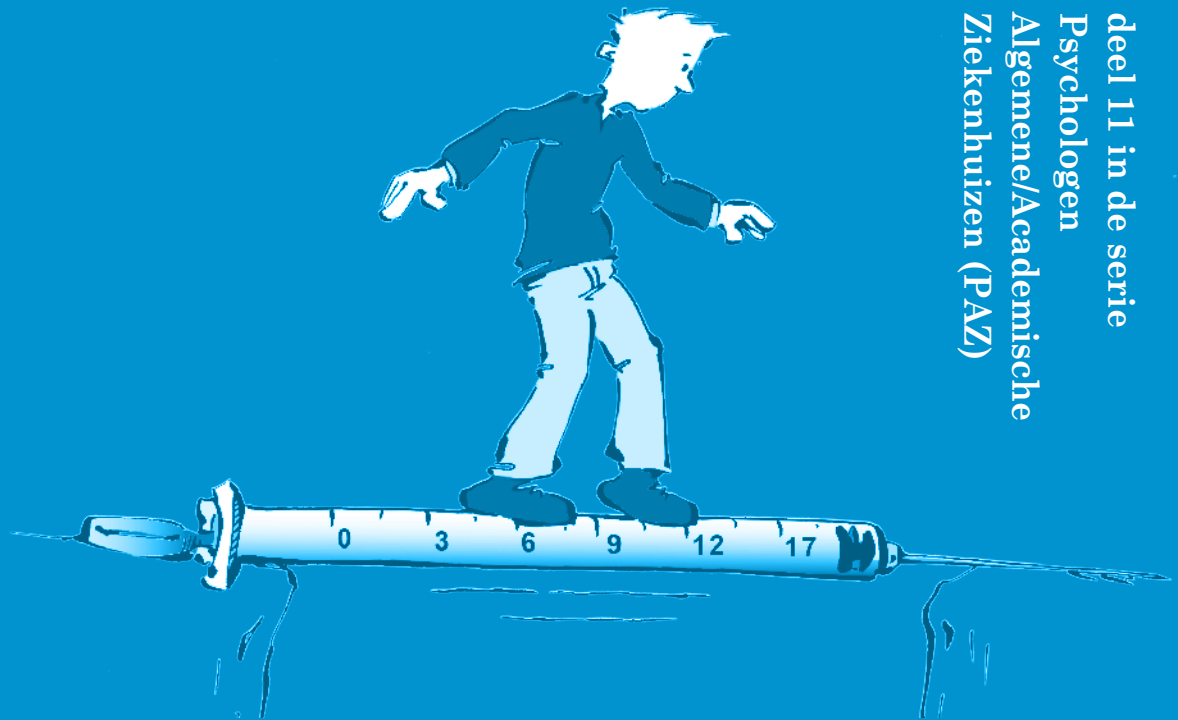


# DE INZET VAN DE MEDISCH PSYCHOLOOG BIJ DE BEHANDELING VAN KINDEREN & JEUGDIGEN MET DIABETES MELLITUS

Richtlijn voor psychologische diagnostiek en behandeling

deel 11 in de serie  
Psychologen  
Algemene/Academische  
Ziekenhuizen (PAZ)



**DE INZET VAN DE MEDISCH PSYCHOLOOG  
BIJ DE BEHANDELING VAN KINDEREN & JEUGDIGEN  
MET DIABETES MELLITUS**

**Richtlijn voor psychologische diagnostiek en behandeling**

# DE INZET VAN DE MEDISCH PSYCHOLOOG BIJ DE BEHANDELING VAN KINDEREN & JEUGDIGEN MET DIABETES MELLITUS

Richtlijn voor psychologische diagnostiek en behandeling

Sectie Psychologen Algemene/Academische Ziekenhuizen (PAZ) van het  
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)  
Vereniging van Kinder- en Jeugdpsychologen en Orthopedagogen in Zieken-  
huizen (VKJOZ; per april 2008 sectie K & J PAZ)

## *Samengesteld door*

Gerda de Boer, GZ-psycholoog, kinder en jeugd psycholoog  
Lieke van Dongen, klinisch psycholoog, psychotherapeut  
Tjitske Poolman - Mazel, GZ-psycholoog  
Catrien Portegijs, klinisch psycholoog, psychotherapeut, kinder en jeugd psycholoog  
specialist  
Wim Wierenga, klinisch psycholoog, psychotherapeut, kinder en jeugd psycholoog

## *Met medewerking van*

prof. dr. F(rank).J. Snoek, GZ-psycholoog, hoogleraar psychosociale diabetologie

# Inhoudsopgave

## Inleiding

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| Aanbevelingen in de vakliteratuur | p 7  |
| <i>Internationaal</i>             | p 7  |
| <i>In Nederland</i>               | p 8  |
| Deze richtlijn                    | p 9  |
| <i>Doelstelling en status</i>     | p 9  |
| <i>Leeswijzer</i>                 | p 10 |
| <i>Veronderstelde voorkennis</i>  | p 10 |

## Hoofdstuk 1: algemeen

|                                               |      |
|-----------------------------------------------|------|
| De psycholoog in beeld                        | p 13 |
| Intake-gesprek                                | p 13 |
| Vragenlijsten                                 | p 13 |
| <i>generieke vragenlijsten</i>                | p 13 |
| Hulpmiddelen                                  | p 15 |
| <i>Educatief</i>                              | p 15 |
| <i>Psycho-educatief</i>                       | p 16 |
| Neuropsychologisch en intelligentie-onderzoek | p 16 |
| Psychologische behandelingen                  | p 16 |
| Geraadpleegde literatuur                      | p 17 |

## Hoofdstuk 2: diabetes bij baby's en peuters (0-3 jaar)

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| Leeftijdspecifieke ontwikkelingstaken | p 19 |
| Leeftijdspecifieke diabetes-taken     | p 19 |
| Aandachtspunten kind                  | p 20 |
| Aandachtspunten ouders                | p 20 |
| Psychodiagnostiek                     | p 21 |
| Behandeling                           | p 21 |
| Geraadpleegde literatuur              | p 23 |

## Hoofdstuk 3: diabetes in de kleuterperiode (4 – 6 jaar)

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| Leeftijdspecifieke ontwikkelingstaken | p 25 |
| Leeftijdspecifieke diabetes-taken     | p 25 |
| Aandachtspunten kind                  | p 26 |
| Aandachtspunten ouders                | p 26 |
| Psychodiagnostiek                     | p 26 |
| Behandeling                           | p 26 |
| Geraadpleegde literatuur              | p 28 |

## Hoofdstuk 4: diabetes in de schoolleeftijd (7-9 jaar)

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| Leeftijdspecifieke ontwikkelingstaken | p 29 |
| Leeftijdspecifieke diabetes-taken     | p 29 |
| Aandachtspunten kind                  | p 29 |
| Aandachtspunten ouders                | p 30 |
| Psychodiagnostiek                     | p 31 |
| Behandeling                           | p 31 |
| Geraadpleegde literatuur              | p 32 |

## Hoofdstuk 5: diabetes in de pre-adolescentie (10-12 jaar)

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| Leeftijdspecifieke ontwikkelingstaken | p 33 |
| Leeftijdspecifieke diabetes-taken     | p 33 |
| Aandachtspunten kind                  | p 34 |
| Aandachtspunten ouders                | p 34 |
| Psychodiagnostiek                     | p 35 |
| Behandeling                           | p 35 |
| Geraadpleegde literatuur              | p 36 |

## Hoofdstuk 6: diabetes in de adolescentie (13-17 jaar)

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| Leeftijdspecifieke ontwikkelingstaken | p 37 |
| Leeftijdspecifieke diabetes-taken     | p 37 |
| Aandachtspunten kind                  | p 38 |
| Aandachtspunten ouders                | p 39 |
| Psychodiagnostiek                     | p 40 |
| Behandeling                           | p 41 |
| Geraadpleegde literatuur              | p 42 |

## Hoofdstuk 7: diabetes in de transitie van adolescentie naar jong-volwassenheid

|                                               |      |
|-----------------------------------------------|------|
| Klaar-over?                                   | p 43 |
| Geraadpleegde literatuur                      | p 46 |
| Addendum: belemmerende factoren bij transitie | p 47 |

## Bijlage 1: spuit- en prikangst

p 49

## Bijlage 2: eetstoornissen

p 53

## Bijlage 3: motivatie en therapietrouw

p 55

## Bijlage 4: hypo-unawareness en hypo-awareness training

p 59

## Bijlage 5: drie voorbeelden van groepsbehandeling

p 61

## Bijlage 6: lijst van vragenlijsten en onderzoeksmiddelen

p 68

## Schematisch overzicht

p 72

(c) PAZ (sectie NIP en K&J), maart 2008  
p/a w.s.wierenga@isala.nl en de website www.paz.nu

Samengesteld door:

Gerda de Boer, GZ-psycholoog, kinder en jeugd psycholoog  
Lieke van Dongen, klinisch psycholoog, psychotherapeut  
Tjitske Poolman - Mazel, GZ-psycholoog  
Catrien Portegijs, klinisch psycholoog, psychotherapeut, kinder en jeugd psycholoog specialist  
Wim Wierenga, klinisch psycholoog, psychotherapeut, kinder en jeugd psycholoog

Met medewerking van:

prof. dr. F(rank).J. Snoek, GZ-psycholoog, hoogleraar psychosociale diabetologie

Opmaak: Sportscan, Zwolle

Illustraties: B. Kelly

Drukwerk: Robine, Twello

ISBN: 978-90-77034-05-7

De one-liners die u her en der gekaderd aantreft zijn afkomstig van kinderen met diabetes uit het Flevoziekenhuis, verzameld door Gerda de Boer.

Dr. Evert van Ballegooie is gekend als internist (algemeen ziekenhuis Zwolle 1986-2006, Hoogeveen vanaf 2006) met buitengewoon grote verdiensten voor de diabeteszorg in Nederland en daarbuiten op het gebied van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs; een professional met een uitstekend invoelend vermogen, hartstocht voor het vak, aanstekelijk enthousiasme en grote didactische en cabaretse kwaliteiten; oprichter en in de eerste jaren voorzitter van de NDF, bedenker en hoofdredacteur van DiabeteSpecialist, voorzitter NVDO, voorzitter stichting Langerhans, en wat al niet meer.

Op 3 januari 2008 overleed Evert van Ballegooie op 58-jarige leeftijd aan een in zeer korte tijd allesverwoestende longtumor. Onderhavige richtlijn dragen wij als eerbetoon op aan Evert van Ballegooie.



De uitgave van dit boek is mogelijk gemaakt dankzij financiële bijdrage van Novo Nordisk B.V.

## Inleiding

### Aanbevelingen in de vakliteratuur

Het belang van psychologische zorg voor diabetespatiënten wordt alom erkend. In Nederlandse handboeken als Psychologie & Geneeskunde (onder redactie van Kaptein, Garssen et al. 2000 en latere drukken) en Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen (onder redactie van Pool, Heuvel et al. 2004) wordt bijvoorbeeld een separaat hoofdstuk gereserveerd voor 'psycho-diabetologie'. En onder de noemer van 'psychosociale aspecten' of 'psychosociale zorg' wordt in (inter)nationale richtlijnen omtrent diabeteszorg het belang van psychodiagnostiek en psychologische behandeling steevast gestipuleerd.

Meer nog dan voor volwassenen, wordt medisch-psychologische aandacht voor kinderen met diabetes en hun 'omgeving' ten sterkste aangeraden. Wij beperken ons tot enige – weliswaar gezaghebbende – voorbeelden.

### Internationaal

De champagne onder de internationale richtlijnen (op [www.nhmrc.gov.au](http://www.nhmrc.gov.au) maar liefst 293 pagina's aan 'Australian Clinical Practice Guidelines type 1 Diabetes in Children and Adolescents' uit 2005) stelt in hoofdstuk 13 'Psychosocial aspects' pp.142-149) bijvoorbeeld onomwonden, dat

- "...The diagnosis of type 1 diabetes itself is experienced as a significant psychological crisis..." (p. 142);
- "...At ten years [follow-up in een prospectief onderzoek met 133 Australische type 1 diabetes kinderen] 36 percents of an adolescent subset met the criterion for one or more DSM-IV diagnoses, approximately double the prevalence reported in a recent Australian community sample of similar-aged peers; (p. 142)
- "...Psychological factors, such as low self-esteem, self-efficacy, and depressive symptoms, have been found to account for 50% of the variance in treatment adherence"; (p. 144).
- "...Psychological interventions have been shown to improve HbA1c and psychosocial outcomes..." (p. 147)

In het 'Handbook of Pediatric Psychology, 3<sup>rd</sup> edition, 2003, M.C. Roberts (ed.) bepleiten La Greca & Bearman in het hoofdstuk 'Adherence tot pediatric treatment regiments' dat

- "...Developmental status, as indexed by chronological age, is critical for understanding children's reactions to physical illness, their involvement in disease management, and the types of interventions that may be most effective. Developmental perspective must be used!"

Conform voorgaande aanbeveling, beschrijven Anderson & Brackett in een uitgebreid (44 pagina's) en goed gedocumenteerd hoofdstuk (112 referenties) in het handboek 'Psychology in Diabetes Care (2005) in extenso de 'psychological development and the impact of diabetes' alsmede de samenhangende 'Family issues' voor respectievelijk baby's, peuters en kleuters (2 tot 5-jarigen) en schoolgaande kinderen met type 1 diabetes. Anderson & Brackett propageren daarbij:

- "...Above all, health care providers must strive to provide a family-based model of care, recognizing the impact that diabetes has on all members of the family" (p. 31);

### ***In Nederland***

De 'Richtlijn voor de behandeling van kinderen en tieners met diabetes' van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) uit 2003 (gebaseerd op de Consensus Guidelines 2000 van de International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) en de International Diabetes Federation) beargumenteert onder andere:

- "...psychosociale factoren hebben een sterke invloed op de diabeteszorg en de uitkomsten van de diabetesregulatie..." (p. 70)
- "...Elk kind moet psychosociale hulp en ondersteuning krijgen die aangepast is aan leeftijd, ontwikkeling, rijpheid en het emotionele en sociale welbevinden".

En waar het in voorgaande voorbeelden vooral draaide om type 1 diabetes, wordt evenzogoed in de (concept november 2004) NDF-richtlijn type 2 diabetes bij kinderen en tieners ten algemene gesteld dat

- "...De behandeling van type 2 diabetes moet uitgevoerd worden door een multidisciplinair team dat alle aspecten van de behandeling kan geven en dat bij voorkeur ervaren is met de specifieke medische, farmacotherapeutische, diëtair, psychosociale en bewegingstechnische problematiek van deze aandoening.... De beste behandelingsresultaten worden verkregen door een combinatie van medicamenteuze behandeling en verandering van de leefstijl".

## **Deze richtlijn**

### ***Doelstelling en status***

In voornoemde en andere handboeken en richtlijnen staan de aanbevelingen voor psychodiagnostiek en psychologische behandeling veelal beknopt en daarmee globaal en weinig concreet weergegeven. Achter aanduidingen als 'Behavior Family Systems Therapy', 'promoting and maintaining family involvement', 'group Coping Skills Training', 'Family focused teamwork', 'psychosociale hulp/ondersteuning/begeleiding' en 'leefstijl-verandering' gaat immers een grote verscheidenheid aan methoden en intensiteit schuil.

De onderhavige richtlijn beoogt de medisch psycholoog te voorzien van concrete aanbevelingen voor psychodiagnostiek en psychologische behandeling bij kinderen en adolescenten met type 1 diabetes. Dat psychologische zorg van belang is, achten wij voldoende beargumenteerd onder verwijzing naar voornoemde referenties. Echter hoe dit belang uitgewerkt wordt, kan sterk verschillen per setting, per centrum en per psycholoog – afhankelijk van onder andere de grootte en mate van subspecialisatie van de diabetes(poli)kliniek alsmede het toegekende belang door kinderartsen, management en medische psychologie c.q. de personele capaciteit voor psychologische zorg.

De richtlijn beoogt niet uitputtend te zijn in de weergave van psychodiagnostische en psychotherapeutische mogelijkheden. De gepresenteerde selectie is gebaseerd op de kennis en ervaring van de werkgroepleden, aangevuld met op ons verzoek aangeleverde commentaar op een eerste versie van deze richtlijn van prof. dr. Frank Snoek, hoogleraar psychosociale diabetologie aan de VU; waarvoor onze dank. Vervolgens is deze richtlijn voorgelegd aan de leden van de sectie PAZ (psychologen algemene/academische ziekenhuizen) van het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen) en de VKJOZ (Vereniging Kinder & Jeugdpsychologen en – Orthopedagogen in Ziekenhuizen). Na verwerking van commentaar - waarvoor wederom onze appreciatie – is de richtlijn vervolgens in de PAZ/VKJOZ-ledenvergadering d.d.16 november 2007 geaccordeerd.

Desalniettemin beseffen wij nog steeds onvolledig te zijn in onze aanbevelingen en houden wij ons sterk aanbevolen voor verbeteringen, zoals dat natuurlijk ook behoort voor een richtlijn in een dynamisch werkveld. Reacties gaarne per email naar [w.s.wierenga@isala.nl](mailto:w.s.wierenga@isala.nl)

### ***Leeswijzer***

De romp van onderhavige richtlijn is het schema achterin dit boekje. Uitgesplitst naar de leeftijd van 0 - 3 jaar, 4 - 6 jaar, 7 - 9 jaar, 10 - 12 jaar en 13 - 17 jaar staan de belangrijkste psychologische ontwikkelingstaken ten algemene weergegeven alsmede de diabetes-specifieke aandachtspunten, taken, mogelijke problemen en bijpassende interventie-mogelijkheden. Waar de sociaal-emotionele en/of cognitieve ontwikkeling niet altijd gelijke tred houdt met de kalenderleeftijd, dienen de gestelde leeftijdsgrenzen vanzelfsprekend flexibel gehanteerd te worden. De hoofdstukkenindeling is rechtstreeks af te leiden uit dit schema.

