

Psychoanalytische psychotherapie bij diabetespatiënten; grensgebied tussen psychiatrie en interne geneeskunde

door R.E. Breuk en W. van Tilburg

Gepubliceerd in 1995, no. 8

Samenvatting

Internisten behoren er rekening mee te houden dat een slechte metabole instelling van diabetespatiënten samen kan hangen met frequent voorkomende gedragsproblemen. Internisten kunnen overwegen moeilijk corrigeerbare, vaak ontregelde patiënten naar de psychiater te verwijzen. Psychiaters moeten bij een psychotherapie met diabetespatiënten - onafhankelijk van de reden van therapie - alert blijven op de verborgen betekenis van de ziekte en hiermee samenhangende therapie (on)- trouw. De psychotherapeutische behandeling van patiënten met verborgen instellingsproblemen zal vaak van zowel psychoanalytische als directief-therapeutische inzichten gebruik moeten maken. Ten slotte wordt betoogd dat psychotherapie bij diabetespatiënten een praktisch voorbeeld is van zogenaamde ‘psychiatrische psychotherapie’.

Inleiding

Een wekelijkse analytische psychotherapie (van januari 1992 tot april 1994) bij een patiënt met diabetes mellitus vormde de aanleiding tot dit artikel. Deze patiënt gaf aan op een verstandige manier om te gaan met zijn ziekte. Daarom waren niet de diabetes, maar depressieve klachten samenhangend met relationele problematiek reden voor het aangaan van de psychotherapie. Toch bleek gedurende het beloop van de therapie niet alleen de beleving, maar ook de regulering van de diabetes uitermate problematisch te zijn. Dit werd pas na één jaar therapie, aansluitend aan een ziekenhuisopname voor een hypoglycaemisch coma, zichtbaar.

Deze ervaringen vormden de aanleiding tot literatuurstudie en dit artikel. Het artikel is opgebouwd rond vier stellingen betreffende het handelen van internisten en psychiaters bij diabetespatiënten. Drie van deze stellingen worden ingeleid met casuïstiek van de internistische en psychiatrisch/psychotherapeutische behandeling van bovengenoemde diabetespatiënt.

Casus. Bij de internist: ‘Hij voelt zich uitstekend’

Een uittreksel uit de correspondentie tussen internist en huisarts over de lotgevallen gedurende de laatste tien jaar van de in dit artikel beschreven patiënt (wij noemen hem Paul) maakt duidelijk dat hij, vanuit de diabetespraktijk gezien, geen bijzonder geval is. Ter illustratie geven we dit uittreksel hier weer:

Paul, geboren in 1960, heeft vanaf 1980 insulineafhankelijke diabetes. Paul meldde zijn internist vanaf 1985 dat hij zich uitstekend voelde, ondanks het feit dat de HbA1c-waarden (i.e. geglucosyleerd hemoglobine, een maat voor langdurige glucosespiegels; normaalwaarden: 6,9 tot 8,5) van 1985 tot 1991 schommelden tussen 9,9 en 11,1 (zie figuur 1). Anamnestic waren nachtelijke hypoglycaëmieën de enige klacht die de internist trachtte op te lossen door bijstellingen van de insulinedosering. Verder werden bij lichamelijk en laboratoriumonderzoek geen afwijkingen

gevonden. Ook waren er bij consultatie door de oogarts geen aanwijzingen voor oogcomplicaties.

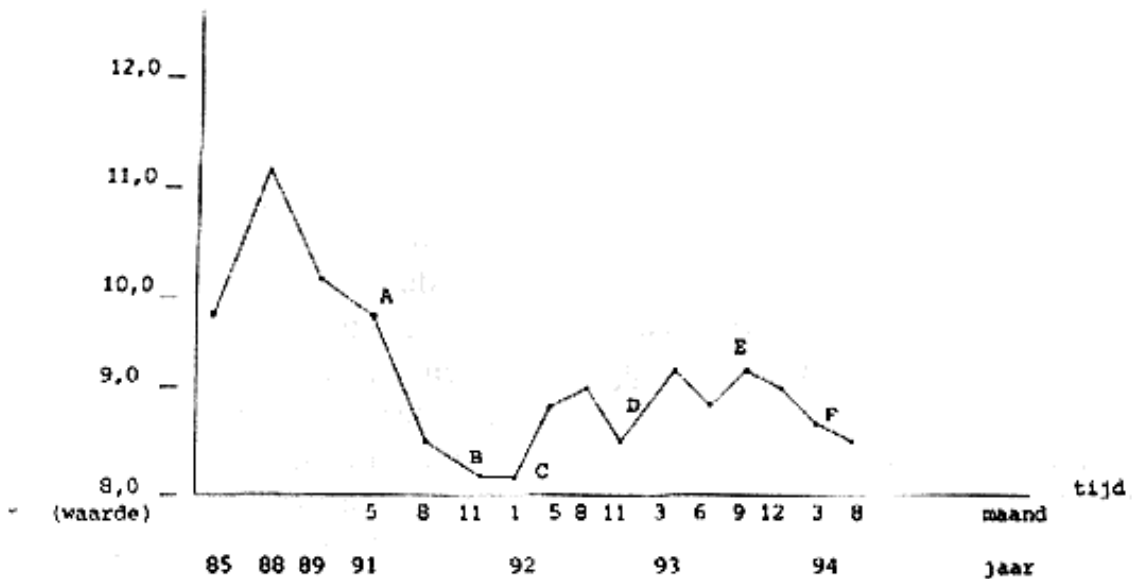
Vanaf mei 1991 gaat Paul zijn bloedspiegels digitaal bepalen, hetgeen lijkt te leiden tot daling van de HbA1c-waarden, hoewel er in 1992 en 1993 sprake is van wisselende HbA1c-waarden. In een laatste brief van maart 1994 wordt geconcludeerd: 'redelijk tot goed ingestelde insuline- afhankelijke diabetes mellitus, dalend HbA1c'.

