

Psychosomatische Aspecten van Diabetes Mellitus

Samenvattend hoofdstuk

Uit: Psychosomatische Aspecten van Diabetes Mellitus
J.J. Groen en W.S. de Loos
De Erven Bohn BV, 1973
ISBN 90 605 478 5

Verantwoording:

In 1973 verscheen dit nog geen honderd pagina's tellend boekje, waarvan 63 pagina's in het Nederlands en de rest, waarvan dit stuk een vertaling is, in het Engels. Aannemelijk is dat dit gebeurd is omdat deze benadering van Diabetes Mellitus zo controversieel en dus taboe is, dat er een manier gevonden moest worden om "het gewone volk" deze visie te onthouden. Het blijkt namelijk dat het maar zeer deels een samenvatting is van het eerste gedeelte van het boek en verder bestaat uit verhalen van patiënten, die in het Nederlandstalige gedeelte niet zijn opgenomen, maar wel het helderste licht werpen op de zaak. Het is treffend om te lezen dat 'patiënten' herhaaldelijk te berde brengen dat het optreden of verergeren van de verschijnselen van hun suikerziekte, volgens hen te maken heeft met de levensproblemen waar ze op dat moment mee kampten en hoe dat categorisch door de artsen naar de prullenbak wordt verwezen.

Een andere psychosomaticus, Victor von Weizsäcker verwoordde dat in zijn boek *Der Kranke Mensch* als volgt: *De wetenschap en het gevoel van het eenvoudige volk zijn met elkaar in tegenspraak. Het geloof dat zorg, opwinding en tenslotte ook ergernis en onaangenaamheden een mens ziek kunnen maken, is zeer verbreid. Waarom eigenlijk niet? Alleen in het wetenschappelijk gilde is het zo gelegen, dat de 'psychogenie' van een angina, een pneumonie, een attaque of een diabetes als dubieus en onwaarschijnlijk wordt beschouwd, en dat het sensatie verwekt wanneer een wetenschappelijk onderzoeker dit poneert, maar schrijft vervolgens elders in het boek: De mensen begrijpen niet waarom de ziekte hen treft, omdat ze het verborgen Waartoe niet kennen. Komt er dan een dokter die zich verbeeldt het Waartoe te kennen, dan merkt men in de regel dat de zieke het niet begrijpt, er niets van horen wil of verontwaardigd is.* Maar als de mensen het niet begrijpen komt dat voornamelijk omdat de materialistische geneeskunde hen altijd heeft voorgehouden dat alle kwaad van buiten komt, dat mensen niets met hun ziekte te maken hebben en alleen maar toevallige dragers zijn van symptomen, die bestreden moeten worden. De L'Homme Machine die mankementen vertoont en wie daar anders over denkt overtreedt een taboe.

In 1947 schreven de hoogleraren Prick, Bastiaans en Groen een publicatie over Multiple Sclerose, waarin ze de betekenis van persoonlijkheid en conflictsituatie voor het ontstaan, het beloop en de behandeling van MS lieten zien. "Die publicatie is echter nooit verschenen, omdat enkele autoriteiten op het gebied van de klinische neurologie hen destijds met klem ontraadden het geschrift het licht te doen zien. Men achtte de inhoud te zeer indruisend tegen de gangbare opvattingen," staat in het in 1967 alsnog verschenen boek, dat sinds de farmaceuten en technici de macht hebben overgenomen, volledig in vergetelheid is geraakt, zoals de hele psychosomatiek. 'Achterhaald' noemen ze dat dan, niet meer van deze tijd, terwijl ze zich tegelijkertijd op de Bijbel of Darwin beroepen.

De hele natuur streeft onafgebroken naar evenwicht. Homeostase noemt Cannon dat. Elk dier dat *instinctief* merkt dat er gevaar dreigt maakt zich klaar voor het gevecht of de vlucht. Er vindt een grote aanmaak plaats van stresshormonen, bloeddruk en suiker stijgen, de hartslag neemt toe, de spieren worden gespannen, de zintuigen scherp en de pijngevoeligheid daalt. En het dier gaat dan ook daadwerkelijk het gevecht aan of slaat op de vlucht en als het gevaar geweken is treedt de rusttoestand weer in en normaliseren alle lichaamsfuncties. Hoe anders de mens, die vluchteling uit de natuur. Hij *wordt* niet bedreigd, hij *voelt* zich bedreigd, zit vol angsten die zijn manier van leven in zijn onbegrepen wereld met zich meebrengen, waarbij alle fysiologische reacties kunnen optreden die bij het dier plaatsvinden. Maar wat doet hij? Gaat hij op de vlucht? Gaat hij het gevecht aan? Nee natuurlijk niet, want hij heeft geleerd dat vluchten toch niet meer kan, dat hij nu eenmaal gevangen zit in zijn huwelijk, gezin, familie, baan, kerkgenootschap, tradities, gewoonten, overtuigingen en alle andere tralies waarmee hij zijn gevangenis heeft geconstrueerd, waarin hij zich heeft opgesloten en op laten sluiten. Hij is "zoet," hij is beschaafd, hij beheerst zich, kropt het op, rationaliseert het gevaar weg, houdt zich voor dat het allemaal wel meevalt en gaat met zijn symptomen naar de dokter, die hem vertelt dat hij een ziekte heeft, die behandeld moet worden, waarmee zijn terugweg geblokkeerd wordt. In *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, gepubliceerd in 1927 beschrijft Walter Cannon het optreden van verhoogde suikerspiegels in het

bloed bij vastgebonden katten die door een keffend hondje bedreigd werden. Door twee Duitse onderzoekers, Bohm en Hofmann, werd dat in 1878! Fesselungsdiabetes genoemd, maar zij vermeldden ook dat de bloedsuiker weer naar een normaal niveau daalde als de kat bevrijd werd en de hond verdween.

In wezen is alle suikerziekte bij de mens dus ook Fesselungsdiabetes, waar de farmaceutische industrie schatten aan verdient. Maar de gevangenen blijven gevangenen. Diabetes wordt niet genezen, het diabetesonderzoek houdt zich vrijwel uitsluitend bezig met de behandeling, nooit met de zin, nooit met de betekenis. Je kunt het vergelijken met een drenkeling, aan wie door horden hulpverleners (ook allemaal drenkelingen) reddingsmateriaal en proviand wordt toegeworpen, maar die nooit meer naar de wal mag terugkeren. Eenmaal drenkeling, altijd drenkeling, een chronische en ongeneeslijk “ziekte.”

Dat is ook de zwakte van onderstaand artikel. De “patiënten” beschrijven hun gevangenis, waaruit ze niet konden of durfden te ontsnappen, en terwijl Groen en Loos dat duidelijk signaleren, worden zij de nieuwe cipiers, die de gevangenen vertellen dat ze moeten leren leven met het symptoom, schrijven hen een nieuw regiem voor en controleren hen. Hun patiënten *zijn* dan wel boos, verdrietig, depressief en wanhopig, maar *hebben* een ziekte en zij houden hen ziek. En het tragische is dat dat voor elke ziekte geldt. Elk symptoom is een signaal van een verbroken evenwicht. Symptomen worden samengevoegd en heten dan ziekten, die behandeld worden, zodat het evenwicht nooit meer kan terugkeren. Zoals Gurdjieff schreef: “Er zijn maar twee soorten artsen, de ene verhindert je te leven en de andere helpt je te sterven.”

De hele geschiedenis door zijn er mensen geweest die beweerden dat de geneeskunde een doodlopende weg was ingeslagen. Ze werden belachelijk gemaakt, voor gek versleten en doodgezwegen. Geneeskunde is een verkapt religie, met een priesterschap en gelovigen. Artsen zijn wetenschappelijke gelovigen, die zich bekennen tot een vakgebied, een wetenschappelijk paradigma, met bijbehorende geloofsartikelen. Meedoen mag uitsluitend als de vigerende dogma's worden aanvaard, het groepsjargon gebezigd wordt en mede stelling genomen wordt tegen alles wat de groep bedreigt. Dat wil dus zeggen dat per definitie alles wat tegen het groepsbelang ingaat, alle boeken, geschriften of artikelen, door alle groepsleden als onzin, obsoleet en krankzinnig afgedaan moeten worden. Mensen censureren zichzelf, sluiten zich af voor alles wat hun moeizaam geconstrueerde wereld- en zelfbeeld kan verstoren; weren alles wat hun tot een bepaalde groep behoren kan bedreigen, die groep die hen ogenschijnlijk veiligheid, vertrouwdheid en aanspraak biedt. Het maakt niet uit of dat gezin, familie, beroepsgroep, kerkgenootschap, politieke partij of de bridgeclub is. Veranderen van mening of geloof, dus wereld- en zelfbeeld, is levensgevaarlijk, omdat de peergroep dat sanctioneert met uitsluiting. “We kennen je niet meer,” zeggen ze dan, “je bent veranderd; je moet maar gauw weer de oude worden.” Maar wat misschien nog belangrijker is, is dat veranderen inhoudt dat je tot de conclusie komt dat je je tot dan toe vergist hebt. Natuurlijk zijn er velen die noodgedwongen vervreemden van hun oorspronkelijke groep, maar zich dan wel vervolgens aansluiten bij een nieuwe groep, met andere geloofsartikelen, normen en waarden. Mensen lezen alleen wat hun wereld- en zelfbeeld bevestigt en anders lezen ze alleen de passages die dat doen en ze zijn ontzettend knap en door de wol geverfd om zich af te sluiten van wat ze niet durven te weten. [Negatieve dissonantie](#) heet dat tegenwoordig zo fraai en eufemistisch, maar het is natuurlijk gewoon zelfbedrog.

“Dat ze boos op mij zijn, omdat ik anders schrijf dan wat hun schrijvers verkondigen, is het gevolg van hun eigen onwetendheid en niet van de mijne. Want mijn geschriften staan, zoals deze bewijzen, niet buiten, maar integendeel diep geworteld in datgene, wat de basis van de geneeskunde vormt en te zijner tijd zal dit wel blijken. Dat ze morren tegen dergelijke actuele geschriften als de mijne heeft een gegronde oorzaak: Niemand jammert, die niet gekwetst is geworden, niemand wordt gekwetst, of hij moet kwetsbaar zijn en alles is kwetsbaar wat vergankelijk en niet van blijvende aard is. Deze mensen jammeren luidruchtig, omdat hun kunst broos en vergankelijk is en dat is de reden, waarom ze hun geschreeuw tegen mij aanheffen. De geneeskunde zelf doet dat niet, want zij is onvergankelijk en al zodanig gebaseerd op onsterfelijke grondslagen, dat de hemel en de aarde eerder verdwijnen zullen, dan dat de geneeskunde te gronde zal gaan. Wanneer nu de geneeskunde mij met rust laat, waarom zou ik me dan laten verontrusten door het geschreeuw van die geneesheren met hun vergankelijke kunst? Ze schreeuwen alleen maar, omdat ik ze versla en verwond: — dat is een bewijs, dat ze ziek zijn waar het de geneeskunde betreft. En één van de symptomen van hun ziekte is hun strijd tegen mij, omdat ze het niet aangenaam vinden, dat ik ze ontmaskerd en aan de kaak gesteld heb. De hoogst geplaatsten onder hen zijn tegen mij gekant, omdat ik niet uit hun school kom, noch schrijf op de manier, zoals zij het doen. Wanneer ik echter zo schreef, zou ik de blaam op mij laden van bedrog, want de geschriften der antieken zijn gebleken onjuist te zijn. Zouden diegenen die daaruit voortgesprongen zijn, dan geen verkeerde inzichten hebben...?”

Paracelsus, uit: Opus Paragranum, 1529, postuum verschenen.

* * * * *

Voornamelijk gebaseerd op voordrachten gegeven door Prof. Dr. J. J. Groen in Leuven, tijdens de bijeenkomst European Society for the Study of Diabetes in 1967 en op het 8^e Congres van de International Diabetes Federation in Brussel in 1973.

7-1 INLEIDING

In de psycho-biologische (psychosomatische) benadering van elke ziekte kunnen drie aspecten onderscheiden worden:

1. Wat betekent het ziek te zijn en behandeling te moeten ondergaan voor het psychische leven van de patiënt en zijn omgeving.
2. Wat is de rol van psychologische (resp. het centrale zenuwstelsel betreffende) factoren bij het ontstaan, veroorzaken en het verloop van de ziekte?
3. Wat zijn de consequenties van de antwoorden op deze vragen voor de behandeling van de patiënt en zijn omgeving?

Die verschillende aspecten kunnen wel onderscheiden, maar niet van elkaar gescheiden worden. Net als elk ander mens is een patiënt een persoonlijkheid, d.w.z. een min of meer harmonieus geïntegreerd geheel van gedachten, gevoelens, opvattingen en gedragspatronen, die zich sinds de bevruchting ontwikkeld hebben en zich tijdens zijn hele leven verder ontwikkelen. Deze ontwikkeling vindt plaats in een voortdurende interactie met zijn omgeving, door middel van fysiologisch-chemische, biologische en intermenselijke contacten. Een ziekte is een “existentiële” fase in dit geheel van onderlinge communicatie, een hoofdstuk in ieders individuele biografie; de uitwisseling tussen mens en zijn omgeving brengen zowel gezondheid als ziekte teweeg en bepalen zijn reacties daarop.