Teneinde herhaling te voorkomen, staan in hoofdstuk 1 de psychodiagnostische en therapeutische methoden beschreven die voor diverse leeftijden toepasbaar zijn. De hoofdstukken 2 tot en met 6 beschrijven vervolgens de leeftijdsfase-specifieke aspecten van diagnostiek en behandeling. Paragraafsgewijs komen aan bod de leeftijdspecifieke ontwikkelingstaken, de leeftijdspecifieke diabetes-taken, aandachtspunten voor het kind in die leeftijd, aandachtspunten voor de ouders, psychodiagnostische methoden en de psychologische behandel-mogelijkheden. Hoofdstuk 7 is gewijd aan de transitie van de oudere adolescent van kindergeneeskunde naar interne geneeskunde/ endocrinologie, met alle risico's van dien op discontinuïteit in zorg. Wederom teneinde herhaling te voorkomen en voor de overzichtelijkheid, staan vervolgens in een viertal bijlagen die problemen uitgewerkt, die in alle leeftijdsfasen veel kunnen voorkomen: spuit- en prikangst, eetproblemen, gebrekkige motivatie en therapie-trouw betreffende de diabetes-zelfzorg en hypo-unawareness. De vijfde bijlage geeft twee voorbeelden van groepsbehandeling. De zesde bijlage betreft een lijst van bruikbare onderzoeksmiddelen en vragenlijsten, zowel generiek als specifiek voor diabetes.

### ***Veronderstelde voorkennis***

Bij de lezer wordt voorkennis verondersteld ten aanzien van het ziektebeeld diabetes en van klinisch psychologische begrippen op het niveau van de GZ-psycholoog. Bij lacunes in de vooronderstelde kennis zij verwezen naar voor-noemde handboeken, richtlijnen en websites of bijvoorbeeld naar de medisch psychologische richtlijn voor volwassenen met diabetes mellitus uit november 2004 (zie [www.paz.nu](http://www.paz.nu) ledengedeelte of [www.diabetesfederatie.nl](http://www.diabetesfederatie.nl) ad publicaties), naar het Handbook of Pediatric Psychology, 3<sup>rd</sup> edition, 2003, M.C. Roberts (ed), Guilford Press, New York, naar het promotie-onderzoek 'Kijk van kinderen', een cognitief structurele visie op de ontwikkeling van het denken over ziekte, H. Koopman, Thesis Publishers en naar het promotie-onderzoek Ziektebegrip bij kinderen, de ontwikkeling van het denken over ziekte, E.J. Hosli, Rozenberg Publishers, 1998.

Uitstekende bronnen van (populair-) wetenschappelijke kennis zijn daarnaast de websites en weblinks van grote organisaties als de American Diabetes Association (ADA [www.diabetes.com](http://www.diabetes.com)), de International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD [www.ispad.org](http://www.ispad.org)) en de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF [www.diabetesfederatie.nl](http://www.diabetesfederatie.nl)).

maart 2008

Gerda de Boer  
Lieke van Dongen  
Tjitske Poolman - Mazel  
Catrien Portegijs  
Wim Wierenga



# Hoofdstuk 1

## Algemeen

### Aanbevelingen voor psychodiagnostiek en behandeling voor alle leeftijden

#### De psycholoog in beeld

Wanneer een kind debuteert met diabetes, dient de kinderarts een afspraak met de psycholoog met een zelfde vanzelfsprekendheid te introduceren als de afspraken met de andere functionarissen in het diabetesteam. Een eerste korte kennismaking dient zo spoedig mogelijk plaats te vinden, een psychologische intake met kind en ouders dient vervolgens binnen twee maanden gerealiseerd te zijn.

Naast de standaard verwijsmomenten, dient een verwijzing naar de psycholoog op indicatie plaats te vinden bij:

- Medisch onvoldoende begrepen hypo's en hypers
- Verhoogd of extreem laag HbA1c
- Kelderende schoolprestaties
- Prik- en/of spuitangst
- Onvoldoende therapietrouw
- Depressieve klachten
- Angstproblematiek
- Terugtrekken uit sociale contacten
- Slaapproblemen
- Eetproblemen
- Gezinsproblemen, al dan niet direct gerelateerd aan het gegeven van de diabetes
- Psychologische/psychiatrische comorbiditeit (bijvoorbeeld verdenking op of vastgestelde ADHD, PDD-NOS, oppositioneel gedrag)
- Over-aangepast gedrag (té voorbeeldig)
- Liegen en sjoemelen t.a.v. de diabetes-zelfzorg
- Zelfdestructief gedrag
- Perfectionisme c.q. faalangst
- Overmatige drift en boosheid
- Dreigende stagnatie in normale ontwikkeling

Voor anamnese, hetero-anamnese en behandeling kan de medische psycholoog naast gespreksvoering tevens gebruik maken van vragenlijsten, testen en hulpmiddelen. Teneinde kinderen niet onnodig te belasten, dient uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek niet standaard maar op aperte indicatie plaats te vinden.

## Intake-gesprek

Onderwerpen van gesprek zijn in ieder geval:

- Uitleg rol van de medisch psycholoog in het diabetesteam
- Hoe zijn de afgelopen dagen/weken voor een ieder verlopen sinds het bekend worden van de diabetes
- Wat is er vooral goed gegaan (en vervolgens successen bekrachtigen)
- Gezinssamenstelling
- Pedagogische stijl ouders
- Inschatting draagkracht ouders, eventuele relatieproblemen
- Taakverdeling ouders in het algemeen en t.a.v. diabetes
- Reacties brusjes t.a.v. de diabetes
- Sociaal netwerk
- Schoolvorderingen
- Hobby's en sport

Door standaard eens per jaar een dergelijk psychologisch intake-gesprek te houden, kunnen psychosociale problemen in een vroeg stadium onderkend en mogelijk ondervangen worden.

## Vragenlijsten

### Generieke vragenlijsten

Vragenlijsten die algemeen in gebruik zijn voor psychodiagnostiek bij kinderen & jeugdigen, zijn veelal ook goed toepasbaar voor kinderen met diabetes. Voor het overzicht verwijzen wij u naar bijlage 6. De genoemde vragenlijsten zijn geselecteerd op hun redelijke tot goede psychometrische kwaliteiten; voor gedetailleerde informatie verwijzen wij naar de encyclopedische werken van de Commissie Testaangelegenheden (COTAN) van het NIP alsmede de volgende artikelen van De Wit et al.

- de Wit M, Delemarre –van der Waal HA, Bokma, JA, Haasnoot K, Houdijk MC, Gemke RJ & Snoek FJ: Self-report and parent-report of physical and psychosocial well-being in Dutch adolescents with type 1

diabetes in relation to glycemic control. In: *Health and Quality of Life Outcomes* 2007, 5:10 (beschikbaar op [www.hqlo.com/content/5/1/10](http://www.hqlo.com/content/5/1/10))

- de Wit M, Delemarre – van der Waal HA, Pouwer F, Gemke RJJ, Snoek FJ: Monitoring Health-related-Quality-of-Life in Adolescents with Diabetes: a Review of Measures. *Arch Dis Child* 92:434-439, 2007
- de Wit M, Pouwer F, Gemke FJJ, Delemarre – van der Waal HA, Snoek FJ: validation of the WHO-5 Well-being Index (WHO-5) in Adolescents with type 1. Diabetes. *Diabetes Care In Press*, online gepubliceerd op 2 mei 2007.

## Hulpmiddelen

### Educatief

Ten behoeve van diabetes-educatie zijn er velerlei boeken en gezelschapsspelen beschikbaar.

- Triviant (te bestellen bij firma Bosman) ziet er fraai uit en onderwijst spelenderwijs de belangrijkste diabetes-trivialiteiten.
- Accu Chek (Roche)
- Wippie, Wiebelbeen H. Roos; (Sanofi-Aventis)
- Snuffie, gratis aan te vragen bij TNO met een voorleesboek voor 3-6 jarigen en een werkboek voor ouders en hulpverleners (TNO, Preventie en Gezondheid, Leiden, 2004)
- Tim's grote avontuur, Novo Nordisk, 2004
- Tom en Sanne, handpoppen (Boeren Medical, Tilburg)
- De Dinosaurius temmer (Boeren Medical, Tilburg)
- Kwartetspel (Sophia kinderziekenhuis)
- 't Grote Diabetes Vragenspel (Boeren Medical, Tilburg)
- Lotje's Diejabeetus (Novo Nordisk, 2005)
- Diawattes? J. Gosen & C. de Jong (firma Bosman)

Educatie over het ziektebeeld diabetes ligt niet zozeer op het terrein van de psycholoog. Voornoemde materialen bewijzen echter goede dienst in groepsbijeenkomsten onder begeleiding van bijvoorbeeld diabetes-verpleegkundige en psycholoog.

### Psycho-educatief

Psycho-educatieve hulpmiddelen specifiek t.a.v. diabetes zijn er niet. Echter een aantal ‘generieke’ gezelschapsspelen zijn voor de psycholoog goed toepasbaar in groepsbijeenkomsten van kinderen met diabetes

- Voelen-denken-doen spel (Gardner)
- Wijsneusje (vanaf 10 jaar)
- Rondje Open Kaart (Uitgeverij Graviant te Doetinchem)
- Emotion game 6-13 jarigen (uitgeverij Wedeo, Doetinchem)

### Neuropsychologisch en intelligentie onderzoek

Bij vermoeden van cognitieve functiestoornissen, leerstoornissen of ontwikkelingsproblemen anderszins of bij een vraagstelling omtrent de intelligentie, worden voor kinderen met diabetes de algemeen gangbare testen gebruikt. Verwezen zij daarom naar de algemene handboeken op dit gebied. Uiteraard geldt de aanbeveling zorg te dragen voor normoglykemische waarden gedurende het testonderzoek. Voor een overzicht van veel gebruikte testen verwijzen wij naar bijlage 6.

### Psychologische behandelingen

Wij onderschrijven uit ‘kinderpsychologische zorg voor het zieke kind (Van Dongen – Melman et al., 2001)<sup>2</sup> paragraaf 4.2.2.:

“De mogelijkheden van de klinisch psycholoog om het gedrag van patiënten te veranderen zijn in de afgelopen jaren sterk uitgebreid.... Klinisch psychologische behandelingen hebben primair als doel het bewerkstelligen van gewenste veranderingen bij patiënt en gezin. Doelstellingen zijn veelal:

- Het bevorderen van verwerking, zoals het verminderen van psychische klachten die voortvloeien uit ziekte, behandeling, lichamelijke beperking of afwijking
- Het bevorderen van aanpassing en omgang met de gevolgen van ziekte en behandeling, bijvoorbeeld wanneer kind en gezin langdurig ineffectief met de situatie omgaan
- Het veranderen van gedrag dat leidt tot lichamelijke klachten of een verergering van de somatische problematiek, zoals bijvoorbeeld bij functionele klachten, pijnklachten en therapie-ontrouw
- Het verminderen van gedragsproblemen die gerelateerd zijn aan de medische behandeling, het toedienen van medicatie en het ondergaan van medische procedures”.

Wij noemen de meest gangbare behandelmethoden, die uiteraard alle hun specifieke uitwerking kennen afhankelijk van de leeftijd en de probleemstelling..

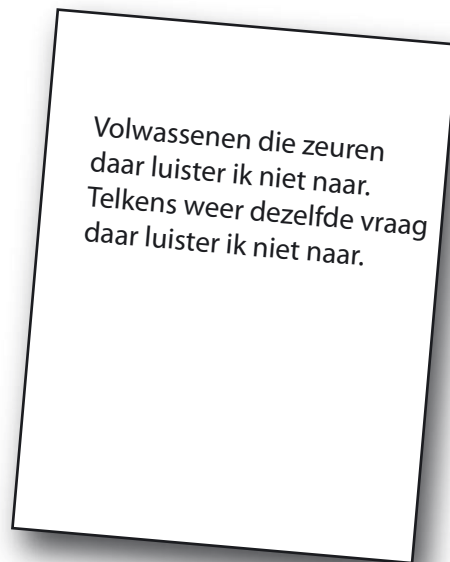
- Psycho-educatie
- Lotgenotencontact kinderen en ouders
- Systeemtherapie
- Mediatie-therapie
- Cognitieve gedragstherapie
- Oplossingsgerichte therapie
- Hypnotherapie
- Speltherapie
- Directieve therapie
- Groepsbehandeling
- Individuele hypotraining
- Home Contingency Program
- Video Interactie Begeleiding (VIB)
- Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR)

Eveneens van belang is het organiseren van ouderavonden (of koffie ochtenden) waarbij ouders hun kennis kunnen vergroten door met inzichten en oplossingen van andere ouders in aanraking te komen. Daarnaast kan ook het delen van emoties een belangrijke bijdrage leveren aan de coping vaardigheden<sup>1</sup>.

De mogelijkheden in concreto van psychodiagnostiek en psychologische behandeling worden sterk bepaald worden door de leeftijd van het kind. Uitgesplitst naar leeftijdsfase, wordt in de volgende hoofdstukken hierop nader ingegaan.

### Geraadpleegde literatuur

1. Eiser, Chr.; Chronic Childhood Disease, Cambridge University Press, 1990
2. Dongen van-Melman; Büller, H.A.; Hazebroek, F.W.J.; Verhulst, F.C.; Kinderpsychologische zorg voor het zieke kind; Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Sophiakinderziekenhuis, 2001



## Hoofdstuk 2

### Diabetes bij baby's en peuters (0 - 3 jaar)

#### Leeftijdspecifieke ontwikkelingstaken

In de eerste levensjaren verloopt de lichamelijke groei en de ontwikkeling van het brein exponentieel snel. Slaap- en eetpatronen kunnen in deze periode sterk wisselen. De belangrijkste ontwikkelingstaak is te komen tot een veilige gehechtheidsrelatie met ouders. Emotionele regulatie is hierbij een belangrijke voorwaarde en deze ontstaat binnen de ouder-kind interactie. Dit draagt ook bij aan de ontwikkeling van een gevoel van autonomie en controle hetgeen van belang is in de loop van het tweede en derde levensjaar <sup>5</sup>. Een krachtig middel hiertoe is voor de peuter 'nee' zeggen terwijl de ouders tegelijkertijd regels en grenzen aan moeten geven. Maaltijden kunnen aanleiding geven tot krachtmetingen tussen ouders en kind.



#### Leeftijdspecifieke diabetes-taken

Bij deze jongste leeftijdscategorie kan men moeilijk spreken van 'taken' maar gaat het meer om 'aspecten' die een belangrijke rol spelen. Twee daarvan springen sterk in het oog. Een kind in deze levensperiode is zich bewust van de ongemakken die het insuline spuiten en bloed glucose controles met zich meebrengen zonder te kunnen begrijpen waarvoor ze nodig zijn. En verder zijn er de sterk wisselende eetpatronen en de machtsstrijden rondom maaltijden welke gemakkelijk leiden tot onregelde bloedsuikers en tot angst bij ouders, wanneer een kind eenvoudigweg weigert om datgene te eten wat voorgeschreven is <sup>14</sup>.

## Aandachtspunten kind

Optimale glykemische controle wordt in deze leeftijdsfase bemoeilijkt door wisselende eetpatronen, wisselende mate van lichamelijke activiteit en de snelle groei van kinderen <sup>2</sup>. Uit de literatuur <sup>12, 15</sup> blijkt dat hypoglykemieën, met name in deze leeftijdscategorie, een negatieve invloed kunnen hebben op het zich ontwikkelend brein waardoor later milde cognitieve problemen kunnen ontstaan. Een bijkomend probleem is dat jonge kinderen nog onvoldoende in staat zijn om aan te geven dat zij 'laag' zitten waardoor vaak een vertraging in behandeling ontstaat. Kinderen van deze jonge leeftijd hebben nog niet de verstandelijke vaardigheden of begrip van hun aandoening om te begrijpen waarom zij mee moeten werken aan (soms pijnlijke) procedures die nodig zijn voor een goede diabetes controle <sup>9, 16</sup>. Behandeldoelen moeten daarom geïndividualiseerd worden om enerzijds goede medische zorg te verlenen maar anderzijds het kind de mogelijkheid geven om de normale ontwikkelingstaken te vervullen. Van belang is dat de peuters zoveel mogelijk kansen krijgen om een gevoel van autonomie te ontwikkelen, daar waar dat mogelijk is. Daarnaast leidt het betrekken bij handelingen vaak tot coöperatief gedrag <sup>13</sup>. Met betrekking tot de diabetes kunnen de kinderen meebeslissen bij de keuze van de spuitplaats, keuzes met betrekking tot eten aangeboden krijgen of activiteiten die na het spuiten plaatsvinden (een verhaaltje of een spelletje).

## Aandachtspunten ouders

Ouders zijn in deze levensfase de hoofdverantwoordelijken voor de diabetescontrole. Het ontdekken dat je kind diabetes heeft roept bij ouders van kinderen van alle leeftijden de 'normale' emotionele reacties op van verdriet, ongeloof en angst <sup>1, 16</sup>. Daarnaast moeten zij echter zo snel mogelijk kennis vergaren over hoe de diabetes bij hun kind te managen. Dit legt een extra druk op het ouderlijk functioneren zeker naast alle andere taken die zij moeten vervullen zowel binnen als buiten het gezin <sup>10</sup>. De toediening van insuline injecties is des te lastiger bij een kind dat nog weinig tot geen begrip heeft van de reden hiervoor. Met de insuline-dosering steekt het soms zeer nauw. Het tijdig ondervangen van hypo's wordt van belang geacht voor het nog immature brein, maar de jonge kinderen kunnen hypo-signalen zelf nog niet onderkennen en kenbaar maken. Het is voor ouders soms lastig bij hun peuter onderscheid te maken tussen een hypo/hyper en een boze bui. De dagelijkse injecties kunnen

een grote druk uitoefenen op de ouder-kindrelatie omdat deze door het kind gezien kunnen worden als een aanval en de ouders het gevoel kunnen krijgen dat zij hun kind onnodig aan het straffen zijn. Het kenmerkende 'nee' zeggen van de peuter ten behoeve van een gezonde ontwikkeling van autonomie en controle botst met de onvermijdelijke regelgeving bij diabetes. Door de complexe en ontwikkelingsinterfererende behandeling kan diabetes, in deze leeftijdsfase, een risico vormen voor de ouder-kind relatie en de individuele ontwikkeling van het kind <sup>2</sup>.

## Psychodiagnostiek

Bij vraagstellingen omtrent de mentale en motorische ontwikkeling kan, op indicatie, de Bayley Scales of Infant Development (BSID-NL) afgenomen worden.

Bij problemen in de interactionele sfeer tussen ouder en kind kan gebruik gemaakt worden van gestructureerde ouder-kind interactie observatiemethoden zoals de FEAS (Functional Emotional Assessment Scale <sup>7</sup>).