Uit deze beschrijving blijkt dat er toch wel instellingsproblemen geweest zijn, maar dat deze blijkbaar op de 'gebruikelijke manier' oplosbaar waren. Overwegingen over de mogelijke mechanismen daarachter ontbreken in de correspondentie. Zowel uit de literatuur als uit deze casus blijkt echter dat vanuit een psychiatrische invalshoek hier soms een ander licht op geworpen kan worden, anders dan niet alleen internisten, maar ook psychiaters vaak denken.

Psychiatrische achtergronden van metabole ontregeling

Bij diabetespatiënten komen depressies en angststoornissen frequent voor (Popkin e.a. 1988; Wilkinson e.a. 1988). Depressieve symptomatologie kan lijken op de verschijnselen van hypoglycaemie en hyperglycaemie en daardoor de anamnese van ontregeling van diabetes onbetrouwbaar maken (Lustman e.a. 1988). De herkenning van bovengenoemde psychiatrische stoornissen door internisten loopt uiteen van 25% tot 'redelijk' (Wilkinson e.a. 1988; Petty e.a., 1991). Opmerkelijk is dat tot nog toe niet aangetoond kon worden dat psychiatrische stoornissen in engere zin, zoals depressies en angststoornissen, een rechtstreekse negatieve invloed hebben op de instelling van diabetes in tegenstelling tot psychologische en sociale variabelen.

Figuur 1



- A) Digitale bepalingen bloedspiegel door Paul
- B) Aanmelding polikliniek psychiatrie
- C) Start psychotherapie
- D) Hypoglycaemische coma + ziekenhuisopname
- E) Start registratieopdracht
- F) Afsluiting psychotherapie

In onderzoek naar de opnamereden van diabetespatiënten worden echter slechts bij een derde deel somatische oorzaken gevonden. De opgenomen groep heeft in vergelijking met de niet opgenomen groep meer psychiatrische morbiditeit, meer life events, meer huwelijksproblemen en meer sociale problemen (Wrigley en Mayou 1991). Bij instellingsproblemen zijn internisten geneigd dit aan patiënten te wijten, terwijl patiënten een andere visie hebben, waardoor wrijving tussen internist en patiënt dreigt (Gillespie en Bradley 1988). Een fraaie klinische beschrijving over drie typen moeilijke patiënten met instellingsproblemen wordt gegeven in een artikel in het blad voor Amerikaanse huisartsen (Bergman e.a. 1989). Het eerste type heeft een sterke behoefte aan controle en kan zich niet houden aan realistische beperkingen. Zij stellen zich arrogant op en geven de dokter de schuld bij een ontregeling. Het tweede type wordt het 'martelaarstype' genoemd. Zij onderwerpen zich zo strikt aan het medisch regime dat hypoglycaemieën het gevolg zijn, en wenden zich vaak tot de arts met allerlei psychosomatische klachten. Een derde type betreft afhankelijke mensen die op geringe emotionele stress reageren met ontregelingen en daardoor frequent opgenomen moeten worden. Het zal duidelijk zijn dat het de behandelaar moeite zal kosten om bij moeilijke patiënten niet geleid te worden door gevoelens van machteloosheid en irritatie.