Het onderzoek van deze voortdurende “onderlinge communicatie” tussen elk individu en zijn gehele omgeving, vormt de basis van de zogenaamde psychosomatische of antropologische benadering van de geneeskunde. Vanuit dat standpunt zullen wij de rol bespreken van psychologische factoren bij het aanpassen van de patiënt met diabetes aan zijn ziekte en aan de mogelijke rol bij etiologie, verloop en behandeling ervan.

7-2 AANPASSING AAN DE ZIEKTE

Voor iemand van middelbare leeftijd is het een schok als hij hoort dat hij diabetes heeft, vooral als hij of zij gaat beseffen dat het een ziekte is waarvan hij of zij nooit meer zal genezen. Het is opmerkelijk dat maar zo weinig patiënten uiting geven aan hun gevoelens als zij zich dat realiseren. We moeten daar wel aan toevoegen dat de dokter het niet gemakkelijk voor hem maakt, omdat hij in zijn enthousiasme om met de behandeling te beginnen, zijn nieuw “geval” begint uit te leggen wat hij wel en niet moet doen en de patiënt daar min of meer hulpeloos bij zit. Verschillende malen hebben patiënten ons verteld dat het feit dat de toestand in wezen niet te genezen is en wat dat inhoudt, pas geleidelijk tot hen doordrong in de loop van de daaropvolgende dagen en weken. “Ik had nog wel honderd dingen willen vragen maar om een of andere reden heb ik dat niet gedaan.”

Een dergelijke situatie is niet erg bevorderlijk om iets op te steken. Terwijl dokter of diëtiste uitleg geeft, is de patiënt in gedachten nog druk bezig met het feit dat hij een chronische ziekte heeft. Tijdens de uitleg knikt de patiënt wel bevestigend, maar in veel gevallen bleek later dat hij maar de helft had begrepen. Het is een aantrekkelijke hypothese dat een deel van het later veronachtzamen of niet trouw zijn aan de dieetregels en een deel van het weigeren van patiënten om zichzelf insuline toe te dienen, uitingen zijn van een onvoldoende acceptatie of zelfs verwerpen van het feit dat ze diabetes hebben en dat het in hun eigen belang is om hun leven dienovereenkomstig te veranderen.

In de daaropvolgende weken wordt het voor de patiënt steeds duidelijker wat het volgen van een diabetesregime echt betekent. Om dat te beseffen zou het wenselijk zijn dat alle artsen eens een diabetesdieet zouden volgen, al was het maar voor twee weken. Het dieet betekent dat bepaalde voedingsstoffen volstrekt verboden zijn, waaronder gezoete dranken, snoep en gebakjes, die zo nauw verbonden zijn met verpozing tussen de maaltijden, of het delen van een aangenaam moment met anderen. Het dieet betekent ook een voortdurend moeten letten op de hoeveelheden voedsel die toegestaan zijn en in het geval van patiënten die insuline spuiten, op de tijdstippen waarop gegeten moet worden. Met andere woorden, het diabetesdieet betekent een levenslange beperking van een van de elementaire vrijheden van het individu, namelijk de vrijheid wat en wanneer te eten. Zelfs voor mensen voor wie voedsel tot op dat moment niet het belangrijkste in het leven was, betekent dat een grote frustratie. Het is niet langer mogelijk een maaltijd over te slaan en op een ander moment meer te eten, in een exotisch restaurant te eten, een extra hapje te smikkelen in een snackbar, of bij gelegenheid met vrienden 's avonds wat te nuttigen. Op feestjes waar voedsel wordt rondgedeeld als teken van gezellig samenzijn, moet de patiënt weigeren, zich verontschuldigen, uitleggen dat hij diabetes heeft en de verleiding weerstaan van de gastvrouw "dat haar taart zelfgebakken is" of dat "er geen dokter in de buurt is."

Veel diabeten van middelbare leeftijd die eten heerlijk vinden zoeken, terwijl zij zich proberen aan te passen aan die beperkingen, een vervanging voor hun eetbevrediging in wat zij geloven dat toegestaan voedsel is. Hen wordt verteld, of zij begrijpen liever, dat de naam "suikerziekte" betekent dat het verboden is "suiker" te eten en dat zij daarom de inname van snoep, brood, rijst en aardappel moeten beperken. Des te gretiger vinden ze compensatie in het genieten van met een hoop vet bereide maaltijden; in feite overcompenseren ze de koolhydraatbeperking door meer te eten wat betreft de totale hoeveelheid calorieën. Dat zijn diabeten van middelbare leeftijd die, niet zelden met de zegen van hun eigen arts, dik blijven of zelfs in gewicht aankomen en de neiging vertonen de, door dit overeten toegenomen, ernst van de diabetes te verdoezelen, door grotere hoeveelheden insuline te spuiten. Dat zijn de dikke diabetespatiënten, die later bij ons komen met problemen van een vroege arteriosclerose, retinopathie en nefropathie. Vaak wordt niet beseft dat het ontwikkelen van deze complicaties het gevolg is van een onvoldoende aanpassing van de patiënt aan de eisen van zijn veranderde levenssituatie, d.w.z. aan een psychische factor.

Voor de jonge tienerdiabeten en kinderen zijn de ziekte en de gevolgen daarvan zelfs een nog groter psychisch trauma. Terwijl een normaal kind aangemoedigd wordt om te eten, zijn ouders hem hoort prijzen voor zijn gezonde eetlust, en de jonge puber uitstapjes en excursies maakt met zijn jeugdvereniging, onbelemmerd speelt en eet overeenkomstig de omstandigheden, moeten diabetische kinderen en volwassenen hun dieet en insuline op de eerst plaats stellen en hun activiteiten aanpassen aan deze eerste vereisten.

Bovendien moet de jonge diabeet in dergelijke omstandigheden zeggen dat hij suikerziekte heeft, waardoor hij zich anders voelt, minder gezond dan zijn vrienden of vriendinnen. En het ergste is dat, terwijl normale kinderen, als zij toegroeien naar onafhankelijkheid van hun ouders, dat op de eerste plaats bereiken door hun eigen eten te kiezen, die ontwikkeling vaak ernstig belemmerd wordt als een kind diabeet is. Veel ouders van een diabetisch kind ontwikkelen in hun begrijpelijke angst een overbezorgde houding. Zij houden te nauwgezet het dieet van het kind in de gaten en dat wordt een voortdurende reden om het te vertellen wat het moet doen, wat het niet moet vergeten, of het te vragen wat het heeft gedaan. Heel vaak tonen ouders van diabetische kinderen, zonder dat ook maar te beseffen, hun liefde voor het kind door alleen maar hun angst te laten zien, of nog erger, eerder straffend dan liefhebbend te worden, zonder dat ze begrijpen wat voor enorm taak zij van hun kinderen verwachten en wat zij hen aandoen, door hen te berispen voor hun overtredingen. Zo heeft de medische behandeling, die bedoeld is om een diabetisch kind een normaal leven te laten leiden, in veel gevallen een averechtse uitwerking: om de bloedsuikerspiegel normaal te houden, belemmert de behandeling een normaal leven! Andere ouders kunnen (bewust of onbewust) niet een chronisch ziek en invalide kind accepteren en in plaats van het in zijn moeilijke levenssituatie te steunen, verwaarlozen ze het, wijzen het af of laten openlijk hun teleurstelling blijken.

De reactie van de meeste kinderen op het beperken van hun vrije ontwikkeling dat, — en dat is het meest traumatische van alles — gedaan wordt door hun eigen ouders, is protest, doorgaans door *oneerlijk te zijn*. In feite is het stiekem overtreden van de dieetregels zo gewoon dat het als een normaal verschijnsel beschouwd zou moeten worden. Het kind is niet in staat zijn ouders duidelijk te maken of onder woorden te brengen wat voor vrijwel onmogelijke taak zij van hem vragen. En als het dat soms toch probeert te doen, wordt het vrijwel meteen met argumenten de mond gesnoerd. Ook de meeste artsen vertonen dit gedrag, zodat er nagenoeg geen enkele andere manier is voor het kind of de jonge volwassene om zijn verlangen naar onafhankelijkheid uit te leven dan door stiekem de regels te overtreden. Dat betekent echter voor veel kinderen op zich al een conflict. Nu hebben zij een geheim te verbergen, een systeem van leugens erop na te houden, en dat maakt hun verdere ontwikkeling alleen maar ingewikkelder. Als ze ouder worden en intelligent genoeg zijn om inzicht te krijgen in de mogelijke gevaren en complicaties, die het gevolg kunnen zijn van het overtreden van de dieetvoorschriften, kunnen deze innerlijke conflicten verstrengeld raken met schuldgevoelens. Andere kinderen ontwikkelen duidelijkere protestreacties; zij worden thuis en op school opstandig. Weer andere vluchten in de ontkenning; zij gedragen zich alsof de ziekte niet ernstig is en de regels onbelangrijk, met vanzelfsprekend nog ergere gevolgen voor hun diabetes. Maar een kleine groep gedraagt zich “gehoorzaam” zelfs onder dergelijke omstandigheden, maar als dat teveel zelfbeheersing vraagt kan dat later nadelige gevolgen hebben.

Teveel eten is bij de oudere diabeet de gebruikelijke vorm van het overtreden van de regels; bij de jonge diabeet is onregelmatig eten de meest voorkomende vorm. Net als andere jonge mensen eet de patiënt bij tijd en wijle teveel en die uitpattingen betreffen meestal chocolade of andere voedingsmiddelen die jonge mensen tegenwoordig in grote hoeveelheden verorberen. Maar op andere momenten, vooral in gezelschap van andere tieners, slaat de jonge diabeet zijn maaltijden over. Als er insuline is gespoten, is het gevolg hypoglycemie, die dan wordt “behandeld” door het haastig eten van suiker. In een extreme mate levert deze situatie het beeld op van de “brittle-diabeet,” die schommelt tussen diabetisch coma en aanvallen van hypoglycemie. Onlangs hebben verschillende medewerkers (van Dr. Ben-Ishay van de medische faculteit van de Hebreeuwse Universiteit) aangetoond dat de ziekte brittle-diabetes niet bestaat. Het is een gevolg van brittle (broos, wankel) eten en brittle leven, waaronder ook insuline toedienen op een brittle manier. Door een combinatie van een medische en psychologische benadering slaagde Dr. Ben-Ishay erin de voedselinname te reguleren van twee patiënten met een ernstige brittle-diabetes; zolang zij trouw hun gewone leefregels volgden en zich hielden aan de tijden en hoeveelheden insuline, was er geen sprake van grote schommelingen. De conclusie van dit onderzoek moet zijn dat wij, als wij willen dat onze patiënten van middelbare leeftijd of jeugdige patiënten zich aan hun dieet houden, ons op de eerste plaats moeten realiseren wat voor enorme, en voor kinderen praktisch onmogelijke, aanslag wij op hun vrijheid doen. Een ander aspect van wat je zou kunnen omschrijven als een “somato-psychische” verband bij diabetespatiënten is de tegenwoordig goedgedocumenteerde hersenbeschadiging veroorzaakt door ernstige en langdurige hypoglycemieën.

Deze beschadiging blijkt klinisch op de eerste plaats uit een verslechtering van geheugen en intelligentie die, nadat de bloedsuiker weer genormaliseerd is nog uren, dagen of soms zelfs weken aan kan houden. Bij oudere patiënten kan dat een zich al ontwikkelende dementie verergeren. Bij jonge patiënten kan die hersenbeschadiging ook een karakterverandering teweegbrengen, wat dan blijkt uit een achteruitgang van morele en ethische normen, een verminderde aanpassing aan de normen en eisen van de omgeving en onregelmatige en uitgesproken stemmingswisselingen tussen onrealistische euforie, onbeheerste agressie en depressie met suïcidale neigingen. Vaak leidt een tegen sociopathisch gedrag aangrenzende gebrek aan verantwoordelijkheidsbesef bij dergelijke patiënten, tot verdere verwaarlozing van de dieetvoorschriften en de regelmaat van de insuline-injecties, wat leidt tot herhaalde opnamen op de eerste hulp voor wat PECK en PECK een “tautoloog coma” hebben genoemd.