## Behandeling

Psychosociale ondersteuning voor ouders is in deze periode van groot belang. Een aandachtspunt is om er zorg voor te dragen dat de diabetes zorg van jonge kinderen door beide ouders gedragen wordt. Vaak wordt de zorg in eerste instantie door de moeder gedragen en wordt het voor de vader in toenemende mate moeilijker om actief deel te nemen in de zorg. De zorg voor een jong kind met diabetes weegt dermate zwaar dat een één-oudergezin dit niet alleen moet dragen <sup>16</sup> en er zal gezocht moeten worden binnen de familie of vriendenkring naar iemand die dit samen met de ouder kan dragen. Steun kan onder andere geboden worden door het organiseren van ouderavonden waardoor ook ouders hun zorgen en ervaringen met anderen kunnen delen. Bekend is dat het gezinsfunctioneren en de mate van aanpassing aan het hebben van een kind met een chronische aandoening een belangrijke indicator is van therapietrouw in latere jaren <sup>4</sup>. Het is daarom van belang om in een vroeg stadium een indicatie te krijgen van het gezinsfunctioneren en eventuele stressoren (huisvestings-/financiële problemen) en dit ook in de loop van de tijd te volgen <sup>6, 8, 7, 17</sup>.

Belangrijke doelstellingen zijn de peuter de kans geven een gezond gevoel van autonomie te ontwikkelen op die gebieden waar dat mogelijk is en ouders emotioneel te ondersteunen in de verantwoordelijke en alleszins lastige diabetes-controle van hun jonge kind. Wanneer de ontwikkeling van het kind belemmerd wordt door een over-beschermende houding van de ouders <sup>2</sup> waardoor een normale separatie-individuatie onvoldoende ontwikkeld wordt, is psycho-educatie op zijn plaats en in sommige gevallen ouder-kind behandeling geïndiceerd. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van bijvoorbeeld Video Interactie Begeleiding om de ouder-kind interactie in positieve zin om te buigen. Wanneer een peuter extreem angstig raakt door de herhaalde injecties en bloedsuikercontroles, zodanig dat de ontwikkeling bedreigd wordt, kan EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) aangewend worden<sup>11</sup>, alhoewel de ervaring nog beperkt is met deze therapie bij deze leeftijdsgroep. Dezelfde relativisering geldt voor de inzet van hypnotherapie. Behandeling zal telkens afhankelijk zijn van vraagstelling en van kind- en gezinskenmerken.

Gezien de complexiteit van de aandoening en de daarvoor nodige behandeling, de effecten op de ontwikkeling van het kind en de ouder-kind relatie en de invloed van gezinskenmerken en coping stijlen van ouders bevelen wij aan om de gezinnen jaarlijks te screenen. Gekeken kan worden naar de ontwikkeling van het kind en reacties op het hebben van diabetes met alle medische handelingen van dien en naar het ouderlijk functioneren zowel in algemene zin als in specifieke zin met betrekking tot het omgaan met het hebben van een kind met een chronische aandoening. Daarnaast dienen het pedagogisch klimaat, het gezinsfunctioneren, de reacties van eventuele broertjes en zusjes en sociale aspecten als bijvoorbeeld financiële problemen geëvalueerd te worden. Het is, voor alle leeftijden, van belang om gedetailleerd te bespreken wie wat doet met betrekking tot de diabetes van het kind en wie zich waarvoor verantwoordelijk voelt <sup>3</sup>. Een jaarlijkse psychosociale screening en evaluatie over het beloop van en het omgaan met de chronische ziekte van het kind biedt goede gelegenheid voor tijdige behandeling van eventuele scheefgroei. Nogmaals noemen wij daarnaast het belang van ouder-bijeenkomsten.

## Geraadpleegde literatuur

1. Altschuler J: Working with chronic illness, a family approach. Palgrave, Houndmills, Basingstoke & Hampshire, 1997
2. Anderson BJ & Brackett, J: Diabetes in children. In: *Snoek,FJ; Skinner,TC;(Eds) Psychology in diabetes Care*, 2<sup>nd</sup> edition, 2005
3. Anderson, B.J.; Auslander, W.F.; Jung, K.C.; Miller, J.P; Santiago, J.V.. Assessing Family Sharing of diabetes responsibilities. In: *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 15, No 4, 1990, 477 – 492
4. Anderson, B: Family conflict and diabetesmanagement in youth: clinical lessons from child development and diabetes research. In: *Diabetes spectrum*, 17, 1, 2004, 22 –26
5. Crockenberg S.; Leerkes E.; Infant Social and Emotional development in family context. In: *Handbook of infant mental health 2nd. Edition. Zeanah Jr., Ch. H.; Guilford Press*, 2000
6. Eiser, Chr.; Chronic Childhood Disease, Cambridge University Press, 1990
7. Greenspan SI; Assessing the emotional and social functioning of infants and young children, In: *Meisels S, Fenichel E: New visions for the developmental assessment of infants and young children, Zero to three*, 1996
8. La Greca AM, Bearman KJ: Adherence to Pediatric Treatment, In: *Roberts.MC., Mitchel, MC, McNeal R.: Handbook of Pediatric Psychology*, 3<sup>rd</sup> edition 2003
9. Harbeck-Weber C, Fisher JL, Dittner CA: Promoting coping and enhancing adaption to illness. In : *Roberts MC, Mitchel MC, McNeal R: Handbook of Pediatric Psychology*, 3<sup>rd</sup> edition 2003
10. LeBlanc LA et al, Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. In: *Pediatric Clinics of North America*, 50, 2003, 859 – 878.
11. Schlattmann N: EMDR en de allerkleinsten: een gevalsbeschrijving. In: *Tijdschrift voor kinder & jeugd psychotherapie*, 3. 2006, 25 –38
12. Northam EA et al.: Neuropsychological profiles of children with type 1 Diabetes 6 years after disease onset, In: *Diabetes Care* 24 (9), 2001 1541-1546. Sevenans P.; Kinderen met diabetes op weg naar volwassenheid. In: *EADV magazine*, mei 1998
13. Silverstein JHI, Johnson S: Psychosocial challenge of diabetes and the development of a continuum of care; In: *Pediatric Annals*, 23:6, 1994

14. Sydlo D, Wattum van PJ, Woolston J: Psychological aspects of diabetes mellitus. In: *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 2003. 439 – 458
15. Wolfsdorf JI, Anderson BJ, Pasquarello C.: Treatment of the child with diabetes. In: *Joslin's Diabetes Mellitus*, Kahn CR, Weir GC, King GL, Moses AC, Smith RJ, Jacobsen AM, 2004
16. Wysocki T, Greco P, Buckloh LM: Childhood Diabetes in psychological context. In: *Roberts.MC, Mitchel MC, McNeal R: Handbook of Pediatric Psychology*, 3<sup>rd</sup> edition 2003

Leven is niet voor even  
maar ook niet voor altijd.  
Wanneer komt de uitvinding?

## Hoofdstuk 3

### Diabetes in de kleuterperiode (4 t/m 6 jaar)

#### Leeftijdspecifieke ontwikkelingstaken

De kleuter zet zijn eerste stapjes in de schoolwereld en gaat de verworven autonomie gebruiken om de wereld buiten het gezin te exploreren. Hij moet leren zich veilig te voelen en te vertrouwen op de leerkracht en anderen buiten het gezin. De cognitieve ontwikkeling stelt het kind in staat tot oorzaak-gevolg denken op een concreet niveau. De kleuter gaat deelnemen aan groepsspel en doet ervaringen op van winnen en verliezen. Leeftijdgenootjes gaan een belangrijke rol spelen. In de wisselwerking met deze nieuwe wereld moet het kind zelfvertrouwen en zelfstandigheid ontwikkelen <sup>8</sup>.

#### Leeftijdspecifieke diabetes -taken

De ontwikkelingen in motorische coördinatie en cognitieve vaardigheden maken het gaandeweg mogelijk, dat de kleuter meer zelf kan doen inzake de diabetes controle. De kleuter kan regels begrijpen en op concreet niveau aan zelfzorg doen, zoals prikken onder toezicht. Hij kan keuzes leren maken in voeding en kan leren lage bloedsuikers te identificeren. De kleuter kan zich de eerste stapjes van zelf insuline spuiten eigen maken <sup>11</sup>.

#### Aandachtspunten kind

Het pril ontwikkelde denken in oorzaak en gevolg kan ertoe leiden dat het kind zichzelf de schuld geeft van zijn ziekte en de insuline-injecties en beperkingen als zijn verdiende straf beziet <sup>9</sup>. Het is voor het kind mede daarom belangrijk in contact te komen met andere kinderen met diabetes <sup>2</sup>. Het kind wordt geconfronteerd met de eerste reacties van vreemde personen op zijn diabetes

en moet hieromtrent uitleg geven. De spanning dientengevolge kan leiden tot een verhoogde separatie-angst. Het energieniveau van de kleuter kan sterk wisselen, hetgeen een verhoogd risico op hypo's met zich mee brengt <sup>11</sup>.

## Aandachtspunten ouders

Nu de kleuter steeds meer dingen zelf gaat doen en leert keuzes te maken, is het voor ouders belangrijk hun kind op een positieve manier bij de diabeteszorg te betrekken. Gewaakt dient te worden voor het leggen van een te hoge druk op het kind vanwege irreële en premature verwachtingen aangaande de haalbare zelfstandigheid. De eisen die gesteld worden moeten afgestemd zijn op het kind. Samen werken aan zelfstandig worden is waar het in deze fase om gaat. Zodoende wordt de basis gelegd voor zelfstandig functioneren in de toekomst. Ouders houden de meekijkende, impliciet controlerende taak. Contacten met ouders die eveneens een kind met diabetes hebben kan ondersteunend werken <sup>3</sup>. Ouders staan voor de moeilijke opgave de zorg voor hun kind met diabetes gedeeltelijk over te laten aan ander volwassenen als bijvoorbeeld onderwijzers, familieleden, sportcoaches, overblijfmoeders, etcetera.

## Psychodiagnostiek

Zie aanbevelingen in hoofdstuk 1

## Behandeling

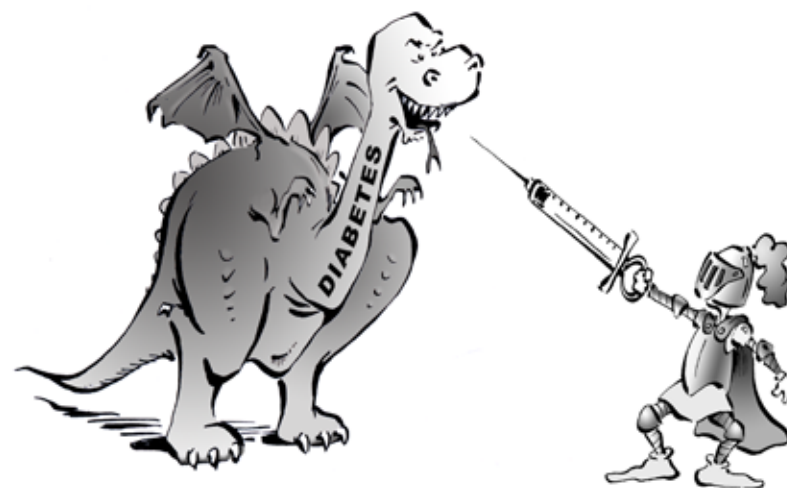
Zie schema. De behandeling kan zich in deze fase gaan richten op zowel ouders als kind.

Kinderen krijgen in deze periode steeds meer kennis maar kunnen deze kennis nog niet flexibel gebruiken, hun denken wordt vooral bepaald door wat zij zien en horen. Hun kennis is nog fragmentarisch en oorzaak - gevolg denken is net als het kunnen overzien van gehelen nog gering ontwikkeld. Werkelijkheid en fantasie zijn nog niet gescheiden in hun denken. Zij kunnen magische en mythische betekenis geven aan fysieke verschijnselen. Kinderen in deze leeftijd zijn egocentrisch ingesteld en kunnen niet vanuit het perspectief van een ander denken.

In deze fase wil het kind initiatieven ontwikkelen. Het is belangrijk dat ouders dit steunen en het kind aanmoedigen om nieuwsgierig te zijn. Negatief corrigeren moet zoveel mogelijk vermeden worden om het ontstaan van schuldgevoelens te vermijden <sup>9, 10</sup>.

De ouderbegeleiding behelst psycho-educatie over voornoemde ontwikkelingsfase, opdat de ouder in staat is het gedrag van het kind zo goed mogelijk te begrijpen en pedagogische maatregelen daarop af te stemmen. Ouders dienen inzicht te hebben in hun wensen en hun grenzen en zich te realiseren dat het kind mee kan helpen aan kleine concrete taakjes, waarbij het succes ervaren voor het kind zeer belangrijk is als eerste stap in toenemende zelfzorg <sup>6</sup>. Het gericht belonen van gewenst gedrag is een effectieve gedragstherapeutische vaardigheid die ouders onderwezen kan worden <sup>7</sup>. Voor ouders kan het moeilijk zijn de zorg voor hun kind aan een ander toe te vertrouwen en het kind een periode van de dag niet in de directe nabijheid te hebben. Gesprekken daarover en pedagogische adviezen kunnen ouders helpen meer vertrouwen te ontwikkelen en de eerste stappen in het proces van loslaten te durven maken.

Wanneer ouderbegeleiding alleen onvoldoende resultaat heeft kunnen sessies met ouder en kind worden uitgevoerd, waarbij de therapeut het kind helpt zijn of haar emoties te verwoorden of te verbeelden in geval van stagnaties in de emotionele ontwikkeling of emotionele overreacties <sup>5</sup>. Het kind kan gebaat zijn bij het leren van zelfcontroletechnieken, om het te helpen zich te ontspannen en afleiding te vinden van de stressor. Mediatie-therapie, EMDR en hypnotherapie kunnen toegepast worden bij angst voor spuiten en prikken: zie bijlage 1.



## Geraadpleegde literatuur

1. www.childrenwithdiabetes.com
2. Anderson,BJ, Brackett J: Diabetes in children. In: Snoek,FJ, Skinner TC;(Eds): *Psychology in diabetes care*, 2<sup>nd</sup> edition, 2005
3. Baumrind D: Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4 (No I, Pt.2)
4. Beer R & De Roos C: EMDR, 't is een bijzondere methode, dat is het in: *Kinder&jeugd Psychotherapie*, 33, 3, 2006
5. De Bruin – Beneder M, Nijhoff – Huysse E, Oosterhuis & Donker – Raijmakers Th., *Kinderpsychotherapie*, Muiderberg: Coutinho, 1992
6. Bruining GJ & Buller HA: *Behandelingsstrategieën bij jonge patiënten met diabetes mellitus*, Bohn Stafleu Van Loghum 1998
7. Cladder JM, van Londen A, Biloen-Beijen AHM & van Londen-Barentsen WM: *Vaardigheden voor ouders*, Amsterdam:Harcourt Book Publishers, 2005
8. Crain WC: *Theories of Development. Concepts and Applications*, New Jersey; Pearson Prentice Hall, 2005
9. Fraiberg SH *De magische wereld van het kind*, Unieboek, Houten
10. Fraiberg SH Counseling for the parents of the very young child. Social Casework 35, 47-57. In: van der Pas A (red.) *Handboek methodische ouderbegeleiding 9. Ouderbegeleiding in Optima Forma*. Rotterdam: Ad.Donker bv.
11. Wolfsdorf JI, Anderson BJ Pasquarello C: Treatment of the child with diabetes. In: *Joslin's Diabetes Mellitus*, Kahn CR, Weir GC, King GL, Moses AC, Smith RJ & Jacobsen AM, 2004

## Hoofdstuk 4

# Diabetes in de schoolleeftijd (7-9 jaar)

### Leeftijdspecifieke ontwikkelingstaken

De ontwikkeling van cognitieve, sportieve en creatieve vaardigheden staat op deze leeftijd centraal. Het abstract denken komt op gang en meer complexe verbanden kunnen gelegd worden. Het kind in deze leeftijd ontwikkelt zijn zelfbeeld onder andere door zijn vaardigheden te vergelijken met die van andere kinderen. Het wil graag net als andere kinderen zijn. Vriendschappen worden aangegaan met kinderen van dezelfde sekse. Het kind brengt steeds meer tijd buitenshuis door, maakt meer eigen keuzes en wordt zelfstandiger <sup>6</sup>.

### Leeftijdspecifieke diabetes-taken

De leergierigheid van het kind in deze schoolleeftijd strekt zich ook uit naar kennis over zijn of haar diabetes. Het kind kan zorg aan zichzelf besteden, leert hygiënisch met het materiaal om te gaan en kan zelf spuiten en prikken. Het is van belang dat het kind leert plannen en anticiperen met betrekking tot de diabetes-zelfzorg, waar activiteiten zoals bijvoorbeeld sporten steeds meer plaats vinden buiten het gezichtsveld van de ouders. Het kind gaat de consequenties van zijn handelen begrijpen en gaat leren van positieve en negatieve ervaringen. Idealiter ontwikkelt een kind een sterk en positief zelfbeeld door te leren de diabetes niet groter en belangrijker te maken dan noodzakelijk <sup>11</sup>.

### Aandachtspunten kind

Ook al denken kinderen van deze leeftijd er veelal anders over, zij zijn toch nog te jong om verantwoordelijkheid te dragen. Ouders dienen ervan doordrongen te zijn, dat zij voortdurend betrokken en geïnvolveerd moeten zijn en zodoende

hun kind stimuleren tot steeds meer verantwoordelijkheid. Geleidelijk aan kan het kind steeds meer zelf regelen en komen de ouders meer op de achtergrond te staan en het kind steeds meer op de voorgrond. De diabetes educatie dient realistische bloedsuikerwaarden na te streven en veiligheidsrichtlijnen te instrueren ter voorkoming van hypo's en hypers <sup>3</sup>.