Hoewel in vergelijkende studies tussen 'normalen' en 'diabetespatiënten' (Brown e.a. 1991; Jacobson 1986) geen persoonlijkheidsverschillen gevonden worden, geldt dit niet voor de subgroep van slecht ingestelde diabeten (Brown e.a. 1991; Lustman e.a. 1991; Niemcryn e.a. 1990; Schwartz e.a. 1991; Hanson e.a. 1989; en Ohwovoriole en Omololu 1986). Goed ingestelde patiënten hebben een interne 'locus of control' (verantwoordelijkheid voor zichzelf), terwijl slecht ingestelde diabeten meer

externaliseren (i.e. een externe locus of control hebben). Brown e.a. (1991) constateren dat niet goed ingestelde kinderen met diabetes volgens leraren meer gedragsproblemen geven. Te sterk de verantwoordelijkheid bij zichzelf leggen leidt bij diabetespatiënten tot depressieve klachten en een laag zelfgevoel. Daarom is het nodig een realistische balans te vinden, dat wil zeggen: voldoende eigen verantwoordelijkheid te nemen, zonder tot zelfbeschuldiging te komen bij ontregelingen. Lustman e.a. (1991) vonden bij slecht ingestelde diabetespatiënten meer 'extreme' persoonlijkheidskenmerken: meer opportunistisch, meer anderen beschuldigend (en daarom een slechte relatie met de arts), meer 'explosive'. Hanson e.a. (1989) constateerden dat goed ingestelde diabetespatiënten meer gebruik maakten van persoonlijke en interpersoonlijke bronnen, een betere therapietrouw en korter diabetes hadden en opgegroeid waren binnen een hechtere gezinsstructuur. Slechter ingestelde diabetespatiënten waren meer geneigd te vermijden en hun mening luid kenbaar te maken, hadden een weinig hechte, weinig flexibele gezinsstructuur, hadden langer diabetes en waren oudere adolescenten. Ten slotte worden verbanden gevonden tussen een slechte instelling en vermindering van sociale steun, meer life events en meer angst (Schwartz e.a. 1991; Niemcrynck e.a. 1990).

De subgroep van slecht ingestelde diabetespatiënten lijkt persoonlijkheidskenmerken te hebben die hen kwetsbaar maakt voor een slechte instelling. Internisten zouden oog moeten hebben voor de specifieke persoonlijke achtergrond van hun patiënten.

Stelling 1

Het is van belang dat internisten weten dat achter een slechte metabole instelling van diabetespatiënten gedragsproblemen schuil kunnen gaan.

Casus. Bij de psychiater; het eerste jaar therapie: 'diabetes is een rotziekte', maar de instelling is 'niet problematisch'

Hoe moeilijk het ook voor de psychiater is zicht te krijgen op instellingsproblemen bij een patiënt die om heel andere redenen in behandeling komt, zal geadstrueerd worden door het eerste jaar psychotherapie van Paul. In de therapie werd het eerste jaar wel gedeeltelijk informatie verkregen over de emotionele betekenis van de diabetes voor Paul, maar het gevaar van de metabole ontregeling bleef verhuld.

Eind 1991 meldt Paul zich bij een psychiatrische polikliniek aan in verband met depressieve klachten en relatieproblemen en komt hij in psychotherapie bij zijn therapeut, de eerste auteur. Bij actief navragen over de diabetes zegt Paul de diabetes weg te drukken. Verder is hij bang voor hypo's in het openbare leven en zijn er schaamtegevoelens over het ziek zijn. De praktische instelling is niet problematisch. Rond de twintigste zitting vertelt Paul spontaan over een nachtelijke hypo. Als de angst door de therapeut actief benoemd wordt, erkent hij die en de afhankelijkheid van zijn partner: 'Ik durf niet alleen te slapen'. Hij bespreekt daarna de minder makkelijke kant van zijn ziekte voor de eerste keer met zijn partner en zijn ouders, die haast opgelucht reageerden, omdat ze eigenlijk niet geloofden dat de diabetes zo makkelijk voor hem was. Als hij de nachtelijke hypo's nogmaals noemt, lijkt hem de uitspraak te ontglippen dat diabetes een rotziekte is. Hij schrok ervan zichzelf zo over de diabetes te horen spreken. Tot aan het eind van 1992 komt de diabetes dan niet meer aan de orde. Opmerkelijk is dat de therapie intussen goed op gang gekomen is en dat Paul meer zicht krijgt op de relatie tot zijn ouders en de relatie tot zijn partner. Paul wordt minder geremd en de depressieve klachten verminderen.

Verborgen psychiatrische achtergronden van metabole ontregeling

Barglow e.a. (1986) presenteren een model voor ontregeling bij diabetes, waarbij somatische of psychosociale factoren een evenwichtsverstoring veroorzaken. Deze verstoring wordt onder invloed van somatische (dieet, insulinedosering) en/of psychologische (psychotherapie, vergroten sociale steun) maatregelen tegengegaan (positieve adaptatie). Bij negatieve adaptatie wordt ontkend en geëxternaliseerd, wat tot slechte therapietrouw en verdere diabetische ontregeling leidt. Deze ontregeling is een hernieuwde somatische en psychosociale stressor, en zo ontstaat een vicieuze cirkel met ernstiger diabetesontregeling. Een positieve adaptatie leidt tot het hoofd bieden aan de situatie en de stressor, tot verbetering van therapietrouw en tot lagere glucosespiegels.

