



**LEOPOLDINA
KRANKENHAUS**
DER STADT SCHWEINFURT gGmbH



Diabetes und Essstörungen – Prof. Dr. Martina de Zwaan

Das Thema unserer diesjährigen gemeinsamen Veranstaltung mit der Klinik für Kinder und Jugendliche des Leopoldina Krankenhauses Schweinfurt war „Diabetes und Essstörungen“.



Dank der Vermittlung von Frau Dr. Köster-Lück (Leo KH) fanden wir nach Absage des vorgesehenen Referenten in Frau Professorin Dr. Martina de Zwaan mehr als einen Ersatz. Als Leiterin der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen hatten wir eine äußerst kompetente Fachfrau für das Arzt-Patienten-Seminar am 09. Juni im Vortragssaal des Leopoldina Krankenhauses.

Da die Zielgruppe des Vortrags insbesondere junge Typ-1 Diabetiker sind, beschränkt sich Frau de Zwaan auf die Krankheitsbilder Bulimie nervosa (Ess-Brech-Sucht) und Anorexia nervosa (Magersucht).

Häufigkeit

Bulimie nervosa (BN) und Anorexia nervosa (AN) seien beides langdauernde Erkrankungen, die vor allem beim Erwachsenwerden und im jungen Erwachsenenalter auftreten. Es seien fast ausschließlich Mädchen und junge Frauen betroffen, wobei die Häufigkeit in dieser Altersgruppe bei AN 0,3% und bei der BN bei 1% läge. Subklinische Essstörungen, die man also noch ambulant behandeln könne, fände man jedoch bei bis zu 16%.

Anorexia nervosa

Von AN spreche man, so de Zwaan, bei

- Untergewicht (BMI < 17,5 kg/m²),
- starker Angst vor Gewichtszunahme (Gewichtsphobie),
- einer Körperschemastörung und
- Ausbleiben der Monatsblutung

Bulimia nervosa

Bei einer BN beobachtet man

- wiederholte Essanfälle mit
 - objektiv großen Mengen und
 - Kontrollverlust;
- Kompensatorische Verhaltensweisen durch
 - gezügeltes Essverhalten oder Sport („non-purging“, d.h. nicht-abführend) oder
 - „Purging“, d.h. Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln (Laxanzien), Entwässerungsmitteln (Diuretika), Appetitzüglern oder Schilddrüsen-Präparaten;
- Die Selbstbewertung werde übermäßig stark von Gewicht und Figur abhängig gemacht.
- Die Frequenz betrage 2x/Woche innerhalb von 3 Monaten.
- Die BN sei in 15 bis 25% der Fälle die Vorgeschichte einer Anorexie.

Bulimie werde oft lange verheimlicht und die Angehörigen merken es meist nicht.

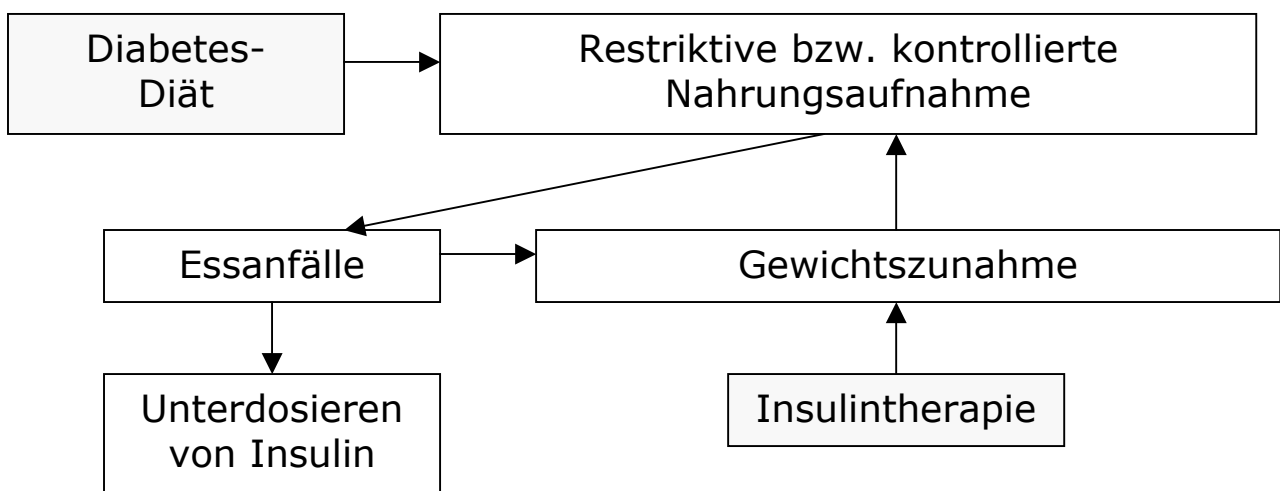
Diabetes mellitus Typ I und Essstörungen