### Aandachtspunten ouders

Omdat het minder opvalt dan een uitagerend kind, is het belangrijk alert te zijn op een kind dat overaangepast gedrag laat zien. Dikwijls tonen overaangepaste kinderen enerzijds overafhankelijk gedrag van ouders en zonderen zich af van leeftijdgenoten. Anderzijds trekken deze kinderen zich ook terug van ouders en tonen zich zeer verantwoordelijk in hun diabetes-zelfzorg, zodat ouders en diabetesteam zich in eerste instantie geen zorgen maken. Deze kinderen lopen echter wel het risico steeds meer in een isolement te geraken en internaliserende klachten te vertonen (psychosomatische klachten, angst, depressie <sup>11</sup>). Ouders dienen zich te realiseren dat juist in deze levensfase het meedoen aan activiteiten met leeftijdgenoten van groot belang is voor de ontwikkeling van een positief zelfbeeld <sup>10</sup>. Ouders dienen het zelfvertrouwen van het kind te bevorderen om zich in steeds bredere cirkels rondom het gezin te durven en kunnen bewegen <sup>2</sup>.



### Psychodiagnostiek

Zie de algemene aanbevelingen in hoofdstuk 1. In het standaard psychologisch follow-up contact dat idealiter jaarlijks plaats vindt dienen in ieder geval de thema's zelfbeeld, sociale contacten en schoolvorderingen aan bod te komen.

### Behandeling

Zie schema. Het kind kan nu steeds meer centraal staan in de behandeling. De cognitieve ontwikkeling maakt dat het kind meer en meer dingen kan overzien, kan ordenen en classificeren, waardoor het steeds meer in staat is te begrijpen wat er nodig is voor de diabeteszorg. Zij kunnen tekenen en symptomen van hypo's en hypers leren onderkennen. Het is heel belangrijk dat het kind leert te vertrouwen op zichzelf en dat de eisen en verwachtingen rond zelfzorg zijn afgestemd op zijn of haar cognitieve en emotionele mogelijkheden<sup>7</sup>. De positie temidden van en samen met leeftijdgenoten is belangrijk. Wanneer de sociaal emotionele ontwikkeling een verstoring toont kan het kind geholpen worden door middel van gesprekssessies en spelsessies, waarin wordt gewerkt aan emotionele groei en acceptatie en aan copingmechanismen. Een positief zelfbeeld ontwikkelen, zijn positie temidden van leeftijdgenoten, zijn sterke kanten ontdekken, schoolse vaardigheden, sportieve vaardigheden zijn thema's in therapie. Begeleiding van ouders is daarbij noodzakelijk <sup>5, 8, 9</sup>.

Een oplossingsgerichte benadering is goed geschikt voor het zo nodig versterken van de competenties en het zelfvertrouwen, het verbeteren van de zelfcontrole en het verder ontwikkelen van de zelfzorg ten aanzien van diabetes <sup>8</sup>. Rond deze leeftijd zijn kinderen ook toe aan het delen van ervaringen met andere kinderen. Samen een activiteit ondernemen en uitwisselen en uitvoeren van de voor de diabetescontrole noodzakelijke taken kan tot steun zijn en het zelfvertrouwen en de eigen identiteit stimuleren <sup>10</sup>. Zie verder bijlage 1 betreffende spuit- en prikangst.

## Geraadpleegde literatuur

1. www.childhooddiabetes.com
2. Altschuler J.: *Working with chronic Illnes, a family approach*. Palgrave, Houndmills, Basingstoke & Hampshire, 1997
3. Anderson BJ & Brackett J; Diabetes in children. In: Snoek FJ, ; Skinner TC (Eds) *Psychology in diabetes care*, 2<sup>nd</sup> edition, 2005
4. Beer R. & De Roos C : 't is een bijzondere methode, dat is het. In: *Kinder- & jeugdpsychotherapie*, 33, 3, 2006
5. De Bruin – Beneder, Nijhoff – Huysse M, Oosterhuis E en Donker – Raijmakers Th.: *Kinderpsychotherapie*, Muiderberg: Coutinho. 1992
6. Crain WC; *Theories of Development: concepts and applications*. New Jersey. Pearson Prentice Hall 2005
7. Eiser C: *Chronic Childhood Disease*. Cambridge University Press 1990
8. Jacobs G, Muller N, ten Brink E: *Uit de knoop*. Bohn Stafleu Van Loghum 2001
9. Prins PJ.M & Bosch JD: *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*, Bohn Stafleu Van Loghum 2002
10. Reiter-Purtill J & Noll RB: Peer relationships of children with Chronic Illness. In: *Roberts C.(ed.) Handbook of pediatric psychology* The Guilford Press New York London 2003
11. Wolfsdorf JI, Anderson BJ Pasquarello C: Treatment of the child with diabetes. In: *Joslin's Diabetes Mellitus*, Kahn CR, Weir GC, King GL, Moses AC, Smith RJ & Jacobsen AM, 2004

## Hoofdstuk 5

# Diabetes in de pre-adolescentie (10 - 12 jaar)

### Leeftijdspecifieke ontwikkelingstaken

Belangrijke thema's op deze leeftijd zijn het constructief bezig zijn met een langer durende taak, de ontdekking van bepaalde talenten bij zichzelf en het kunnen samenwerken met anderen <sup>4</sup>. De cognitieve ontwikkeling in de fasen volgens Piaget van een concreet operationele fase naar een formeel operationele fase stelt het kind in staat tot het aanleggen van meer complexe oorzaak-gevolg relaties en abstract denken. Hormonale ontwikkelingen gaan gepaard met uiterlijke veranderingen waaronder lengtegroei, groei van secundaire geslachtskenmerken en bij meisjes de eerste menstruatie. Jongens in deze leeftijd zijn sterk gericht op stoer zijn en opvallen om erbij te horen en geaccepteerd te worden in de groep. Meisjes zoeken meer een hechte vriendschap binnen de groep in de vorm van een of meer 'hartsvriendinnen'.

Ondanks het toenemende belang van de omgang met leeftijdgenoten, is bij de pre-adolescent het proces van losmaking nog niet op gang gekomen en blijft er een sterke emotionele binding aan ouders bestaan.

### Leeftijdspecifieke diabetes-taken

In weerwil van een redelijke therapie-trouw, kunnen de hormonale en lichamelijke veranderingen leiden tot wisselende en moeilijk controleerbare bloedglucose-waarden <sup>6</sup>. Tegelijkertijd wordt juist ook voor deze leeftijdsfase het belang onderkend van stabiele bloedglucose-waarden ter voorkoming van vasculaire complicaties op latere leeftijd. Onder andere dient gestreefd te worden naar een HbA1c onder de 8 procent (DCCT-studie <sup>3</sup>) dan wel onder de 7,5 procent (ISPAD).

## Aandachtspunten kind

Juist in een fase waarin ‘goed presteren’ een belangrijk thema is, kan een slechte diabetes-regulatie door het kind als een persoonlijk falen aangemerkt worden. Ook ouders kunnen moedeloos worden van de geringe effecten van ieders inspanningen. Moeite met en angst voor prikken en spuiten komen op deze leeftijd veel voor, hetgeen soms het gevolg is van faalangst omtrent diabetes-zelfzorg. Ook de angst voor hypo's kan in deze leeftijd sterker worden en leiden tot een lagere insulinedosering dan voorgeschreven.



Vanwege de toenemende kennis van het kind over zijn lichaam en gezondheid en de mogelijkheid na te denken over oorzaken van nu en gevolgen voor de toekomst, kan het kind zich overmatig zorgen maken over complicaties<sup>9</sup>. In de bovenbouw van de basisschool is de cognitieve en sociaal emotionele ontwikkeling zodanig dat deze periode een uitgelezen moment biedt om (psycho-)educatie in groepsverband te geven.

## Aandachtspunten ouders

De (pre-)adolescentie is voor zowel kinderen als ouders een stressvolle periode en daarmee gevoelig voor de ontwikkeling van probleemgedrag bij kinderen<sup>2</sup>. Ruzies en emotionele verwijdering tussen ouders en pre-adolescent gaan bij ouders gepaard met minder tevredenheid en ervaren competentie in hun ouderlijke rol, in vergelijking met ouders met jongere kinderen. Het opvoeden van (pre-)adolescenten verlangt andere vaardigheden bij ouders, zoals het opgeven van de controle en onderhandelen. Deze vaardigheden zijn echter extra moeilijk te volbrengen door ouders, wanneer de diabetes-regulatie van hun kind hen grote zorgen baart<sup>5, 7, 8</sup>.

De aandacht die uitgaat naar het kind met diabetes kan ook van invloed zijn op broers en zussen. Deze kunnen jaloers zijn op de aandacht, hetgeen soms tevens leidt tot schuldgevoelens. Ook kunnen broers of zussen een te grote verantwoordelijkheid ervaren voor de diabetes-regulatie van ‘de patiënt’, hetgeen ten koste kan gaan van de eigen ontwikkeling met onderlinge spanningen dientengevolge.

## Psychodiagnostiek

Bij een nieuw gediagnosticeerde diabetes mellitus dient het intakegesprek plaats te vinden met het kind met diabetes, beide ouders, broers en zussen. Vooral ook de dingen die goed gaan en de competenties dienen uitgevraagd en benadrukt te worden evenals de eventueel veranderde gezinspatronen ten gevolge van de diagnose. Circulaire interviewtechnieken vanuit de systeemtherapie kunnen hierbij veel bruikbare informatie verschaffen. De volgende vragenlijst kunnen desgewenst een breder beeld geven van de ontwikkeling en de coping met diabetes (zie ook de algemene aanbevelingen in hoofdstuk 1):

- Competentiebelevingsschaal voor Kinderen (CBSK).
- Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV)
- PedsQL
- Confidence In Diabetes Self-care (CIDS).
- Child Behavior Check List (CBCL); Teacher Report Form (TRF); Youth Report Form (YSR)
- Diabetes Gezinsvragenlijst Meningsverschillen (DFCS)
- Diabetes Gezinsvragenlijst Initiatief nemen/ Verdeling van Verantwoordelijkheid (DFRQ)
- NOSI Nijmeegse Ouderlijke Stress Index

## Behandeling

Expliciete en herhaalde uitleg door de verschillende diabetes-teamleden van de invloed van hormonale c.q. lichamelijke veranderingen op de bloedglucosewaarden is nodig, om zowel kind als ouders te ontschuldigen voor een niet-optimale diabetes-controle. De psycholoog dient de thema's van falen, schuld en schaamte bespreekbaar te maken ten behoeve van een open contact tussen ouders, kind en diabetes-team. Ouders en kind behoeven steun en waardering voor hun inspanningen, zoals ook het kind extra steun verdient van ouders.

De redelijke bereidwilligheid voor deelname aan lotgenotencontact en het cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingsstadium op deze leeftijd dienen benut te worden voor groepsvorming. Een eenmaal gevormde groep maakt namelijk beduidend meer kans om voortgezet te worden in de adolescentie dan het opstarten van een nieuwe groep in de adolescentie. Relevante gespreksthema's zijn medische zaken als ziekenhuisopnames en hypo's, schoolse zaken als wel of niet een spreekbeurt geven over diabetes, de invloed van hypo's en hypers op het schoolse functioneren en hoe om te gaan met diabetes bij de overgang naar de middelbare school en emotionele zaken als schaamte, angst, schuldgevoelens en de bemoeienis van ouders. Twee voorbeelden van groepsbehandeling worden gegeven in bijlage 6.

In geval van veel voorkomende conflicten binnen het gezin is gezinstherapie geïndiceerd, gericht op het bewerkstelligen van een door het kind als steunend ervaren betrokkenheid van ouders ten aanzien van de diabetes-controle. Een hogere betrokkenheid van ouders is bevorderlijk gebleken voor de 'adherence' van de adolescent ten aanzien van zijn diabetes-controle.

Overmatige angst voor hypo's kan tot reële proporties teruggebracht worden middels een gedegen uitleg door diabetoloog en diabetesverpleegkundige (educatie) en middels het traceren, uitdagen en bijstellen van irrationele – veelal catastrofale – gedachten omtrent hypo's door psycholoog (cognitieve gedragstherapie), bij voorkeur in groepsverband.

Zie verder het schema achter in dit boekje voor de opsomming van interventiemogelijkheden.

### Geraadpleegde literatuur

1. Snoek FJ, Skinner TC: *Psychology in Diabetes Care*. Wiley diabetes in practice series, 2000
2. Dekovic M. Opvoedingsproblemen in de (pre)adolescentie, implicaties voor onderzoek en hulpverlening. In: *Kind en Adolescent*, 2000, 21 (3), p. 193-210
3. DCCT research Group. Effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. In: *Diabetes Control and Complications Trial. Journal of Pediatrics*, 1994; 125: 177-188
4. Erikson EH: *Childhood and Society*. New York; Norton, 1950
5. Anderson BJ Children with Diabetes Mellitus and family functioning: translating research into practice. In: *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 14, 2001 pp. 645-652
6. Wolfsdorf JI, Anderson BJ, Pasquarello C. Treatment of the child with diabetes. In : *Kahn CR, Weir G., eds. Joslin's Diabetes Mellitus, 13<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, P.A.: Lea Febiger, 1994; 430-451*
7. Silverstein JH, Johnson S: Psychosocial challenge of diabetes and the development of a continuum of care. In: *Pediatr. Ann*, 23, 1994, 300-305
8. Anderson BJ, Vangsness L, Connell A, Butler A, Goebel-Fabbri A, & Laffel LMB: Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes. In: *Diabetic Medicine*, 19, 2002, 635-642
9. Glasgow, RE., Toobert D, Gillette C. Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life. *Diabetes Spectrum* 14, 2001, 33-41

## Hoofdstuk 6

### Diabetes in de adolescentie (13 – 17 jaar)

#### Leeftijdspecifieke ontwikkelingstaken

Een toename in autonomie, zelfbeheersing, informatie-verwerkings-capaciteit en abstraherend vermogen leiden bij de adolescent tot meer zelfreflectie op c.q. bewustwording van gevoelens, gedachten en lichaam en daarmee tot een verandering in zelfbeeld. De vraag of dit zelfbeeld afwijkt of lijkt op die van anderen wordt belangrijk en de adolescent ontwikkelt meer en meer een eigen identiteit. Leeftijdgenoten worden steeds belangrijker. De adolescent gaat experimenteren en soms risicovol gedrag vertonen teneinde zijn grenzen te verkennen. De identiteit van de oudere adolescent (17 – 18 jaar) krijgt steeds definitiever vorm. Hij maakt een keuze voor een studie of beroep en denkt na over wat hij wil op het gebied van relaties en sociale contacten<sup>12</sup>

#### Leeftijdspecifieke diabetes-taken

De adolescent met diabetes heeft naast de 'normale' veranderingen tevens te maken met veranderingen met betrekking tot zijn diabetes die problemen kunnen veroorzaken. Hormonale en lichamelijke veranderingen kunnen de diabetes ontregelen. De glykemische instelling kan sterk wisselen. Extreem hoge en lage bloedsuikers komen regelmatig voor<sup>2,4</sup>. De adolescent moet hierdoor extra zijn best doen en zich aan strenge regels houden. En dit is juist wat hij niet wil. Goed bedoelde adviezen en hulp van de ouders en hulpverleners slaat hij in de wind. Hij zit immers in een periode waarin hij zelfstandig wil zijn en zich los wil maken van zijn ouders.

Het besef rekening te moeten houden met de diabetes kan de adolescent sterk het gevoel geven anders te zijn dan zijn leeftijdgenoten. Ontregelde glykemische instelling, schaamte, sombere gevoelens, conflicten met ouders, problemen rond eten en spuiten kunnen er voor zorgen dat de diabeteszelfzorg

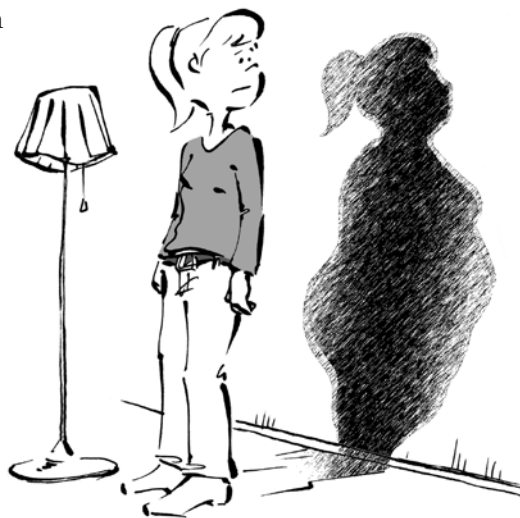
verwaarloosd wordt. De adolescent wil veelal niet geconfronteerd worden met zijn diabetes en meet daarom bloedglucoses niet of onregelmatig en slaat het toedienen van insuline wel eens over. Het geconfronteerd worden met de mogelijk late complicaties kan de adolescent er toe brengen onregelmatig of niet op de afspraken bij de arts te komen.

## Aandachtspunten kind

De vele veranderingen op hormonaal, lichamelijk, seksueel en psychisch gebied leiden tot stress en onzekerheid ("wie ben ik, wat wil ik, wat denk ik, wat voel ik?") en vergen veel van het aanpassingsvermogen van de adolescent. Afhankelijk van het coping-repertoire en de steun van de omgeving kunnen zich depressieve klachten ontwikkelen <sup>3</sup>.

Een belangrijk aandachtspunt is het eetgedrag van de adolescent. Vooral meisjes kunnen erg bezig zijn met hun uiterlijk en gewichtstoename kan dan een probleem worden. Er zijn aanwijzingen dat eetstoornissen (anorexia nervosa, boulimia nervosa en vreetbui-stoornis) frequent vóórkomen onder jeugdige diabetespatiënten, met name meisjes <sup>6</sup>, hoewel niet met zekerheid vaststaat dat de prevalentie verhoogd is ten opzichte van leeftijdsgenoten in de algemene bevolking <sup>9</sup>. Duidelijk is wel dat de combinatie van een eetstoornis en diabetes zeer problematisch is en samengaat met een (extreem) slechte glykemische instelling, mede als gevolg van insuline-omissie, het vroegtijdig ontstaan van microvasculaire complicaties (retinopathie)

en verhoogde mortaliteit <sup>11</sup>. Gelet op de zeer ernstige gevolgen van onbehandelde eetstoornissen op de gezondheidstoestand van adolescenten met diabetes, lijkt verhoogde alertheid op het vóórkomen van eetstoornissen onder deze groep gerechtvaardigd <sup>8</sup>; te meer daar er bij eetstoornissen niet zelden sprake is van psychische co-morbiditeit (depressie, angst) en sociale problematiek (gezinsconflicten).



Als eerste diagnostische signalen kunnen worden genoemd: extreme fluctuaties in de bloedglucosespiegel, herhaaldelijke ernstige ontregeling van de diabetes (ketoacidosis/hypoglykemie), extreem verhoogd HbA1c, frequente vreetbuien en overte angst voor gewichtstoename.

