

ook de combinatie van dieet met sulfonyleureumderivaten de diabetes niet goed reguleert en bij wie behandeling met insuline niet uitvoerbaar is.

De afgelopen jaren is onrust ontstaan op grond van de ernstige bijwerking lactaatacidose, die door deze pharmaca wordt veroorzaakt. De bijwerking is gevaarlijk, maar komt betrekkelijk zelden voor. Fenformine en buformine veroorzaken deze bijwerking vaker en met meer kans op sterfte dan metformine (Glucophage®). Het College ter beoordeling van verpakte Geneesmiddelen heeft daarom bewerkstelligd dat buformine- en fenformine-bevattende preparaten uit de handel zijn genomen. Voorts heeft het College de toepassing van metformine aan stringente beperkingen onderworpen (Brief van de Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid voor de geneesmiddelen en de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid (H.I. 119.153) van 4 mei 1979).

Bij de behandeling van diabetes in de huisartspraktijk wordt de toepassing van metformine ontraden.

Interacties. De biguaniden werken wat betreft de hypoglykemie additief met andere bloedsuikerverlagende stoffen (insuline, sulfonyleureumderivaten), maar ook met sulfonamiden. De werking van orale anticoagulantia wordt enigszins versterkt. Tenslotte zij vermeld, dat het risico van lactaatacidose wordt vergroot door alcoholgebruik.

Het gebruik van bloedsuiker-verlagende pharmaca

Het dieet is steeds primair.

Insuline. Gebruik slechts één „lente” of „ultralente” preparaat, eventueel in combinatie. De „gewone” insuline wordt gereserveerd voor de klinische behandeling van een diabetisch coma. *Oraal werkzame hypoglycaemica.* Beperk het gebruik tot de gevallen van „ouderdoms-diabetes”, waarbij dieet alleen niet voldoende effectief blijkt. Gebruik dan slechts één middel, bij voorkeur het sulfonyleureum derivaat tolbutamide (Artosin®, Rastinon®, Tolbet®).

Indien met dieet of met dieet en sulfonyleureumderivaten de diabetes niet is te reguleren en behandeling met insuline niet uitvoerbaar is, bestaat onder stringente voorwaarden een toepassingsgebied voor metformine (Glucophage®) uit de biguanidegroep. Vanwege de risico's en de aard van de te nemen voorzorgsmaatregelen wordt de toepassing door de huisarts ontraden.

Enkele psychosociale aspecten van diabetes

DRS. J. R. KROEZE-TEN BRUMMELHUIS*

Dit artikel berust op ervaringen met het begeleiden van een aantal gespreksgroepen van diabeten en ouders van diabetische kinderen en op ervaringen, opgedaan in individuele gesprekken met diabeten. In de groepen kwam een drietal thema's naar voren: hoe is het de vader of moeder van een diabetisch kind te zijn, hoe is het om zelf diabetes te hebben en tenslotte de relatie van de diabeet met de behandelend arts. Voorts wordt in deze bijdrage ingegaan op de betekenis van dit soort gespreksgroepen.

De ouders

Als een klein kind diabetes heeft, hebben de ouders meer problemen dan het kind. Kleine kinderen realiseren zich vaak nauwelijks dat ze een ernstige afwijking hebben. Ze zijn nog niet in staat de relatie tussen de ziekte en de door de ouders opgelegde leefregels te doorzien. Het kind moet leren dat het weliswaar de ouders zijn die hem het snoepen onmogelijk maken en insuline-injecties opdringen, maar dat zijn ziekte de werkelijke reden is.

Het kleine kind uit vaak spanningen en boosheid door het overtreden van de regels. Kleuters en kinderen van de basisscholen hebben daarvoor voldoende gelegenheid. Op deze leeftijd zal de ouderlijke macht voor het diabetische kind extra accent krijgen. Binnen een opvoedingsbeeld waarin vrije ontplooiing voorop staat, past een angstvallige en nauwgezette beteugeling van het kinderlijk gedrag niet. Ouders voelen dat zelf ook, maar aan de andere kant realiseren zij zich voortdurend de noodzaak van een zo goed mogelijke regulatie van de diabetes.