Anorexie sei bei Diabetikerinnen nicht häufiger als bei Nicht-Diabetikerinnen. Bulimie sei hingegen bei Diabetikerinnen drei mal häufiger, nicht näher bezeichnete Störungen (NNB z.B. Binge Eating Störung) trafe man unter Diabetikerinnen doppelt so häufig an wie sonst. Ebenfalls doppelt so oft lägen subsyndromale Essstörungen vor – diese erfüllten zwar nicht die vollen Kriterien einer Essstörung, könnten dennoch, vor allem bei Diabetikerinnen, von klinischer Relevanz sein.

Prof. de Zwaan zitiert aus einer Kanadischen Studie bei der 356 adoleszente Mädchen (12 bis 19 Jahre) mit Diabetes und 1098 Kontrollpersonen untersucht worden seien: So sei bei 10% eine BN bzw. eine NNB festgestellt bzw. bei 14 % eine subsyndromale Störung diagnostiziert worden. In der Kontrollgruppe hätte man bei 4% BN oder NNB sowie bei 8% eine subsyndromale Störung festgestellt.

Diabetes mellitus als Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung?

- Eine chronische Erkrankung könne während der Phase der Persönlichkeitsentwicklung einen gewissen Einfluss auf das Selbstwertgefühl haben.
- Körperliche Erkrankungen, die eine Kontrolle der Nahrungsaufnahme erfordern, stellen Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung dar, so de Zwaan.
- Auch sei eine Insulintherapie förderlich für die Gewichtszunahme.
- Diabetische Mädchen mit Essstörungen hätten ein höheres Gewicht als diabetische Mädchen ohne Essstörungen (Insulin, Essanfälle).



Spezifische Verhaltensweisen

Eine diabetes-spezifische kompensatorische Methode sei das **„insulin-purging“**, so die Referentin. Hierbei werde Insulin absichtlich unterdosiert oder gar weggelassen, um eine Glukosurie, Kalorienverlust und damit eine Gewichtsabnahme zu erreichen. Bei etwa 60% der Diabetikerinnen, die eine Essstörung haben, sei diese Vorgehensweise festzustellen, aber auch bei nicht essgestörten diabetischen Mädchen und Frauen komme Unterdosieren von Insulin in bis zu 30% der Fälle vor.

Natürlich müsse beim Unterdosieren von Insulin nicht immer eine Essstörung vorliegen. Andere Ursachen könnten z.B. sein

- Verleugnung der Erkrankung,
- „Diabetes burn out“,
- Angst vor Hypoglykämien od.
- Nadelphobie.

Absichtliches Erbrechen und Abführmitteleinnahme, trete bei diabetischen Mädchen mit Essstörung seltener auf als bei nichtdiabetischen Mädchen mit Essstörungen, so de Zwaan.

Essanfälle treten jedoch bei 45 bis 80% diabetischer Mädchen auf.

Matabolische Kontrolle (Anmerkung: Kontrolle des Stoffwechsels)

Oft gehe mit einer Essstörung einher, dass die **HbA1c-Werte erhöht** seien. Die Ursachen seien mangelnde Therapiebereitschaft, Essanfälle oder Unterdosieren von Insulin. Auch gehäuftes Auftreten von **Ketoazidosen** oder frühes Auftreten diabetesbedingter **Langzeitkomplikationen** könnten Anzeichen für eine vorliegende Essstörung sein.

Frau Prof. Dr. de Zwaan weist auf eine Studie von Jones aus dem Jahre 2000 hin, die den Zusammenhang des HbA1c-Wertes und „insulin-purgings“ mit Essstörungen dokumentiert:

	BN/NNB (n=36)	subsyndromale Essstörungen (N=49)	keine Essstörung (n=276)
Insulin-purging	42%	18%	6%
HbA1c	9,4	9,1	8,6

Langzeitfolgen?