Een ander belangrijk aandachtspunt is de verandering in het sociale leven: de adolescent gaat vaker uit, ontwikkelt zich op seksueel gebied, gebruikt alcohol en experimenteert eventueel met drugs. De bloedglucoseregulatie komt hiermee onder druk te staan, hetgeen nog eens versterkt wordt door het afnemen van de dagstructuur wegens laat naar bed gaan en lang uitslapen, al dan niet thuis. De adolescent doet hierbij prettige, maar soms ook gevaarlijke of schaamtevolle ervaringen op, zoals verlies van controle over de beenspieren bij een extreem hoge bloedglucosewaarde naar aanleiding van alcoholgebruik, of juist het verlies van controle over het lichamelijk en mentaal functioneren door een plotselinge hypoglykemie als nawerking van alcohol en lichamelijke inspanning zoals dansen. Seksuele ervaringen kunnen belemmerd worden doordat de adolescent zich schaamt over zijn/haar 'defecte lichaam'. Hierbij moet gedacht worden aan zichtbare hulpmiddelen zoals de insulinepomp of vaginale klachten bij hoge bloedglucosewaarden.

De ontwikkelende autonomie, maar zeker ook gevoelens van schaamte maken dat de adolescent niet snel advies vraagt aan ouders of diabetesteam. Alertheid van het team is geboden en educatie is noodzakelijk.

## Aandachtspunten ouders

De adolescent kan zich af gaan zetten tegen de opvattingen van zijn ouders, maar neemt ook opvattingen van hen over. Hij wil zelfstandig zijn, zelf beslissingen nemen, maar heeft zijn ouders ook nog nodig bij beslissingen<sup>1</sup>. Voor ouders kan dit een moeilijk proces zijn <sup>10</sup>; zij willen dat de adolescent meer zelfstandig wordt, maar kunnen hem ook nog niet helemaal loslaten. Een veelgehoorde verzuchting van ouders is: "ik wil hem wel vertrouwen en me minder bemoeien met zijn diabetes, maar dan moet ik wel zeker weten dat hij ook alles goed doet; hij denkt niet aan de complicaties later, maar leeft nu." Gevoelens van (over)bezorgdheid, machteloosheid en schuld kunnen zorgen voor een problematische, verwijtende communicatie tussen ouders en adolescent. Ouders verdienen steun van het diabetesteam bij dit proces van loslaten.

Naarmate de adolescentie vordert wordt de relatie tussen kind en ouders steeds evenwichtiger.

## Psychodiagnostiek

Bij een nieuw gediagnosticeerde diabetes mellitus dient het intakegesprek plaats te vinden met de adolescent met diabetes, beide ouders, eventueel broers en zussen en/of een boezemvriend(in). Het verdient de voorkeur om de adolescent ook een half uur individueel te spreken. Uitleg over de rol van de psycholoog is bij uitstek belangrijk voor de adolescent, teneinde de drempel te verlagen om hulp te vragen. Mogelijke thema's als eetproblemen, verslechterende diabetes zelfzorg en toenemende eigen verantwoordelijkheid met alle perikelen van dien kunnen hierbij op normaliserende wijze aan de orde gesteld worden als zijnde veelvoorkomend. Zelden zal de adolescent direct een hulpvraag uiten; de intake is geslaagd wanneer er een start gemaakt is met een vertrouwensrelatie. Wanneer de ouders wel een hulpvraag hebben is het van groot belang de mening te horen (en toestemming te krijgen) van de adolescent voor een verder behandeltraject. De juridische richtlijnen voor uitwisselen van informatie dienen in deze leeftijdsgroep nauwlettend in de gaten gehouden te worden.

De volgende vragenlijsten zijn eventueel ook bruikbaar bij de jaarlijkse psychologische follow-up (zie ook de aanbevelingen hieromtrent en literatuur-referenties in bijlage 6)

- Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten (CBSA).
- PedsOL
- Confidence In Diabetes Self-care (CIDS).
- Child Behavior Check List (CBCL; TRF teacher report form en YSR youth self report)
- Diabetes Gezinsvragenlijst Meningsverschillen (DFCS)
- Diabetes Gezinsvragenlijst Initiatief nemen/ Verdeling van Verantwoordelijkheid (DFRQ)

Bij aangetoonde probleemgebieden en op nadere indicatie dient de diagnostiek vanzelfsprekend uitgebreid te worden om tot een goede behandelindicatie en advies te komen. Met betrekking tot aanwijzingen voor eetproblematiek worden de volgende vragenlijsten aangeraden (zie ook bijlage 6)

- Eating Disorder Examination (EDE)
- Nederlands Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE)

## Behandeling

De ervaring leert dat adolescenten een moeilijk bereikbare groep vormen voor hulpverleners. Een accepterende houding naar de adolescent toe is belangrijk bij het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie. Zoals tussen ouders en kind een nieuwe balans gevonden moet worden binnen de relatie, zo moet ook het diabetes-team zich opnieuw gaan verhouden tot de adolescent, die zij soms al jaren kennen. Een veel voorkomende reden voor verwijzing naar de psycholoog is 'acceptatieproblematiek', hetgeen echter een weinig specifieke verzamelnaam is voor tal van problemen, zoals door de adolescent ervaren, door ouders ervaren of door het team ervaren. Van groot belang is door te vragen naar de (eventueel medische) beweegredenen voor verwijzing: betreffen de zorgen 'slechts' de (omgang met de) diabetes of is er sprake van comorbiditeit al dan niet ten gevolge van de diabetes.

Binnen de psychologische behandeling dient aandacht te zijn voor de ontwikkeling van het zelfbeeld. Naast het zich anders voelen dan leeftijdgenoten kan de geschiedenis van ervaren falen met betrekking tot de diabeteszorg en niet-adequate coping voor emoties van schuld, schaamte en verwijt (zoals liegen en verzwijgen) maken, dat de adolescent een negatief zelfbeeld ontwikkelt. Als gevolg daarvan kan hij of zij moeite hebben hulp te vragen bij het veranderen van de huidige copingstijl. Ontkenning van problematiek en (sociaal) isolement kunnen het gevolg zijn. Zowel internaliserende als externaliserende problemen kunnen hiervan symptomen zijn. Ouders, hulpverleners, maar bovenal de adolescent zelf kunnen zich machteloos voelen. Dergelijke thema's dienen bij uitstek door de medisch psycholoog aangekaart te worden; voor de adolescent bij voorkeur in groepsverband, voor ouders tijdens thema-ouderavonden en voor het kinderdiabetes-team tijdens multidisciplinair overleg. De medisch psycholoog kan het team coachen in voor deze leeftijdsgroep geschikte gesprekstechnieken en hoe om te gaan met gevoelens van onmacht. Gesprekstechnieken vanuit Motivational Interviewing vinden in toenemende mate hun toepassing in de adolescentenpopulatie<sup>1,7</sup>.

Groepsbehandeling kan ingezet worden om thema's van schuld, schaamte en defect te exploreren. Middels cognitieve technieken kan vervolgens grip gekregen worden op belemmerende cognities voor een adequate diabetes-zelfzorg<sup>5</sup>. In bijlage 5 wordt een voorbeeld gegeven van een adolescenten-groepsbehandeling.

Voor de behandeling van eetstoornissen in engere zin is veelal verwijzing naar een hiervoor gespecialiseerde (poli)kliniek binnen de GGZ aangewezen. De medisch psycholoog kan goede dienst bewijzen als intermediair aan het begin en tegen het einde van een dergelijk GGZ-traject. Zie verder bijlage 2.

### Geraadpleegde literatuur

- 1 Channon S, Smith VJ, Gregory JW. A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Arch. Dis Child.* 2003;88: 680-6834
- 2 DCCT research Group. Effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. In: *Diabetes Control and Complications Trial. Journal of Pediatrics*, 1994;125:177-188
- 3 Dekovic, M., "Opvoedingsproblemen in de (pre)adolescentie, implicaties voor onderzoek en hulpverlening, *Kind en adolescent*, 2000, 21 (3), p. 193-210
- 4 Hanas, R., Type 1 Diabetes bij kinderen, *Adolescenten en Jong Volwassenen*, 2001
- 5 Jacobs G, Muller N, Ten Brink, E., *Uit de knoop – rationeel emotieve therapie en andere cognitieve gedragstherapieën bij kinderen en adolescenten*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten. Diegem, 2001
- 6 Daneman D, Rodin G, Jones J, Colton P, Rydall A, Maharaj S, Olmsted M. Eating Disorders in Adolescent Girls and Young Adult Women With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum* 15, 2002, 83-105
- 7 Miller WR, Rollnick S: Talking oneself onto change: motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. *J Cogn Psychother int Q.*, 18, 2004.299-308
- 8 Daneman D, Rodin G, Jones J, Colton P, Rydall A, Maharaj S, Olmsted M. Eating Disorders in Adolescent Girls and Young Adult Women With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum* 15, 2002,83-105
- 9 Daneman D, Rodin G, Jones J, Colton P, Rydall A, Maharaj S, Olmsted M. Eating Disorders in Adolescent Girls and Young Adult Women With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum* 15:83-105, 2002
- 10 Rolland, JS: Mastering family challenges in illness and disability. In: Walsh, F. (ed) *Normal family processes*. New York: Guilford Press, 2003. ISBN 1-57230-816-8, pp. 460-486
- 11 Daneman D, Rodin G, Jones J, Colton P, Rydall A, Maharaj S, Olmsted M. Eating Disorders in Adolescent Girls and Young Adult Women With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum* 15, 2002, :83-105
- 12 Wit de J, Veer van der G: *Psychologie van de adolescentie*, INTRO Nijkerk

## Hoofdstuk 7

### Diabetes in de transitie van adolescentie naar jong-volwassenheid

#### Klaar –over?

Adolescenten met diabetes bereiken op een gegeven moment de fase waarin zij van de kindergeneeskundige zorg over gaan naar de volwassen zorg. Een vaste leeftijd voor dit moment is moeilijk aan te geven. Bij kinderen met een chronische ziekte verloopt de transitie naar het volwassen worden in veel gevallen anders dan bij gezonde jongeren. De levenswijze en ontwikkelingstaken die bij de adolescentie horen, staan op gespannen voet met het leven met een chronische ziekte of beperking. Het hebben van een chronische aandoening vergroot de complexiteit van allerlei ontwikkelingstaken zoals: autonomie, identiteit, seksualiteit, onderwijs, vrijwillige keuzes<sup>9</sup>.

Enerzijds wordt het belangrijk geacht dat de overgang plaatsvindt in een stabiele fase van de gezondheid. Anderzijds zijn er ook argumenten om de overgang te laten samenvallen met eventuele andere overgangen in het leven van de adolescent, zoals het verlaten van de middelbare school, het gaan studeren of werken. Bij de transitie moet rekening gehouden worden met de emotionele en lichamelijke rijpheid, met de wensen van de adolescent en met eventuele medische, chirurgische of psychische problemen die wellicht beter nog in de kindergeneeskundige zorg kunnen blijven. Idealiter kiest de adolescent in overleg met het diabetesteam het moment van overgang, hetgeen eventueel kan leiden tot een langere kindergeneeskundige zorg dan strikt volgens leeftijd geldt. Een zorgvuldige transitie kent een fasering van voorbereiding, formele overgang en evaluatie.

Blum et al <sup>2</sup> definiëren transitie als volgt:

- “... the purposeful, planned movement of adolescents and young adults with chronic physical and medical conditions from child-centered to adult-oriented health care systems.”
- “The optimal goal of transition is to provide health care that is uninterrupted, coordinated, developmentally appropriate, psychologically sound and comprehensive”

De transitie verloopt vaak moeizaam en verhoogt de kans dat er problematische zelfzorg en verlies van follow-up optreedt en dat de adolescent langdurig een slechte instelling heeft met als gevolg suboptimale gezondheid en het risico van versneld optreden van microvasculaire complicaties.

Het doel van de transitie in zorg is tweevoudig:

- Voorbereiden van de patiënt op de overdracht naar de volwassenengeneeskunde, door het verwerven van inzicht in het ziektebeeld en in het doel en de mogelijkheden van de behandeling en het verwerven van eigen verantwoordelijkheid voor medicijnen en dieet.
- Het op elkaar afstemmen van zorg verleend door kindergeneeskunde en de zorg die wordt geboden door de geneeskunde voor volwassenen, met aandacht voor een geschikte ontwikkelingsfase, psychosociale aspecten en een goede coördinatie.

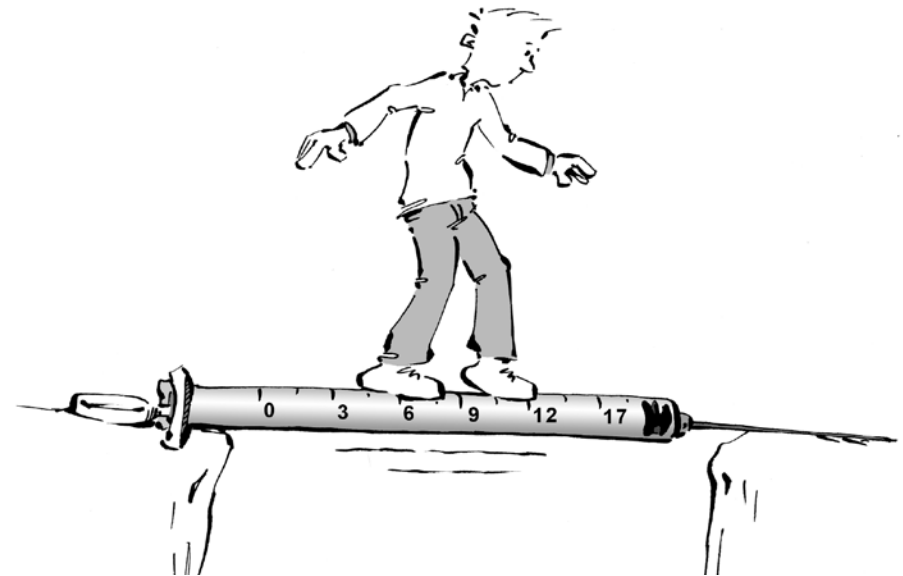
Het gaat hierbij om een proces en geen gebeurtenis <sup>10</sup> dat ondersteund kan worden door een ziekte-specifiek transitieprotocol ten behoeve van een optimale medische en verpleegkundige behandeling.

Donckerwolke en Van der Zeben <sup>4</sup> stellen de volgende voorwaarden voor een transitie protocol:

- Uitgangspunt moet zijn: het continueren van de kwaliteit van zorg. Hiervoor is niet alleen van belang dat medische gegevens overgedragen worden maar dat de jongere inzicht in zijn/haar ziektebeeld heeft, doel en mogelijkheden van behandeling duidelijk zijn en een eigen verantwoordelijkheid voor medicijnen en dieet wordt verworven.
- De procedures voor de transitie moeten worden vastgelegd in een protocol waarbij de procesbewaking ligt bij de kinderarts of, in een multidisciplinair team, bij een ‘case manager’.
- Er vindt een adequate informatieoverdracht plaats naar de verantwoordelijke arts binnen het zorgteam voor volwassenen.
- Alle facetten van de zorg worden overgenomen
- De huisarts dient bij het transitieproces te worden betrokken.

De overgang van zorg kan voor de betrokken adolescenten problemen met zich mee brengen zoals het afscheid nemen van een vertrouwde situatie en van bekende hulpverleners, het opbouwen van een nieuwe hulpverleningsrelatie met internisten en diabetesverpleegkundigen. De overgang kan beangstigend zijn omdat de jongere met een andere werkwijze geconfronteerd wordt maar deze kan ook bevrijdend werken omdat duidelijk een eigen verantwoordelijkheid genomen kan worden. Ouders kunnen zich in de veranderde situatie buitengesloten voelen doordat ze minder bij de behandeling betrokken worden en een andere rol moeten aannemen. Zie voor belemmerende factoren het addendum aan het einde van dit hoofdstuk.

In het algemeen houdt men de kalenderleeftijd aan, onafhankelijk van cognitief functioneren <sup>4</sup>. Maar in feite begint het transitieproces al een aantal jaren eerder. In een vroeg stadium dient reeds geïnventariseerd te worden welke verantwoordelijkheden de patiënt zelf al neemt, welke stappen nodig zijn voor verdere verzelfstandiging en wat nog geleerd of verworven moet worden om de transitie succesvol te laten verlopen. Bij het proces van transitie worden drie fasen onderscheiden: de voorbereiding, de overstap en tot slot de aanpassing in de nieuwe situatie <sup>9</sup>. Voor elke jongere dient een toegesneden transitieplan opgesteld te worden.



## Geraadpleegde literatuur

1. Betz CL: California Healthy and ready to work transition health care guide: Developmental Guidelines for teaching health care self care skills to children. In: *Issues in comprehensive pediatric nursing*: 23, 2000,:203-244
2. Blum WM, Garell D, Hodgman H., Jorissen TW, Okinow NA, Orr DP, Slap GB.: Transition from Child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. In *Journal of adolescent health*, 14. 1993,:570-576.
3. Dekovic M: Opvoedingsproblemen in de (pre)adolescentie, implicaties voor onderzoek en hulpverlening, *Kind en adolescent*, 21 (3), 2000, p. 193-210
4. Donckerwolke RAMG, Van der Zeben AADMCB: Overdracht van de zorg voor adolescenten met chronische ziekten: van kindergeneeskunde naar specialismen voor volwassenen. In: *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* 2002 6 april: 146 (14).
5. Geertjens LJJM & Waaldijk-Holl O: *Gedachten over cliëntgerichte psychotherapie voor adolescenten; vanuit een interactioneel perspectief* (bewerkte versie van een lezing gehouden op het Tweede Nederlandstalig Congres voor Cliëntgerichte Psychotherapie, 1993)
6. Hanas R.: Type 1 Diabetes bij kinderen, *Adolescenten en Jong Volwassenen*, 2001
7. Kohnstamm R. *Ontwikkelingspsychologie deel III, de adolescentie*, 2e druk, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten
8. Rotteveel, *richtlijnen VUMC*
9. Swerissen-Kolken E. *Ze worden groot en dan.....* Eindopdracht voor de specialistische vervolgopleiding kinderverpleegkunde, SVK sept. 2003; Flevoziekenhuis Almere
10. Tempel van der A: *Op eigen benen: continue zorg voor jong volwassenen*. Blauwdruk transitieprotocol AMC. 2004
11. Wit de J, Veer van der G: *Psychologie van de adolescentie*, INTRO Nijkerk, 2000

## Addendum

Belemmerende factoren bij transitie: (Donckerwolke en Van der Zeben, 2002)

### Adolescent

- afhankelijk gedrag
- onvoldoende voorbereid op volwassen patiëntenrol
- psychiatrische problematiek
- gebrekkige sociale steun, sociaal isolement
- gebrek aan vertrouwen in hulpverleners
- gebrekkige therapietrouw
- negatief zelfbeeld

### Ouders

- overmatige behoefte aan controle en bescherming
- emotionele afhankelijkheid
- psychiatrische problematiek
- gebrek aan vertrouwen in hulpverleners
- opvatting over overlevingskansen
- psycho-sociale problematiek

### Diabetes team

- sterke emotionele band met patiënt en ouders
- opvatting over eigen kwaliteit als zorgverlener voor volwassene
- twijfel over de kwaliteit van zorg dat aan hun ex-patiënten zal worden verleend
- ambivalentie ten opzichte van transitie van zorg
- zorg om continuïteit programma

### Volwassenenzorg

- gebrek aan ervaring in omgaan met jong volwassenen met een chronische aandoening
- verkeerde inschatting van mate van zorg behoefte
- gebrek aan institutionele betrokkenheid
- zorg om financiële belasting programma.
- onvoldoende (psychologische) mankracht

Suiker klinkt lekker  
maar je baalt ervan.