Hoewel de groep diabetespatiënten als geheel niet meer persoonlijkheidsstoornissen heeft, is er vaker sprake van een onrijpere persoonlijkheidsontwikkeling. Bij veel jonge diabetesen treedt onder invloed van de psychologische stress en het zorgelijke toekomstperspectief een emotionele ontwikkelingsachterstand op. Dit heeft tot consequentie dat ze meer afhankelijk zijn van de steun en adviezen van anderen en moeilijker op een volwassen manier verantwoordelijkheid nemen voor hun diabetes (Barglow e.a. 1986; Jacobson e.a. 1986).

Jacobson e.a. (1986) onderzochten in een vergelijkende studie de gebruikte afweermechanismen van gezonde adolescenten en adolescenten met psychiatrische problematiek respectievelijk met diabetes, waarbij vooral de psychiatrische groep zich van de overige twee onderscheidde. Het enige verschil tussen de gezonden en de diabetespatiënten was dat de laatsten meer verdrongen. Dit had tot gevolg dat ze zich de levensbedreigende consequenties van een matige therapietrouw niet goed bewust waren. Bij slecht ingestelde diabetes is er vaak sprake van: 'a form of dissociative disorder in which patients believe themselves to be reasonable conscientious in their adherence to the regimen and are apparently unaware of mismanaging their illness' (Moran e.a. 1991).

Bovenstaande verdringing - soms zelfs loochening - van instellingsproblemen vraagt van internist en psychiater een actieve vragende houding naar de therapietrouw van diabetes. Aangezien de ziektebeleving direct samenhangt met het al lage zelfgevoel van patiënten, dienen deze vragen tactvol en niet beschuldigend gesteld te worden (Barglow e.a. 1986).

Stelling 2

Diabetespatiënten zullen een slechte therapietrouw en matige instelling vaak - ook voor zichzelf - verhullen.

De internist behoort daarom bij een hoge HbA1c-waarde actief te informeren naar therapietrouw en bij moeilijk corrigeerbare instellingsproblemen een verwijzing naar de psychiater te overwegen.

De psychiater moet bij een therapie met een diabetespatiënt, ook als instellingsproblemen ontkend worden, alert zijn op de verborgen betekenis van de ziekte zelf en de hiermee samenhangende problemen van matige therapietrouw.

Casus. Bij de psychiater; het tweede deel van de therapie: de diabetes onverwacht in de hoofdrol

In het tweede jaar van de therapie komt de betekenis, maar vooral ook de instelling van de diabetes, centraal te staan. Uiteindelijk zal gekozen worden om na een 'psychoanalytische start' de instellingsproblemen zelf ook met directieve technieken te behandelen.

Na één jaar therapie (ongeveer 35 zittingen) krijgt Paul een hypoglycaemisch coma, waarvoor een korte ziekenhuisopname noodzakelijk is. Dit gebeurde na een heel drukke periode. De therapeut duidt de mateloosheid en gulzigheid die met de grote mate van activiteit gepaard gaat. Paul zegt dat het een

machtig gevoel is alles aan te kunnen. Als de therapeut een verband tussen de mateloosheid en het coma suggereert, reageert Paul verontwaardigd. Daarna erkent hij echter voor de eerste maal een ‘instellingsprobleem’ te hebben.

Een tiental zittingen later vertelt Paul voor de eerste keer spontaan dat de diabetes niet goed gaat. Hij vertelt iets destructiefs te merken: ‘Soms stel ik het spuiten uit, eet ik te veel en denk dan “Barst maar”’. Hij wordt na deze uitspraak verdrietig en vertelt al vroeg gevoeld te hebben hoe ernstig die ziekte was: ‘Toen ik nog thuis woonde, spaarde ik de flesjes insuline en zette ze in de vensterbank. Als ik daar dan naar keek, dacht ik: “Zonder die flesjes was ik er niet meer”’. Als Paul vervolgens over de controle van zijn diabetes door zijn partner vertelt, duidt de therapeut zijn ambivalentie: hij verlangt de zorg, maar wijst boos controle af. Enkele keren later is Paul na een bezoek aan zijn internist erg boos en raakt dan ‘ontregeld’. Na scherp doorvragen dringt tot hem door dat hij een extra stuk taart genomen heeft. Als het richten van de woede op de internist naar zichzelf geduid wordt, zegt Paul: ‘Ik geniet van het eten. Het voelt als een straf voor mijn ziekte. Alsof ik tegen de diabetes zeg: “kijk eens wat je me aandoet”’. Paul schrikt van zichzelf, als hij zich hoort vertellen een sterke behoefte te hebben onkwetsbaar te zijn, maar ook fantasieën gehad te hebben over euthanasie door insuline te spuiten.

De zittingen erna wordt duidelijk dat de hypo’s en hypers elk een eigen emotionele betekenis hebben. De hypo’s ontstaan spontaan, maar door zijn kwetsbaarheid niet onder ogen te zien stelt hij maatregelen uit, daarmee zichzelf in gevaar brengend. De hyperglycaemieën zijn veeleer het bozig wegvreten van verdrietige en eenzaamheidsgevoelens.