Frau de Zwaan bezeichnet das Risiko für die Entwicklung einer **Retinopathie** bei Diabetikerinnen mit einer Essstörung **um den Faktor 5 erhöht**. Auch die Lebenserwartung sei nicht so hoch wie bei Diabetikerinnen ohne Essstörung. De Zwaan berichtet von einer Studie, die Rydall 1997 veröffentlicht hat. Er hatte dabei 91 Diabetikerinnen betrachtet:

	Pat. mit sehr auffälligem Essverhalten (n=9)	Pat. mit mäßig auffälligem Essverhalten (n=17)	Pat. ohne auffälliges Essverhalten (n=65)
HbA1c	11,1	8,9	8,7
Albuminurie nach 4 Jahren	43%	20%	18%
Retinopathie	86%	43%	24%

Sowohl Diabetes als auch Essstörungen gingen mit einer hohen Depressionsrate einher. Patienten mit Diabetes mellitus und Depressionen zeigten eine schlechtere metabolische Kontrolle. Die Komorbidität (Anmerkung: gleichzeitiges Auftreten mehrerer Krankheitsbilder) von Diabetes mellitus,

Essstörung und Depression verschlechtere die metabolische Kontrolle weiter.

Psychosoziale Faktoren

Einfluss auf die Entwicklung oder auf das Ausbleiben einer Essstörung hätten folgenden Faktoren:

- Persönlichkeit
- Bewältigungsstile
- psychologische Reaktion auf die Erkrankung
- psychische Komorbidität
- Lebensqualität
- familiäre Beziehungen.

Früherkennung

Die Referentin empfiehlt insbesondere den anwesenden Ärzten frühzeitig auf Signale zu achten, die für eine Essstörung stehen könnten. Insbesondere für heranwachsende Mädchen und junge Frauen mit schlechter metabolischer Kontrolle stünden spezielle Screening-Instrumente zur Verfügung (EAT, EDI, EDE-Q – spezielle Fragebögen)

Therapie

Eine Therapie, wenn auch nur ambulant, empfiehlt Frau de Zwaan schon bei subsyndromalen Essstörungen, daneben auch die Einbeziehung der Eltern. Außerdem rät sie, ExpertInnen zuzuziehen.

Die Bulimie-Therapie ziele während der stationären Behandlung nicht auf Abnehmen ab sondern diene der Steigerung des Selbstwertgefühls: „Ich definiere mein Selbstwertgefühl nicht nur über meine Figur!“

Buchempfehlungen:



C. Fairburn:
Essattacken stoppen
H. Huber, 2004



U. Schmidt, J. Treasure:
Die Bulimie besiegen
Beltz, 2000

Fragen an die Referentin:

Frau de Zwaan beantwortet Dr. Kochs Frage nach Folgen der **Überbehütung** dahingehend, dass lange Kontrolle der Nahrungsaufnahme durch die Eltern ein Risikofaktor sei, wie alles akribische Verhalten der Eltern. Das Loslassen sei ganz wichtig für die gesunde Entwicklung der Kinder, zur Steigerung des Selbstvertrauens. Da könne es sonst ein Spannungsfeld zu allen möglichen psychischen Erkrankungen geben.

Wie behandelt man Patienten mit einer Essstörung?

Im ambulanten Bereich sei es wichtig die Einsicht zu wecken. Da heiße es, Überzeugungsarbeit zu leisten. Denn wenn ein Erfolg eintreten soll, dann bedürfe es der Motivation des Patienten und seiner Kooperation. Eine ambulante Psychotherapie mit wöchentlichen Terminen soll dem Patienten helfen, die Essstörung zu überwinden.

Wie muss man sich eine stationäre Therapie vorstellen?

Es gehe bei der Therapie darum die Eigenverantwortung zu stärken. Insbesondere bei Magersüchtigen arbeite man mit Verträgen. Wenn pro Woche z.B. keine Gewichtszunahme um mind. 500 g erfolge, könne die Therapie nicht fortgesetzt werden. Bei Kindern werde natürlich besonderer Wert auf Pädagogik gelegt.

Grundsätzlich gebe es einen essstörungsspezifischen Teil, z.B. um die Angst vor Nahrungsaufnahme zu verlieren, durchaus mit „betreutem Essen“.

Im essstörungsunspezifischen Teil gehe es darum, herauszuarbeiten, warum sich diese Störung entwickelt hat.

Non-verbale Therapieverfahren seien z.B. Malen oder Bewegungstherapie.

Auf Frage ergänzt Prof. de Zwaan, die Unterbrechung der Bulimie während der Therapie brächte nichts, wenn die stationäre Therapie nicht nahtlos in eine ambulante Nachsorge übergehe.

Wie sind die Erfolgsquoten?

Bei Bulimie gebe es eine recht gute Erfolgsquote. Schwere Magersucht hingegen sei eine sehr ernste Erkrankung. Je dünner jemand sei bevor er in Behandlung komme oder je länger die Krankheit bereits bestünde, desto schlechter seien die Erfolgsaussichten. Deshalb müssten bereits die Kinder therapiert werden, dann seien die Erfolgsquoten größer.

Protokoll erstellt am 04.07.2005:


Norbert Mohr
Vorsitzender