Er is altijd een probleem  
bij de oplossing.

## Bijlage 1

### sput- en prikangst

#### Sput- en prikangst

Angst voor naalden in het algemeen en voor prikken en spuiten in het bijzonder komt in iedere leeftijdscategorie voor en kan vanuit meerdere theoretische invalshoeken begrepen worden. Er is weinig onderzoek gedaan naar sput- en prikangst. Sput- en prikangst hoeven niet samen te gaan. Kinderen kunnen bijvoorbeeld heel bang zijn om te prikken maar zichzelf zonder problemen inspuiten. Het verschil kan te maken hebben met een specifieke fobie voor bloed of, in het geval van diabetes, met het eventuele hoge cijfer dat op de glucosemeter gaat verschijnen.

Psychologische en gedragsmatige factoren zijn belangrijke determinanten bij het succesvol omgaan met diabetes. Prikangst of naaldenfobie heeft in de populatie een prevalentie van ongeveer 1,6 procent<sup>1</sup>. Echter uit onderzoek van Zambanini et al.<sup>3</sup> komt naar voren dat dit percentage bij diabetespatiënten een stuk hoger ligt. Bijna een kwart van de 115 ondervraagde diabetespatiënten kende een psychologisch probleem met het injecteren van insuline, hetgeen geassocieerd was met een hogere angst voor injecteren en/of een hogere 'general anxiety' score.

Mollema et al.<sup>2,6</sup> onderzochten het psychologische welbevinden en de diabetes zelfcontrole van 1275 diabetespatiënten. Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen patiënten met angst voor het zelf injecteren (fear of self-injecting, FSI) en angst voor het zelf testen (fear of self-testing, FST). Patiënten met extreme FSI en/ of FST scores bleken tevens hogere scores te hebben voor trait/state anxiety en voor depressie, in vergelijking met de andere patiënten. Deze groep bleek tevens meer gehinderd te worden door angst voor hypoglykemie en door diabetes gerelateerde stress. Daarnaast was er een significant hogere prevalentie van fobieën en psychoneuroticisme ten opzichte van de algemene populatie.

Spuit- of prikangst kan verschillende oorzaken hebben. Uit voornoemd onderzoek van Mollema et al. komt naar voren dat spuit- of prikangst zelden op zichzelf staat maar vaker voorkomt bij patiënten die angstiger zijn dan gemiddeld en vaak samengaat met andere angst- of stemmingsklachten.

Spuit- en prikangst kan op diverse manieren in het gedrag tot uiting komen<sup>4</sup>. Het kind kan het tijdstip van spuiten uit gaan stellen, aarzelen om de naald in de huid te brengen en het aantal injecties willen beperken. Gespannenheid bij het spuiten is eveneens een aanwijzing voor spuitangst. Gespannenheid heeft tot gevolg dat het spuiten pijnlijker is waardoor het kind de volgende keer opnieuw gespannen raakt. Sommige kinderen injecteren steeds op dezelfde plaats waardoor er een zogenaamde 'spuitplek' (lipodystrofie) kan ontstaan, welke nog meer een favoriete plek wordt om te spuiten omdat het minder zeer doet. Sommige kinderen met prik- en spuitangst spuiten te snel de insuline in, waardoor de injectie pijnlijker kan zijn. Voor een uitgebreidere beschrijving van symptomen van spuit- en prikangst bij kinderen en jongeren wordt verwezen naar het addendum aan het einde van deze bijlage.

Een diagnostische analyse dient gestoeld te zijn op meervoudige theoretische denkkaders en aanknopingspunten te bieden voor de behandeling. De analyse richt zich onder meer op de beantwoording van de volgende vragen:

- Is er een oorzakelijk moment, een luxerende factor aanwijsbaar voor het ontstaan van de angst?
- Is de angst gerelateerd aan een psychotraumatische ervaring?
- Welke zijn de ziekte gerelateerde cognities?
- Zijn er instandhoudende factoren aanwijsbaar?
- Hoe verloopt acceptatie c.q. acceptatieproces?
- Is er sprake van een verkeerde injectietechniek?

Afhankelijk van de psychodiagnostische uitkomsten kan gekozen worden voor:

- Cognitieve gedragstherapie
- Speltherapie
- EMDR
- Hynotherapeutische technieken
- Ouderbegeleiding/ mediatietherapie

## Geraadpleegde literatuur

1. Bienvenu OJ, Eaton WW.; The epidemiology of blood-injection-injury-phobia. In: *Psychological Medicine* 28, 1998, 1129 -1136
2. Mollema ED, Snoek FJ, Ader HJ, Heine RJ & Van der Ploeg HM: Insulin-treated diabetes patients with fear of self-injecting or fear of self-testing. Psychological comorbidity and general well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 2000, 665-672
3. Zambanini A, Newson RB, Maisey M. & Feher D: Injection related anxiety in insulin treated diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 46, 1999, 239-246
4. [www.diabetesnederland.nl](http://www.diabetesnederland.nl)
5. Shapiro F: EMDR, basic principles, protocols and procedures 2<sup>nd</sup> edition, The Guilford Press, New York London, 2001
6. Mollema ED, Snoek FJ, Heine RJ, & van der Ploeg HM: :Phobia of self-injecting and self-testing in insulin-treated diabetes patients: opportunities for screening, *Diabetes Medicine*, 18, 2001, 671-674

## Addendum

**Kenmerken van spuit- en prikangst bij kinderen en jeugdigen**  
(Ontleend aan Atrium ziekenhuis, [www.atriumziekenhuis.nl](http://www.atriumziekenhuis.nl) )

### Kinderen van 0 tot 3 jaar

- Versnelde en / of moeizame ademhaling;
- Moeite met in- en doorslapen;
- Gespannen spieren;
- Gespannen gelaatsuitdrukking, trillende lippen, rood gelaat;
- Huilen en schreeuwen;
- Boosheid;
- Afwerende houding.

### *Kinderen van 3 tot 12 jaar*

- Moeite met slapen;
- Gespannen spieren, rusteloosheid, trillen;
- Snelle ademhaling;
- Niet kunnen ontspannen, zenuwachtig, bezorgd;
- Prikkelbaar, ongeduldig, hard of zacht praten;
- Alleen gefixeerd zijn op het spuiten;
- Geen zin hebben in spelen;
- Verminderd leervermogen;
- Afwerende houding.

### *Jongeren van 12 tot 16 jaar*

- Hartkloppingen, duizeligheid, snelle ademhaling, misselijkheid;
- Moeite met slapen;
- Gespannen spieren;
- Rood gelaat, zwetende handen;
- Verlies van zelfbeheersing, prikkelbaar, ongeduldig;
- Zich terugtrekken;
- Slechter kunnen leren, slecht concentreren.

## Bijlage 2

### eetstoornissen

Bij vrouwelijke adolescenten met diabetes type 1 komen eetstoornissen meer dan twee keer zo vaak voor dan bij leeftijdgenoten <sup>1, 5, 8</sup>. Dit verhoogde risico wordt in verband gebracht met de insuline therapie, vooral bij meisjes die een negatief beeld van hun lichaam hebben. Verder speelt ook een rol, dat de behandeling van diabetes onvermijdelijk een sterke focus op eten en voedingsgewoonten met zich mee brengt <sup>8</sup>. Uit onderzoek komt naar voren dat 38 procent van de adolescenten met diabetes regelmatig gebruik maakt van ongezonde vormen van gewichtscontrole. De eetstoornis vergroot de kans op een eerder optreden van diabetes gerelateerde microvasculaire complicaties, in het bijzonder retinopathie. Preventie, vroege opsporing en effectieve interventies zijn cruciaal om de kans op deze voortijdige complicaties te verkleinen<sup>4</sup>.

Boulimia nervosa is de meest voorkomende eetstoornis binnen deze groep. Daarnaast komen echter ook de mildere - zogenaamd sub-klinische eetstoornissen - frequent voor, zoals binge-eating. Regelmatig gaat de diabetespatiënt ertoe over de gevolgen van binge-eating te compenseren, door geen insuline te gebruiken <sup>2</sup>. Daarnaast gaf ruim 10 procent van de meisjes aan insuline injecties over te slaan. Bijna 7,5 procent van de adolescenten spoot minder insuline dan nodig; in de literatuur worden ook percentages genoemd oplopend tot 31 procent <sup>6,7</sup>. Insuline omissie als compensatie-strategie bij eetstoornissen resulteert in hoge HbA1c's.

Van belang is dat het (kinder)diabetesteam alert is op een mogelijke eetstoornis, al bij meisjes in de pre-adolescentie. Bij (een vermoeden op) een verstoord eetpatroon, insuline omissie en schommelingen in de bloedglucose waarden, dient de (kinder)psycholoog ingeschakeld te worden. Wanneer bij een jongere met diabetes een eetstoornis gediagnostiseerd wordt, is een multidisciplinaire assessment en behandeling geïndiceerd, juist vanwege de complexe combinatie van psychologische en medische aspecten van beide aandoeningen.

Tot op heden zijn er geen gecontroleerde onderzoeken geweest naar een effectieve behandeling van eetstoornissen bij type 1 diabetespatiënten. Cognitieve gedragstherapie en psycho-educatie worden vaak als effectieve behandelingen (op korte termijn) genoemd. Bewijs voor goede en lange termijn resultaten is er (nog) niet <sup>3</sup>. Het lijkt van belang om het gehele gezin bij de behandeling te betrekken omdat de wijze waarop gezinsleden omgaan met de eetproblematiek een –onbedoeld – probleemversterkend effect kan hebben.

Eetstoornis-specifieke vragenlijsten als de Eating Disorder Examination (EDE) en de Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE) zijn reeds nader genoemd in hoofdstuk 1.

### Geraadpleegde literatuur

1. Jones J, Colton P: Prevalence of Eating Disorders in Girls With Type 1 Diabetes. In: *Diabetes Spectrum*, 15, 2, 2002
2. Neumark-Sztainer, D et al: Weight control practices and disordered eating behaviours among adolescent females and males with type 1 diabetes: associations with demographics, weight concerns, familial factors and metabolic outcomes. In: *Diabetes Care* 25., 2002
3. Olmsted M: Treating Eating Disorders in Young Women With Diabetes. In: *Diabetes Spectrum*, 15, 2, 2002
4. Rydal: Effects of Eating Disorders in Adolescent Girls and Young Women with Type 1 Diabetes. In: *Diabetes Spectrum*, 15, 2, 2002
5. Silverstein JHI, Johnson S: Psychosocial challenge of diabetes and the development of a continuum of care; In: *Pediatric Annals*, 23, 6, 1994
6. Sydlo D, Wattum van PJ, Woolston J: Psychological aspects of diabetes mellitus. In: *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 2003, 439 – 458
7. Wolfsdorf JI, Anderson BJ, Pasquarello C.: Treatment of the child with diabetes. In: *Joslin's Diabetes Mellitus, Kahn CR, Weir GC, King GL, Moses AC, Smith RJ, Jacobsen AM*, 2004
8. Wysocki T, Greco P, Buckloh LM: Childhood Diabetes in psychological context. In: Roberts MC, Mitchel MC, McNeal R: *Handbook of Pediatric Psychology*, 3<sup>rd</sup> edition 2003

## Bijlage 3

### Motivatie en therapie-trouw

In het werken met kinderen en adolescenten is het te allen tijde belangrijk aan te sluiten bij de ontwikkeling van het kind. Met name is het van belang kennis en begrip te hebben van het oorzakelijk redeneren (en daarmee mogelijke denkfouten) ten aanzien van ziekte, gezondheid en zelfzorg. Het taalbegrip en de kennis van het kind over zichzelf (eigen waarden en normen, overtuigingen, gedrag en identiteit) dienen op hun waarde geschat te worden. Ook de invloed van de sociale omgeving dient getaxeerd te worden. Het (kinder)diabetesteam kan vervolgens met rekenschap van de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt en de sociale omgeving bepalen, op welke manier de patiënt het best begeleid kan worden naar een verbetering van de diabetes zelfzorg en andere gezondheidsbevorderende gedragingen.

Een (kinder)diabetesteam is maar al te bekend met het fenomeen van weerstand bij de patiënt tegen het opvolgen van de adviezen voor een adequate diabetes zelfzorg. Deels inherent aan de normale ontwikkeling tot meer autonomie, is dit met name bij adolescenten veel aan de orde. Met lede ogen constateren ouders, diabetesteamleden en andere betrokkenen dat de frequentie van 'prikken' en 'spuiten' afneemt en dieet-adviezen slecht opgevolgd worden terwijl de glykemische controle verslechtert. Onmachtige gevoelens, boosheid, tijdelijke 'overcontrole', maar ook loslaten van de (zorg voor de) patiënt kunnen het gevolg zijn. De medisch psycholoog mag tot zijn taak rekenen het diabetesteam te ondersteunen via uitleg over veranderingsprocessen en de patiënt mede te motiveren tot gedragsverandering.

## Het proces van gedragsverandering

Het transtheoretische model van intentionele gedragsverandering biedt een kader om weerstand te begrijpen in het licht van stadia van gedragsverandering. In dit welbekende model van Prochaska, DiClemente en Norcross<sup>1</sup> wordt aangegeven dat verandering verloopt via vijf stadia.

1. precontemplatie (nog geen verandering overwegend),
2. contemplatie (verandering overwegend)
3. preparation (toeleggen op verandering en plannen maken)
4. action (de gedragsverandering uitvoeren)
5. maintenance (volhouden van nieuwe gedrag)

In weerwil van de populariteit en 'face validity' van dit model, bestaat er weinig empirische ondersteuning voor

Rollnick en Miller<sup>2</sup> geven het grote belang aan van begrip en acceptatie van de professional (lees: ieder diabetes-teamlid) voor de fase van verandering waarin de patiënt zich bevindt. Een interventie is het meest effectief wanneer deze is afgestemd op de fase van verandering waarin de patiënt verkeert, waarbij elke proactieve beweging van de patiënt richting gezonder gedrag expliciet aangemoedigd dient te worden. Pogingen om het veranderingsproces te versnellen met verontachtzaming van het tempo van de patiënt leiden slechts tot een toename van de weerstand van de patiënt om te veranderen.

## Motivational interviewing (MI)

Motivational Interviewing (MI) is een kortdurende, patiëntgerichte, directieve behandelbenadering waarbij de focus ligt op samenwerking. MI streeft naar het vergroten van de intrinsieke motivatie tot verandering door het perspectief van de patiënt te exploreren en de mogelijke ambivalente gevoelens die gedragsverandering in de weg staan te onderzoeken. In contrast met de meer traditionele medische benaderingen die vooral gebaseerd zijn op confrontatie met gevolgen (vooruitzicht van complicaties), educatie en autoriteit, gaat MI uit van de autonomie van de patiënt en betracht in de samenwerking eigen ideeën bij de patiënt uit te lokken ten aanzien van gedragsverandering. Ambivalentie wordt hierbij niet beschouwd als kenmerk van pathologie of 'zwakte' maar als een oplosbaar punt dat - eenmaal opgelost - een persoon richting verandering beweegt.

Deze benadering sluit goed aan bij de adolescent, die immers in zijn ontwikkelingsfase gericht is op het verkrijgen van onafhankelijkheid,

autonomie en identiteits-vorming. De ambivalentie die adolescenten veelal voelen bij een als 'opgelegd' ervaren medisch regime is derhalve in zekere zin als passend te beschouwen voor de ontwikkelingsfase van de adolescent, waarin zoveel verschillende belangen en interesses strijden om de aandacht.

De vier onderliggende principes van MI zijn

1. het tonen van empathie (ambivalentie is normaal, acceptatie hiervan vergemakkelijkt verandering)
2. aftasten van een eventuele discrepantie tussen het huidige gedrag van de patiënt en zijn behandel- of levensdoelen (waarbij het aan de patiënt overgelaten dient te worden om met argumenten te komen om te veranderen),
3. meebewegen met de weerstand van de patiënt (waarbij weerstand dient als signaal om anders met de patiënt om te gaan!)
4. ondersteunen van de self-efficacy van de patiënt (geloof en vertrouwen stellen in de manier waarop de patiënt zelf denkt te kunnen veranderen).

In de praktijk van de gespreksvoering leidt dit tot de volgende aanbevelingen.

- Accepteer de bedenkingen van de patiënt en volg zijn/haar belangen
- Laat de patiënt zelf eventuele tegenstrijdigheden ontdekken in korte versus lange termijn doelen en gezondheids- versus vrijetijdsdoelen;
- Vermijd pogingen tot het overtuigen van de patiënt
- Wees uitnodigend voor nieuwe inzichten, maar leg deze niet op
- Laat de patiënt - en niet de hulpverlener - verantwoordelijk zijn voor het kiezen en uitvoeren van (de manier van) veranderen.
- Gebruik vooral gesprekstechnieken als het stellen van open vragen, reflectief luisteren (parafraseren, benoemen van gevoelens), bevestigen van beleving, samenvatten van genoemde 'voors' en 'tegens' (voor het aanscherpen van discrepanties)
- Nodig uit tot het identificeren van eigen beweegredenen, mogelijkheden en behoefte aan verandering
- Stimuleer tot 'change talk' (in de trant van "ik moet toch echt vaker gaan sporten"; "kon ik maar wat beter van de chocola afblijven").
- Maak gebruik van een schaal van 0 tot 5 waarop de patiënt de mate van belangrijkheid van een doelstelling dient aan te geven en vraag door waarom het niet een punt lager ligt en wat er voor nodig is om het een punt hoger te laten worden.