Ouders doen ongeveer alles voor hun kind wat een volwassene voor zichzelf doet en deze ouders hebben in sterke mate dezelfde aandacht voor de diabetes van hun kind, als een volwassen diabeet voor zijn eigen ziekte heeft. Vaak lijkt het of deze ouders zelf diabetes hebben; zij vertonen een aantal van de psychosociale repercussies van de ziekte.

Een van de problemen die de ouders naar voren brachten in de gespreksgroepen die ik heb begeleid, is het onvermogen het kind duidelijk te maken waarom juist hij of zij door diabetes is getroffen. Het kind voelt dat als een onbillijkheid. Andere kinderen mogen wel wat hij niet mag. De ouders hebben de neiging deze „onrechtvaardigheid” op punten waar het kind somatisch geen risico loopt te compenseren. Ten opzichte van leeftijdgenoten of broertjes en zusjes dreigt het kind aldus in een dubbele uitzonderingspositie te geraken.

Ook buiten het gezinsverband doen zich kenmerkende problemen voor. Zo vertelde een moeder dat het haar opviel, dat haar dochtertje van vijf jaar minder vaak werd gevraagd op partijtjes van klasgenootjes sinds de tijd dat bij haar suikerziekte was vastgesteld. Onwetendheid en onwennigheid verleidden sommige ouders ertoe dat-meisje-met-die-suikerziekte maar van de lijst met genodigden te schrappen. In dit geval ondernam de moeder zelf iets om het probleem op te lossen. Ze bezocht andere ouders en ze bracht het probleem ook op de ouderavond ter sprake. Het bleek daarbij dat achter de huiver van de andere ouders vooral onwetendheid schuil ging. Zo dacht iemand dat diabetes besmettelijk is. Sommigen meenden dat het een soort epilepsie is en dat een onverhoedse aanval de verjaardag zou kunnen bederven. Weer anderen hadden weliswaar geen duidelijke vooropgezette mening, maar achtten het toch het veiligst zich afzijdig te houden. Ten-

* Psycholoog.

slotte waren er ook die goed op de hoogte waren van diabetes en wat daarbij hoort, maar die het diabetische kind een feest vol verleidingen wilden besparen.

Isolement en onwetendheid zijn twee belangrijke elementen bij het ontstaan van een verstoorde relatie. Isolement houdt nieuwe informatie tegen en onwetendheid houdt vooroordelen in stand. Om die vooroordelen te doorbreken is nieuwe informatie nodig, maar deze wordt niet verkregen wanneer niet eerst het isolement wordt doorbroken. Op deze manier ontstaat een ongewenst evenwicht waarin isolement en vooroordeel elkaar in stand houden. Alleen een welbewust initiatief, doorgaans van buitenaf, kan in deze situatie verandering brengen. Voorlichting, vooral ook gericht op mensen die niet dagelijks met de ziekte hebben te maken, is van groot belang. Wanneer het kind ouder wordt, zal het geleidelijk zelf de verantwoordelijkheid voor de leefregels gaan dragen. Deze ontwikkeling naar een eigen verantwoordelijkheid verloopt niet altijd ongestoord. De puberteit kan als loslatingscrisis worden beschouwd. Blijkens de gesprekken menen de ouders dat de puberteitsproblemen van hun diabetische kinderen heviger verlopen. De discontinuïteit van de lichamelijke groeiprocessen tezamen met de ingrijpende hormonale veranderingen bemoeilijken in deze periode vaak een optimale regulatie van de ziekte. Bovendien is dit de periode waarin de kinderen zich bewust opstellen tegenover de ouderlijke macht. In normale gevallen is de jongere lichamenlijk ruimschoots opgewassen tegen de emotionele gevolgen van de puberteit. Maar bij de diabeet ligt dat anders. Al te grote afwijkingen van het slaap-waak ritme en sterke emoties betekenen een gevaar voor de gezondheid.