Onze bijzonder belangstelling is uitgegaan naar het uitzoeken waarom sommige patiënten hardnekkig weigeren te leren zichzelf insuline-injecties toe te dienen. In vrijwel alle gevallen had dat niets te maken met de pijn van de injectie, maar bleek het of een uiting te zijn van een innerlijk weigeren te

geloven dat ze echt insuline nodig hadden, of (vaker) van het weigeren medeverantwoordelijkheid op zich te nemen voor het verloop van hun ziekte. In een aantal van deze gevallen biechtten de patiënten hun diepere gevoelens op en gaven ons daarmee inzicht in de reden waarom zij zo'n hekel hadden aan de injecties. Het bleek dat zij, zelfs na zoveel jaar, hoopten dat er op zekere dag een dokter zou komen die hen zou vertellen dat de injecties niet nodig waren. De afkeer was altijd irrationeel; in feite waren dat dezelfde patiënten die zich onttrokken aan de elementaire feiten over koolhydraatstofwisseling en dieet. Voor hen was insuline een uiting van het feit dat de dokters (bij de jonge diabeten, hun ouders) de baas over hen speelden; zij onderwierpen zich daaraan, uiterlijk hulpeloos, maar innerlijk protesterend en weigerend mee te werken en verantwoordelijkheid op zich te nemen. Zij wilden ook niet — of waren daar te onvolwassen voor — de ziekte en injecties accepteren als een uitdaging die overwonnen moest worden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een in wezen psychische toestand, d.w.z. het tekortschieten van een harmonieuze integratie, het verloop van diabetes en de resultaten van de behandeling minstens evenzeer kunnen beïnvloeden, als de metabole afwijking zelf.

7-3 DE ROL VAN PSYCHOLOGISCHE FACTOREN BIJ OORZAAK EN ONTSTAAN VAN DIABETES

Zolang men uitging van het axioma dat alleen psychische (d.w.z. intermenselijke) factoren functionele stoornissen teweeg kunnen brengen, was het niet mogelijk zelfs maar de mogelijkheid te overwegen dat de emotionele invloed van intermenselijke conflicten werkzaam zou kunnen zijn bij het ontstaan van een organische stoornis als diabetes mellitus. Gedurende de afgelopen 40 jaar zijn wij door steeds meer bewijsmateriaal uit klinische observaties en andere benaderingswijzen gaan twijfelen aan de geldigheid van dit axioma. De meeste klinici zijn tegenwoordig in ieder geval bereid kritisch de mogelijkheid te overwegen dat psychische en met name emotionele processen even belangrijk kunnen zijn voor de oorzaak van de ziekte als lichamelijke, chemische of biologische factoren. Deze heroriëntatie heeft artsen hun eeuwenoude opdracht teruggegeven om patiënten als mens te beschouwen en niet alleen maar als een ingewikkeld metabool systeem. Het heeft klinici er weer bewust van gemaakt dat ze dokters van mensen zijn en niet alleen maar toegepaste biochemici. Het heeft ons de moed gegeven onze patiënten die bij ons komen met ziekten, waarvan wij de oorzaak niet kennen, de eenvoudige vraag te stellen “hoe ben je aan deze ziekte gekomen? Vertel me eens wat er gebeurd is rond de tijd dat je dit kreeg?”

We moeten dan wel het belang van dergelijke eenvoudige anamnestiche gegevens niet overdrijven, maar ze ook niet automatisch verwerpen. In het geval van diabetische patiënten is het verbazingwekkend hoe vaak ik ten minste de informatie kreeg dat de ziekte was begonnen in een levenssituatie die gekenmerkt werd door *eenzaamheid* en *verdriet door niet begrepen te worden*. In het geval van jonge diabeten hadden ze vaak een plotselinge gebeurtenis meegemaakt waardoor ze zich eenzaam en depressief voelden; bij de diabeet van middelbare leeftijd was de situatie waarin ze zich eenzaam, onbegrepen en wat depressief voelden, chronischer geweest. In de meeste gevallen hadden de patiënten met niemand gesproken over wat er met hen gebeurd was en hoe ze zich hadden gevoeld. *In een paar gevallen hadden ze een aarzelende opmerking gemaakt tegen hun arts, maar die was als onzin afgedaan of genegeerd.*

In feite is er bij veel patiënten met diabetes een toestand van milde, in ieder geval regelmatig terugkerende, depressie aanwezig gedurende de hele ziekte. Bewuste suicidepogingen zijn zeldzaam, maar desgevraagd verklaarden verschillende patiënten dat zij perioden hadden meegemaakt waarin gedachten in hen opkwamen als “ik zal er zelf geen einde aan maken, maar het zou me niets uitmaken als er iets met me zou gebeuren.”

7-4 ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Het volgende zijn een aantal voorbeelden van de manier waarop patiënten beschreven wat er voorafging aan het optreden van hun diabetes.

7-4-1 GEVAL I

De eerste patiënt die mijn aandacht daarop vestigde was een medisch student in het laatste jaar van zijn studie aan de Universiteit van Amsterdam. Hij kwam omdat hij, nadat hij al twee dagen last had van opeens opgetreden onverklaarbare dorst, zijn urine had onderzocht en daar glucose in had aangetroffen. Hij bleek een typische acute jeugddiabetes te hebben. Tijdens een van zijn volgende bezoeken vroeg hij mij of die ziekte een emotionele oorzaak kon hebben. Desgevraagd vertelde hij mij dat hij er al jaren problemen mee had gehad om een meisje te vinden, waar hij van zou kunnen houden. Onlangs was er een meisje geweest waarvan hij dacht dat zij hem wat tekenen had gegeven dat zij het prettig zou vinden als hij toenadering tot haar zocht. “Maar ik aarzelde, ik weet niet waarom, totdat ik haar op een avond op een feestje met een andere jongen zag. Plotseling voelde ik dat ik van haar hield en haar nodig had. Ik probeerde met haar een gesprek aan te knopen, maar zij wilde niet met mij alleen zijn. Ten slotte lukte het mij haar te vragen of ze met me naar de film wilde, maar ze zei dat ze niet wist wanneer omdat ze het te druk had. De dag daarop bleef ik maar aan haar denken en stelde alles in het werk om haar weer te zien. De volgende keer dat ik haar zag was ze met dezelfde jongen. Ik vroeg haar meteen of ik haar even alleen kon spreken en vertelde haar dat ik van haar hield. Maar ze zei dat het haar speet, maar dat ze nu deze vriend had en dat ze helemaal gelukkig met hem was. Ik ging die avond weer naar huis en voelde me heel ongelukkig. Ik denk dat mijn dorst toen al begon, want ik herinner me dat ik naar een café ging om een glas bier te drinken. Toen ik thuis kwam voelde ik me op een vreemde manier verdrietig, zoals ik me nooit eerder had gevoeld. Opeens begreep ik de pessimistische Europese filosofen beter dan ooit. Ik heb een hele bibliotheek met filosofische boeken, maar ik was er nooit aan toegekomen om Schopenhauer of Spengler te lezen. Die avond begon ik ze echter te lezen. Ik kon niet slapen en las maar door; nu begreep ik hun pessimisme over vrouwen en het toekomstige verval van de Westerse beschaving. De volgende dag was een zondag. De hele dag had ik een onlesbare dorst en moest doorlopend plassen. Ik had geen zin om naar buiten te gaan of iemand te zien. Ik had het gevoel alsof ik zachtjes dood aan het gaan was, maar dat maakte me niets uit. De ochtend daarop dwong ik mezelf naar het ziekenhuis te gaan en vond suiker in mijn urine.”

7-4-2 GEVAL II

Dat was een meisje dat diabetes ontwikkelde toen ze vijf jaar was. Kort daarvoor had haar vader haar moeder, die was gaan werken, in de steek gelaten. Zij bracht het kind naar haar eigen ouders, die het kind nooit eerder hadden gezien, omdat ze in een andere stad woonden en tegen het huwelijk van haar moeder waren geweest: “mijn grootouders waren vreemden voor me.” Het waren oude mensen. Ze lieten me nooit naar buiten gaan en namen me ook nooit mee naar buiten. Ze praatten nauwelijks tegen elkaar en tegen mij. Ik werd helemaal aan mijn lot overgelaten. Mijn moeder kwam niet eens eenmaal per week naar me kijken, maar prees me wel omdat ik zo’n voorbeeldig kind was. Maar ik voelde me alleen. Toen ze ontdekten dat ik suikerziekte had, namen ze me mee naar het ziekenhuis. Soms was een verpleegster wel aardig tegen me, maar die ging dan weer weg en dan kwam er een andere, steeds weer anderen. Mijn moeder kon niet voor me zorgen. De dokters waren heel aardig, maar ze namen me steeds weer op in het ziekenhuis, ik weet niet hoe vaak. Ik geloof dat ik sindsdien altijd alleen ben geweest. Ik ben het nog. Mijn moeder begrijpt niets van me. Ze denkt niet aan me.”

7-4-3 GEVAL III

U vraagt me hoe ik diabetes heb gekregen. Ik heb mij dat zelf ook vaak afgevraagd. Ik denk dat het gekomen is omdat ik destijds heel ongelukkig was, *maar de dokters hebben me verteld dat dat onmogelijk diabetes kan veroorzaken*. Weet u, ik ben geboren in Nederlands Indië, wat nu Indonesië is en daar was ik een heel gelukkig kind. We hadden een groot huis, een tuin en bedienden. Wij waren heel rijk en de Indische bedienden waren heel aardig. Onze baboe was al bij ons voordat ik geboren werd en ik moest vreselijk huilen toen ik haar achter moest laten. Ik was 15 en zat op de middelbare school toen het contract van mijn vader afliep en we naar Nederland teruggingen. Ze hadden me altijd prachtige dingen over Nederland verteld en ik keek ernaar uit om terug te keren naar wat mijn ouders hadden verteld dat mijn vaderland was.

Maar het was zo anders. Het was koud en het regende altijd. We woonden in een flat in Amsterdam; er was geen tuin. Mijn vader had het erg druk. Hij kwam vaak niet thuis en mijn moeder begon ruzie te maken. Later vertelde mijn moeder mij dat hij met een andere vrouw samen was gaan wonen en hij nooit meer terugkwam. Mijn moeder had nooit een aardig woord voor me over. Ze was zo druk met zichzelf. Ik voelde me dus in de steek gelaten door mijn vader; hij had altijd meer voor mij betekend dan mijn moeder. Zij is een egoïste. Ik schreef een brief naar mijn baboe, maar ze antwoordde niet; weet u, ze kon lezen noch schrijven.

De school was ook anders. Het was moeilijk, veel moeilijker dan in Indonesië en de leraren waren heel streng en ernstig als je een onvoldoende kreeg. De kinderen waren ook helemaal niet aardig, vooral de meisjes lachten me uit vanwege mijn Indonesisch accent. Ze zeiden dat ik dik was. Zelfs de kat die uit Indonesië mee hadden gebracht en die een hele tijd mijn enige gezelschap was, ging dood. En toen bleef ik helemaal alleen achter. En toen ontdekten ze de suikerziekte. Denkt u dat het daardoor gekomen zou kunnen zijn?"

De volgend drie gevallen zijn voorbeelden van omstandigheden waaronder patiënten, die ik in Israël heb gezien, diabetes hadden ontwikkeld.

7-4-4 GEVAL IV

Een twintigjarige man had twee jaar eerder diabetes ontwikkeld, onder de volgende omstandigheden. "Mijn vader stierf aan een hartaanval toen ik 17 was; daarna ging mijn moeder verder met haar werk in de winkel. Het was voor ons allebei niet gemakkelijk. Ze had galstenen en op den duur had ze zovaak aanvallen dat de dokters haar aanraadden zich te laten opereren. Ze wilde dat niet omdat ze bang was dat ze dan ook dood zou gaan. Maar ik drong er bij haar op aan om te doen wat de dokters gezegd hadden. Na de operatie waren er complicaties. Ik ben vergeten wat het was, maar haar toestand werd opeens veel slechter en dat wist ze. Ze zei tegen me, 'Weet je, ik heb het voor jou gedaan, zelf zou ik me niet hebben laten opereren. Als er iets met me gebeurt is het jouw schuld. Dan heb je me vermoord, zoals je ook je vader hebt vermoord, omdat je niet naar hem luisterde.' Ik schrok daar vreselijk van, omdat ik me niet gerealiseerd had dat er enig gevaar in de operatie school. Ik had het gevoel dat ze als gestorven was, ik dan helemaal alleen achterbleef met de last van mijn vaders en moeders dood op mijn schouders. Welnu, na een paar dagen kwam ze de complicatie te boven, maar ik herinner me dat ik een of twee dagen later vreselijke dorst kreeg. Ik geloof dus dat ik mijn suikerziekte heb gekregen door die vreselijke angst. Mijn oom is professor aan het ziekenhuis van de universiteit, *maar hij lachte me uit toen ik hem vroeg of dat mijn suikerziekte zou hebben kunnen veroorzaken, omdat de ziekte nooit eerder in onze familie is voorgekomen.*"

7-4-5 GEVAL V

Een 32-jarige diabetische patient die zijn ziekte had ontwikkeld op zijn 16^e, beschreef het optreden onder de volgende omstandigheden. "Mijn vader werd, kort na de oprichting van de staat, door de Israëliësch Regering naar de Verenigde Staten gestuurd. Wij gingen daar met zijn drieën naar toe, hij, mijn moeder en ikzelf en bleven daar bijna 2 jaar. Mijn vader was heel druk met zijn werk. Mijn ouders vonden dat het goed voor mijn opvoeding was om in een echter Amerikaanse omgeving te verkeren en perfect Engels te leren. Maar ik miste mij Israëliësch vrienden heel erg. Op aanraden van andere diplomaten stuurden ze me naar een van de beste kostscholen in de Verenigde Staten, in het Zuiden van Virginia. Aan de ene kant vond ik de school prettig en ik deed mee met al hun sporten, voetbal, paardrijden enzovoort. Maar ik had een hekel aan de manier waarop de jongens praatten. Ik was de enige jood en op de een of andere manier leek die school iets te missen. Er was geen warmte. Ik hield ook niet van de manier waarop daar over zwarten werd gesproken. Omdat ik de enige jood was, was ik misschien bang dat ze zich tegen mij zouden richten, hoewel er in mijn aanwezigheid nooit iets ten nadele van joden werd gezegd. Maar ik kon er steeds slechter tegen hen op die manier te horen praten en als zij dat deden voelde ik mij een vreemdeling en anders dan hen allemaal. Eenmaal

per week of veertien dagen ging ik naar mijn ouders in New York, maar ze waren allebei te druk en ik wilde niet klagen. Ik vertelde hen alleen wat over de wedstrijden en dat ik met alle sporten meedeed.

Maar ik vertelde hen niet dat ik mij eenzaam voelde. Op zekere dag zat ik met een andere jongen in een auto en er liepen twee negerjongens op straat. Hij zei “we gaan ze afmaken” en reed recht op hen af. De jongens ontsnapten op het nippertje. Mijn vriend lachte, maar ik werd vreselijk bang, alsof het mijzelf was overkomen. Ik was per slot van rekening nog jong. Ik heb dat nooit tegen iemand verteld, zelfs niet tegen mijn ouders. Weet u, ze wilden dat ik flink was. Maar op een of andere manier ben ik dat nooit vergeten. Ik weet niet meer precies wanneer, maar mijn suikerziekte begon kort nadat dit gebeurd was. Ik denk nu dat mijn ouders mij nooit naar die school hadden moeten sturen. Ik was daar veel te eenzaam. Het was allemaal zo anders dan ik gewend was.”

7-4-6 GEVAL VI

Een 30-jarige Israëlische chemicus kreeg twee jaar geleden plotseling diabetes mellitus, terwijl hij in de Verenigde Staten verbleef voor een postdoctoraal specialistisch onderzoek. Op de vraag waaraan hij zijn ziekte toeschreef, antwoordde hij: Ik weet het natuurlijk niet zeker, maar het lijkt alsof in mijn geval psychische spanningen een belangrijke factor zijn geweest. Ik was al twee jaar in de Verenigde Staten, en hoewel ik mijn werk daar prettig vond, keken mijn vrouw en ik er erg naar uit om weer terug te gaan. Ons oudste kind was groter geworden, we hadden nog een baby gekregen en mijn familie in Israël en onze ouders keken ernaar uit om de kinderen te zien. Op al mijn brieven over de baan aan de Universiteit in Israël, die mij beloofd was na mijn terugkeer, kreeg ik of geen antwoord, of heel laat en dan ook nog in ontwijkende bewoordingen. Ten slotte schreef de Universiteit dat er geen baan was, zodat ze me vroegen of ik nog een jaar in de Verenigde Staten wilde blijven. Het was een vreselijke klap. Ik kon niet langer blijven op het laboratorium waar ik gewerkt had: ik had iedereen verteld dat ik na twee jaar terug zou gaan naar Israël en nu leek het alsof mijn eigen mensen mij niet terug wilden. Ik zat zonder baan in een vreemd land. Ik moest brieven schrijven en andere laboratoria gaan bezoeken; gelukkig vond ik een plek aan een andere universiteit. Maar de verhuizing was vreselijk; we verhuisden in een heel depressieve stemming. Ik voelde me in de steek gelaten; dat is de beste manier waarop ik kan uitdrukken hoe ik me voelde. Toen we op de nieuwe plek aankwamen was het eigenlijk helemaal niet zo erg en kort daarna kreeg ik brieven met een bevestiging van een baan in Israël over een jaar. Misschien was ik te gevoelig en heb ik er meer last van gehad dan nodig was. Het is ook interessant dat mijn dorst en vele plassen meteen begon bij mijn aankomst op de nieuwe universiteit, je zou kunnen zeggen toen het ergste voorbij was. Hoewel ik later ontdekt heb dat er diabetes voorkomt in mijn familie (bij een tante, van wie ik dat niet wist) geloof ik toch dat de hele situatie en mijn reactie daarop er iets mee te maken hadden.

7-4-7 GEVAL VII

Dit geval schetst een combinatie van erfelijke, metabole (teveel eten) en psychogene (tekort aan liefde en eenzaamheid) factoren voor het ontstaan en het verloop van de ziekte.

Mrs. N.R., een dikke, 50 jaar oude vrouw, met een ernstige diabetes, werd in 1968 opgenomen met een progressieve tweezijdige diabetische retinopathie. Beide ouders en verschillende broers en zussen waren dik: haar moeder en vijf van haar zusters leden aan diabetes, “Het hele gezin hield van goed eten.”

Patiënte werd in 1918 geboren in een joods gezin in een kleine stad in Nederland. Ze herinnert zich haar jeugd als heel plezierig, zowel op school als thuis. Ze werd fysiotherapeute. In 1940 werd Nederland bezet door Nazi-Duitsland en dat betekende een ramp voor het gezin. In 1941 stierf haar vader aan een coronaire hartaandoening en vanaf 1942 werden haar familieleden een voor een naar Polen gedeporteerd, waar zij (zoals ze later vernam) stierven in de gaskamers. Zij slaagde erin naar Zwitserland te ontkomen. Daar trouwde zij met haar huidige echtgenoot, een joodse vluchteling uit Polen, een chemicus. Na de oorlog keerden zij terug naar Nederland, waar zij maar één zuster levend aantroef. “Ik had altijd in het Zionistische ideaal geloofd en dus overtuigde ik mijn echtgenoot ervan

dat het enige wat ons nog restte was naar Israël te emigreren. Maar het was moeilijker dan we verwacht hadden. We hebben in twee kibboetsen gewoond, maar na een paar jaar moesten we dat opgeven. Mijn echtgenoot kon zijn vak niet vergeten en verweet mij dat ik het besluit genomen had om naar Israël te komen. Hij is een hele stille man en hoe ontevredener hij over mij is, hoe minder hij zegt. Ik geloof dat hij vind dat ik onder zijn intellectuele niveau zit. Wij leven nu in een dorp en mijn echtgenoot is scheikundeleraar in de naburige stad. Hij komt alleen de weekenden thuis, maar zelfs dan zit hij altijd te lezen en praat nauwelijks tegen me. Ik was ook teleurgesteld omdat er in de kibboets geen gezinsleven was; het is een te grote gemeenschap en ik kon het warme gezin waarin ik was opgegroeid niet uit mijn hoofd zetten. Ik kon niet echt aansluiting vinden en ben dus in Israël vaak alleen geweest, wat ik nooit had verwacht. Tussen 1946 en 1956 kreeg patiënte 6 kinderen; drie daarvan stierven op jonge leeftijd. Bij de geboorte waren ze allemaal te zwaar, een van hen woog zelfs meer dan 5 kilo. “Ik moest alle verdriet over het overlijden van de kinderen zelf verwerken, omdat ik me schuldig voelde omdat in mijn familie suikerziekte voorkomt. Mijn echtgenoot heeft daar nooit wat over gezegd, maar elke keer als er een kind overleed werd hij stiller en voelde ik me eenzamer. Na het overlijden van de laatste baby zei ik hem dat ik geen geslachtsgemeenschap meer wilde; ik zou het niet erg gevonden hebben als hij naar een andere vrouw was gegaan, maar ik kon het idee niet verdragen. Dat was ongeveer 12 jaar geleden. Precies rond die tijd, na mijn laatste zwangerschap, kreeg ik hele erge dorst, dronk en plaste heel veel en kon niet ophouden met eten. Ik wist dat dit suikerziekte moest zijn, maar ik kon het niet accepteren en twee jaar lang heb ik daar met niemand over gepraat. Ik hoopte dat het niet waar was, maar na 2 jaar voelde ik me zo zwak dat ik naar de dokter ging en toen was de ziekte al zo ernstig dat ik meteen aan de insuline moest. Ik ben geen erg goede patiënte geweest. Ik kon niet ophouden met eten en dus moest ik steeds meer insuline gaan spuiten, tot wel 100 eenheden per dag en ik ben nog steeds dik.”

In 1967, terwijl zij zich zorgen maakte over haar zoon die soldaat was en op dat moment aan het Suezkanaal vocht, raakte ze in een ernstig diabetisch coma. “Eigenlijk had ik mij al een paar maanden beroerd gevoeld, omdat mijn oudste dochter weggelopen was bij haar man. Ze heeft me daar alleen wat over verteld toen het net gebeurd was, en dan nog maar terloops. Zij vroeg mij niet om raad en toen ik haar vertelde dat ik mij schaamde en dat er in onze familie nog nooit zoiets gebeurd was, trok zij zich daar niets van aan. Zo zijn de jonge mensen in Israël, ze gaan hun eigen gang. Alle kinderen zijn van mij vervreemd en mijn echtgenoot is of niet thuis of hij praat nauwelijks tegen me. Ik heb niemand met wie ik over mijzelf kan praten.”

7-4-8 CASE VIII

Het volgende is een vrijwel woordelijk verslag van het door een 31-jarige ongehuwde, Nederlandse bankbediende vertelde verhaal, die op zijn zesde diabetes kreeg en sindsdien vele malen is opgenomen.

“Toen ik zes was had ik een bepaalde misvorming aan een voet en vóór de operatie werd ontdekt dat ik suikerziekte had. Ik had al maanden teveel gedronken en gegeten en was afgevallen, maar ze geloofden dat dat door heimwee kwam, omdat ik toentertijd bij de burens verbleef. Ik was eigenlijk heel erg eenzaam destijds; ik kan met dat nog herinneren. Mijn moeder leed aan tuberculose, ze lag in een sanatorium en wij, de kinderen, waren aan de zorgen van anderen toevertrouwd. Kort daarop stierf ze. Ik kan me haar nog herinneren; je kon altijd op haar vertrouwen. Maar mijn vader was anders, hij had geen ruggengraat. Al een half jaar na het overlijden van mijn moeder hertrouwde hij. Ik weigerde haar moeder te noemen, hoewel ik nog erg jong was. Ik voelde meteen wat voor harteloos iemand zij was. Ik bleef maar kort bij hen, ze waren allebei volmaakte vreemden voor me en dus ging ik terug naar de burens, bij wie ik al had gewoond toen mijn moeder ziek was. Mijn vader stierf in 1948 bij een ongeluk, terwijl hij dronken was en met zijn tweede vrouw heb ik nooit meer contact gehad. .

Ik ben tot zes jaar geleden bij die stiefouders gebleven. Zij was goed voor me, maar hij was een tiran. Toen ik nog jong was accepteerde ik dat, maar later kwam ik net zoals zij in opstand tegen hem. Toen mijn suikerziekte werd ontdekt kreeg ik meteen insuline en een dieet. Het leek alsof zij verwachtten dat ik als een ouwe man zou leven, ze controleerden heel streng mijn dieet, geen gram extra. Dus zo

gauw ik bij vrienden in huis was pikte ik een stuk boterham. De dokter kwam daar achter en dan zeiden ze: 'je hebt gelogen.' Ik zei dan nee, ik gaf nooit toe. Door de suikerziekte werd ik anders, ik kon niet zoals de anderen zijn, ik moest altijd denken: 'mag ik dat wel eten?' In de loop der jaren begon ik mezelf af te vragen: 'waarom ben ik op de wereld?' Dat idee werd bij mij steeds sterker, maar op een of andere manier kon ik dat niet uiten. Ik had niet zoals de anderen idealen, geen hobbies. Ik voelde me altijd alleen. Mijn stiefmoeder zorgde goed voor me, maar alleen voor zover het om het dieet ging, ze kuste me nooit spontaan, gaf me nooit enige warmte. En hij was vreselijk, vooral toen later de ruzies kwamen. Eerst was ik alleen stout op school, heel koppig, later ook thuis. Ik dacht altijd: geef nooit toe en zo ben ik nog steeds. Als iemand wil dat ik iets doe tegen mijn wil, ga ik daar gewoon tegenin, wat er ook gebeurt. Toen mijn stiefmoeder bij haar man wegliep ben ik ook weggegaan. Dat was 6 jaar geleden. Zij is naar hem teruggegaan, maar dat wilde ik niet en sindsdien heb ik dus op mijzelf gewoond. Ik heb twee zussen en een halfbroer, maar ik heb geen contact met ze. Ik heb geen vrienden; elke keer als ik het probeer schijnt er weer een probleem te zijn. Misschien komt dat omdat, toen mijn stiefouders ontdekten dat ik verboden dingen at, zij mij niet meer mijn schoolvrienden lieten bezoeken. Ik moest altijd thuis zijn, zodat ze me in de gaten konden houden. Er zijn perioden geweest waarin ik in mijn eentje lange wandelingen maakte, maar daar moest ik mee stoppen vanwege aanvallen van hypo's.

Toen ik van school ging drong die man er op aan dat ik bij hem in de zaak zou gaan werken. Ik bleef daar 4 jaar. Ik denk dat hij wilde dat ik die later over zou nemen. Ik zou er goed van afgekomen zijn, financieel, maar ik wilde het niet. Dus werd ik naar een bank gestuurd. In het begin vond ik het wel leuk, maar toen ze een collega promotie lieten maken en mij passeerden, gooide ik mijn kop tegen de krib. Misschien deden ze dat omdat ik een lange lijst van verzuim had. Ik ging het ziekenhuis in en uit, ik weet niet hoe vaak, of vanwege een coma of vanwege een hypoglycemie. Maar ik kan nog steeds niet het idee verdragen dat ik onder een vroegere collega van mij moet werken. Zo niet, dan vertrek ik!

Ik ben nooit verloofd geweest. Ik heb verschillende teleurstellingen meegemaakt. Mijn eerste meisje liet me na anderhalf jaar in de steek. Mijn stiefouders waren het niet met haar eens; zij zijn het nooit met iets eens geweest. Soms had ik een meisje dat er een eind aan maakte als ze hoorde dat ik suikerziekte had. Ik ben nu wantrouwig geworden; ik geloof niet dat ik ooit nog een meisje zal vinden. Ik woon dus alleen op een kamer. Ik ben altijd alleen omdat ik het moeilijk vind om me ergens thuis te voelen; ik ben ook uit de diabetesvereniging gegaan. Ik ben nu bezig met het zoeken van een onderkomen op het platteland bij de ouders van een van mijn collega's op de bank. Het schijnen aardige mensen te zijn, die op zoek zijn naar een jongeman die bij hen wil inwonen, nu hun zoon in de stad werkt; het zijn niet van die mensen die op je geld uit zijn. (Die poging mislukte ook.) Er zijn perioden geweest dat ik mij zo eenzaam voelde op mijn kamer, dat ik het eten dat ik voor mezelf had gekookt niet eens opat, hoewel ik dan al insuline had gespoten. En dan kreeg in natuurlijk een hypo. Maar ik kon gewoon niet alleen eten. En paar keer heb ik iemand op bezoek gehad. Dan kookte ik en aten we samen. Maar in je eentje eten is vreselijk. Het komt voor dat ik 's ochtends wakker word en me zo ellendig voel, zo eenzaam, dat ik mijzelf afvraag: waarom zou ik insuline spuiten? Dan blijf ik dus in bed liggen in een soort halfslaap en ga niet naar mijn werk. Soms kan ik dan pas 's middags wakker worden en mijn injectie nemen, maar tegen die tijd is mijn suiker hoe dan ook al een janboel. En ik ben op die manier wel eens in coma geraakt. Soms denk ik dat ik, als mijn moeder mij niet achter had gelaten bij de burens, geen suikerziekte had gekregen en mijn leven helemaal anders zou zijn geweest. Diabetes komt namelijk in mijn familie niet voor en misschien was die eenzaamheid als kleine jongen teveel voor me. Dokters sturen moeders naar ziekenhuizen, maar zij bedenken niet wat zij daarmee bij de kinderen aanrichten. Zij, of tenminste de meesten, hebben er geen idee van wat het voor een kind met suikerziekte betekent om het een streng dieet voor te schrijven."

7-5 PSYCHOGENE FACTOREN BIJ DIABETES OP MIDDELBARE LEEFTIJD

Het optreden van diabetes op middelbare leeftijd is doorgaans zo geleidelijk, dat het moeilijk is de ontwikkeling daarvan in de tijd "te lokaliseren." Toch is een levenssituatie, die in wezen lijkt op die, die wij zo duidelijk hebben beschreven bij het ontstaan van diabetes op jeugdige leeftijd, aanwezig

geweest bij veel van mijn patiënten met diabetes op middelbare leeftijd. Heel vaak maakten zij melding van een gevoel van niet begrepen te worden door hun man of vrouw. Dat had echter bij hen geen vijandigheid of agressie teweeggebracht. De meeste patiënten beschreven juist hun huwelijkspartners als goedbedoelend, maar gewoon “anders,” met een gemis aan warmte of niet weten hoe ze hun liefde konden tonen. Hun huwelijk was dus een levenssituatie geworden van twee mensen, die zonder al te grote conflicten naast elkaar leefden, maar ook zonder enig warm emotioneel contact, een routinematig leven van geregeld werk, zorg voor de huishouding, zorgen voor geld, eten en kleding voor de kinderen, meedoen met de gewone familie- en gemeenschapsactiviteiten, maar zonder grote wederkerige voldoening of geluk. De patiënten hadden dit leven voortgezet, vrijwel zonder te denken aan de mogelijkheid van verandering, hadden de gang van zaken gewoon “pseudo-berustend” aanvaard, en voelden zich bij tijd en wijle alleen, verdrietig en wat depressief. Echte ruzies met hun huwelijkspartners werden door deze patiënten niet vermeld: promiscuïteit of scheiding, als pogingen om compensatie te vinden voor hun tekortkomen aan liefde, kwam ook opvallend weinig voor bij mijn diabetespatiënten van middelbare leeftijd. Een veel voorkomend compensatiemechanisme was echter buitensporig eten, met overgewicht als gevolg. In werkelijkheid leven veel teveel etende, dikke, niet-diabetische patiënten in een gelijksoortige situatie van onbegrepen eenzaamheid. (De hypothese dat teveel eten een substituut is voor het tekortkomen aan liefde is door de schrijver al bij eerdere gelegenheden geopperd.)

Het optreden van diabetes op latere leeftijd lijkt in veel van onze gevallen voor te komen na een verergering van de toestand van chronisch tekortkomen aan liefde en subjectieve gevoelens van eenzaamheid. Soms was er in de familie een sleutelfiguur overleden, die in ieder geval in zekere zin de behoefte van de patiënt naar liefde en begrip had opgevuld. Vaak leek diabetes op te treden nadat de kinderen, voor wie de patiënten eigenlijk hadden geleefd, trouwden, de deur uitgingen en niet de liefde teruggaven waarvan de patiënten het gevoel hadden dat zij hen die gegeven hadden. Een ernstige ziekte van een sleutelfiguur met de angst hem of haar te verliezen, is ook bij een paar van onze gevallen voorgekomen. Dat omstandigheden van werkelijk of dreigend verlies van een sleutelfiguur een bestaande diabetes sterk kan verergeren, was in verschillende door mij geziene gevallen duidelijk.

Dat brengt ons op een ander aspect van het probleem. De mogelijkheid dat een emotioneel beladen gebeurtenis in het leven kan functioneren als een oorzaak van diabetes, wordt door de meeste diabetesdeskundigen behoedzaam en sceptisch bekeken. Maar de schadelijke invloed van dit soort “stress”-situaties op een bestaande diabetes, komt zo vaak voor dat de feitelijkheid daarvan op grote schaal wordt aanvaard en in de literatuur uitgebreid bevestigd wordt. In dit verband doemt de belangrijke vraag op of elke emotie de ernst van diabetes kan verergeren of dat er wat dat betreft een bepaalde soort *specificiteit* bestaat. Met andere woorden, vergroot elke emotie of stress de hyperglycemie en ketose, of zijn het slechts bepaalde emoties en gemoedstoestanden die dat doen?

Wij hebben dit vraagstuk nog niet erg systematische bestudeerd, maar de observaties waar wij over beschikken, spreken in het voordeel van dat specifieke verband.,

Vreselijk angstaanjagende situaties verergeren, ten minste volgens onze ervaring, de ernst van diabetes niet. Tijdens de Duitse bezetting van Nederland werden veel van mijn joodse patiënten met diabetes 's nachts thuis gearresteerd en overgebracht naar doorgangskampen, van waaruit zij later naar concentratiekampen in Polen werden gestuurd. Ik ken geen enkel geval van iemand die, onder deze omstandigheden, in een diabetisch coma verzeild raakte of meer insuline nodig had. Ik herinner me, ook tijdens de oorlog, een jonge diabetische patiënt die het bevel om haar huis te verduisteren had overtreden. Ze kreeg het aanzegging de dag daarop te verschijnen voor de Duitse politierechtbank. Ze was vreselijk bang en reageerde daarop met ernstige diarree (zoals veel anderen), waarvoor ze me liet komen. Er was echter geen sprake van een verhoogde glycosurie; er zat geen aceton in de urine en ik moest voor die dag de hoeveelheid insuline verminderen. Ik herinner me ook een wat psychopathische diabetische patiënt, die zeer aan mij gehecht was. Telkens als ze openlijk ruzie maakte met de verpleegsters, had ze lage bloedsuikers en hypo's. Toen ze echter een keer een conflict met mij had, dat ze niet uitte, maar waar ze zich wel erg verdrietig over voelde, kwam ze binnen twaalf uur in een ketose en pre-coma terecht.

Sommige schrijvers hebben uiting gegeven aan hun scepsis over de rol van emoties als een causale of verergerende factor bij diabetes omdat diabetes, na de spanningen van de Tweede Wereldoorlog, zo zelden voorkwam. Maar de oorlog veroorzaakte niet (ten minste bij de meeste mensen niet) dit specifieke soort stress dat wij hebben besproken, d.w.z. een levenssituatie die leidt tot niet geuite gevoelens van depressieve eenzaamheid. Dergelijke situaties komen vooral voor in het gewone Westerse beschaafde leven. Dat geldt ook voor een aantal Amerikaanse soldaten die in het buitenland diabetes ontwikkelden; gemeld werd dat zij niet speciaal aan de stress van het gevecht waren blootgesteld. Daarom is deze observatie niet in tegenspraak met onze hypothese, dat eenzaamheid en verdriet, de specifieke emotionele factoren zijn voor het ontstaan van diabetes mellitus.

7-6 LABORATORIUMONDERZOEK

Bij de hierboven beschreven patiënt (geval II), die door haar moeder in de steek was gelaten, deden we metabool onderzoek, terwijl zij, zover wij konden nagaan, dagelijks op een volstrekt vast dieet stond. Het was interessant dat ze, telkens als haar moeder bij haar op bezoek was geweest, een verhoogde suikeruitscheiding had; als zij openlijk ruzie maakte met de verpleegsters had zij een paar keer lage bloedsuikerwaarden.

HINKLE en zijn medewerkers van de groep van WOLF en WOLF, (1952, 1959) hebben door middel van een reeks belangrijke klinische onderzoeken, steun gegeven aan de hypothese dat er een specifiek verband bestaat tussen levenssituatie en gemoedstoestanden enerzijds en het verloop van de diabetes anderzijds. Zij hebben, onder andere, diabetische patiënten onderworpen aan verschillende soorten interviews, terwijl er een katheter was ingebracht in de vena hepatica. Zij lieten zien dat er, als bepaalde proefpersonen met een patiënt discussieerden, een grote toename was van de hoeveelheid ketozuren in het bloed en een toename van de glucose-uitscheiding in de urine. Soortgelijke reacties zijn recent beschreven door BAKER et al. (1969). Hoe een dergelijke specifieke invloed van bepaalde emotionele toestanden op de diabetische toestand verklaard moet worden, is iets voor een verdere hypothese of speculatie. Benadrukt zou moeten worden dat het niet zozeer gaat om de "objectieve" situatie, maar om de *betekenis* die een bepaalde levenssituatie heeft voor een specifieke persoon, die zelf bepaalt of iets gewoon een gebeurtenis is of een stressvolle situatie. Als het centrale zenuwstelsel van bepaalde personen heftiger reageert op bepaalde omgevings situaties dan op andere, is het begrijpelijk dat dergelijke situaties via het sympathische of/en hypothalamus-hypofyse-systeem aanleiding zouden kunnen geven tot een verhoogde afgifte van b.v. noradrenaline, adrenaline, glucagon, ACTH (corticoiden) en/of groeihormoon of een verminderde afgifte van insuline, dat dan verantwoordelijk zou zijn voor een toename van de ernst van de diabetes en zelfs voor het ontstaan daarvan. De huidige mogelijkheden om de meeste van die hormonen te bepalen, zou het mogelijk kunnen maken die hypothese te testen.