Voor een uitgebreide beschrijving van de methode van Motivational Interviewing wordt verwezen naar Miller en Rollnick <sup>3</sup>. Onderzoek naar de effectiviteit van MI en andere kortdurende behandeling staat nog in de kinderschoenen, maar voorlopige resultaten geven aan dat MI leidt tot een betere glykemische controle en dat MI in groepsverband een positieve invloed heeft op de perceptie van diabetes <sup>4, 6</sup>.

### Geraadpleegde literatuur

1. Prochaska JO, DiClemente CC en Norcross, JC In search of how people change: application to addictive behaviors. In: *Am. Psychol.* 1992;47:1102-1114
2. Miller WR, Rollnick S. Talking oneself onto change: motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. In: *J Cogn Psychother int Q.* 2004;18:299-308
3. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing People for Change. 2<sup>nd</sup> ed. New York, NY: Guilford Press; 2002.
4. Channon S, Smith VJ, Gregory JW. A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. In: *Arch. Dis Child.* 2003;88:680-683
5. Rollnick S, Miller WR, What is motivational interviewing? In: *Behav Cogn Psychother int Q.* 2004;18:299-308
6. Channon, SJ, Huws-Thomas MV, Rollnick S & Hood, K: A Multicenter Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing in Teenagers with Diabetes. In: *Diabetes Care*, 2007, 30, 6, 1390-1395

## Bijlage 4

### Hypo-unawareness en hypo-awareness training

Sommige kinderen en adolescenten kunnen de fluctuaties in de bloedglucose-spiegel niet goed verklaren. De ene dag is de bloedglucosespiegel na het eten hoog en de andere dag juist weer laag, de ene keer voelt hij zich misselijk bij een hoge bloedsuiker en de andere keer niet en al met al is er in de beleving van het kind of de adolescent geen peil op te trekken.

Een hypo-awareness training behelst een systematische werkwijze om inzicht te krijgen in het beloop van bloedglucosewaarden en symptomen passende bij een hypo of hyper. Van te voren dient goed ingeschat te worden of kind en ouders het vele huiswerk en de afspraken eens per twee weken bij de psycholoog kunnen opbrengen.

Voor een beter inzicht is het belangrijk een tijd lang goed te Observeren, te Controleren, te Noteren en uiteindelijk te Herkennen.

#### Observeren

Voordat het kind of de adolescent zijn bloedglucose gaat meten moet hij nagaan hoe hij zich voelt (symptomen: hoofdpijn, zweterig, dorst et cetera of geen bijzonderheden) en wat hij heeft gedaan (activiteit: gefietst, tv gekeken et cetera).

#### Noteren

Dit gevoel en de activiteit noteert hij in een tabel. Voordat hij daadwerkelijk gaat meten maakt hij een schatting van de waarde van de bloedglucose. Deze waarde schrijft hij ook op in de tabel.

#### Controleren

Daarna meet hij zijn bloedglucose en schrijft de werkelijke waarde op in de tabel.

**Herkennen**

De eerste week zullen de geschatte en werkelijke waarden nog ver uit elkaar liggen. De ervaring leert echter, dat na twee weken de geschatte waarde en de werkelijke waarde elkaar beter benaderen en dat het kind of de adolescent de symptomen passende bij een hoge of lage waarde beter leert herkennen.

In de gesprekken worden de tabellen van de afgelopen twee weken besproken. Gekeken wordt of er al een bepaalde lijn te herkennen is. Wanneer de patiënt zich meer bewust is van de sensaties of het gevoel passende bij een bepaalde bloedglucose waarde, kan zijn zelfvertrouwen hierdoor groeien en kan de training afgebouwd worden.

Datum:

|                        |  |
|------------------------|--|
| Tijd                   |  |
| Wat voel ik?           |  |
| Activiteit             |  |
| Schatting bloedglucose |  |
| Bloedglucose           |  |



**Bijlage 5**

**Drie voorbeelden van groepsbehandeling**

In deze bijlage worden 3 voorbeelden gegeven van mogelijke groepsbehandelingen bij een aantal kinderpatiëntengroepen met diabetes.

Als eerste wordt genoemd “Op Koers”. Een psycho-educatie groeps interventie voor chronisch zieke kinderen (dus generiek) ontwikkeld door de afdeling Medische psychologie van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam in samenwerking met de afdeling Ontwikkelings-psychologie van het VU Medisch Centrum in Amsterdam. Met deze interventie zijn de eerste stappen gezet voor een evidence-based psycho-educatieve programma voor kinderen met een chronische aandoening.

Als tweede wordt beschreven een cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling voor vrouwelijke adolescenten zoals deze ontwikkeld is door Lieke van Dongen.

Tot slot wordt een interventie programma beschreven zoals deze in het Flevoziekenhuis in Almere gebruikt wordt bij kinderen met diabetes die in de 7<sup>e</sup> en 8<sup>e</sup> groep van de basisschool zitten.

# Voorbeeld 1

## Psycho-educatief groepsinterventie voor chronisch zieke kinderen

Het programma is ontwikkeld om kinderen met een chronische aandoening in staat te stellen om beter met hun aandoening om te gaan door middel van het aanleren van actief gebruik van coping strategieën. Denk hierbij aan: actief op zoek gaan naar informatie, relaxatie technieken, positief denken ten behoeve van een beter zelfbeeld en sociaal-emotioneel functioneren<sup>1</sup>.

Het interventie programma ziet er als volgt uit (met toestemming van auteurs geplaatst):

1 Last, BF, Stam H., Onland-van Nieuwenhuizen AM, Grootenhuis MA, Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: First results. In : Patient Education and Counseling, 2007; 65: 101-112

Table 1: Description of the sessions for different age groups

|   | content/<br>homework | Group 8-10 years                                                                                                                                                                                                                | Group 10-12 years                                                                                                                                                                                         | Group 12-18 years                                                                                                                                                                                                         |
|---|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Content session      | <ul style="list-style-type: none"><li>- introducing the intervention and rules</li><li>- getting to know each other</li><li>- making a name for the group</li><li>- thermometer</li><li>- introducing TFD-model + SoF</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- introducing the intervention and rules</li><li>- getting to know each other</li><li>- making a name for the group</li><li>- introducing TFD-model + SoF</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- introducing the intervention</li><li>- getting to know each other</li><li>- thermometer</li><li>- TFD model + SoF</li><li>- questions others ask you about your disease</li></ul> |
| 2 | Homework             | <ul style="list-style-type: none"><li>- three questions asked about your disease</li><li>- questionnaires</li><li>- thermometer</li><li>- Nice and New last week</li><li>- discussion of homework</li></ul>                     | <ul style="list-style-type: none"><li>- three questions about your disease</li><li>- questionnaires</li><li>- thermometer</li><li>- Nice and New last week</li><li>- discussion homework</li></ul>        | <ul style="list-style-type: none"><li>- read about TFD-model</li><li>- questionnaires</li><li>- thermometer</li><li>- Nice and New: last week</li><li>- discussion homework</li></ul>                                     |
|   | Content session      | <ul style="list-style-type: none"><li>- it is good to know better</li><li>- how can you find answer to a question?</li><li>- relaxation exercise</li></ul>                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>- it is good to know better</li><li>- how can you find answer to a question?</li><li>- relaxation exercise</li></ul>                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>- it is good to know better</li><li>- discussion about sources of information</li><li>- relaxation practice</li></ul>                                                               |
| 3 | Homework             | <ul style="list-style-type: none"><li>- formulate one question and find answers</li><li>- relaxation exercise (CD)</li></ul>                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>- formulate one question and find answers</li><li>- relaxation exercise (CD)</li></ul>                                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>- formulate questions</li><li>- relaxation exercise (CD)</li></ul>                                                                                                                  |
|   | Content session      | <ul style="list-style-type: none"><li>- video practicing tricks for medical procedures</li><li>- relaxation exercise</li></ul>                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>- my personal competencies game</li><li>- video: take initiative and inform</li><li>- role playing</li></ul>                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>- open communication</li><li>- role play approaching physician</li><li>- video: take initiative and inform</li></ul>                                                                |
| 4 | Homework             | <ul style="list-style-type: none"><li>- find 2 example how you can relax</li></ul>                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>- formulate 2 things you can not do and 2 things which you can do instead</li></ul>                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>- tell the story of your disease</li></ul>                                                                                                                                          |
|   | Content session      | <ul style="list-style-type: none"><li>- my personal competencies game</li><li>- video: take initiative and inform</li><li>- role play: active approach</li></ul>                                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>- recognition of negative and positive thoughts</li><li>- teasers and pleasers game</li></ul>                                                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>- discussion being different</li><li>- my personal competencies game</li></ul>                                                                                                      |
| 5 | Homework             | <ul style="list-style-type: none"><li>- formulate 2 things you can not do and 2 things which you can do instead</li></ul>                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>- make a list of everything you can do</li></ul>                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>- make a list of everything you can do</li></ul>                                                                                                                                    |
|   | Content session      | <ul style="list-style-type: none"><li>- teasers and pleasers game</li><li>- role play: inform peers about what you can not and what you can do instead</li></ul>                                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>- relaxation exercise</li><li>- role play: inform peers about what you can not and what you can do instead</li></ul>                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>- recognizing negative thinking</li><li>- identifying and correcting inaccurate thoughts</li><li>- relaxation</li></ul>                                                             |
| 6 | Homework             | <ul style="list-style-type: none"><li>- create a list of all you are able to do</li><li>- relaxation</li></ul>                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>- create a list of all you are able to do</li><li>- relaxation</li></ul>                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>- describe three negative thought</li><li>- identify and correct them</li></ul>                                                                                                     |
|   | Content session      | <ul style="list-style-type: none"><li>- drawing: personal competency</li><li>- evaluation</li></ul>                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>- drawing: when you are old</li><li>- evaluation</li></ul>                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>- giving compliments</li><li>- repetition goals of the program</li><li>- evaluation</li></ul>                                                                                       |

## Voorbeeld 2

### Cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling voor vrouwelijke adolescenten

Deze groep is bedoeld voor meiden met DM, die in principe normaal functioneren op maatschappelijk, sociaal en emotioneel vlak. Deze groep is vaak moeilijk te bereiken voor de ouders en (medisch) hulpverleners. Een veel gehoorde reden voor verwijzing is acceptatieproblematiek en verminderde therapietrouw. De interventies zijn niet gericht op individuele psychopathologie.

#### Algemene doelstelling:

- 1 met lotgenoten exploreren wat de impact is van DM op je leven en op de verwachtingen en wensen in het dagelijkse leven. Wat zijn helpende en niet- helpende cognities en gedragingen in de omgang met DM? Inzicht verwerven in mogelijk veranderbare cognities en (DMzelfzorg)gedragingen (6G-schema).
- 2 vergroten van het vertrouwen in jezelf (gevoel van eigenwaarde) en in je lichaam; aandacht voor competentie en veerkracht.
- 3 bewustwording van eigen lichaams- en gezondheidsbeleving (gevoel), gericht op integratie van chronische aandoening in eigen lichaamsbeeld (cognities).

#### Kenmerken van de groepsbehandeling:

- Structuur van de groep: gesloten groep met vast aantal bijeenkomsten; mogelijk vervolg in lotgenotencontactgroep
- aantal deelnemers: 6-8
- Leeftijd 13-14 (jonge adolescent); 15-16 jaar en 17-18 jaar; de inhoud van bijeenkomst 5 en 6 verschilt per leeftijdsgroep
- Sekse: vrouw
- Aantal bijeenkomsten: 6 keer + follow-up bijeenkomst
- Frequentie: eenmaal per maand; totaalduur half jaar
- Duur bijeenkomsten: 75 minuten

#### Inhoud van het programma:

Iedere bijeenkomst wordt als volgt opgebouwd:

1. Rondje 'gooi het op tafel' (15 minuten)  
De groepsleden krijgen de kans positieve en minder positieve ervaringen van de tussenliggende periode te delen. Naar aanleiding van de vorige bijeenkomst wordt nagegaan wat hen in de tussenliggende periode heeft beziggehouden. (Bijvoorbeeld wordt navraag gedaan naar welke gedachten hen de afgelopen periode geholpen hebben)

2. Groepsopdracht of groepsgesprek (30 minuten) naar aanleiding van het doel van de bijeenkomst
3. Pauze (15 minuten)
4. Verdieping/ uitwerking van de groepsopdracht (20 minuten)
5. Afsluiting en afspraken voor volgende keer (10 minuten)

### Doel van de bijeenkomsten

#### Bijeenkomst 1

Kennismaking en groepsvorming

#### Bijeenkomst 2 en 3

Met lotgenoten exploreren wat de impact is van DM op de verwachtingen en wensen in het dagelijkse leven. Wat zijn helpende en niet- helpende cognities en gedragingen in de omgang met DM? Inzicht verwerven in mogelijk veranderbare cognities en (DMzelfzorg)gedragingen (6G-schema)

#### Bijeenkomst 4

Wat zijn helpende en niet- helpende cognities en gedragingen in de omgang met DM? Welke cognities helpen om meer vertrouwen te krijgen in jezelf (gevoel van eigenwaarde), je competenties en je lichaam. Focus op competente kanten in tegenstelling tot nadruk leggen op wat fout gaat.

#### Bijeenkomst 5 en 6

Met lotgenoten exploreren wat de impact van Diabetes Mellitus op de lichaamsbeleving en gezondheidsbeleving is. Hoe beleef je je lichaam (ben je tevreden over je uiterlijk? Geeft je lichaam je plezier of alleen zorgen? Vriend of vijand?), hoe beleef je seksualiteit, is je lichaam te vertrouwen? Welke cognities bestaan er rondom het eigen lichaam. Welke cognities helpen om meer vertrouwen te krijgen in jezelf (gevoel van eigenwaarde), je competenties en je lichaam.

### Follow-up bijeenkomst

Evalueren van.

- individuele processen: zijn niet-helpende cognities veranderd in helpende cognities (vb lichaamsbeeld en gezondheidsbeleving)? Welke cognities helpen om meer vertrouwen te hebben in jezelf (gevoel van eigenwaarde), je competenties en je lichaam. Welke cognities helpen je om je diabeteszelfzorg zo goed mogelijk vol te houden?
- groepsproces: welke onderdelen van deze groepsbehandeling waren leerzaam of anderszins zinvol voor de groep?

### Nota Bene

Deze groepsbehandeling is ontwikkeld door Lieke van Dongen; gelieve contact met haar op te nemen voor het verkrijgen van het gedetailleerde programma per bijeenkomst: LvanDongen@amphia.nl

## Voorbeeld 3

### Groeps-educatie eind basisonderwijs (Flevoziekenhuis)

#### Inleiding

Hierbij is de opzet om kinderen met diabetes, op de grens van basisonderwijs naar voortgezet onderwijs, groepsgewijs een aanvullende training te geven met betrekking tot allerlei zaken die spelen rond het hebben van een chronische aandoening als diabetes. Wij kiezen juist voor deze leeftijd omdat wij er van uitgaan dat de cognitieve en sociaal-emotionele rijping zodanig is dat meer abstracte zaken rond diabetes begrepen kunnen worden (ziektebegrip) en er meer ruimte ontstaat om te reflecteren op eigen handelen. Daarnaast speelt het aspect dat een aantal zaken die juist spelen rond dit transitie moment nu goed aan de orde gesteld kunnen worden zoals: Vertel ik dat ik diabetes heb? Doe ik dat? Meer eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot het managen van de diabetes. Het geheel staat ook in het kader van ontwikkelingsperspectief: de kinderen gaan zich meer en meer losmaken van de ouders en richten zich meer en meer tot de peer groep. Deze bijeenkomsten zijn ook een start om de kinderen toe te leiden naar een tienerpoli waarbij zij meer in aanraking komen met kinderen met diabetes van hun eigen leeftijd.

#### Opzet

Een groep wordt gevormd van maximaal 12 kinderen die in groep 7 of 8 van het basisonderwijs zitten. Deze kinderen worden uitgenodigd om gedurende twee jaar (waarbij precies ook de transitie een rol speelt), elkaar 6 keer te ontmoeten waarbij telkens andere thema's aan de orde gesteld worden. Na het eerste jaar zijn de 8e groepers 1e jaars VO geworden en kan er zo ingegaan worden op die zaken die dan gaan spelen en kan er geleerd worden van elkaars ervaringen. Daaraan voorafgaand worden de ouders uitgenodigd om over opzet, doel etc van deze bijeenkomsten geïnformeerd te worden.

#### Methode

Wij maken gebruik van verschillende technieken, methoden en oefeningen die geënt zijn op verschillende theoretische gronden. Naast psycho-educatie over o.a diabetes, ziektebegrip etc, wordt gebruik gemaakt van technieken die o.a. stammen van motivational interviewing, oplossingsgerichte therapie, cognitieve therapie etc. Gaande de 6 bijeenkomsten worden telkens andere onderwerpen aan de orde gesteld waarbij telkens ook een ander lid van het diabetes-team min of meer een belangrijkere rol speelt. In principe zijn wel altijd alle leden van het team bij deze bijeenkomsten aanwezig.

