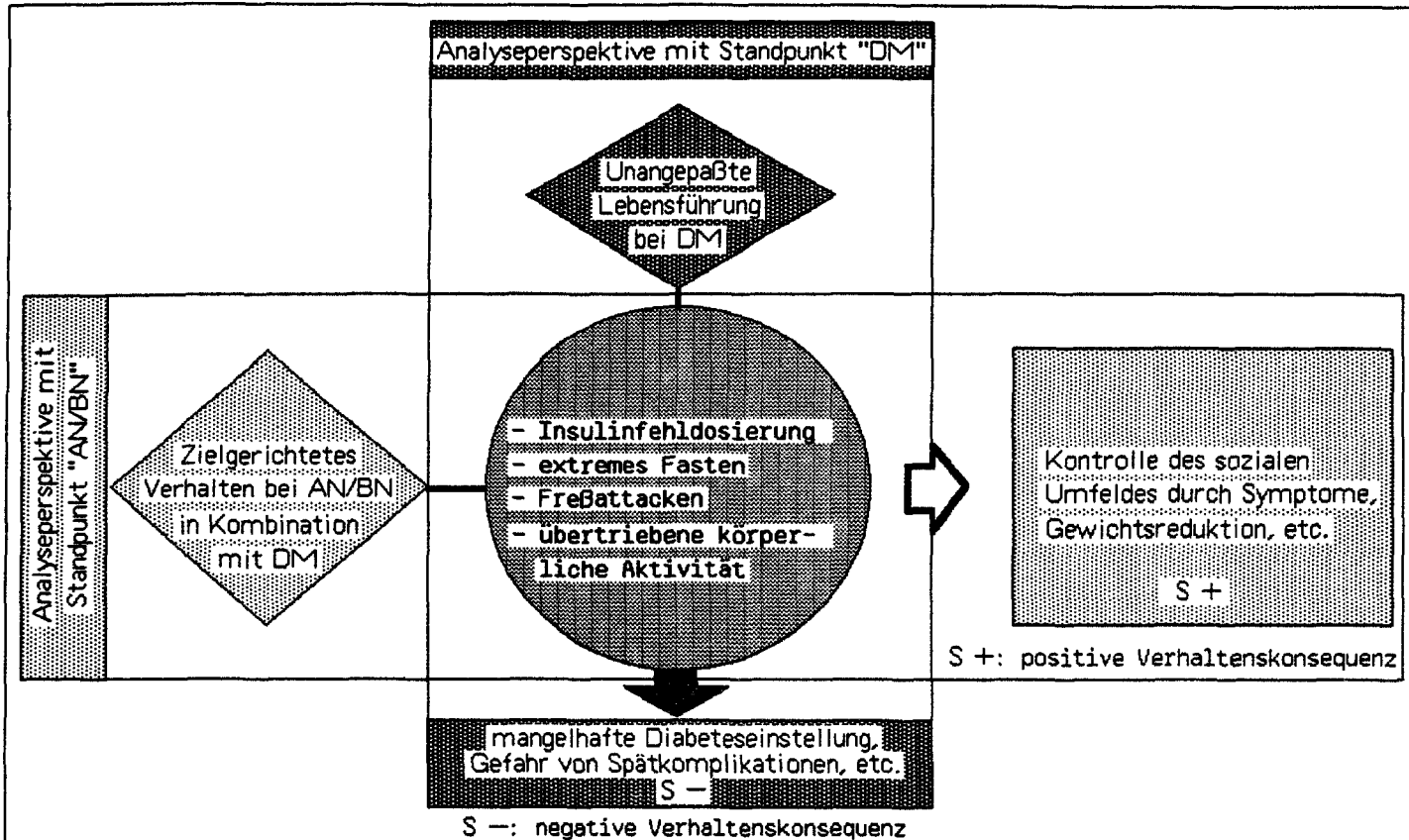


Abbildung 2:

Schematische Darstellung der funktionalen Beziehung zwischen Diabetes mellitus (DM) und Anorexia nervosa (AN) sowie Bulimia nervosa (BN)

Darstellung gefunden haben (siehe z.B. Garner u. Garfinkel 1984), geben dem mit der DM-Behandlung befaßten Personenkreis die Hilfsmittel, Mängel in der Diätcompliance nicht nur mit den bekannten edukativen Ansätzen sondern durch gezielte Einzelanalyse und -intervention zu beseitigen. Berücksichtigt man den hohen Verbreitungsgrad klinischer und subklinischer EBstörungen, insbesondere unter jungen Frauen, ist zu erkennen, daß es sich hierbei nicht um ein Randproblem in der DM-Therapie handelt (Kagan u. Squires 1984).

Literatur

Brooks SA (1984) Diabetes mellitus and anorexia nervosa: Another view. Br J Psychiatry 144:640-642

Garner DM, Garfinkel PE (1984) Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. The Guilford Press, New York

Giles T (1986) A team approach: Bulimia. Diabetes Educ 12:69-70

Handelsman MB (1984) Anorexia nervosa and juvenile diabetes mellitus. New York State J Med 84:58-59

Hillard JR, Hillard PJA (1984) Bulimia, anorexia nervosa, and diabetes: a deadly combination. Psychiatr Clin North Am 7:367-379

Kagan DM, Squires RL (1984) Eating disorders among adolescents: Patterns and prevalence. Adolescence 19:15-29

Lautenbacher S, Hölzl R, Haslbeck M (1986) Gastrointestinale Störungen. In: Strian F, Haslbeck M (Hrsg) Autonome Neuropathie bei Diabetes mellitus. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo S 86-127

Malone GL, Armstrong BK (1985) Single case study: Treatment of anorexia nervosa in a young adult patient with diabetes mellitus. J Nerv Ment Dis 173:509-511

Minami H, McCallum RW (1984) The physiology and pathophysiology of gastric emptying in humans. Gastroenterol 86:1592-1610

O'Gorman EC, Eyre DG (1980) Correspondence: A case of anorexia nervosa and diabetes mellitus. Brit J Psychiatry 137:103

Powers PS, Malone JI, Duncan JA (1983) Anorexia nervosa and diabetes mellitus. J Clin Psychiatry 44:133-135

Rodin GM, Daneman D, Johnson LE, Kenshole A, Garfinkel P (1985) Anorexia nervosa and bulimia in female adolescents with insulin dependent diabetes mellitus: A systematic study. J Psychiat Res 19:381-384

Roland JM, Bhanji S (1982) Anorexia nervosa occurring in patients with diabetes mellitus. *Postgrad Med J* 58:354-356

Strian F, Haslbeck M (1986) *Autonome Neuropathie bei Diabetes mellitus*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Szmukler GI, Russell GFM (1983) Diabetes mellitus, anorexia nervosa and bulimia. *Brit J Psychiat* 142:305-308

Wing R, Epstein LH, Nowalk MP, Lamparski DM (1986) Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Am Psychol Association* 99:78-89