De vraag die altijd wordt gesteld is: maar zijn die, door deze patiënten beschreven, levenssituaties en de daaruit voortvloeiende gemoedstoestanden, dan zo abnormaal? Maakt niet bijna iedereen een of meerdere malen in zijn leven dergelijke situaties mee, zonder daar depressief van te worden of suikerziekte te krijgen? Beschikt u over controle-geschiedenissen en -observaties van normale mensen en patiënten met andere aandoeningen dan diabetes? Het antwoord is ja. In een controle-onderzoek bij 40 normale mensen (die de afgelopen 5 jaar niet ziek waren geweest, en de afgelopen 15 jaar geen ernstige ziekte hadden doorgemaakt) vonden we een opvallend lager aantal intermenselijke conflictsituaties, vergeleken met een aantal patiënten met colitis ulcerosa, maagzweren, astma, hartinfarcten en diabetes. Het was bovendien treffend dat als deze normale mensen een, wat objectief een traumatische levenssituatie leek, hadden doorgemaakt, hun subjectieve beeld van die situatie veel minder traumatisch was geweest dan wanneer de bovengenoemde psychosomatische of diabetische patiënten dezelfde gebeurtenis hadden ervaren. "Psychosomatische" patiënten en ook diabeten leken de, objectief dezelfde, situatie buitensporig te ervaren en daar anders op te reageren dan normale mensen, en dat was de reden waarom hen dat meer had aangegepen. Om dat punt te illustreren zullen uit de controlegroep de twee volgende voorbeelden aangehaald worden; zij zouden vergeleken moeten worden met de reacties van de hierboven beschreven diabetische patiënten.

7-6-1 GEVAL I

Een 48-jarige gehuwde vrouw, moeder van twee kinderen, vertelde dat zij zich kort na haar trouwen had gerealiseerd hoe anders haar man dan zijzelf was. “Zijn interesse gaat niet dieper dan zijn werk, zijn sigaar en een keer per week naar zijn zangkoor gaan. Hij leest nooit een boek en zelfs in de krant leest hij niet dezelfde artikelen als ik. Ik kon niet eens met hem praten over de dingen waar ik belang in stel. We waren getrouwd en toch voelde ik me alleen. Ik kreeg het gevoel dat ik behoefte had aan een eigen leven. Dus toen ze in de buurt een jeugdwerkvereniging oprichtten, had ik het gevoel dat dat precies was wat ik nodig had. We gingen geld inzamelen voor schommels en dergelijke dingen, zodat de kinderen in de achterbuurten een plek hadden om te spelen. Later organiseerden we excursies, natuurstudieclubs en avondcursussen. Op dit moment ben ik lid van de nationale commissie van kinderspeelplaatsverenigingen en organiseren we congressen. Het is tegenwoordig een, over het hele land verspreide, beweging.

Ik probeer voor mijn man een goede vrouw te zijn; ik geloof niet dat hij iets te klagen heeft. We hebben twee kinderen. 's Avonds, als ik mij alleen voel in zijn aanwezigheid, ga ik vaak weg en overdag als hij naar zijn werk is, heb ik mijn eigen werk. Ik denk dat hij wel gelukkig is, en ik heb in mijn leven een nieuwe voldoening gevonden.”

7-6-2 GEVAL 2

Een 44-jarige huisvrouw, moeder van drie kinderen, vertelde het volgende:

“Mijn vader was tuinman op een groot landgoed. Wij woonden in een arbeidershuisje op het landgoed. Het was prachtig omdat het park in feite van ons was en wij overal konden spelen. De mensen op het kasteel, de eigenaars, waren heel aardig voor ons. We kregen met kerstmis thuis altijd cadeautjes van hen. Mijn vader was een hele rustige man. Hij deed zijn werk en rookte zijn pijp. Er hing een heel rustige sfeer in huis. Hij ging altijd vroeg naar bed en dus gingen wij allemaal vroeg naar bed, en ik denk dat dat goed is voor kinderen. Mijn man lijkt heel erg op mijn vader. Hij is ook een hele rustige man. 's Avonds zitten we bij elkaar, hij leest de krant en ik zit te naaien; er is altijd wat te doen in een huishouden met drie kinderen. We praten niet veel. Als hij met de krant klaar is, zegt hij meestal, 'laten we naar bed gaan.' We zijn echt gelukkig samen en de kinderen zijn ook heel rustig en gezond.”

Deze beschrijvingen kunnen dienen als voorbeeld van levenssituaties, die door andere mensen ervaren zouden kunnen worden als een reden tot eenzaamheid of depressie. Maar de vrouw in het laatste geval vond in die situatie haar leven helemaal niet eenzaam, en in het eerste geval was de actieve reactie van de betrokkene op haar levenssituatie heel anders dan de manier waarop diabetische patiënten hun leven ervoeren en geprobeerd hadden te accepteren.

7-7 PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN VAN DE THERAPIE VAN PATIËNTEN MET DIABETES

De psychosomatische benadering van patiënten met diabetes begint op het moment waarop de diabetes is ontdekt en de patiënt voorgelicht moet worden. Nadat hij van het nieuws op de hoogte is gebracht, lijkt de beste manier de patiënt te vragen: “En wat vindt u daar nou zelf van?” Het antwoord, zowel in woorden als gedrag, wijst ons hoe we verder moeten gaan. In geen geval zou de dokter een monoloog moeten beginnen over de technische feiten van de ziekte, dieet en tabletten of insuline. Er zou tijd uitgetrokken moeten worden voor wat een leerzaam tweegesprek zou moeten zijn. Het eerste gesprek zou de patiënt meer gelegenheid moeten geven om te praten en de dokter te luisteren, dan visa versa. De tijd die op die manier wordt doorgebracht blijkt op den duur goed besteed te zijn. De patiënt zou gevraagd moeten worden op korte termijn terug te komen voor het volgende bezoek, bij voorkeur 2-3 dagen later, om hem opnieuw de gelegenheid te geven vragen te stellen en antwoorden te krijgen, bedoeld om zowel de gang van zaken bij zijn behandeling te verduidelijken, als hem in de gelegenheid te stellen zijn hart te luchten. Nogmaals, als hij zijn hart lucht moet hij niet in de rede gevallen

worden; protesteren met woorden voorkomt later protesteren door liegen. Dezelfde gecombineerde benadering, zowel technisch als menselijk, wordt ook aanbevolen voor diëtisten. Naar onze ervaring zou een nieuw diabetespatiënt niet alleen naar de diëtiste verwezen moeten worden, maar zou ter aanvulling zijn dokter moeten blijven bezoeken. De meeste patiënten hebben steun nodig, zowel van de dokter als van de diëtiste!

Er moet aparte tijd ingeruimd worden voor het instrueren en steunen van huwelijkspartners en in het geval van jeugddiabeten van de ouders. De laatste groep is doorgaans het moeilijkst te “behandelen.” Zij hebben ook behoefte aan gelegenheid om hun vragen te stellen en hun hart uit te storten; zij hebben er ook behoefte aan dat dokter en diëtist evenzeer luisteren als uitleggen! Vooral overbezorgde ouders hebben steun nodig om de angst te verminderen, die tot overbezorgdheid leidt. Voor deze ouders gelden dezelfde regels als voor patiënten; ze leren meer door belonen dan door straffen of berispen; aanmoedigen helpt vaak, ontmoedigen leidt doorgaans tot volharden in ongewenst gedrag.

Onze bovenstaande observaties hebben ertoe geleid dat wij onze houding en gedrag ten opzichte van patiënten met diabetes kritisch onder de loep hebben genomen. Met een beter begrip van wat het inhoudt een diabetesdieet te volgen, zijn wij beter het zich niet houden aan de voorschriften gaan begrijpen en tot een andere benadering gekomen om dat te corrigeren. Ik heb wat dat betreft mijn eerste les precies 40 jaar geleden gekregen, toen ik in het eerste jaar zat van mijn klinische opleidingsperiode. Ik had een jonge vrouw behandeld met een diabetisch coma, van wie de familie had verteld dat zij zich niet aan het dieet gehouden had. Toen zij het ziekenhuis verliet, goedgereguleerd met een dieet dat wij voor haar hadden opgesteld, dreigde ik haar haar niet meer te zullen behandelen als ze zich niet aan het dieet zou houden. Een paar maanden later kwam ze terug, diep bewusteloos, opnieuw in een diabetisch coma. Haar man vertelde me dat ze, hoewel ze al twee dagen in een beroerde toestand verkeerde, maar bleef herhalen dat ze niet naar het ziekenhuis wilde, omdat ik haar dan zou weigeren te behandelen. Ik voelde me die avond vreselijk schuldig. Nadat ze er weer bovenop gekomen was, beloofde ik mijzelf dat ik zoiets nooit meer tegen een patiënt zou zeggen.

Wij behandelen tegenwoordig de ontrouw van diabetische patiënten (zoals we dat doen bij dikke patiënten met een vermageringsdieet) min of meer via dezelfde benaderingswijzen als de huidige psychiaters toepassen bij verslaafden of delinquenten. We proberen ze te begrijpen, maar geven hen geen standjes, en straffen en dreigen niet, omdat wij beseffen dat wij door dat te doen, alleen maar iets toevoegen aan hun gevoel tekort te komen aan liefde en aan hun schuldgevoelens. Als eten hun compensatiemechanisme betekent voor een tekort aan liefde of voor schuldgevoelens (wat drinken voor de alcoholist is) zou een ongevoelige straffende houding van onze kant alleen maar de drang om te eten vergroten. In plaats daarvan belonen we patiënten die zich aan hun dieet houden, door hen te prijzen en onze waardering te tonen. Als de bloedsuikervwaarden, glucose-uitscheiding en gewicht laten zien dat ze zich niet aan de voorschriften hebben gehouden, laten wij voorzichtig de patiënten ons vertellen over hun levenssituatie, en geven hen onze steun bij hun problemen, in de eerste plaats door invoelend te luisteren. Over het algemeen proberen wij onze patiënten evenzeer steun te geven als mens, als onze medisch-technische instructies als dokter. In dit verband zouden we willen verwijzen naar de regels voor eenvoudige ondersteunende therapie door niet psychiatrisch geschoolde artsen, zoals elders beschreven (GROEN 1965), waar wij zelf ook gebruik van maken bij onze patiënten met zogenaamde psychosomatische stoornissen. Ze kunnen ook gebruikt worden als richtlijn waarmee verpleegsters en diëtisten voor deze nieuwe taak opgeleid kunnen worden.

Bij deze nieuwe benadering hebben wij veel hulp van onze patiënten zelf gekregen. De diabetespatiëntenverenigingen, zoals die tegenwoordig in veel landen bestaan, zijn oorspronkelijk met een andere bedoeling opgericht. Maar in sommige landen of steden hebben zij zich ontwikkeld tot groepen mensen, die lijden onder dezelfde moeizame levenssituatie en elkaar ondersteunen als mens. Bij het elkaar bijvoorbeeld leren dat een diabeet op de eerste plaats geen overgewicht moet hebben, hebben patiëntengroepen veel betere resultaten behaald dan artsen ooit zouden kunnen. Sommige idealisten die ik bij die verenigingen heb ontmoet, zijn er echt in geslaagd patiënten enthousiast te maken voor het vechten tegen hun ziekte, zoals zij dat uitdrukten “door zich aan de spelregels te houden en te winnen.” Sommige ouders van diabetische kinderen hebben, veel beter dan ik dat gedaan

zou hebben, andere ouders kunnen opleiden voor hun taak ten opzichte van hun diabetische kinderen. De ouderverenigingen hebben met succes gedaan gekregen dat diabetische patiënten hun rijbewijs kunnen halen, op dezelfde manier als niet-diabeten. Zij zijn bezig te proberen de drempels weg te halen voor hun aanstelling voor functies bij de overheid, door te laten zien dat het werkverzuim van diabetische werknemers niet hoger hoeft te zijn dan dat van anderen. Dat gevecht tegen onterechte discriminatie heeft artsen nieuwe mogelijkheden verschaft om samen te werken met hun patiënten en daardoor ook een beter contact met hen te krijgen en hen als hun medewerkers te zien. Bij deze gelegenheid wil ik mijn grote dank uitspreken aan veel van mijn patiënten, voor wat zij mij hebben geleerd en voor het voorbeeld dat zij mij en elkaar hebben gegeven, zodat de sfeer in sommige afdelingen van de diabetesverenigingen een sfeer van enthousiasme is geworden in plaats van eenzaamheid en depressie.

Een echte psychosomatische benadering bij de behandeling van diabetische patiënten van middelbare leeftijd is nodig, als zij (niet zelden) seksuele impotentie ontwikkelen; ook hierover vertellen ze de arts vaak niets, en worden dan alleen maar depressiever. Behandeling met gemiddelde of hoge doseringen testosteron kan hun potentie en stemming verbeteren; als het echter te wijten is aan een diabetische neuropathie haalt testosteron niets uit. Om een onnodige ernstige depressie te voorkomen is echter ondersteunende psychotherapie, van zowel patiënt als echtgenote, altijd aangewezen.

Het besef dat de resultaten van de behandeling door dieet en bloedsuikerverlagende middelen evenzeer afhangt van de vakkundigheid van de arts bij het begrijpen en aanpakken van het verstoorde metabolisme, als van zijn begrijpen en beïnvloeden van de medewerking van de patiënt, heeft een belangrijke consequentie voor de diabetoloog. Dat betekent dat kennis van biochemie even onmisbaar is als een zekere oefening in en kennis van de menselijke communicatieprocessen, opvoeding en (als iemand die term wil gebruiken) psychotherapie. Als iemand echt diabetoloog wil zijn, moet hij niet alleen een toegepaste biochemicus zijn; als iemand mensen wil behandelen, moet hij arts zijn! Arts zijn vereist de, voor het heil van onze patiënten, inzet van zowel wetenschappelijke als menselijke inspanningen en van zowel biologische als psychologische benaderingen en methoden.

Er zijn betrekkelijk weinig pogingen ondernomen om gebruik te maken van de specialistische vaardigheden van psychiaters of psychologen bij de behandeling van diabetische patiënten. In de literatuur bestaan een aantal psychiatrische verslagen over gevallen van "brittle-diabetes," waarbij het gedrag zo gestoord was dat ze een speciale psychiatrische behandeling nodig hadden. Veel verslagen over de psychologische en psychiatrische aspecten van de ziekte benadrukken de neiging tot depressie bij diabetische patiënten, maar er zijn maar weinig pogingen uitgevoerd tot een systematische psychotherapie van deze toestanden. In de praktijk blijkt echter een specialistische psychiatrische behandeling bij uitzondering nodig te zijn; in het merendeel van de gevallen kan en zou de huisarts of diabetesspecialist de problemen van hun patiënten zelf moeten behandelen.

Hier en daar zijn systematische (zoals voor ander patiënten gebruikte) groepsdiscussies gevoerd met diabetische patiënten (Pelser e.a.), zowel met het doel de patiënten te instrueren als de patiënten de mogelijkheid te bieden hun gevoelens te uiten over hun levenssituatie en hen in de gelegenheid te stellen elkaar te ondersteunen, onder andere bij het omgaan met hun dieet. En groot deel van het succes van zomerkampen voor diabetische kinderen, kan toegeschreven worden aan de groepsbenadering, die inherent is aan het leven in dergelijke kampen (naast het ontslagen zijn van de overbezorgdheid van angstige ouders.) Een paar jaar geleden heeft Dr. Nelken in Jeruzalem een proef uitgevoerd met groepstherapie bij 14 ernstig zieke diabetespatiënten, die allemaal al aan diabetische retinopathie leden. De resultaten waren bemoedigend, maar de poging was niet systematisch opgezet en het experiment werd maar een jaar voortgezet. Er werd echter voldoende ervaring opgedaan om de overtuiging te rechtvaardigen dat verder systematisch onderzoek naar de rol van psychosomatische mechanismen, bij het ontstaan en het verloop van diabetes en bij de eenvoudige psychotherapievormen, ons zal helpen bij het verwerven van aanvullende instrumenten voor het gevecht tegen de ziekte. We beginnen zo langzamerhand een beeld te krijgen hoe wij voor onze patiënten zowel opvoeder als therapeut kunnen zijn, en vaak ook van hun ouders en huwelijkspartners. Maar om die taak te vervullen moeten wij zelf opgevoed worden! En omdat opvoeden een vorm van

menselijke communicatie is, van interactie op zowel intellectueel als emotioneel niveau, is het duidelijk dat als diabetologen willen leren hoe ze diabeten moeten behandelen en hun gedrag willen kunnen sturen, ze ook moeten leren hoe zij hun eigen gedrag moeten sturen,.

SAMENVATTING

De schrijvers bespreken de psychosomatische aspecten van diabetische patiënten vanuit drie invalshoeken:

- a) De psychische belasting van het hebben van een chronische, in wezen ongeneeslijke ziekte en de noodzaak tot aanpassing aan een blijvende beperking van iemands voedselinname en andere veranderingen van zijn leefwijze.
- b) De mogelijke rol van psychische (zowel persoonlijke als intermenselijke) factoren voor het ontstaan en het verloop van de ziekte.
- c) De psychologische (menselijke) steun waar de diabetische patiënt behoefte aan heeft, en de manieren waarop de arts hen die kan geven, als een wezenlijke toevoeging aan zijn medisch-technische therapie.

Literatuur

- AIMEZ, P., M. TUTIN, B. GUY-BRAND, F. DESME & H. BOUR, Etude psycho-sociologique des contraintes thérapeutiques du diabète sucré. *Presse méd.* 79 (1971) 1149—1152.
- ALEXANDER, F., *Psychosomatic medicine. Its principles and applications*. London, 1952.
- BAKER, L. & A. BARCAI, Psychosomatic aspects of diabetes mellitus. In: O. W. Hill (ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*, 2. Butterworths, London, 1970.
- BAKER, L., A. BARCAI, R. KAYE & N. HAGUE, β -Adrenergic blockade and juvenile diabetes: acute studies and long-term therapeutic trial. *J. Pediat.* 75 (1969) 19—29.
- BAQUET, R., Diabète et psychosomatique. *Maroc méd.* 43 (1964) 909—916.
- BAQUET, R., Importance des aspects psychologiques du diabète. *J. Méd. Maroc* 4 (1968) 141—143.
- BARTA, L. & R. HODOSI, Attempts at suicide by diabetic children. *Gyermekgyógydszat* 19 (1968) 246—250.
- BARTOSZYISKA, A., T. KASPERSKA, M. KAZUBSKA & K. KOCHANOWSKA, Personality and mental disorders in diabetics. *Psychiat. pol.* 2 (1968) 113—141.
- BASTIAANS, J., *Over hechtgedrag, "basic security" en hun betekenis voor het volwassen gedrag*. College Psychiatrie, Leiden, 1965.
- BENEDEK, T. H., An approach to the study of the diabetic. *Psychosom. Med.* 10 (1948) 284—287.
- BERNARD, C. L., *Leçons sur le diabète*. Baillière, Paris, 1877.
- BLEULER, M., *Endokrinologische Psychiatrie*. Stuttgart, 1954, p. 299.
- BODECHTEL, G. & F. ERBSLÖH, Die Veränderungen des Zentralnervensystem beim Diabetes mellitus. In: O. Inbarch, F. Henke & J. Rösle, *Handbuch der spez. path. Anatomie*. Bd. 13, IIB, 1718. Berlijn, 1958.
- BOSSI, L. & B. BRUNI, *Psiche e diabete mellito*. Edizioni Minerva Medica, Torino, 1964.
- BOWLBY, J., *Child care and the growth of love*. Harmondsworth, Penguin Books, 1965, 2nd ed.
- BOWLBY, J., *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. Hogarth Press, London, 1969.
- BRUCH, H., Psychological aspects of diabetes in children. In: *Third Congress of the International Diabetes Federation, Düsseldorf 1958*. Stuttgart, 1959, p. 477.
- BRUCH, H. & . HEWLETT, Psychological aspects of diabetes mellitus in children. *Psychosom. Med.* 9 (1947) 205.
- BRUNI, B., Psiche e diabete. *Minerva med.* 51 (1960) 2888.
- BRUNI, B., Anamnesi psicologica del diabetico. *Minerva med.* 54 (1963) 3516.
- BRUNI, B., Diabetes and psychic factors. In: *Sixth Congress of the International Diabetes Federation, Stockholm 1967. Excerpta Medica Congress Series* 140 (1968) 429.
- CANNON, W. B., Emotional glycosuria. *Amer. J. Physiol.* 29 (1951) 280.
- CHERASKIN, E., W. M. RINGSORF, A. T. S. H. SETYAADMADJA, R. A. BARRET, O. T. SIBLEY & R. W. Ram, Environmental factors in blood glucose regulation. *J. Amer. Geriat. Soc.* 16 (1968) 823—825.
- CRAIN, A. J., M. B. SUSSMAN & W. B. WEIL Jr., Effects of a diabetic child on marital integration and related measures of family functioning. *J. Hlth kam. Behav.* 1 (1966a) 122—127.

- CRAIN, A. J., M. B. SUSSMAN & W. B. WEIL Jr., Family interaction, diabetes, and sibling relationships. *Int. J. soc. Psychiat.* 12 (1966b) 35—43.
- CREMERIUS, J., S. ELHARDT & W. HOSE, Psychosomatische Konzepte des Diabetes mellitus. *Psyche (Heidelberg)* 10 (1956/57) 785—794.
- DANIELS, G. E., Present trends in the evaluation of psychic factors in diabetes mellitus. *Psychosom. Med.* 1 (1937) 527.
- DANIELS, O. E., The role of emotion in the onset and course of diabetes. *Psychosom. Med.* 10 (1948) 288—290.
- DANOWSKI, T. S., Emotional stress as a cause of diabetes mellitus. Editorial. *Diabetes* 12 (1963) 183—184.
- DAVIS, D., J. C. SHIPP & E. O. PATTISHALL, Attitudes of diabetic boys and girls towards diabetes. *Diabetes* 14 (1965) 106—109.
- DEBIEC, B., M. KWIATKOWSKA & A. MARGOLIS, The psychic peculiarities of the diabetic child. Summary. *Pediat. pol.* 37/2 (1962) 1297—1 302.
- DELIUS, L. & J. FAHRENBERG, *Psycho vegetative syndrome*. Stuttgart, 1966.
- DEUTSCH, S. F., Recent contributions in psychoendocrinology. *Psychosomatics* 9 (1968) 127—134, 217—224.
- DOBRZANSKI, T. & W. SLIWICKI, Clinical investigations on the course of diabetes in psychiatric patients. *Wiad. lek.* 8 (1965) 1849—1852. [*Excerpta med. (Amst.) Sed. VIII*, 1966.]
- DUNBAR, H. F., *Emotions and bodily changes*. New York, 1954, 4th ed.
- DUNBAR, H. F., *Psychiatry and the medical specialities*. New York, 1959.
- ENRENTEIL, O. F., L. J. REYNE, O. YERGANIAN & E. T. CHEN, Prolonged glycosuria in Chinese hamsters after repeated stress. *Diabetes* 13 (1964) 83.
- EISENBERG, P. I. & D. M. BARNETT, Psychological problems in diabetes mellitus. *Med. Clin. N. Amer.* 49 (1965) 1125.
- FÉLIX, H., Etude critique du diabète sucré émotionnel. *Diabète (Le Raincy)* 1 (1967) 41—49.
- FÉLIX, H., J. LACOSTE, J. FREYRIA, E. LESBRE & F. DUPRAT, Etude critique du diabète sucré émotionnel de l'adulte jeune. *J. Méd. Lyon* 46/1080 (1965) 1281—1297.
- FISCHER, A. E. & H. DOLGER, Behaviour and psychological problems of young diabetic patients. *Arch. intern. Med.* 78 (1946) 711.
- FRANK, E., Lasst sich die Entstehung des Diabetes psychosomatisch erklären? *Istanbul Contr. clin. Sci.* 3 (1954) 1.
- GEIST, H., *The psychological aspects of diabetes — or how to live in emotional balance with diabetes*. Springfield, Ill., 1964.
- GENDEL, B. R. & J. E. BENJAMIN, Psychogenic factors in the etiology of diabetes. *New Engl. J. Med.* 234 (1946)
- GOLDNER, M. G., Stress, corticoids and diabetes. Editorial. *Diabetes* 7 (1958) 410—413.
- GRABOWSKA, M. J., Psychotherapy in the complex treatment of diabetics. Summary. *Psychiat. pol.* 4 (1970) 307—314.
- GROEN, J. J., Grondslagen der psychotherapie voor huisartsen en niet-psychiatrisch geschoolde specialisten. *Huisarts Wet.* 8 (1965) 435.
- GROEN, J. J., *Psychological aspects of diabetes mellitus*. Lecture for the European Association for the Study of Diabetes. 1967.
- GROEN, J. J., Voeding en opvoeding. *Voeding* 33 (1972) 222.
- GROEN, J. J., J. BASTIAANS et al., *Psychosomatic research*. Oxford, 1964.
- GROEN, J. J., A. S. GROEN, S. J. VLES, J. BASTIAANS & R. GROEN-VAN BEVERWIJK, *Betekenis van psychische factoren voor het ontstaan van longtuberculose*. Amsterdam, 1952.
- GROEN, J. J. & A. WELNER, The biological basis of psychosomatic medicine. *Israel Ann. Psychiat.* 4/2 (1966) 136—147.
- HATHAWAY, S. R. & J. C. MC.KINLEY, *Minnesota multiphasic personality inventory manual*. Revised 1951. New York, 1951.
- HIMMS-HAGEN, J., Sympathetic regulation of metabolism. *Pharmacol. Rev.* 19 (1967) 367.
- HINKLE, L. Jr., The doctor-patient relationship in the management of diabetic patients and their emotional problems. *N.Y. St. J. Med.* 53 (1953) 1943—1945.
- HINKLE, L. E. Jr., Customs, emotions and behaviour in the dietary treatment of diabetes. *J. Amer. diet. Ass.* 41 (1962) 341—344.
- HINKLE, L. E., G. CONGER & S. WOLF, Studies in diabetes mellitus. I: The relation of stressful life situations to the concentration of ketone bodies in the blood of diabetic and nondiabetic humans. *J. clin. Invest.* 29 (1950) 754.
- HINKLE, L. E., C. J. EDWARDS & S. WOLF, Studies in diabetes mellitus. II: The occurrence of a diuresis in diabetic persons exposed to stressful life situations, with experimental observations on its relation to the concentration of glucose in blood and urine. *J. clin. Invest.* 30 (1951) 818—837.

- HINKLE, L. E., F. M. EVANS & S. WOLF, Studies in diabetes mellitus. III: Life history of three persons with labile diabetes, and relation of significant experiences in their lives to the onset and course of the disease. *Psychosom. Med.* 13 (1951) 160—182.
- HINKLE, L. E., F. M. EVANS & S. WOLF, Studies in diabetes mellitus. IV: Life history of three persons with relatively mild stable diabetes, and relation of significant experiences in their lives to the onset and course of the disease. *Psychosom. Med.* 13 (1951) 184.
- HINKLE, L. E. & S. WOLF, Studies in diabetes mellitus: changes in glucose, ketone and water metabolism during stress. Life stress and bodily disease. *Proc. Ass. Res. nerv. ment. Dis.* 19 (1950) 338.
- HINKLE, L. E. Jr. & S. WOLF, A summary of experimental evidence relating life stress to diabetes mellitus. *J. Mt Smal Hosp.* 19 (1952a) 537—570.
- HINKLE, L. E. Jr. & S. WOLF, The effects of stressful life situations on the concentration of blood glucose in diabetic and non-diabetic humans. *Diabetes* 1 (1952b) 383—392.
- ISENBERG, P. J. & D. M. BARNE11, Psychological problems of diabetes mellitus. *Med. Clin. N. Amer.* 49 (1965) 1125—1136.
- ISSESCHUTZ, B. & M. V. ALLEN, Effect of catecholamines and methyl-prednisolone on carbohydrate metabolism. *Metabolism* 21 (1972) 48.
- KAPLAN, S. M., Use of imipramine in diabetes. *J. Amer. med. Ass.* 174 (1960) 511.
- KAPLAN, S. M., J. W. MASS, J. M. PIXLEY & W. D. ROSS, Use of imipramine (Trofanil) in diabetics. Effect on glycosuria and blood sugar levels (preliminary communication). *J. Amer. med. Ass.* 174 (1960) 511—517.
- KARP, S. A., S. WINTERS & J. W. POLLACK, Field dependence among diabetics. *Arch. gen. Psychiat.* 21 (1969) 72—76. [*Acta Med. Psychosom. — Settim. Psicosom. Intennaz.* Rome, 1969, 150—154. *Excerpta med. (Amst.) Sect. VIII* (1970) 5213.]
- KASSEM, N., J. MANDERSLOOT & J. J. GROEN, Reproduction of diabetic cataract in vitro. In: *Sixth Congress of the International Diabetes Federation, Stockholm 1967. Excerpta Medica Congress Series* 140 (1968) 257.
- KATZ, A. M., Wives of diabetic men. *Bull. Menninger Clin.* 33 (1969) 279—294.
- KEEN, H., Diabetes and nervous activity. *J. Psychosom. Res.* 9 (1965) 87—92.
- KHURANA, R. C. & P. WHITE, Attitudes of the diabetic child and his parents toward his illness. *Postgrad. Med.* 48/2 (1970) 72—76.
- KISSEL, P., G. DEBRY & D. BARRUCAND, Comparaison des profils psychologiques des diabétiques stables et instables (par l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota). *Ann. Méd. Nancy* 3 (1964) 567—574.
- KISSEL, P., G. DEBRY & D. BARRUCAND, Les caractéristiques psychologiques des diabétiques instables. *Ann. méd.-psychol.* 123/1 (1965) 219—250.
- KLINE, M. V. & M. LINDER, Psychodynamic factors in the experimental investigation of hypnotically induced emotions with particular reference to blood glucose measurements. *J. Psychol.* 71 (1969) 21—25.
- KNOWLES, H., & G. M. GUEST, J. LAMPE, M. KESSLER & TH. G. SKILLMAN, The course of juvenile diabetes treated with unmeasured diet. *Clinical Monograph* pp. 258—259. *Diabetes* 14 (1965) 239—273.
- KOLLAR, E. J., Psychological stress: a reevaluation. *J. nerv. ment. Dis.* 132 (1961) 382—396.
- KONDO, F., Pathophysiological and clinicophysiological studies of diabetes. Summary. *Sapporo med. J.* 36 (1/2) (1969) 23—40.
- KOSKI, M. L., The coping processes in childhood diabetes. *Acta paediat. scand.* Suppl. 198 (1969).
- KUBANY, T., T. DANOWSKI & C. MOSES, Psychological tests in diabetics. *Diabetes* 5 (1956) 462.
- KUBENY, A. J., T. S. DANOWSKI & C. MOSES, The personality and intelligence of diabetics. *Diabetes* 5 (1956) 462.
- LAENNEC, T. H., *Traité de l'auscultation immédiate*. Paris, 1819.
- LARON, Z., *Habilitation and rehabilitation of juvenile diabetics*. Leiden, 1970.
- LAWRENCE, R. D., *The diabetic life. A concise practical manual*. London, 1965, 17th ed.
- LEEMAN, C. P., Dependency, anger and denial in pregnant diabetic women: a group approach. *Psychiat. Quart.* (1970) 1—12.
- LOHMAN, R., Indikation und Methodik der psychotherapeutischen Rehabilitation, chronisch körperlich Kranker. *Psychother. Psychosom.* 16 (1968) 271—285.
- LOWE, R. C., Diabetes mellitus. In: F. Dunhar (ed.), *Synopsis of psychosomatic diagnosis and treatment*. Mosby, St. Louis, 1948.
- MANCIAUX, M., A. M. SARDIN & E. HENNION, Aspects psychologiques du diabète infantile. *Rev. Neuropsychiat. infant.* 15 (1967) 737—747.
- MASON, J. W., F. E. WHERRY, J. V. BRADY, B. BEER, L. L. PENNINGTON & A. C. GOODMAN, Plasma insulin response to 72-hour avoidance sessions in the monkey. *Psychosom. Med.* 30 (1968) 746—759. Idem for plasma growth hormone: 760—773.
- MENNINGER, W. C., Psychobiological factors in the etiology of diabetes. *J. nerv. ment. Dis.* 81 (1935a) 1.
- MENNINGER, W. C., The interrelationship of mental disorders and diabetes mellitus. *J. nerv. ment. Dis.* 81

(1935b) 332.

- MEYER, A., L. N. BOLLMEIER & F. ALEXANDER, Correlation between emotions and carbohydrate metabolism in two cases of diabetes mellitus. *Psychosom. Med.* 7 (1945) 335—341.
- MEYER, G. W. C. D. N. & L. LUNDHOLM, The influence of an adrenergic beta blocking agent on some of the metabolic effects of adrenalin in man. *Life Sci.* 6 (1967) 21.
- MILES, W. R. & H. F. ROOT, Psychologic tests applied to diabetic patients. *Arch. intern. Med.* 30 (1922) 767—777.
- MIRSKY, I. A., Emotional factors in patients with diabetes mellitus. *Bull. Menninger Cli.,* 12 (1948) 187.
- MURAWSKI, B. J., B. I. CHAZON, M. C. BALODIMOS & J. R. RYAN, Personality patterns in patients with diabetes mellitus of long duration. *Diabetes* 19 (1970) 259-263.
- OFFUT, L. K., Personal and social adjustment characteristics of some juvenile diabetics. *Maryland med. J.* 16 (1967) 55—59. [*Excerpta med. (Amst.) Sect. VII*, 9 (1969).]
- PEARLMAN, I. W., E. CLARENCE RICE, H. PLOTSKY & A. MONTZ, Problems in control of juvenile diabetes. *Cli., Proc. Child.* 24 (1968) 267—277.
- PECK, F. B. Sr. & F. B. PECK jr., Tautologous diabetic coma, a behaviour syndrome. *Diabetes* (1956) 44.
- PLESS, I. B. & K. J. ROGHMANN, Chronic illness and its consequences: observations based on three epidemiologic surveys. *J. Pediat.* 79 (1971) 344—352.
- PRICK, J. J. G., Psychosomatic medicine, its possibilities and limitations. In: J. Booij (ed.), *Psychosomatics. A series of five lectures.* Amsterdam, 1957.
- REES, L., The role of stress in the aetiology of psychosomatic disorders. *Proc. roy. Soc. Med.* 52 (1959) 274—278.
- ROBBINS. S. L., *Pathology.* Philadelphia, 1967, 3rd ed.
- ROSEN, H. & T. LIDZ, Emotional factors in the precipitation of recurrent diabetic acidosis. *Psychosom. Med.* II (1949) 211.
- ROSS, W. D., The unmasking of diabetes mellitus by psychoanalysis. *Comprehens. Psychiat.* II (1970) 182—184.
- RUDOLF, G., Psychodynamische und psychopathologische Aspekte des Diabetes mellitus. *Z. psychosom. Med. Psychoanal.* 16 (1970) 246—263.
- SIEVERS, E. F., Diabetes und Kraftfahrtauglichkeit unter tiefenpsychologischen Gesichtspunkten. *Advanc. psychosom. Med. (Basel)* 3 (1963) 149—153.
- SLAWSON, P. F., Emotional factors in repetitive diabetic acidosis. *Psychosomatics* 4 (1963) 344—352.
- SLAWSON, P. F., W. R. FLYNN & E. J. KOLLAR, Psychological factors associated with the onset of diabetes mellitus. *J. Amer. med. Ass.* 185 (1963) 166—170.
- STEIN, S. P. & E. CHARLES, Emotional factors in juvenile diabetes mellitus: a study of early life experience of adolescent diabetics. *Amer. J. Psychiat.* 128 (1971) 700—704.
- STEINHAUSEN, H. CH., Zum Einfluss sozialer Klassenlage auf Persönlichkeitsstruktur und Erziehungsstil diabetischer Mütter. *Z. Psychother. med. Psychol.* 22 (1972) 28—39.
- SWIFT, C. R., F. SEIDMAN & H. STEIN, Adjustment problems in juvenile diabetes. *Psychosom. Med.* 29 (1967) 555—571.
- TERPSTRA, J., Diabetes mellitus. In: G. J. H. den Ottolander (red.), *Interne geneeskunde, een beknopt leerboek.* Utrecht, 1969.
- TREUTING, TH. F., The role of emotional factors in the etiology and course of diabetes mellitus: a review of recent literature. *Amer. J. med. Sci.* 244 (1962) 131—147.
- VANDENBERGH, R. L., K. E. SUSSMAN & C. C. TITUS, Effects of hypnotically induced acute emotional stress on carbohydrate and lipid metabolism in patients with diabetes mellitus. *Psychosom. Med.* 28 (1966) 382—390.
- WARSHAW, J. B., M. LEVINE, V. HYMAN & J. D. CRAWFORD, A fatal case of juvenile diabetes mellitus. *Cli., Pediat.* 10 (1971) 385—391.
- WEIL, W. B. Jr. & M. B. SUSSMAN, Behaviour, diet and glucosuria of diabetic children in a summer camp. *Pediatrics* 27 (1961) 118—127.
- WEIL, W. B. Jr., M. B. SUSSMAN & A. J. CRAIN Social patterns and diabetic glucosuria. *Amer. J. Dis. Child.* 113 (1967) 454—460.
- WEIS, M., Psychological principles in the management of the physically ill adolescent. *Mich. Med.* January (1966) 27—32.
- WILLIAMS, T. F., D. A. MARTIN, M. D. HOGAN, J. D. WATKINS & E. V. ELLIS, The clinical picture of diabetic control, studied in four settings, *Amer. J. publ. Hlth* 57 (1967) 441—451.
- WILLIS, T., *Pharmaceutica rationalis, sive diatriba de medicamentorum operationibus in humano corpore.* 1674, sectio IV, cap. III. In: *Opera omnia.* Amstelodamense, MDCLXXXII. Ook gepubliceerd in: *An exercitatio of the operations of medicine in human bodies.* London, 1679, p. 79.
- WOLFF, H. G., Brain and diabetes. *Diabetes* 8 (1959) 358.

WOLFF, H. G., *Stress and disease*. Springfield, 1968, 2nd ed. revised by S. Wolf and H. Goodall.
WOUTERS, F. W., The early diagnosis of diabetes mellitus by psychiatric examination. *Delaware med. J.* 37 (1965) 268.