#### Opbouw

1. Kennismaking, o.a.  
Interview spel  
Inventarisatie ziektebegrip
2. Voeding en diabetes  
Samen eten koken (in samenwerking met een VO school) waarbij voor zowel leerlingen van de VO als de kinderen met diabetes aandacht besteed wordt aan hoe diabetes werkt, belang van koolhydraten tellen, meten en insuline spuiten. Aan het eind gezamenlijk eten, eventueel samen met de ouders
3. Beweging en diabetes  
Een survival middag waarbij allerlei aspecten rondom diabetes en beweging aan de orde komen.
4. Het laboratorium en diabetes  
Nu wordt ingegaan op wat er met je urine en bloed gebeurt dat telkens weer gecontroleerd moet worden. De kinderen brengen een bezoek aan het laboratorium van het ziekenhuis, krijgen voorlichting en gaan zo mogelijk zelf aan de slag.
5. Hoe ga ik met mijn diabetes om?  
Deze middag worden elkaars ervaringen besproken, geoefend met rollenspelen en, in kleine groepjes, affiches gemaakt m.b.t. wat het betekent om diabetes te hebben.
6. De toekomst en diabetes?  
De laatste keer wordt ingegaan op allerlei aspecten die een rol gaan spelen wanneer de kinderen ouder worden en minder onder toezicht van de ouders komen te staan en zelf beslissingen moeten gaan nemen alcohol, relaties, beroepskeuze. Daarbij wordt aandacht besteed aan de problemen die een rol kunnen gaan spelen en de eventuele complicaties die zich bij diabetes voor kunnen doen. Ook wordt met de kinderen besproken of ze het prettig vinden om met elkaar contact te houden en bekeken hoe dit het meest praktisch kan.

#### Nota Bene

Deze groepsbehandeling is ontwikkeld door het diabetesteam van het Flevoziekenhuis. Voor nadere informatie: [gdboer@flevoziekenhuis.nl](mailto:gdboer@flevoziekenhuis.nl)

## Bijlage 6

### Lijst van vragenlijsten en onderzoeksmiddelen

#### Algemeen

##### *Persoonlijkheid en zelfbeeld*

- Junior Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV-J, Harcourt test publishers)
- Competentiebelevingsschaal voor Kinderen, Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, Ph.D.A., Van den Bergh, B.R.H. & Ten Brink, L.T. (1997). (CBSK, Harcourt test publishers)
- Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten, Treffers, Ph. D.A., Goedhart, A.W., Veerman J.W., Van den Bergh, B.R.H., Ackaert, L., De Rycke, L. (2002). (CBSA, Harcourt test publishers)
- Prestatie Motivatie Test voor kinderen (PMT-K) (Harcourt test publishers)
- Sociaal Emotionele Vragenlijst Prof. Dr. J.P. van der Ploeg; Dr. E.M. Scholte; (2007) (SEV, Bohn Stafleu van Loghum)
- Zinnen Aanvul Lijst Curium (ZALC), instrument voor het meten van de ego-ontwikkeling; Westenberg, P.M.'Drewes, M.J.; Siebelink, B.M.; Treffers, Oh.D.A.; Jonckheer, J.; Goedhart, A.W (2000). (ZALC, Harcourt test publishers)

##### *Gedrags- en psychiatrische problemen*

- Children Behavior Check List, Aschenbach, versies Youth Self Report (YSR) en Teachers Report Form (TRF) (CBCL, Sophia kinderziekenhuis, Rotterdam)
- Children Depression Inventory (CDI, Harcourt test publishers)
- Child Health Questionnaire, J.M. Landgraf, L. Abetz, J.E. Ware (1996), versies CF 87 (child form) en PF 50 (parent form)
- Well-being Index (WHO-5)
- Sociale Angst Schaal voor kinderen (SAS-K, Harcourt test publishers)

##### *Gezin*

- Gezins klimaat schaal, eventueel verkorte versie (GKS-II, Harcourt test publishers)
- Nijmeegse Ouderlijke Stress Index: (NOSI, Harcourt test publishers)

##### *Kwaliteit van Leven*

- TACQOL (TNO AZL Children's Quality of Life; versies voor ouder (PF) en kind (CF) voor verschillende leeftijden)
- TAPQOL voor ouders/verzorgers van kinderen van 1 tot en met 5 jaar
- TAAQOL voor personen van 16 jaar en ouder; TNO Preventie en Gezondheid, Leiden
- Revidierter Kinder Lebensqualitätfragebogen (KINDL-R) (tevens diabetes-specifiek)
- Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL 4.0, versies voor ouder en kind, tevens diabetes-specifiek; zie [www.pedsql.org](http://www.pedsql.org) ad 'translations')

##### *Projectief*

- Columbus
- Child Apperception Test (CAT, Harcourt test publishers)
- Thematic Apperception Test (TAT, Harcourt test publishers)
- Zinaanvultest (ZAT)
- Rosenzweig
- Sociale Interpretatie Test

##### *School*

- Schoolvragenlijst (SVL, Harcourt test publishers)
- Schoolgedragbeoordelingslijst (Schobl-R, Harcourt test publishers)

##### *Eetproblemen*

- Eating Disorder Examination (EDE) Fairburn & Cooper, 1993; Nederlandse vertaling voor kinderen is beschikbaar (Decaluwé & Braet, 1999) Geen COTAN beoordeling. Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th edition). In: C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), Binge eating: Nature, Assessment and Treatment (p. 123-144). New York: Guilford Press.
- Eating Disorder Evaluation Scale (EDES), Vandereycken, W. Leuven
- Eating Disorder Inventory, (EDI-II), Garner e.a., 1983, Nederlandse versie: T. van Strien, (Harcourt test publishers)
- Nederlands Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE) Van Strien, 1986. Geen COTAN beoordeling. Strien, T. van, Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A. & Defares, P.B. (1986). De Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag. (NVE Harcourt test publishers)

### **Diabetes-specifieke vragenlijsten**

- Diabetes Gezinsvragenlijst Meningsverschillen (Diabetes Family Conflict Scale DFCs) Rubin, R., Young-Hyman D., Peyrot, M. Parent-child responsibility and conflict in diabetes care. *Diabetes* 1989; 38 (suppl.2): 28.
- Diabetes Gezinsvragenlijst Initiatief nemen/ Verdeling van Verantwoordelijkheid (DFRQ) Anderson, B.J., Auslander, W.F., Jung, K.C., Miller, J.P., & Santiago, J.V. (1990) Assessing family sharing of diabetes responsibilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 477-492.
- Revidierter Kinder Lebensqualitätfragebogen DM (KINDL-R DM = diabetes mellitus module)
- Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 DM (PedsQL 4.0 DM = diabetes mellitus module)
- Confidence In Diabetes Self-care (CIDS). Van der Ven, N.C.W., Weinger, K., Yi, J., Pouwer, F., Adèr, H., Van der Ploeg, H.M., Snoek, F.J. The Confidence In Diabetes Self-care (CIDS) scale. Psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in Dutch and U.S. patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 26:713-718, 2003. De Nederlandse versie van de CIDS is de Vertrouwen in Diabetes Zelfzorg (VDZ) schaal. De schaal is geconstrueerd door F.J. Snoek en K. Weinger en gelijktijdig gevalideerd in Nederland en de Verenigde Staten van Amerika. Er is een aangepaste versie voor adolescenten.
- DISABKIDS, Prof. Dr. M. Bullinger, Department of medical psychology, Hamburg. Voor Nederland: Dr. H. Koopman, Kindergeneeskunde, LUMC; Verkrijgbaar via: [www.kidscreen.diehauptstadt.de](http://www.kidscreen.diehauptstadt.de)

### **(Neuro-)psychologische onderzoeksmiddelen**

- Bayley Scales of Infant Development (BSID-II-NL 0-3½ jaar) bij vermoeden van ontwikkelingsproblemen
- Groningse Ontwikkelings Schaal (GOS) bij vermoeden van ontwikkelingsproblemen (voorheen bij Harcourt Test Publishers)
- Snijders-Oomen nonverbale intelligentietest (SON-R 2½-7 jaar) bij vermoeden van cognitieve problemen; Boom Test Uitgevers.
- Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised, WPPSI; Harcourt test publishers.
- Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC III); Harcourt test publishers.
- Kaufman Assessment Battery for Children (k.abc); A.S. Kaufman, N.I. Kaufman; American Guidance Service, Verenigde Staten, Harcourt test publishers.

**Diabetes...**  
**Ik ben net als iedereen**  
**Maar dan anders.....**

**Diabetes doe je samen**  
**En toch..... Alleen!**

| Leeftijd: 0 - 3 jaar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ONTWIKKELINGSTAKEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | AANDACHTSPUNTEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontwikkeling van gehechtheid-relaties c.q. basale veiligheid en vertrouwen</li> <li>- Regulatie en betrokkenheid op de omgeving</li> <li>- Initiatief</li> <li>- Autonomie</li> <li>- Wederkerige interactie met anderen</li> <li>- Accepteren grenzen</li> <li>- Integreren van tegengestelde emoties</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziektebegrip: kinderen houden zich niet bezig met hoe en waarom; merken louter de gevolgen en reageren daarop.</li> <li>- Ouders hoofdverantwoordelijk voor de diabetes controle en voeren de taken uit</li> <li>- Insuline dosering luistert nauw</li> <li>- Ondervangen van hypo's belangrijk voor immature brein</li> <li>- Kind heeft niet de verstandelijke vaardigheden in huis om de aandoening te begrijpen</li> </ul> |
| ALGEMENE TAKEN M.B.T. DIABETES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PROBLEMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouders moeten de diabetes managen en fluctuaties in bloedglucoses herkennen</li> <li>- Zorg voor diabetes rust volledig bij ouders</li> </ul>                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Separatie/individuele c.q. hechting wordt bedreigd</li> <li>- Autonomie ontwikkeling wordt beperkt</li> <li>- Invulling van ouderschap wordt overbelast</li> <li>- Ouders kunnen angst- en schuldgevoelens ontwikkelen</li> <li>- ouders zijn directe hulpverleners</li> <li>- Prik- en spuitangst/weerstand bij kind</li> </ul>                                                                                               |
| INTERVENTIES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geïndividualiseerde ouderbegeleiding, bestaande uit educatie over diabetes, ziektebegrip en interacties ouder-kind</li> <li>- Speltherapie</li> <li>- Ouder-kind behandeling</li> <li>- Video interactie begeleiding</li> </ul>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Leeftijd: 4 - 6 jaar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ONTWIKKELINGSTAKEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | AANDACHTSPUNTEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verworven autonomie gebruiken om de wereld te exploreren</li> <li>- Leren zich veilig te voelen bij anderen buiten het gezin</li> <li>- Oorzaak-gevolg denken op concreet niveau mogelijk</li> <li>- Leeftijdgenoten worden belangrijk</li> <li>- Eerste ervaringen van winnen en verliezen</li> </ul>                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziektebegrip: geen differentiatie tussen lichaam en buitenwereld, uitleg over hoe en waarom van ziekte heeft geen zin; kind ziet zichzelf als slachtoffer van dingen die hem overkomen</li> <li>- Ouders hoofdverantwoordelijk voor de diabetescontrole</li> <li>- Irrationele gedachten over het ontstaan van diabetes kunnen ontstaan</li> <li>- Kinderen worden zich bewust van reacties van anderen op hun diabetes</li> <li>- Kinderen zijn heel energiek; kan negatief effect op hypo's hebben</li> </ul> |
| ALGEMENE TAKEN M.B.T. DIABETES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PROBLEMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- De kleuter gaat deelnemen in de zelfzorg m.b.t. diabetes</li> <li>- Op concreet niveau onder toezicht van de ouder</li> <li>- Het kind kan leren hypo's van hypers te onderscheiden</li> <li>- Maakt eerste stapjes in het leren werken met koolhydraten</li> <li>- Begint met het leren meten van bloedglucose waarden. Leert de eerste stapjes van insuline spuiten</li> <li>- Verantwoordelijkheid diabetes management wordt deels overgedragen aan school, (belangrijk moment)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhoogde separatieangst bij het kind</li> <li>- Verhoogde angst bij ouders om kind los te laten</li> <li>- Verhoogde angst bij ouders om zorg aan anderen toe te vertrouwen (m.n. hypo's)</li> <li>- Prik- en spuitangst bij kind</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| INTERVENTIES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouderbegeleiding gericht op loslaten en op de verzelfstandiging van het kind</li> <li>- Kind in contact laten komen met andere kinderen met diabetes</li> <li>- Speltherapie</li> <li>- Gedragstherapeutische interventies</li> <li>- Inventariseren van ziektebegrip (volgens Koopman/Hösli) en interventies hierop aanpassen</li> </ul>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| Leeftijd: 7 - 9 jaar                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ONTWIKKELINGSTAKEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | AANDACHTSPUNTEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontwikkeling zelfbeeld in relatie tot anderen kinderen</li> <li>- Ontwikkeling creatieve, sportieve en cognitieve vaardigheden</li> <li>- Kind maakt meer eigen keuzes en wordt zelfstandiger</li> <li>- Abstract denken komt op gang</li> </ul>                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziektebegrip: nog geen onderscheid tussen geest en lichaam; oorzaken van ziekte liggen aanvankelijk nog buiten het lichaam</li> <li>- Voorkomen van ontwikkeling van een negatief zelfbeeld</li> <li>- Kinderen zijn niet in staat de diabetes geheel zelfstandig te managen</li> <li>- Het denken is nog onvoldoende ontwikkeld om diabetes werkelijk te begrijpen</li> </ul> <p>Angst voor complicaties in de toekomst kan maken dat ouders te perfectionistisch en over-controle-rend worden</p> |
| ALGEMENE TAKEN M.B.T. DIABETES                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PROBLEMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- De mate van zelfzorg neem toe (bloed-glucose controles en insuline toedienen)</li> <li>- De kennis van het kind omtrent diabetes uitbreiden</li> <li>- Leren plannen en anticiperen met betrekking tot diabetes zelfzorg</li> <li>- Consequenties van handelen leren begrijpen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinderen geraken onzeker door alle aandacht die aan hun lichaam besteed wordt</li> <li>- Het gevoel van lichaamscontrole wordt bedreigd wegens controle-verlies gedurende ontregelingen</li> <li>- Kind voelt zich belemmerd in sport/spel (m.n. hypo's)</li> <li>- Het kind kan over- aangepast gedrag ontwikkelen met als gevolg over-afhankelijkheid van ouders en afzondering van leeftijdgenoten</li> <li>- Prik- en spuitangst</li> </ul>                                                     |
| Interventies                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouderbegeleiding</li> <li>- Groepsbijeenkomsten met lotgenoten</li> <li>- Speltherapie</li> <li>- Gedragstherapeutische interventies</li> <li>- Inventariseren van ziekte begrip</li> </ul>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| Leeftijd: 10 - 12 jaar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ONTWIKKELINGSTAKEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | AANDACHTSPUNTEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constructief bezig zijn met langer durende taken</li> <li>- Ontdekking van talenten bij zichzelf</li> <li>- Leren samenwerken met anderen</li> <li>- Aanleggen van meer complexe oorzak-gevolg relaties en abstract denken</li> </ul>                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziektebegrip: dat de oorzaak van een ziekte binnen het lichaam is gelegen wordt langzaam erkend; kind ontdekt zijn eigen rol bij ziektebeheersing</li> <li>- Diabetes mag leeftijd gerelateerde activiteiten niet in de weg staan</li> <li>- Voorkomen van interferentie met ontwikkeling van schoolse vaardigheden en relaties met leeftijdgenoten</li> <li>- Het 'vertellen aan leeftijdgenoten kan een probleem zijn</li> </ul>                                                                   |
| ALGEMENE TAKEN M.B.T. DIABETES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PROBLEMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- In toenemende mate worden eisen gesteld aan het zelfstandig uitvoeren van zelfzorg</li> <li>- Beginnen met ontwikkelen van probleem oplossende vaardigheden m.b.t. diabetes</li> <li>- Actief meedenken m.b.t. eigen behandeling</li> <li>- M.b.t. de behandeling ligt de focus bij gedeelde verantwoordelijkheid tussen ouders en kind</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurologische 'soft signs' t.g.v. slechte instelling</li> <li>- Slecht ingesteld zijn kan leiden tot langdurige of frequente school absentie</li> <li>- Het kind kan over- aangepast gedrag ontwikkelen met als gevolg overafhankelijkheid van ouders en afzondering van leeftijdgenoten</li> <li>- Kind lijkt de diabetes voorbeeldig te managen maar is er in feite nog niet aan toe.</li> <li>- Prik- en spuitangst</li> <li>- Vermijdend gedrag kan ontstaan (wel eten: niet spuiten)</li> </ul> |
| INTERVENTIES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouderbegeleiding</li> <li>- Kind in contact laten komen met andere kinderen met diabetes</li> <li>- Individuele (spel)therapie</li> <li>- Gedragstherapeutische interventies</li> <li>- Groepsbehandeling gericht op educatie en zelfmanagement van de diabeteszorg</li> <li>- Motivationale technieken</li> <li>- Inventariseren ziektebegrip</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Leeftijd: 13 - 17 jaar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ONTWIKKELINGSTAKEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | AANDACHTSPUNTEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Emotionele en praktische zelfstandigheid</li><li>- Verdere ontwikkeling van informatie verwerkings capaciteit en abstraherend vermogen leiden tot meer zelfreflectie</li><li>- Omgaan met eigen en ander sekse en ontwikkeling persoonlijke identiteit</li></ul>                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>- Ziektebegrip: kind kan ziekte begrijpen in termen van processen binnen het lichaam; verbindingen worden gelegd tussen gezond en ziek-zijn</li><li>- Eigen handelen wordt steeds belangrijker</li><li>- Minder ontvankelijk voor autoriteits figuren</li><li>- Toegenomen zelf-controle</li><li>- Experimenteer gedrag</li><li>- Wisselende voedingsgewoonten</li><li>- Acceptatie</li><li>- Toekomst perspectief en school/ beroepskeuze</li></ul> |
| Algemene taken m.b.t. diabetes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Problemen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Zelfstandig managen van de diabetes; op individueel niveau al of niet nog met meedenken ouders</li><li>- Voorbereiden transitie van kindergeneeskunde naar geneeskunde (va 16 jaar gericht aan werken)</li></ul>                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>- Hormonale veranderingen bemoeilijken regulatie</li><li>- Therapie trouw staat onder druk door fase- gerelateerd gedrag</li><li>- Veel stress en onzekerheid</li><li>- Autoriteits conflicten</li><li>- Eetstoornissen (m.n. meisjes), m.n. insuline omissie</li><li>- Psychiatrische problematiek (angst stoornissen, depressie)</li><li>- Drugs, alcohol</li><li>- Ontkenning en acceptatie problematiek</li><li>- Prik- en spuitangst</li></ul>  |
| Interventies                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Groepsgesprekken met ouders</li><li>- Individuele ondersteunende psychotherapie</li><li>- Gedragstherapie</li><li>- Systeem behandeling</li><li>- Inventariseren ziektebegrip</li><li>- Groepsbehandeling</li><li>- Motivationale technieken</li><li>- Initiëren van transitie naar volwassenenzorg</li></ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |