

## Psychosomatisches Therapieverständnis am Beispiel des Diabetes mellitus Typ I

Axel Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.

**Zusammenfassung.** Auf der Grundlage der Psychoanalyse entwickelten verschiedene Autoren eine Theorie der Entstehung organischer Symptome in der Folge einer pathologischen Konfliktverarbeitung. Doch von der schlüssigen Theorie zum praktikablen therapeutischen Ansatz ist es ein weiter Weg. Das monokausale Denken der früheren Zeiten führte oft in eine Sackgasse. Der Ganzheitsansatz Viktor v. Weizsäckers geriet lange Zeit in Vergessenheit. Zuhören, das anfängliche Meiden von genetischen Deutungen, die Aufarbeitung der aktuellen Situation mit Übertragung und Gegenübertragung führen zur Vertrauensbildung und damit zur Basis analytischer Arbeit. Gleichzeitig findet eine medikamentöse internistische Therapie statt. Das gemeinsame Ziel ist, das Streben des Patienten nach Autonomie zu fördern und ihm die Selbstverantwortung für seinen Körper zurückzugeben.

Der insulinpflichtige Diabetes mellitus ist keine typische psychosomatische Krankheit. Er nimmt aber unter den internistischen Erkrankungen eine gewisse Sonderstellung ein, weil man zu jedem beliebigen Zeitpunkt den aktuellen Blutzucker messen und damit die Stoffwechsellage kontrollieren kann. Durch die adäquate Insulinsubstitution kann man diese praktisch normalisieren.

Durch die Insulinpumpentherapie und die intensivierete Insulintherapie wird der beim Gesunden automatisch, unbewußt ablaufende Regelkreis zwischen Blutzuckerspiegel und Insulinausschüttung bewußt vom Patienten übernommen. Außer der kontinuierlichen Basalrate an Insulin wird zu den Mahlzeiten zusätzlich Insulin gegeben, um die aufgenommenen Kohlenhydrate zu verarbeiten und normale Blutzuckerspiegel zu erreichen.

Ziel dieser intensiven Therapie ist es, die gefürchteten Spätfolgen an Gefäßen, Augen, Nerven und Nieren zu verhindern.

### Psyche und Diabetes

Es ist allgemein bekannt, daß die Psyche des Patienten für die Behandlung seines Diabetes mellitus eine wichtige Rolle spielt. Wenn der Jugendliche damit konfrontiert wird, daß er plötzlich mit einer lebenslangen Krankheit behaftet ist, entsteht eine De-

pression, die drei bis zwölf oder mehr Monate anhalten kann. Zu Beginn versucht er, die Krankheit zu verleugnen, und damit wird die Blutzuckereinstellung erschwert oder gar unmöglich gemacht. Erst wenn in einem schwierigen Prozeß erreicht wird, daß der Patient die Krankheit akzeptiert und in sein Leben und den Tagesablauf integriert, kann eine optimale Blutzuckereinstellung unter seiner Mitarbeit erreicht werden. Aber auch Patienten, die schon lange mit der Behandlung ihres Diabetes vertraut sind und über Diät, Insulin und Blutzucker-Selbstkontrolle informiert sind, kann es unmöglich sein, den Blutzucker zu normalisieren. Dann zeigt sich immer wieder, daß schwere familiäre oder soziale und berufliche Probleme vorliegen, die unlösbar scheinen.

Ein 44 Jahre alter Maschinenschlossler, der seit 29 Jahren an Diabetes leidet, wurde wegen Betriebsumstellung, aber auch wegen seiner Krankheit entlassen. Er stand 40 Mitarbeitern vor und hatte somit eine leitende Funktion. Er klagte vor Gericht, war jedoch in seinem Selbstwertgefühl so gekränkt, daß er den Lebensmut verlor. Die Blutzuckerwerte waren auch mit Insulinpumpentherapie während des stationären Aufenthaltes nicht zu normalisieren. Nach einem Telefonat mit dem Rechtsanwalt oder einem Schreiben vom Betrieb kam es jedesmal zu Blutzuckeranstieg über 400 mg/dl, der jeweils ausgeglichen werden mußte. Dadurch, daß der Patient die Insulintherapie selbst in die Hand nahm, seinen Blutzucker selbst messen und die Insulindosis jeweils bestimmen konnte, wurde sein Selbstvertrauen gestärkt. Durch weitere therapeutische Hilfe und Bestärkung war der Patient dann in der Lage, aktiv das Problem anzugehen und sich um einen neuen Arbeitsplatz zu bemühen. Schließlich konnte er sogar unter drei Angeboten auswählen. Jetzt zeigten die Blutzuckerwerte deutlich geringere Schwankungen, der Insulinverbrauch ging zurück.

Cremerius (1978) veröffentlichte ein beeindruckendes Beispiel aus einer Breslauer Kinderklinik. Stolte berichtete ihm von dort, daß über Weihnachten alle diabetischen Kinder nach Hause entlassen worden waren. Eine Vollwaise kam zu einer Pfarrersfamilie. Aus Versehen wurde den Pfarrersleuten keine Mitteilung vom Bestehen des Diabetes mellitus gemacht. So nahm das Kind große Mengen Kohlenhydrate zu sich, ohne daß es zu einer Stoffwechselentgleisung kam. Im Gegenteil wurden nach den Feiertagen in der Klinik normale Blutzuckerwerte gemessen. Stolte führte dies darauf zurück, daß das Kind das erste Mal Liebe und Geborgenheit erfahren hatte.

Daß Streß zu Glukosurie führt, konnte in zahlreichen Untersuchungen belegt werden. Bereits 1877 erzeugten Boehm und Hoffmann bei Katzen Zuckerausscheidung im Urin, indem sie diese festbanden, in Wut brachten und Schmerz erzeugten. Folin, Denis und Smillie (1914) fanden, daß es bei 18% der Studenten nach Medizinexamen zu Glukosurie kam. Auch bei Fußballspielern und Zuschauern konnte ein erhöhter Zuckergehalt des Urins nach einem spannenden Spiel gemessen werden.

1925 konnten Marcus und Sahlgren den Blutzuckeranstieg nach Adrenalininjektion verhindern, indem sie den Probanden suggerierten, es handele sich um Wasser. Ohne Suggestion stiegen die Blutzuckerwerte um 5(Wo an. Umgekehrt konnten sie durch Suggestion den Insulineffekt hemmen, das heißt, es kam nach Injektion zu keiner Senkung der erhöhten Blutzuckerwerte.

### **Gibt es psychische Auslöser für Diabetes mellitus?**

Bereits vor 200 Jahren meinte Willis (s. Cremerius 1978), daß der Diabetes durch langdauernde Sorgen verursacht sein könnte. Ähnliche Auffassungen wurden von v. Frerichs (1884) und Naunyn (1906) vertreten. Ende des 19. Jahrhunderts fanden Psychiater unter Melancholikern mehr Diabetiker als dem normalen Bevölkerungsdurchschnitt entsprach. So versuchten Hinkle et al. (1950, 1951 a, b) in den 50er Jahren, eine Persönlichkeit zu skizzieren, die zum Diabetes mellitus prädisponiert.

In einer groß angelegten Studie mit Persönlichkeitstests wurde in den meisten Fällen eine depressive Persönlichkeit beschrieben. Es fand sich ein intensives unterschwelliges Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung, das primär auf die Mutter gerichtet war und nie befriedigt wurde. Ein häufiges Zitat war: »Die Mutter gab mir nie so viel Liebe, wie ich brauchten Bei Männern stört der dominierende Vater die eng ersehnte Beziehung zur Mutter. Die Eltern gaben Verwöhnung statt Liebe. Der Wunsch nach der engen Mutterbeziehung bleibt ein Leben lang bestehen und wird nie erfüllt. Bei einer phantasierten oder realen Trennung reagieren die Diabetiker, als ob die Quelle der Liebe und Sicherheit versiege, also mit Depression statt mit Trauer.