Als de emotionele betekenis duidelijk is, maar het gedrag toch blijft bestaan, wordt, gezien het gevaar van een hypo bij uitstel van handelen, besloten tot een registratieopdracht. Paul wordt gevraagd een dagboek bij te houden en daarin elke hyper- en hypo-keten te beschrijven en maatregelen te bedenken. In de twee weken erna treden drie hypo’s en n hyper op. Bij twee van de drie hypo’s stelt hij maatregelen langdurig uit, ondanks het feit dat vrienden hem vragen of hij geen last heeft. Deze ontdekking is voor Paul zeer schokkend. Door verdere registratie ontdekt hij hoe hij in een negatieve spiraal komt: op een lichte ontregeling wordt geen actie ondernomen, hetgeen schuldgevoelens oproept, waarna verdere actie uitgesteld wordt. Er volgt een verdere ontregeling, en een algeheel machteloos en somber gevoel en hyperglycaemieën volgen. De registratie geeft hem meer zicht op zijn precieze gedrag en hij krijgt plezier in het zelf nemen van tegenmaatregelen. Hij gaat zich vaker controleren, merkt hoe vaak hij de verleiding voelt meer te eten, maar is trots als hij hier niet aan toegeeft. Hij maakt een aantal malen grafieken, om zijn instelling te verfijnen. Hij merkt zowel bij hypo- als bij hyperglycaemieën sneller maatregelen te nemen. Tijdens het lesgeven vraagt hij bijvoorbeeld bij een hypo het even over te nemen, terwijl hij eerst veel langer gewacht zou hebben. Als na bijna tachtig zittingen de therapie afgesloten wordt, is hij zeer tevreden met zijn nieuwe houding en gedrag met betrekking tot de diabetes. Tijdens een terugblik verbazen Paul en de therapeut zich over de enorme betekenis die de diabetes gehad heeft.

Verantwoording keuzes in bovengenoemde therapie

In de therapie bij Paul was een psychoanalytische start van belang, om de problematische gevoelens over de ziekte en de samenhang van deze gevoelens met het instellingsgedrag zichtbaar te maken. Ook bij Paul ging het om pijnlijke, ‘onzichtbare’ mechanismen. Na het hypoglycaemisch coma werden de mateloosheid en de gulzigheid geduid, waarna voor het eerst de narcistische mechanismen zichtbaar werden: de loochening van de ernst van de ziekte, de afhankelijkheid van insulineflesjes en ten slotte letterlijk de behoefte onkwetsbaar te zijn, en de andere kant van de groothedenmedaille: fantasieën over euthanasie door insuline. Hierna was het narcisme in aanzienlijke mate doorgewerkt.

De vraag kan nu gesteld worden waarom, toen een psychoanalytische benadering bij Paul veel opleverde, de auteurs niet terughoudender geweest zijn bij het introduceren van een directieve c.q. steunende methodiek in een analytische therapie. Daarvoor gold een aantal overwegingen. De betekenis van de diabetes leek op een moment in de therapie voldoende doorgewerkt, maar het problematische gedrag bleef bestaan. Verondersteld werd dat het instellingsgedrag zich in zijn leven verzelfstandigd had en onvoldoende door een analytische benadering alleen zou veranderen. Ten slotte was een afwachtender houding, van belang bij 'taai' narcistische problematiek, gecontraïndiceerd, gezien het gevaar van hypoglycaëmieën.

Vanuit de directieve invalshoek zijn toen registratieopdrachten geïntroduceerd. Vanuit psychoanalytisch standpunt is een meer steunende therapie ontstaan, waarbij het paste de betekenis van de steun door de therapeut niet tot belangrijkste focus van behandeling te maken, met andere woorden: de positieve overdracht niet door te werken.

Een combinatie van psychotherapeutische technieken bij verborgen instellingsproblemen

Studies waarbij verschillende psychotherapeutische benaderingen bij diabetespatiënten vergeleken worden, zijn de auteurs niet bekend. Drie relevante artikelen beschrijven kleine groepen patiënten, waarbij in slechts één artikel (Moran e.a. 1991) de onderzochte psychoanalytische behandeling vergeleken wordt met een niet behandelde controlegroep.

Viederman en Hymovitz (1988) veronderstellen dat instellingsproblemen in de emotionele ontwikkeling wortelen in de peuterfase en verbonden zijn met autonomieproblemen die herleven nadat de betreffende persoon geconfronteerd is met diabetes. Steun moet in de therapie een belangrijk element zijn, maar kan verschillend uitwerken. Ten goede als ze werkt als 'corrective emotional experience', ten kwade als ze blijvende afhankelijkheid van anderen bewerkstelligt of als door ageren de steun steeds afgewezen wordt.

Ook Viinamäki en Niskanen (1991) beschreven afhankelijkheidsproblemen bij diabetespatiënten. Zij behandelden negen patiënten met slecht ingestelde diabetes, door een wekelijkse psychodynamische psychotherapie na een klinische opname van tien dagen voor nadere psychiatrische diagnostiek en een voorlichtingsprogramma over diabetes. In het begin van de behandeling was er veel depressieve symptomatologie. Bij alle patiënten was er agressieproblematiek, waarbij de instellingsproblemen deels werden geduid als zelfbestraffing. Eten werd door patiënten gebruikt als beloning en ontspanning. In de loop van de therapie trad bij de meeste patiënten een sterke afhankelijkheid van de therapeut op. Paradoxaal was dat de therapie bij de meeste patiënten een psychische verbetering gaf, maar ook een metabole verslechtering. Bij sommigen traden zelfs vreetbuien op. Dit wordt verklaard doordat diabetes als los van zichzelf beleefd wordt en dat door die splitsing van het zelfgevoel en de diabetes ontkend wordt dat het eigen gedrag een samenhang vertoont met metabole controle. Na één jaar psychotherapie was er bij zeven van de negen patiënten een aanzienlijke verbetering van de psychische conditie en een betere onderkenning van de rol en betekenis van diabetes. De HbA1c-waarden (uitgangswaarde 9,5, na één jaar 9,3) veranderden echter niet.

Moran e.a. (1991) vergelijken twee groepen van 11 patiënten met 'Brittle'-diabetes. In de behandelde groep vond naast een medisch-somatische behandeling ook psychoanalyse plaats. De behandelde groep had een significante verbetering van de HbA1c-waarden, ook na twee jaar follow-up. De resultaten in de behandelde groep werden echter misschien mede bepaald door de liaison-contacten van de psychotherapeuten met de ziekenhuisafdeling en de ouderbegeleiding. Moran e.a. (1991) stellen dat gedragstherapeutische interventies in de hun bekende literatuur wel geleid hadden tot betere therapietrouw, maar niet tot andere metabole waarden. Vanuit analytisch oogpunt veronderstellen zij dat diabetische ontregelingen een onbewuste adaptatie zijn aan angst- en schuldgevoelens. De auteurs

onderscheiden een zestal onderliggende motieven: agressieve en seksuele wensen; schuldgevoelens en zelfbestrafing; vermijden van moeilijke situaties; onbewuste angsten voor lichaamsbeschadiging; angst voor separatie en/of afhankelijkheid; afleiden van pijnlijke conflicten.

Als nu na bestudering van de literatuur de HbA1c-waarden naast de therapie van Paul gelegd worden (zie figuur 1), blijkt dat de verbeterde instelling al voorafgaand aan de therapie begonnen was met de digitale bepaling van de bloedspiegel door Paul. Als hypothese kan gesteld worden dat het therapeutisch proces reeds voorafgaat aan de daadwerkelijke aanvang van een therapie. Het digitaal bepalen van een bloedspiegel is volgens die redenering een gevolg van het besluit iets aan de problemen te gaan doen. Overeenkomend met de literatuur is hieraansluitend de ontregeling van de diabetes in het begin van de therapie. Het effect van de registratieopdrachten is terug te vinden in de daling en normalisering van de HbA1c tot 8,4 (normaal: 6,9 - 8,5), hoewel die niet daalt onder het niveau voorafgaand aan de therapie. Toch is duidelijk dat het gevaarlijke instellingsgedrag van Paul sterk verbeterd is. Bovendien zal Paul blijvend een andere visie hebben op zijn ziekte, waardoor er een grotere kans is dat de normalisering van de HbA1c-waarden geen tijdelijke aangelegenheid is en daardoor het risico voor late complicaties van de diabetes verkleind is.

Stelling 3

Psychotherapeutische behandeling van diabetespatiënten met verborgen instellingsproblematiek zal vaak van zowel psychoanalytische als directieve inzichten gebruik moeten maken.

Psychoanalytische inzichten zijn vruchtbaar, om de betekenis van de ziekte en het verborgen instellingsprobleem zichtbaar te maken.

Daarna zal de verandering van het irrationele gedrag zelf vaak door directieve technieken moeten worden bewerkstelligd.

Psychiatrische psychotherapie

Het begrip 'psychiatrische psychotherapie' is gedefinieerd door Abraham in 1988, geciteerd door Milders (1992), als rapporteur van de gelijknamige werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Psychiatrische psychotherapie is (a) ziektebeeldgeoriënteerd en (b) richt zich op de groep patiënten bij wie beperkte doelstellingen mogelijk is. Milders (1992) beschrijft deze twee kenmerken en voegt hier als derde aan toe dat ze (p. 559): (c) 'gefundeerd is in het open denken (biopsychosociaal) en een daarmee nauw samenhangende theorie over de psychische dimensie, waarin de relatie van de patiënt tot zijn psychische stoornis centraal staat'. Volgens Milders is het wezenlijke van de psychiatrie het besef dat er voor het begrijpen van mensen rekening gehouden moet worden met verschillende aspecten, die enerzijds onherleidbaar tot elkaar zijn, maar tevens onderling afhankelijk (het biopsychosociaal model). In de praktische uitwerking van het begrip 'psychiatrische psychotherapie' noemt Milders onder andere psychotherapie bij patiënten met schizofrenie en een bipolaire stoornis. Van Eck (1991) beschrijft drie werkkerreinen van de psychiatrische psychotherapie voor de dagelijkse praktijk: cliënten bij wie regressie dreigt, cliënten bij wie medicatie een onderdeel van de behandeling is, en ten slotte cliënten met somatische en somatoforme stoornissen. Hij wijst erop dat zowel onder- als overschatting van de somatiek het psychotherapeutisch proces in gevaar kan brengen. Milders (1992) voegt toe (p. 567-568): 'Alleen binnen een psychiatrische benadering kunnen deze somatische factoren op hun waarde geschat worden en vervolgens ingepast in een psychotherapeutische strategie'.

Wat maakt psychotherapie bij diabetespatinten tot een praktijkvoorbeeld van psychiatrische psychotherapie? Daartoe zien de auteurs een drietal redenen.

De eerste reden geldt voor psychotherapie bij alle mensen met een ernstige somatische ziekte in het algemeen. Bij hen moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid van een gekwetst zelfgevoel, een onrijpere persoonlijkheidsontwikkeling, een grotere behoefte aan steun en het gevaar voor te grote afhankelijkheid van de therapeut en ten slotte de levensbedreiging en de angst voor lichaamsbeschadiging. De psychiater als medicus moet een visie hebben op de consequenties voor de ontwikkeling van de persoonlijkheid bij ziektes. Psychiatrische psychotherapie zal niet alleen de relatie van de patiënt tot zijn psychische stoornis moeten uitwerken (Milders 1992), maar ook de relatie van de patiënt tot zijn somatische stoornis.

Een tweede reden is de kennis van de symptomatologie van diabetes. De psychiater moet goed op de hoogte zijn van de soms op psychisch dysfunctioneren gelijkende symptomen bij ontregeling (hypo- en hyperglycaëmiën) en van de complicaties op langere termijn. Ontregelingen zullen vaak mede de aanleiding vormen tot de psychotherapie. Bovendien blijken patiënten soms paradoxaal te reageren met enerzijds psychische verbetering, maar tegelijkertijd metabole ontregeling.

Een derde argument is de samenwerking met de internist. Tijdens de therapie treden nogal eens splitsingsfenomenen op, waarbij de therapeut geïdealiseerd en de internist gedevalueerd wordt. Psychiaters en internisten kunnen deze splitsing tegengaan door tot een gezamenlijk medisch beleid te komen, ook om eventuele ontregelingen tijdens de aanvang van de therapie op te vangen.

Stelling 4

Psychotherapie bij diabetespatiënten is een goed voorbeeld van de mogelijkheden van psychiatrische psychotherapie.

Conclusie

Genoemde stellingen en casuïstiek behelzen de verborgen instellingsproblemen bij diabetespatinten. Daarbij zal vaak door internist en psychiater op een ongewenste wijze ‘double blind’-onderzoek verricht worden: de internist is blind voor de psychologische achtergrond van de instellingsproblemen en de psychiater is blind voor de HbA1c-waarden. Gepleit moet worden voor een actieve houding van beide medisch specialisten. Een internist doet er verstandig aan patiënten te motiveren voor een verwijzing naar de psychiater, terwijl een psychiater zeer kritisch zijn handelen moet evalueren, zeker gezien de mogelijke paradoxaal reacties: de ontregelingen in het begin van de therapie.

Voor de psychiater is de psychotherapeutische behandeling van patiënten met somatische ziekten een uitdaging. Zeker bij jongere patiënten kan psychotherapeutische hulp een preventief karakter hebben, omdat bij het ontstaan van een somatische ziekte op jeugdige leeftijd er een interferentie kan optreden met de persoonlijkheidsontwikkeling. Een uitgewerkte visie op de persoonlijkheid van deze groep patiënten zou een belangrijke bouwsteen kunnen zijn voor het nog weinig praktisch ingevulde begrip ‘psychiatrische psychotherapie’.

Ten slotte verdient het aanbeveling behandelmodulen voor therapie met diabetespatiënten te ontwikkelen, waarbij inzichten uit psycho- analytische en directief therapeutische hoek worden opgenomen, en die vervolgens op hun werkzaamheid te onderzoeken. De internist levert het psychiatrische psychotherapieonderzoek gelukkig een betrouwbare en harde effectmeetlat: het HbA1c.

Collega dr. A. Teunen, internist in het Boven Y ziekenhuis te Amsterdam, wordt bedankt voor het ter beschikking stellen van de correspondentie en de laboratoriumwaarden over de betrokken patiënt.