Om de kans op ontregeling te vermijden reageren veel ouders met het vaster aanhalen van de teugels, intensievere controle en het invoeren van extra geboden en verboden – reacties die in deze periode vaak olie op het vuur zijn en bijna altijd een averechts effect hebben. Men ziet nogal eens dat ouders die niet voldoende in staat zijn om het kind te benaderen, de hulp inroepen van een arts of van iemand anders die wél gezag over het kind zou hebben. Het is aanvankelijk vaak teleurstellend voor de ouders te bemerken dat de hulpverlener niet zonder meer partij voor hen kiest. Opvallend is dat de meeste jongeren de tendens tot overmatige bezorgdheid

van de kant van de ouders ter sprake brengen. Aan de ene kant mag deze overmatige bezorgdheid op rekening van de handicap geschreven worden, maar aan de andere kant mag men zeker niet voorbij gaan aan de mogelijkheid dat de diabetes alleen als excuus wordt gebruikt om het kind nog wat langer onder de ouderlijke invloedssfeer te houden.

De diabeet

Tijdens de groepsbijeenkomsten treedt een aantal ervaringen op de voorgrond. Zo brengt de onzichtbaarheid van de ziekte met zich dat de omgeving er niet zo gemakkelijk op kan reageren. Een aantal mensen vindt dat prettig: „Zo op het oog ben je normaal. Je gaat gelukkig niet altijd voor gehandicapt door. Je voelt je daardoor ook minder gehandicapt.” Anderzijds ook de verwoording van nadelen: „Ik werk in een kantoortuin, iedereen ziet daar iedereen. Ik krijg nogal eens opmerkingen in de trant van: „Zo, zit je weer te eten...” En wanneer weer eens iemand jarig is, wordt er getraceerd op gebak. Dat sla je dan af onder de aansporingen van collega's: „Joh, neem dat ene gebakje toch, dat zal toch geen kwaad kunnen”. De collega's weten dat ik diabeet ben, maar soms lijken ze dat te zijn vergeten.” Voor de diabeet is zijn diabetes er altijd, voor zijn omgeving af en toe.

„Ik kon niet gemakkelijk werk krijgen”, vertelt een ander. „Eerst dacht ik nog: niet erover praten, ze hebben er niets mee te maken. Maar je moet medisch gekeurd worden en men zou er vroeg of laat toch achter komen. Bovendien, je kunt nooit weten: mocht ik iets krijgen, dan zouden ze het tenminste weten, en dat leek me toch een veiliger gevoel. Ik ben trouwens uiteindelijk daar niet aangenomen. Ik denk dat ze het vanwege mijn ziekte niet aandurfd. Later heb ik wel werk gevonden. Mijn baas is zelf ook een diabeet. Zo iemand heeft er natuurlijk meer begrip voor. Eigenlijk vind ik het wel erg, dat je alleen maar begrip krijgt van een andere diabeet. Aan de andere kant beseft zo iemand tenminste ook beter dat je gewoon kunt werken. Misschien heeft hij me daarom wel aangenomen”.

Naast de problemen die in de omgang en de werksituatie kunnen optreden, vindt men ook vaak angst verwoord. Angst voor de toekomst, voor de mogelijke gevolgen van de ziekte. Bij de ouderen vindt men ook gevoelens van

spijt over de nonchalante omgang met de eigen ziekte in de jongere jaren: „Had ik toen maar wat beter opgelet. Maar ja, je leefde er maar op los. Ik had de bijverschijnselen misschien kunnen voorkomen.” De vraag of die bepaalde persoon de bijverschijnselen inderdaad had kunnen voorkomen, staat min of meer los van het eigen gevoel daarover. Veel deelnemers aan de groepen voelen zich geïsoleerd: „Je wordt uitgenodigd op een verjaardag”, aldus een deelnemster van negentien jaar, „maar eigenlijk is er niet op je gerekend. Alles is in overvloed aanwezig, maar voor jou is er geen enkele suikervrije drank. Nu vind ik het niet altijd even vreselijk; je kunt je natuurlijk ook met je dieet aanpassen. Maar het idee dat er eigenlijk niet aan je is gedacht, geeft je wel het gevoel dat je op de een of andere manier wordt overgeslagen. Je krijgt niet de aandacht die je verwacht, wanneer je bent uitgenodigd”.

Een andere deelnemer merkt op: „Ik vind het eigenlijk niet zo'n probleem. Wanneer ik ergens word uitgenodigd en ik denk dat ze het vergeten of niet weten, dan zeg ik het gewoon. Ik bel op en vraag of ze ook aan een drankje voor mij denken. Meestal is er dan geen probleem.” Bij deze laatste reactie komt de eigen acceptatie van de ziekte om de hoek kijken. Wanneer iemand eenmaal zover is dat hij zonder een gevoel van terughoudendheid over zijn diabetes praat en anderen ook gewoon helpt herinneren aan bepaalde dingen, die ermee in verband staan, is er vaak al van acceptatie sprake. De neiging om de ziekte te verbergen en de neiging om er juist bij elke gelegenheid over te praten, zijn beide uitingen van een nog aan de gang zijnde acceptatieproces.

Jongere deelnemers beschouwen de bezorgdheid van de ouders bijna unaniem als een druk. Vooral in de leeftijd van vijftien tot twintig jaar is dat goed merkbaar. Een jongen van zestien illustreert dit: „Ik ga op zaterdagavond soms dansen. Wat er dan aan te pas komt! Eerst zeggen mijn ouders: denk erom dat je geen bier drinkt, kom op tijd thuis, denk aan je eten, vergeet je spuit niet. Dat zeggen ze niet eenmaal, maar telkens wanneer ik de deur uit ga. Dan denk ik: „ja, ja, dat weet ik onderhand wel, hou daarover nu maar eens op.” Iemand van twintig jaar, een meisje, studeert handenarbeid en woont op kamers: „Dát heeft me een moeite gekost, de deur uit te mogen... Terwijl mijn jongere zus al op haar zeventiende jaar het huis uit was. Eerst hebben ze het zolang mogelijk tegengehouden. En

toen het eenmaal zover was, belde mijn moeder dagelijks op om te vragen hoe het ging. Op het laatst had ik de neiging maar te vertrekken tegen de tijd dat ze zou bellen. Dat heb ik ook een keer gedaan. Toen was er paniek. Het eindigde ermee dat mijn moeder 's middags op de stoep stond. Ik werd in het begin erg vaak gecontroleerd. Daardoor voelde ik mij onvrij, ook op andere gebieden. Ik had het gevoel dat mijn ouders via mijn diabetes terloops ook allerlei andere dingen controleerden. Het heeft heel lang geduurd voordat zij eraan gewend raakten niet elke stap van mij aan doodgaan te koppelen. Maar wanneer ik eens een weekend bij hen ben, is het net alsof die hele ontwikkeling er niet is geweest. Dan begint de betutteling weer helemaal van voren af aan, alsof ik nooit ben weggeweest." Een punt dat terecht ook veel aandacht krijgt in de groepen is hoe diabeten hun ziekte soms gebruiken binnen de relaties die ze met anderen hebben. Een bestaande relatieproblematiek in een huwelijk werd toegeschreven aan de diabetes van de vrouw. Later werd duidelijk dat deze vrouw haar ziekte gebruikte om haar zin te krijgen. De wijze waarop de diabeet reageert op zijn ziekte, staat niet los van de manier waarop hij als persoon reageert op allerlei andere dingen. Maar omdat men diabetes als een ernstige, sterk belemmerende ziekte beleeft, treft men deze reacties vaak in een versterkte vorm aan. Sommige deelnemers blijken uit angst niet te kunnen afwijken van de leefregels. Zij handhaven bijna dwangmatig precies een bepaald leefpatroon. Nu is het bevroren van de relatie tussen activiteit, voeding en insuline één van de manieren om een zekere onderlinge afstemming te bereiken. Maar de meer verfijnde aanpassing berust op een aanvoelen van de wisselende omstandigheden en wensen en dan is dwangmatigheid een belemmerende factor. Het doorbreken van deze starheid kost grote moeite en is zelfs niet ongevaarlijk (beter een slechte regulatie dan geen regulatie). Binnen een groep zou een proces van versoepeling wellicht op gang kunnen worden gebracht. Daardoor verkrijgt de diabeet een grotere vrijheid, terwijl zijn lichamelijke conditie niet slechter hoeft te worden. De gewoonte om in geval van twijfel – een hypo- of een hyperglykemie? – suiker te nemen, leidt er in nogal wat gevallen toe dat ook gevoelens van spanning of onbehagen tot suikergebruik leiden. Gevoelens en stemmin-

gen die uit de relaties met de omgeving voortvloeien en niet primair te maken hebben met te lage suikerwaarden, worden door de patiënt toch als „hypo" geduid. Een belangrijke factor hierbij is het onvoldoende herkennen van de eigen lichaamssignalen. Eveneens belangrijk is dat men aldus een relatieproblematiek kan ontkennen. Met dit laatste voorbeeld raak ik eigenlijk al een belangrijke functie van de gespreksgroepen waarop ik later nog terugkom.

De arts

Bij een chronische ziekte als diabetes zal de patiënt regelmatig contact met zijn arts hebben. Na het instellen van de diabetes zal er aanvankelijk een periode zijn waarin wordt gezocht naar een verfijning van de regulatie en een verdere aanpassing van de leefregels en de insulinetoediening aan de persoonlijkheid en de eigen omstandigheden van de patiënt. Indien deze voortgangcontroles plaatsvinden in een drukke praktijk waarin het grote moeite kost voldoende tijd aan elk afzonderlijk individu te besteden, ontstaat er een tendentie de patiënt meer en meer als een somatisch probleemgeval te beschouwen. De psychologische dimensie vormt voor de druk bezette arts een zekere bedreiging. Gedurende de gesprekken komt de klacht „weinig begrip en aandacht van de behandelende arts" vaak naar voren. Nu kan men hierop verschillend reageren. Het is mogelijk dat de patiënt wel voldoende aandacht krijgt, maar zijn uitzonderingstoestand gebruikt om extra aandacht te krijgen en zich zo in een afhankelijke positie te manoeuvreren. Anderzijds kan een overmatig benadrukken van de somatische kant van het ziek zijn leiden tot een onderwaardering van de emotionele en relationele aspecten ervan. Wanneer de problematiek van de patiënt niet tijdig wordt onderkend, raakt de diabetes zo goed als zeker ontregeld. En dat is nu precies wat niet wordt beoogd. Afhankelijkheid door te veel aandacht en onzekerheid door te weinig aandacht komen de behandeling van de ziekte niet ten goede. Ten aanzien van psychosociale problemen geldt nagenoeg nooit, dat men „eigenlijk al meteen ziet wat er aan de hand is". Om een indruk te krijgen, heeft men nogal wat tijd nodig; tot een oordeel kan men alleen maar komen door in gesprek te treden met de patiënt. Een dergelijke interactie heeft eigenlijk ook meteen al een behan-

delingskarakter. Behandeling en diagnose zijn beide steeds aan bijstelling onderhevig en beïnvloeden elkaar voortdurend.

Een van de deelnemers aan de gespreksgroepen vertelt: „Ik had in het begin erg veel moeite me aan het dieet te houden. Ik was het niet gewend, kreeg diabetes toen ik zestien was. Maar tenslotte is het toch wel gelukt. Toen ik achttien was, mocht ik rijles nemen. De dag voor het rijexamen ging ik naar mijn huisarts. Die had altijd een erg volle wachtkaner. Zelfs als je volgens afspraak ging, moest je vaak lang wachten. Ik had me nauwkeurig aan het dieet gehouden en het was ook erg goed gegaan, maar op de een of andere manier voelde ik me die dag niet goed. Ik was ook erg zenuwachtig met het rijexamen in het vooruitzicht. Ik kreeg op mijn kop van de dokter, maar ik durfde niets terug te zeggen. Ik was zo verbaasd en geschrokken dat ik wel kon huilen. Zonder de tijd te krijgen ook maar iets te zeggen, stond ik al weer buiten. Ik ben zo boos geworden dat ik regelrecht naar een lunchroom ben gegaan. Daar heb ik me uitvoerig tegoed gedaan aan gebak. Ik beschouwde het als een wraakactie".

De patiënte realiseert zich op dat moment niet, dat de arts niet door de wraak getroffen wordt, maar dat het allereerste slachtoffer zijzelf is. Een negatief gevoel ten opzichte van een ander vindt zijn weg in de vorm van zelfdestructief handelen. In dit voorbeeld begint het ermee dat de arts wegens tijdgebrek niet in staat is tot het geven van voldoende aandacht. De grote invloed van emoties op de instelling is een dringende reden aan de patiënt die tijd te besteden die nodig is om tot een goede verhouding te komen. Wanneer die tijd eenvoudig niet voorhanden is, kan men het inschakelen van andere hulpverleners overwegen. Een diabetespatiënt mag men niet met zijn probleem laten zitten; zijn stofwisseling is er niet op ingesteld emoties gemakkelijk op te vangen.

Een ander kenmerkend patroon doet zich voor wanneer de patiënt de verantwoordelijkheid voor de behandeling geheel naar de medicus wil schuiven. Vaak laat de medicus zich dit aanleunen. Het heeft tot gevolg, dat men een gemakkelijk, onderdanig soort patiënten krijgt, bij wie de wens „dat dokter maar moet zeggen wat ik moet doen" het Leitmotiv is. Zolang het goed gaat, kost het ook weinig tijd. De patiënt hoeft zich niet bloot te geven en het wederzijdse voordeel leidt tot een vrij

snelle consolidatie van dit rolpatroon. Maar er zijn ook – nogal grote – nadelen.

In een verhouding waarin de patiënt de verantwoordelijkheid geheel bij de arts legt, ontstaat een klimaat, waarin de overtreding een instrument kan worden in de interactie. Zeer strikte regels, van bovenaf opgelegd of door de patiënt zelf gevraagd, laten geen ruimte meer. En meestal is een kleine speelruimte binnen de regels nodig om de grenzen van wat individueel mogelijk is, af te tasten. Het is de patiënt die deze verkenning van zijn mogelijkheden binnen de voorschriften van het dieet en de leefregels voor zijn rekening neemt. Hij moet zichzelf leren voelen. Wanneer we stellen dat de verantwoordelijkheid bij de patiënt ligt, bedoelen we daarmee niet dat de arts geen verantwoordelijkheid zou hebben. Ook moet deze stelling niet begrepen worden als een afschuiven van de verantwoordelijkheid. De patiënt kan daardoor het gevoel krijgen in de steek gelaten te worden. Overigens manoeuvreert men zich in een patstelling met het verwijzen naar een verantwoordelijkheid of schuld wanneer het mis is gegaan. Wie tegen een patiënt zegt „de verantwoordelijkheid ligt bij u”, helpt die patiënt niet, ook al is het dan misschien waar. Hetzelfde geldt voor „de schuld ligt bij u” of voor interventies van gelijke strekking. Met andere woorden; wie met een patiënt wordt geconfronteerd die zijn dieet verwaarloost, hoeft niet te zeggen: „Dat mag u niet doen. Want weet u wel, dat u daarvan schade ondervindt en dat u zelfs uw leven in gevaar brengt”. Dat het niet mag, wist de patiënt wel en vaak is hem de reden ook wel ongeveer duidelijk. Een vruchtbare uitweg uit deze vastgelopen situatie is alleen met begrip te vinden. Ik bedoel hiermee niet alleen medeleven, maar vooral ook inzicht. Wanneer de arts begrijpt waarom de patiënt van de regels afwijkt, is het gemakkelijker daar iets aan te doen dan wanneer het alleen maar bij een constatering blijft. Weten zonder begrip is een te magere basis voor een effectieve behandeling. De attitude inzicht te willen verwerven, is gebaseerd op de empirische bevinding dat het begrijpen van de condities waarbinnen het gedrag plaatsvindt, de kans verhoogt dat ingrijpen tot voorstelbare veranderingen leidt.

De gespreksgroep

Sommige patiënten ontwikkelen door goede observatie van hun toestand de

vaardigheid hun bloedsuikerspiegel min of meer te volgen. Zij leren geleidelijk de kleinigheden die bijsturing vereisen, te ervaren en interpreteren. De perceptie van het eigen welbevinden is bijzonder moeilijk en voor velen slechts in beperkte mate bereikbaar. Bovendien mag men in dit opzicht juist bij mensen met emotionele problemen verwachten, dat zij vaker fout percipiëren.

Tijdens de groepsbijeenkomsten blijken allerlei ervaringen die op deze zelfwaarneming betrekking hebben, ook te worden uitgewisseld. Daarbij heeft het gevoel in gezelschap van lotgenoten te zijn een verlaging van de communicatiedrempel tot gevolg. Uitwisseling van ervaringen in een groep, zo zou men kunnen veronderstellen, verbetert de perceptie van de eigen lichamelijke sensaties, wat een meer ontspannen regulatie van de diabetes bevordert.

De impressies opgedaan in de gesprekken sluiten aan bij de bevinding van Groen en De Loos, dat de objectieve kennis van de ziekte geen voldoende voorwaarde is voor een optimale regulatie. Een tweede voorwaarde, zo blijkt steeds weer, is een evenwichtige verhouding met de medemens en een kader waarbinnen men de individuele problematiek ongedwongen en onverplicht aan de orde kan stellen. Zo is het onze ervaring dat jeugdigen hun problemen met ouders vaak gemakkelijker binnen een gespreksgroep ter sprake brengen dan binnen het eigen gezin. In het eigen gezin hebben zij een meer kwetsbare rol.

De groepen fungeren ook als een soort omarming waarbinnen men zijn angst en onzekerheid kwijt kan. Als een soort algemene bevinding komt naar voren, dat de diabetes in principe geen wezenlijk andere psychosociale problematiek heeft dan iemand anders. De bijzondere lichamelijke gesteldheid kan echter zowel de ervaring als het effect van problemen anders doen zijn. De niet-diabeet kan de ontregeling die een periode van persoonlijk leed (bijvoorbeeld huwelijksproblemen of een sterfgeval) met zich brengt (slapeloze nachten, veranderde verdeling van rust en beweging, een aanhoudend gevoel van onbehagen of verdriet), relatief gemakkelijk opvangen met de bestaande intacte regulatiemechanismen. De tolerantie bij de diabetes is evenwel aanzienlijk geringer. Zo mag een diabetes niet even lang op een wachtlijst staan bij een behandelingsinstantie als een

niet-diabeet. Bij de diabetes staat er meer op het spel.

De groepen die ik heb begeleid, waren geen therapiegroepen. Dat wil zeggen dat er niet gericht, volgens een bepaald behandelingsschema werd gewerkt. We zouden het eerder preventieve groepen kunnen noemen. Het doel was in feite al bereikt doordat de ontmoeting van lotgenoten en de uitwisseling van ervaringen, problemen en zorgen tot stand kwamen. Veel deelnemers gingen gelukkiger naar huis dan zij waren gekomen, omdat zij enkele dagen lang aandacht hadden gekregen voor hun problemen. En aandacht is het belangrijkste, maar ook moeilijkst te definiëren ingrediënt van elke relatie die tot voldoening leidt.

Het zou van harte toe te juichen zijn als er, onder auspiciën van de D.V.N., meer van zulke bijeenkomsten zouden worden gehouden.

Samenvatting. Een aantal psychosociale aspecten van diabetes mellitus wordt besproken vanuit drie gezichtspunten: dat van de ouders, van de diabetes zelf en van de arts. Deze gezichtspunten kwamen aan de orde tijdens groepsbijeenkomsten, waaraan hoofdzakelijk diabeten in de leeftijd van 15 tot 50 jaar deelnamen, maar ook ouders van diabetische kinderen.

De voornaamste conclusie is, dat diabeten het uitwisselen van gevoelens en ervaringen met lotgenoten bijzonder bevredigend vinden. Verondersteld wordt, dat zulke bijeenkomsten tot een meer ontspannen houding ten opzichte van diabetes leiden, wat de regulatie ten goede zou komen.

Summary. Some psychosocial aspects of diabetes. Some psychosocial aspects of diabetes mellitus are discussed from three points of view: the parents', the patient's and the physician's. These views were discussed at group meetings attended mainly by diabetic patients aged 15-50, but also by parents of diabetic children.

The principal conclusion is that diabetics regard an exchange of feelings and experiences with fellow-diabetics as very satisfactory. It is assumed that such meetings lead to a more relaxed attitude to diabetes, which is believed to facilitate regulation.

Groen, J. J. en W. S. de Loos. Psychosomatische aspecten van diabetes mellitus. De Erven Bohn, Amsterdam, 1973.