Dunbar (1954) fand starke Ambivalenzkonflikte in der frühen Kindheit zwischen Auflehnung und geringfügiger Unterordnung gegenüber den Eltern. Die Kinder wurden oft verzogen, Eifersucht zwischen den Geschwistern war häufig, Männer wurden von den Müttern bevormundet. In der Ehe wollen die Diabetiker weiterhin bemuttert und bevormundet werden. Das gleiche spielt sich dann auch in der Arzt-Patienten-Beziehung ab. Sie pendeln zwischen Entgegenkommen und Zugeknöpftheit hin und her. Bei der Arbeit sind sie fleißig, zeigen aber wenig Eigeninitiative.

Eine Patientin von mir entwickelte mit 30 Jahren einen Diabetes mellitus nach einer Häufung mehrerer traumatischer Erlebnisse. Sie war von ihrem Schwager vergewaltigt worden und verheimlichte dies, gleichzeitig wurde sie ungewollt schwanger. Es bleibt offen, wer der Vater ist. Die Geburt war durch eine Lageanomalie des Kindes erschwert. Hinzu kam ein unlösbarer Ehekonflikt. Als eine getrennte psychotherapeutische Behandlung in eine Paartherapie überführt werden sollte, beging ihr Ehemann erfolgreich Selbstmord mit Autoabgasen. Die Patientin glaubt, daß diese Belastungen für den Ausbruch ihres Diabetes mellitus verantwortlich zu machen sind. Ihre unterwürfige Haltung zeigte sich auch während der Behandlung. Bis zur Offenbarung der schweren traumatischen Erlebnisse hatte die Patientin einen enormen Widerstand zu überwinden, fühlte sich jedoch nach dem Gespräch deutlich erleichtert.

### **Neurotische Konfliktverarbeitung vor Manifestation des Diabetes mellitus**

Bei den von mir behandelten 15 Diabetikern vom Typ I bestand vor Manifestation des Diabetes mellitus bereits eine neurotische Konfliktverarbeitung. Bei den meisten Patienten liegt eine depressive Persönlichkeitsstruktur, bei einem Patienten eine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur, bei einem weiteren eine Borderline-Struktur vor. In der Genese ist der zugrundeliegende Konflikt ein präödipler und läßt sich am besten als eine mangelhafte Individuation und Verhaften in der symbiotischen Beziehung beschreiben. Die Folge hiervon ist eine mangelnde Selbstständigkeit mit Entscheidungsschwäche, Neigung zu Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. Daraus resultieren im Verhalten zu anderen Menschen regelmäßig Konflikte. Da diese Patienten in der Regel auch mißtrauisch sind und über ein mangelndes Urvertrauen (Erikson) verfügen, ist die Herstellung eines längerfristigen Vertrauensverhältnisses erschwert.

Die Abwehrstruktur ist durch Verdrängung, Verleugnung, Spaltung und Projektion geprägt. Dies zeigt sich schon im alltäglichen Stationsgeschehen. Es werden gute und böse Objekte gewählt. Die guten Objekte sind verständnisvoll und wissen gut über den Diabetes mellitus Bescheid. Die bösen Objekte sind vorwurfsvoll, machen Schuldgefühle und zeichnen sich durch Unkenntnis der Krankheit aus. Eigene Fehler werden auf die bösen Objekte projiziert. Ein typisches Verhalten ist das Verschweigen von Diätfehlern, das zu einem für den Arzt unerklärlichen Anstieg der Blutzuckerwerte

führt. Die Patienten erleben diesen Diätfehler schuldhaft und versuchen, ihn zu verleugnen. Dies führt zu Mißtrauen des Arztes, Arger und Vorwürfen und damit zu einer Verstärkung der Schuldgefühle und des Über-Ich-Druckes. Auch andere aktuelle Konflikte werden in der Regel verleugnet. Die Patienten haben außer ihrer Krankheit keine Probleme. Erst wenn sich in häufigen Gesprächen ein Vertrauensverhältnis entwickelt hat, kommt es zu einem Bewußtwerden dieser Konflikte und einer Auflockerung des Widerstandes. So dauerte es bei einigen Patienten viele Wochen, bis der Termin zu einem Erstinterview zustande kam. Er wurde immer wieder vertagt. Bei einer wenig problematisch erscheinenden Patientin kam es nach einem lange hinausgeschobenen Interview zur Offenbarung von schweren traumatischen Erlebnissen, die die Patientin viele Jahre für sich behalten mußte.

Ein häufig beobachtetes Phänomen ist die Somatisierungstendenz der Diabetiker. Wenn es zu Problemen mit anderen kommt, wird die Krankheit als Hinderungsgrund für ein adäquates Verhalten benutzt. Ein kleines Beispiel hierfür ist das Absagen einer Einladung zu einer wenig geliebten Person, mit der der Patient Probleme hat. Er sagt diese Einladung nicht aus persönlichen Gründen ab, sondern er erklärt, daß er sowieso nichts essen könne oder daß der Zucker gerade hoch sei. Dieser Mechanismus führt zusätzlich dazu, daß der Spielraum des Diabetikers immer mehr eingeschränkt wird.

### **Probleme bei neu aufgetretenem Diabetes und bei lange bestehendem Diabetes**

Bei neu auftretender chronischer Krankheit verfallen die Patienten in der Anfangsphase in eine Depression. Diese kann in Abhängigkeit von der Primärpersönlichkeit mehr oder weniger tief sein und auch mehr oder weniger lange anhalten. Die Konfrontation mit einer plötzlich aufgetretenen Krankheit, die lebenslang bestehen wird, muß in einem aktiven psychischen Prozeß entsprechend der Trauerarbeit in das tägliche Leben integriert werden. Gelingt dies, so wird die Lebensqualität und die Lebensfreude auf einem neuen Niveau angesiedelt. Die Einschränkung durch die Blutzucker-Selbstkontrolle und die Insulinsubstitution wird akzeptiert und bekommt einen immer selbstverständlicher werdenden Stellenwert und eine alltägliche Bedeutung. Auch extreme sportliche Leistungen und die mitunter auftretenden Eßgelüste können unter Kontrolle der Blutzuckerwerte bewältigt und befriedigt werden. Zu dauernden Exzessen kommt es erfahrungsgemäß nicht. Allein das Gefühl, es zu können, wenn man nur wollte, genügt über weite Strecken.

Bei lange bestehendem Diabetes mellitus wird es immer wieder zu depressiven Phasen kommen, die durch verschiedene Ursachen ausgelöst werden können. Hier wird die therapeutische Intervention erschwert, da sich zum Teil pathologische Verhaltensmuster in bezug auf den Umgang mit der Krankheit eingeschliffen haben. Der nun zu erfolgende Umdenkprozeß ist vorsichtig einzuleiten und setzt bei der Behandlung des Diabetes mellitus ein,

Der bereits oben beschriebene 44 Jahre alte Maschinenschlosser, der arbeitslos geworden war, sprach zu Beginn der stationären Behandlung über seine sozialen Probleme nicht. Erst nachdem er über die eigenständige Insulintherapie wieder Selbstvertrauen gewonnen hatte, konnte er auch über diese Konflikte sprechen, damit sie der gemeinsamen therapeutischen Arbeit zugänglich wurden. Diese bestand zum wesentlichen Teil in der Durcharbeitung der aktuellen Konflikte und Übertragungsdeutungen mit Benennung der zugehörigen Gefühle.

Besonders erschwerend für diese Art der Insulintherapie erscheint mir die stark kontrollierende Diabetestherapie der früheren Jahre, die mit strengem Diätregime, Vorwürfen und Schuldgefühlen arbeitete. Die Patienten erleben von daher Korrekturvorschläge und die Diskussion der Ursache hoher Blutzuckerwerte als belastend und schuldhaft, statt aus diesen Fehlern zu lernen und sie das nächste Mal schon im voraus zu vermeiden.

Jeder Tag sollte ein neuer Anfang sein und neue Hoffnung bringen. Nur in langen, geduldigen Gesprächen werden die Patienten in die Lage versetzt, ihre neurotischen Konfliktverarbeitungsmuster, die sich auch im Alltag bekanntermaßen ständig wiederholen, abzulegen. Hierbei sind insbesondere die aktuelle Übertragungssituation immer wieder durchzuarbeiten und gleichzeitig genetische Deutungen zu versuchen.

### **Therapeutische Konsequenzen**

#### *Bewußte Übernahme des Regelkreises zwischen Blutzuckerspiegel und Insulinsekretion*

Beim Gesunden besteht ein Rückkopplungsmechanismus zwischen Blutzuckerspiegel und Insulinsekretion.

Insulin ist für den Abtransport von Glukose aus dem Blut und deren weitere Verstoffwechslung verantwortlich. Für die Aufrechterhaltung des Energiestoffwechsels ist eine permanente basale Insulinsekretion aus der Bauchspeicheldrüse notwendig. Bei der Nahrungsaufnahme kommt es zu einer vermehrten Insulinsekretion und nach der Aufnahme der Glukose ins Blut zu einem Ansteigen dieser Insulinsekretion, so daß die Blutzuckerwerte normalerweise zwischen 80 und 140 mg/% liegen. Durch die krankheitsauslösende Insulinitis (Inselzellentzündung) geht eine beträchtliche Anzahl von Beta-Zellen zugrunde, so daß die Insulinsekretion zu einer Normalisierung des Blutzuckers nicht mehr ausreicht.

Somit muß der Diabetiker die normale Funktion der Blutzuckermessung und der daraus resultierenden Insulinausschüttung übernehmen. Dies geschieht durch Blutzucker-Selbstkontrolle und Insulinsubstitution zu den Mahlzeiten. Die Basalrate wird bei der kontinuierlichen subkutanen Insulininfusion (CSU oder Insulinpumpentherapie) kontinuierlich abgegeben und so eingestellt, daß die Blutzuckerwerte um 3 Uhr nachts und nüchtern um 100 mg/dl liegen. Bei der intensivierten Insulintherapie wird die Basalrate als 2- bis 3malige Injektion eines Langzeitinsulins gegeben. Der Patient muß somit bewußt eine Funktion von Körperorganen und Stoffwechselprozessen übernehmen, die zuvor automatisch, unbemerkt und unbewußt abgelaufen ist.

#### *Normoglykämie als Therapieziel*

Normoglykämische Einstellung bedeutet das Erreichen normaler, gesunder Blutzuckerwerte zwischen 80 und 140 mg%. Bei jugendlichen Typ I-Diabetikern, insbesondere bei schwangeren Diabetikerinnen, bei älteren Typ I-Diabetikern, die zur Durchführung einer intensivierten Insulintherapie oder Pumpentherapie in der Lage sind, und bei Auftreten von Spätkomplikationen, insbesondere Polyneuropathie (Nervenentzündung), ist eine normoglykämische Einstellung anzustreben. Diese kann mit intensivierter konventioneller Therapie (IGT) und kontinuierlicher subkutaner Insulininfusion (CSU) erreicht werden. Voraussetzung ist die Blutzucker-Selbstkontrolle mit Messungen vor und eine Stunde nach den Mahlzeiten, um den Erfolg der Insulintherapie zu kontrollieren und Komplikationen wie Unterzuckerungen und hohe Blutzuckerwerte mit Koma zu vermeiden.

*Psychoanalytisches Interview*

Zur Diagnostik einer neurotischen Konfliktverarbeitung und um Hinweise auf den Umgang mit derselben zu gewinnen, ist ein diagnostisches psychoanalytisches Interview notwendig. Dieses kann schon zur Motivierung der Patienten zur weiteren therapeutischen Arbeit beitragen. Die Wichtigkeit des Stellenwertes zeigt das oben angeführte Beispiel der Patientin, die erstmals seit vielen Jahren über schwere traumatische Erlebnisse berichten konnte. Hauptgewicht der weiteren Arbeit mit den Patienten ist die Durcharbeitung aktuell auftretender Konflikte, um zu einem adäquaten Konfliktlösungsverhalten zu kommen. Hierbei ist es wichtig, den oben aufgezeigten neurotischen Umgang mit der eigenen Krankheit immer wieder aufzudecken, da die Diabeseinstellung erschwert oder sogar unmöglich gemacht werden kann.

Ein erst in letzter Zeit von mir behandelter 38-jähriger Patient, der seit 35 Jahren an einem Diabetes mellitus Typ 1 leidet, war sehr schlecht eingestellt. Die Blutzuckerwerte schwankten zwischen 80 und 400 mg%. Er war unzufrieden mit sich, den Ärzten und seiner Lebenssituation. Aus diesem Grunde dachte er auch an Selbstmord. Ärztlicherseits wurde ihm unkooperatives Verhalten vorgeworfen und damit die schlechte Blutzuckereinstellung erklärt. Schon bei der Aufstellung eines ersten intensiven Blutzucker-Tagesprofils mit Werten vor den Mahlzeiten, eine Stunde nach den Mahlzeiten, um 23 h und um 3 h stellte sich heraus, daß die zweimalige Insulininjektion eines kombinierten Insulins nicht ausreichend war. Mit der Insulinpumpe war rasch eine fast völlige Normalisierung der Blutzuckerwerte zu erreichen und das entdeckte 'Dawn-Phänomen' ausgeglichen. Bei Auftreten von erhöhten Blutzuckerwerten reagierte der Patient schuldhaft und beteuerte, keinen Fehler gemacht zu haben. Dies wurde von mir akzeptiert, und nach und nach gewann der Patient Vertrauen und erzählte von seinen Versuchen, mal ein Bier zu trinken, mal essen zu gehen und trotzdem den Blutzucker im normalen Bereich zu halten. Da dies in der Übergangsphase manchmal mißlang, konnten diese Fehlversuche durchgesprochen werden und für weitere selbständige Schritte in dieser Richtung nutzbar gemacht werden. Durch das Selbstvertrauen des Patienten, das er durch die selbständig durchgeführte Insulintherapie gewann, hellte die anfangs tief depressive Stimmungslage mit Suizidgedanken auf. Das Vertrauensverhältnis wurde intensiviert, und hohe Blutzuckerwerte wurden deutlich seltener. Im weiteren konnte auch eine Aufarbeitung des zugrunde liegenden Konfliktes erreicht werden. Es besteht eine pathologische Symbiose zur Mutter. Diese lehnte ihn bereits als Kind ab und konnte die Insulin-Spritzentherapie beim Kleinkind nicht vornehmen, so daß der Patient bei den Großeltern aufwuchs. Erst als er in der Lage war, sich selbst Insulin zu spritzen, wurde er wieder in das elterliche Haus aufgenommen. Dies erklärt seine starke Ambivalenz zwischen Autonomie und Abhängigkeit.

Bei einem anderen 28-jährigen Patienten, der seit 20 Jahren Diabetiker ist, zeigte sich eine Wiederholung seines Verhältnisses zum Vater in dem Verhältnis zu mir. Er habe gar kein Verhältnis zum Vater gehabt. Dieser habe ihn nur geschlagen, Probleme konnte er somit nur mit seiner Mutter besprechen. Mit mir ging er entsprechend um. Um Unabhängigkeit von der ärztlichen Führung zu erreichen, wollte er unbedingt eine Insulinpumpe haben. Nachdem er gelernt hatte, diese zu gebrauchen, stellte er sich nur sehr unregelmäßig in der Ambulanz vor. Die Gespräche waren dann kurz. Probleme wurden keine erörtert. Am Anstieg des HbA1C-Wertes zeigte sich jedoch eine kontinuierliche Verschlechterung der Blutzuckereinstellung. Nach Einbestellung und Korrektur der nachlässigen Blutzuckerführung kam es zu einer Normalisierung des HbA1C-Wertes. Danach erfolgte jedoch wieder eine Phase des Fernbleibens mit Anstieg des

Dawn-Phänomen ist das spontane Ansteigen der Blutzuckerwerte in den frühen Morgenstunden in der Zeit von 4 h bis 7 h, ohne daß eine Kohlenhydrataufnahme stattgefunden hat. Erklärt wird dieser endogene Blutzuckeranstieg durch eine erhöhte Aktivität des somatotropen Hormons (Wachstumshormon), das bei diesen Patienten in den frühen Morgenstunden erhöhte Serumspiegel aufweist

HbA1C ist eine Unterfraktion des Hämoglobins, die vom Blutzuckerwert abhängig ist. Je nach Höhe dieses Wertes, der zwischen 5 und über 10 schwanken kann, ist eine Beurteilung der Blutzuckereinstellung der letzten 6 Wochen möglich

HbA1C-Wertes. Hier liegt die Aufgabe darin, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, daß nicht ein strafender, kontrollierender Arzt (wie der Vater), sondern ein Partner, der zuhören kann und in Notfällen sowie bei Problemen helfen kann und ihm Sicherheit vermittelt, gegenübersteht. Erstaunlicherweise reagierte er auf telefonische Einbestellungen sofort und nahm den vorgeschlagenen Termin wahr. Dem Patienten ist es somit offenbar wichtig, daß sich die Vaterfigur um ihn sorgt.

#### *Selbstverantwortung und Autonomie*

Ziel der intensiven Insulintherapie und der psychoanalytischen Führung ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen, sein Leben und seine Krankheit selbst in die Hand zu nehmen, verantwortungsbewußt damit umzugehen, Konflikte adäquat lösen zu lernen und damit trotz seiner Krankheit ein glückliches Leben zu führen. Durch die selbstverantwortliche Insulintherapie wird das Autonomiebestreben des Patienten gestärkt und das Selbstwertgefühl gesteigert. Dies ist die Basis für eine weitergehende analytisch orientierte Arbeit mit den Patienten.

#### **Ausblick**

Viele Kollegen, mit denen ich gesprochen habe, entwickeln ein großes Einfühlungsvermögen für ihre Patienten und sind bemüht, deren Lebensqualität zu verbessern. Bei psychisch weniger kompliziert strukturierten Patienten ist dies sicherlich auch ausreichend. Dieses Bemühen wird jedoch bei schwierigen Patienten, wie ich sie oben aufgeführt habe, des öfteren enttäuscht und kann dann in Ärger und Vorwurf umschlagen und den Patienten in das alte Verhaltensmuster mit Schuldgefühlen zurückwerfen. Dies kann sich in einer schlechten Blutzuckereinstellung äußern. Hier sollte ein psychotherapeutisch geschulter Arzt zur Seite stehen und Hilfe leisten. Dies kann in Form von Balint-Gruppenarbeit geschehen. Gegebenenfalls sollte der psychotherapeutisch geschulte Arzt die Patientenführung selbst übernehmen. Wichtig hierbei ist, die Kompetenzen der Behandlung genau abzugrenzen und die Führung festzulegen.

Die Anwendbarkeit dieses Konzepts ist für andere internistische Krankheitsbilder zu prüfen. Wenige Patienten sind meines Erachtens einer psychotherapeutischen Behandlung mit ein bis drei Sitzungen pro Woche zuzuführen. Die Hauptaufgabe wird es sein, bei ein- bis vierwöchentlichen Ambulanzterminen aktuelle Probleme und Konflikte zu besprechen und bei Bedarf auch längere Gesprächstermine zu vereinbaren. Hierbei ist es von besonderer Bedeutung, die Gefühle des Patienten bei aktuellen Konflikten, insbesondere auch in der Beziehung zum behandelnden Arzt immer wieder anzusprechen und bewußt zu machen. Somit ist die Durcharbeitung der Übertragungssituation zur Lösung der neurotischen Konfliktverarbeitung hierbei notwendig.

Ziel der Behandlung ist es, dem Patienten die Verantwortung für sich selbst und seine Krankheit zurückzugeben. Wie bereits angesprochen, wurde über Jahrzehnte und auch heute noch die Verantwortung für die Krankheit und zum Teil auch für das Leben an den Arzt abgegeben. Und dieser hat es dankbar aufgenommen. Auch in der Arzt-Patienten-Beziehung stehen sich zwei erwachsene Menschen gegenüber. Der Patient sollte für sich selbst verantwortlich sein und der Arzt ihm mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Für die späte Manifestation des Diabetes mellitus kann man sicher sagen, daß vor Ausbruch der Krankheit eine neurotische Konfliktverarbeitung bestanden hat. Diese

hat zu einem gewissen Teil zum Entstehen der Krankheit beigetragen. Zum Teil wurde die Krankheit in die neurotische Konfliktverarbeitung mit eingebaut, wie dies oben angeführte Beispiele zeigen.

Bei der frühen Manifestation des Diabetes mellitus im Säuglings- und Kleinkindalter kann man zum jetzigen Zeitpunkt nicht differenzieren, inwieweit eine belastende Familiensituation auslösend für den Diabetes mellitus war und inwieweit umgekehrt der Ausbruch der Krankheit die Familiensituation belastet hat. Dies wäre durch Familieninterviews bei neu auftretendem kindlichem Diabetes mellitus zu klären und Aufgabe der Zukunft.

Bei der vorliegenden Untersuchung wies der größte Teil der Patienten eine depressive Persönlichkeitsstruktur auf. Ein Patient zeigte eine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur und ein weiterer eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur. Dies widerspricht den anfangs aufgeführten Befunden von Dunbar und Hinkle, zumal die beiden Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstruktur und Borderline-Persönlichkeitsstruktur keine depressiven Züge oder Abwehrmechanismen aufwiesen.

Es steht jedoch außer Frage, daß das Auftreten einer chronischen Erkrankung die Struktur einer Familie verändert. Gerade hier ist ein therapeutischer Ansatz gegeben, um bestehende pathologische Verhaltensmuster aufzulösen und neu entstehende zu verhindern.

### Literatur

- Boehm R, Hoffmann FA (1877-1878) Beiträge zur Kenntnis des Kohlenhydratstoffwechsels. *Arch Exp Path Pharm* 8: 271, 375
- Cremerius J (1978) Zur Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin. Suhrkamp, Frankfurt
- Dunbar F (1954) Emotions and Bodily Changes. New York
- Folin O, Denis W, Smillie WG (1914) Some observations on emotional Glycosuria in man. *J Biol Chem* 17:519
- Frerichs v (1884) Über den Diabetes (Zitat nach Mieth)
- Freud S (1885) Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als »Angstneurose« abzugrenzen. *GW Bd I*. Fischer, Frankfurt am Main, S 341 (1952)
- Hinkle LE, Wolf S (1952) Importance of life stress in course and management of diabetes mellitus. *JAMA* 148: 513
- Hinkle LE, Conger G, Wolf S (1950) und (1951 a) Studies in diabetes mellitus. *J Clin Invest* 29: 754 und 30: 818
- Hinkle LE, Evans FM, Wolf S (1951 b) Studies in Diabetes mellitus. *Psychosom Med* 13: 160,184
- Marcus H, Sahlgren E (1925) Die Einwirkung der Hypnose auf die Funktionen des vegetativen Nervensystems. *Munch Med Wschr* 381: 1457
- Naunyn B (1906) Der Diabetes mellitus. Wien
- Weizsäcker V v (1926) Über den neurotischen Aufbau bei inneren Krankheiten. *Deutsche Z Nervenheilkd* 88: 264-271
- Weizsäcker V v (1926) Der neurotische Aufbau bei Magen- und Darmerkrankungen. *Deutsche Med Wschr* 52: 2103-5, 2150-2

Dr. med. Axel Schüler-Schneider  
Diakonissenkrankenhaus  
Holzhausenstr.72-92  
D-6000 Frankfurt a. M. 1