Paul, niet zijn echte naam, wordt bedankt voor de lessen over diabetes, die hij in zijn therapie samen met de auteur geleerd heeft en op deze plaats voor zijn toestemming voor de publikatie van de casuïstiek.

Literatuur

Barglow, P., D.J. Berndt, W.J. Burns e.a. (1986), Neuroendocrine and psychological factors in childhood diabetes mellitus. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*

, 25, 785-793.

Bergman, M., S.B. Akin en P. Felig (1988), Psychological issues in Diabetes care. *American Family Physician*, 37, 151-157.

Brown, R.T., N.J. Kaslow, L. Sansbury e.a. (1991), Internalizing and externalizing symptoms and attributional style in youth with Diabetes. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 30, 921-925.

Eck, L. van (1991), Redactioneel: De psychiater als psychotherapeut. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 33, 81-83.

Gillespie, C.R., en C. Bradley (1988), Causal attributions of doctor and patients in a diabetes clinic. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 67-76.

Hanson, C.L., M.A. Harris, G. Relyea e.a. (1989), Coping styles in Youths with insulin-dependent Diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 644-651.

Jacobson, A.M., W. Beardslee, S.T. Hauser e.a. (1986), Evaluating ego defense mechanisms using clinical interviews: an empirical study of adolescent diabetic and psychiatric patients. *Journal of Adolescence*, 9, 303-319.

Lustman, P.J., R.E. Clouse en R.M. Carney (1988), Depression and the reporting of diabetes symptoms. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 18, 295-303.

Lustman, P.J., B.L. Frank en J.B. McGill (1991), Relationship of personality characteristics to glucose regulation in adults with Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 53, 305-312.

Milders, C.F.A. (1992), Psychiatrische psychotherapie: een omslachtig begrip met diepe gronden. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34, 559-569.

Moran, G., P. Fonagy, A. Kurtz e.a. (1991), A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle Diabetes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 30, 785-793.

Niemcryk, S.J., M.A. Speers, L.B. Travis e.a. (1990), Psychosocial correlates of hemoglobin A1c in young adults with type I diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 617-627.

Ohwovoriole, A.E., en C.B. Omololu (1986), Personality and control of Diabetes Mellitus. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 101-104.

Petty, R., T. Sensky en R. Mahler (1991), Diabetologists' Assessments of their outpatients' emotional state and health beliefs: accuracy and possible sources of bias. *Psychotherapeutic Psychosomatics*, 55, 164-169.

Popkin, M.K., A.L. Callies, R.D. Lentz e.a. (1988), Prevalence of major depression, simple phobia and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I Diabetes Mellitus. *Archives of General Psychiatry*, 45, 64-68.

Schwartz, L.S., L.R. Coulson, D. Toovy e.a. (1991), A biopsychosocial treatment approach to the management of Diabetes Mellitus. *General Hospital Psychiatry*, 13, 19-26.

Viederman, M., en P. Hymowitz (1988), A developmental-psychodynamic model for Diabetic control. *General Hospital Psychiatry*, 10, 34-40.

Viinamäki, H., en L. Niskanen (1991), Psychotherapy in patients with poorly controlled type I (insulin-dependent) Diabetes. *Psychotherapeutic Psychosomatics*, 56, 24-29.

Wilkinson, G., D.Q. Borsley, P. Leslie e.a. (1988), Psychiatric morbidity and social problems in patients with insulin-dependent Diabetes Mellitus. *British Journal of Psychiatry*, 153, 38-43.

Wrigley, M., en R. Mayou (1991), Psychosocial factors and admission for poor glycaemic control: a study of psychological and social factors in poorly controlled insulin dependent Diabetes patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 335- 343.

Summary: Psychoanalytic psychotherapy of diabetes

patients; borderland between psychiatry and internal medicine

Specialists of internal medicine should take into account that poor metabolic control is often related to behavioural problems of diabetes patients. Specialists of internal medicine should consider sending the frequently poorly controlled group of patients to a psychiatrist. Psychiatrists, treating patients with diabetes, should keep notice of the hidden meaning of the disease and metabolic control, even if the reason for psychotherapy is not metabolic control. Psychotherapeutic treatment of patients with hidden poorly metabolic control should contain psychoanalytic as well as behavioural therapeutic elements. Finally the psychotherapeutic treatment of patients with diabetes is an example of so-called 'psychiatric psychotherapy'.

R.E. Breuk is arts-assistent in opleiding tot psychiater, tot 1 april 1994 in het PCA/ Valeriuskliniek, momenteel op de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het AMC. W. van Tilburg is hoogleraar klinische psychiatrie, vakgroep Psychiatrie Vrije Universiteit Amsterdam, en A-opleider PCA/Valeriuskliniek. Correspondentie- adres: R.E. Breuk, Zacharias Jansestraat 5", 1097 CH Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 18-1-1995.