

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

.....

De gevaarlijke combinatie van diabetes mellitus en een eetstoornis

Een behandeling met kortdurende
schematherapie binnen een
ziekenhuissetting

MAARTJE THIJSSSEN & JENNY BROERSEN

Samenvatting

.....

Schematherapie wint nog steeds aan populariteit. Voor de behandeling van complexe eetpathologie zijn de eerste onderzoeksresultaten voorzichtig positief. Binnen de psychosomatische setting is deze behandelvorm nog ongebruikelijk, terwijl confrontatie met lichamelijke klachten disfunctionele schema's kan activeren, zelfs bij mensen zonder hulpverleningsgeschiedenis.

In deze studie beschrijven we een casus van een 22-jarige vrouw die sinds haar kindertijd bekend is met diabetes mellitus type I (DM I) en eetpathologie, bij wie reguliere CGT- en CGT-E-behandelingen onvoldoende effect lieten zien. Na aanvulling met technieken uit de kortdurende schematherapie volgens een afgebakend protocol werden langdurige positieve resultaten bereikt. Gunstige veranderingen ten aanzien van onderliggende persoonlijkheidskenmerken waren zichtbaar, die leidden tot verbeteringen in de diabeteszorg. Ook tijdens follow-up waren disfunctionele schema's en modi minder prominent aanwezig. Bovenal waren de aanvankelijk torenhoge HbA_{1C}-waarden blijvend gedaald richting een gezonde waarde. Meer onderzoek is nodig naar de werkbaarheid van schematherapie en hieruit afgeleide

behandelvormen wanneer lichamelijke ziekte en psychologische klachten elkaar in stand houden.

Trefwoorden: kortdurende schematherapie, diabetes mellitus type I, boulimia nervosa, eetstoornissen, psychosomatische setting

INLEIDING

.....

Schematherapie (ST) biedt een geïntegreerd behandelmodel dat technieken uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) combineert met elementen uit de psychodynamische psychotherapie, gestalttherapie en hechtingstheorie. Het doel van ST is om oude disfunctionele schema's te herkennen om vervolgens inadequate gedragspatronen voortvloeiend uit deze schema's te leren doorbreken. Voor meer achtergrondinformatie over ST wordt verwezen naar de handboeken van Young, Klosko en Weishaar (2005), van Vreeswijk, Broersen en Nadort (2008), en Arntz en Jacob (2012). De laatste twintig jaar wint ST sterk aan populariteit en wordt deze therapievorm toegepast binnen steeds meer probleemgebieden met een chronisch verloop waarbij persoonlijkheid een rol speelt (Arntz, 2016).

ST werd in de vorige eeuw vanuit de CGT door Jeffrey Young ontwikkeld (Young et al., 2005). Het verschil met het model van Beck is dat bij ST de schemarepresentaties en hiermee geassocieerde kernovertuigingen direct worden behandeld in een samenhangend geheel met emoties, gedrag, coping en interpersoonlijke problemen. Zowel het affect als de invloed van ervaringen uit de jeugd op huidige patronen in het dagelijks leven staan meer centraal. De houding van de therapeut is minder directief dan bij reguliere CGT en gericht op *limited reparenting*: warm en zorgzaam, en waar nodig confronterend en grenzen stellend. Er wordt daarnaast expliciet gewerkt met de therapeutische relatie als belangrijk veranderingsmodel, waarin de therapeut erop toeziet dat cliënten binnen de veiligheid van de opgebouwde vertrouwensband de gelegenheid krijgen om nieuwe schemacorrigerende ervaringen op te doen. Voor een verdere beschrijving van de verschillen tussen het model van Beck en de ST van Young wordt verwezen naar het overzichtsartikel van Arntz (2016).

Oorspronkelijk werd ST ontwikkeld voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen, waarbij de behandeling doorgaans van lange duur was (2 à 3 jaar). Tegenwoordig bestaan er ook kortdurende schematherapiemodellen die gebruikt kunnen worden wanneer schema's en modi tot milde/matige beperkingen in het functioneren leiden. Door de korte duur dient de therapeut keuzen te maken voor een bepaalde set van interventies en kunnen niet alle schematechnieken aan bod komen. Voor de behandeling van deze casus is gekozen voor het kortdurende SCGT-protocol (kortdurende schemathera-

pie: CGT-technieken) dat in 2006 werd ontwikkeld door van Vreeswijk en Broersen en waarvan in 2017 een tweede, herziene druk is verschenen. In deze herdruk zijn geen grote wijzigingen opgenomen. Dit protocol is in drie naturalistische studies onderzocht en laat positieve uitkomsten zien (Renner et al., 2013; van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe, & Broersen, 2012; Videler, Rossi, Schoevenaars, Feltz, & Alphen, 2014). Bewustwording van schema's en modi staat in het SCGT-protocol centraal, alsook cognitieve en gedragsmatige technieken, zoals het taartdiagram, meerdimensioneel evalueren en de voor-en-nadelenanalyse. Verder is er veel ruimte voor rollenspellen gericht op het heden, waarbij de rol van schema's en modi in het contact met naastbetrokkenen centraal staat. Tevens zijn de therapeutische relatie en het gevoelsleven een terugkerend thema in elke sessie. Experimentiële technieken, zoals imaginatie met rescripting, meerstoelentechniek en historisch rollenspel, die vaak als de werkzame factoren binnen ST worden verondersteld, zijn weggelaten. Broersen en van Vreeswijk (2017b) hebben deze in een apart protocol opgenomen. Voorlopig onderzoek lijkt erop te wijzen dat er geen verschil in effect is tussen de experiëntiële en CGT-schematherapie-interventies (Videler et al., 2018; Weertman & Arntz, 2007), hoewel de voorgenoemde studies wel beperkingen hebben. De resultaten van gecontroleerd onderzoek hiernaar worden afgewacht.

SCHEMATHERAPIE EN PSYCHOSOMATIEK

.....

Gezondheidsverlies en ingrijpende medische ingrepen kunnen leiden tot verhoogde stress en comorbide psychologische problemen, zoals de ontwikkeling van angst- en stemmingsstoornissen. Het leren omgaan met lichamelijke ziekte vergt aanpassingsvermogen en doet daarbij een groot beroep op iemands coping en persoonlijkheidskenmerken. Onderzoek toont aan dat vroege negatieve levenservaringen verband houden met disfunctioneel gezondheidsgedrag op latere leeftijd, ongeacht de invloed van sekse, etniciteit, inkomen en opleidingsniveau. Dit betreft zowel het onderhouden van een ongezonde leefstijl als een slechte naleving van medische behandelingen (zie onder anderen: Lodhia et al., 2015; van Ockenburg et al., 2015). Gezondheidsproblemen die al op jonge leeftijd ontstaan, kunnen de ontwikkeling van kinderen verstoren en op deze manier activering van disfunctionele schema's in de hand werken (Williams, Sharpe, & Mullan, 2013).

Parsonnet (2015) benadrukt dat ST niet alleen geïndiceerd is bij mensen met persoonlijkheidspathologie, maar juist ook van meerwaarde kan zijn bij mensen bij wie zogenoemde 'slapende' schema's zijn geactiveerd, als gevolg van de stressvolle omstandigheden die het hebben van een ziekte met zich meebrengt. Vaak doen zich als gevolg van de ziekte situaties voor die doen denken aan vroegere ervaringen waarin niet werd voldaan aan de basisbehoeften van het kind. Daarnaast is ziektecoping vaak geassocieerd met

copingstijlen en kindmodi, die destijds functioneel waren maar adequate ziektecoping op latere leeftijd belemmeren (Lacy, 2015).

Ondanks de invloed van deze vroeg ontstane psychologische mechanismen op ziektecoping en gezondheidsgedrag, is de inzet van ST in het werkveld van de psychosomatiek nog ongebruikelijk. Een uitgebreide zoektocht naar publicaties over de bruikbaarheid van schematherapie in de medische setting in Cochrane, PubMed en PsycInfo levert geen resultaten op. Een informatiebulletin uitgegeven door de International Society of Schema Therapy (Gonzalez, 2015) bevestigt dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar ST in dit werkveld. In deze editie, die overigens volledig gewijd is aan dit onderwerp, delen klinici hun positieve ervaringen met ST bij patiënten met verschillende somatische aandoeningen.

Hoewel er nog geen wetenschappelijke evidentie is, doen bovengenoemde verklaringenmodellen en klinische ervaring vermoeden dat een kortdurende schematherapie van meerwaarde kan zijn voor deze psychosomatische doelgroep, wanneer reguliere CGT onvoldoende effect laat zien. Bij traditionele medisch-gedragsmatige interventies ontbreekt de integratie van cognitieve, affectieve en lichamelijke aspecten met vroeg ontstane psychologische mechanismen die huidig ziektegedrag beïnvloeden. ST lijkt dan ook beter aan te sluiten bij de visie van patiënten en bovendien minder stigmatiserend te werken dan verklaringenmodellen die enkel op ziekte zijn gebaseerd (Gonzalez, 2015).

DIABETES MELLITUS EN EETSTOORNISSEN

.....

Diabetes mellitus type I (DM I) ontstaat vaak al op jonge leeftijd en is een chronische aandoening waarbij het lichaam onvoldoende insuline aanmaakt, wat leidt tot een verstoorde glucosestofwisseling in het bloed. Het belangrijkste doel van de medische behandeling is het normaliseren van de bloedsuikerspiegel (tussen de 4 en 10 mmol/l). Dit vergt een strikt diabetesregime met vaak meerdere keren per dag externe toediening van insuline, frequente bloedsuikercontroles en aanpassing van de voedselinname en het bewegingspatroon. Regelmatig wordt in het bloed van patiënten de zogenoemde HbA_{1c}-waarde gemeten, die het gemiddelde aangeeft van de bloedsuikerwaarde over een periode van een paar weken. Het streven is om een HbA_{1c}-waarde te bereiken lager dan 53 (Snoek & Heine, 2004). Patiënten die sinds de kindertijd bekend zijn met DM I hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van eetproblemen, doordat zij zich al op jonge leeftijd moeten houden aan een strikt diabetesregime, inclusief de angst voor acute en latere complicaties als gevolg van de ziekte (Colton, Olmsted, Daneman, & Rodin, 2013). Uit een meta-analyse met acht studies uit de periode van 1999 tot 2011, bleek de prevalentie van alle eetstoornissen volgens de DSM-IV hoger te liggen bij jongeren met DM I in vergelijking tot gezonde

leeftijdsgenoten, namelijk 7% versus 2,8% (Young et al., 2013). Bijkomend probleem is dat de voorgeschreven dosering insuline kan worden ingezet als compensatiemiddel om gewichtstoename na een eetbui te voorkomen (Pinhas & Levy, 2012). Onderzoek onder adolescenten met DM I zonder gediagnosticeerde eetstoornis laat zien dat 38% regelmatig gebruikmaakt van ongezonde vormen van gewichtscontrole, in het bijzonder onderdosering van insuline (Neumark-Sztainer et al., 2002). Comorbide eetproblemen met grotere verstoringen van de bloedsuikerspiegel hebben logischerwijs een negatieve invloed op het ziektebeloop van DM I, met een verhoogd risico op latere complicaties (Pinhas & Levy, 2012).

BEHANDELING VAN EETSTOORNISSEN

.....

CGT wordt vooralsnog als voorkeursbehandeling gezien voor onder andere boulimia en de eetbui stoornis bij volwassenen (Linardon, Fairburn, Fitzsimons-Craft, Wilfey, & Brennan, 2017; Mulkens & Jansen, 2018), hoewel een aanzienlijk deel van de patiënten na deze behandeling klachten blijft houden. Reguliere CGT schiet vaak tekort doordat denkpatronen bij eetstoornissen verder reiken dan alleen disfunctionele opvattingen over lichaamsomvang en gewicht (Pugh, 2015). Ook na behandeling met het transdiagnostische behandelmodel van Fairburn (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003) genaamd CGT-Enhanced (CGT-E), met aanvullende modules over perfectionisme, een lage zelfwaardering, stemmingsintolerantie en interpersoonlijk disfunctioneren, voldoet ongeveer de helft van de patiënten na 60 weken follow-up nog aan de classificatie van de eetstoornis (Fairburn et al., 2009). In deze CGT- en CGT-E-behandelingen wordt beperkt aandacht besteed aan vroeg ontstane schemarepresentaties, terwijl uit onderzoek blijkt dat er sprake is van een hoge mate van maladaptieve schema's, modi en copingmechanismen die aan de eetpathologie ten grondslag liggen (Leung, Waller, & Thomas, 2000; Talbot, Smith, Tomkins, Bockman, & Simpson, 2015; Voderholzer et al., 2014; Waller, Ohanian, Meyer, & Osman, 2000).

Gestoord eetgedrag wordt bijvoorbeeld vaak in de hand gewerkt door sterk ontwikkelde copingmodi die tot doel hebben om ongemak dat voortkomt uit de kind- en oudermodi te verminderen. Simpson (2012) laat zien dat zowel restrictief eten als eetbuien kunnen plaatsvinden in de context van de modi Straffende en Veeleisende Ouder (zelfbestrafning), Onthechte Zelfsusser (vermijden van of vluchten voor emotionele pijn en leegte) en Behoeftige Kind (verzet tegen het gevoel gecontroleerd of buitengesloten te worden). Wanneer onderliggende schemaprocessen niet in de behandeling worden meegenomen, is terugval in eetpathologie denkbaar. De bruikbaarheid van ST bij eetstoornissen is echter nog beperkt onderzocht. Studies die zijn uitgevoerd zijn gebaseerd op kleine aantallen en follow-upgegevens over de langere termijn ontbreken vaak nog. McIntosh en collega's (2016) vergelijken

in een RCT de behandeling van eetstoornissen (uitgezonderd AN) met ST, CGT-E en *appetite-focused* CGT. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de drie groepen. Opgemerkt moet worden dat ook in deze studie sprake was van een beperkte steekproefgrootte. In een ongecontroleerde pilotstudie met acht deelnemers, waarin het SCGT-protocol van Broersen en van Vreeswijk (2017a) in groepsverband wordt gebruikt, laat de helft van de patiënten klinisch significante verandering zien in hun eetpathologie en wordt tijdens follow-up meer dan 60% verbetering gezien in schema-ernst (Simpson, Morrow, van Vreeswijk, & Reid, 2010).

De hoge mate van terugval na CGT en CGT-E vraagt om de ontwikkeling van nieuwe behandelvormen bij deze doelgroep. In de recent verschenen *Zorgstandaard eetstoornissen* (Kennisnetwerk, 2017) en het *Handboek eetstoornissen* (Noordenbos & van Elburg, 2018) worden nieuwe behandelvormen als *Maudsley Anorexia Treatment for Adults* (MANTRA) en *Specialist Supportive Clinical Management* (SSCM) beschreven als mogelijke veelbelovende alternatieven (Jansingh & Kienhuis, 2018). ST wordt hierin niet genoemd en meer onderzoek is nodig naar de effectiviteit van ST bij eetstoornispatiënten.

ONDERBOUWING VAN ST

.....

In dit artikel bespreken we de psychologische behandeling bij 'Claudia', een 22-jarige vrouw met vroeg ontstane DM I en eetproblemen, bij wie reguliere CGT en CGT-E herhaaldelijk onvoldoende effect lieten zien. Op 15-jarige leeftijd heeft Claudia voor het eerst ambulante CGT gehad, en op 16- en 17-jarige leeftijd tweemaal een klinische opname in twee verschillende gespecialiseerde eetstoornisklinieken op basis van CGT-E. Bij deze behandelingen werd de diagnose boulimia nervosa gesteld. Steeds hadden deze behandelingen slechts kortdurend effect en viel Claudia na afronding binnen enkele maanden terug in oude eetproblemen. Zij geeft aan dat de behandelingen te eenzijdig gericht waren op het eten en dat zij aandacht miste voor de overige probleemgebieden die haar aandacht vroegen. Daarnaast werden de behandelingen destijds geïnitieerd door haar omgeving. Bij de huidige aanmelding voelt zij voor het eerst de intrinsieke motivatie om haar eetproblemen aan te pakken, met als primaire focus verbetering van haar gezondheid.

Claudia werd verwezen door haar internist vanwege eetbuien, compensatiegedrag middels het verminderd of uitgesteld toedienen van insuline en verontrustend stijgende HbA1C-waarden.

Aanvankelijk werd op de afdeling Medische Psychologie een individuele behandeling met CGT-E gestart, teneinde controle te herwinnen op het eten en de diabeteszorg te optimaliseren, met als einddoel een verbetering van de HbA1C-waarden. Aangezien Claudia bekend was met deze behandeling,

werden sommige delen ingekort en interventies toegevoegd, gericht op het vergroten van zelfmanagement ten aanzien van de diabetes.

De op maat gemaakte behandeling wierp aanvankelijk vruchten af: Claudia normaliseerde haar eetpatroon, ze controleerde vaker haar bloedsuikerwaarde, ze spoot regelmatig insuline en pakte sportactiviteiten op. Vanwege de geboekte vooruitgang werd na twaalf gesprekken de frequentie geleidelijk afgebouwd. Een maand later was er echter sprake van plotselinge dropout. Claudia bleek tijdens tentamendrukke opnieuw in eetbuien te zijn vervallen, met als gevolg een IC-opname vanwege keto-acidose (verzuring van het bloed).

Vanwege het uitblijvende resultaat van CGT-E en de noodzaak tot verdere behandeling vanwege het gezondheidsgevaar, werd ervoor gekozen om van de richtlijn af te wijken en over te gaan op SCGT. Verondersteld wordt dat onderliggende schema's en modi de terugkerende problemen rond de diabeteszorg en het eten in stand houden. Met technieken uit de ST wordt de bewustwording vergroot van deze onderliggende schema's en modi en hun ontstaansgeschiedenis, met als doel om in het heden met minder disfunctioneel gedrag vanuit schema's en modi te handelen. Het belangrijkste verschil met de eerdere CGT- en CGT-E behandelingen is dat de focus breder wordt gelegd dan enkel klachtgerichte eetproblemen. Naast aanpak van de eetbuien worden op geïntegreerde wijze nieuwe manieren aangereikt om het algehele stressniveau, copingvaardigheden en interpersoonlijk functioneren te verbeteren. Hierbij wordt meer expliciet dan bij reguliere CGT gewerkt met de therapeutische relatie.

PROBLEEMINVENTARISATIE EN VERKLARENDE DIAGNOSTIEK

.....

Claudia is sinds haar vierde levensjaar bekend met DM I. Zij heeft een havoopleiding afgerond en werkt ten tijde van het intakegesprek enkele uren per week als vrijwilliger. Vanwege de gezondheidsklachten heeft zij verschillende vervolgoopleidingen en banen moeten afbreken. Haar ouders zijn gescheiden toen zij 7 jaar was. Momenteel woont ze samen met haar moeder en jongere broer, terwijl een oudere zus uitwonend is. Met vader is er weinig contact. Claudia heeft 4 jaar een relatie en er zijn enkele goede vriendinnen.

Van haar vader ontving Claudia weinig begrip voor haar ziekte. Zij had de indruk hem hiermee tot last te zijn en probeerde hem zo veel mogelijk te ontzien door zich aan te passen en zich terug te trekken. Moeder nam de diabeteszorg aanvankelijk op zich, tot zij zelf steeds meer in haar eigen problemen verstrikt raakte. Op haar twaalfde jaar werd de diabeteszorg abrupt aan Claudia zelf overgelaten, waardoor zij zich in de steek gelaten voelde en zich lange tijd tegen de medische adviezen heeft afgezet. Claudia denkt dat hierin, in combinatie met het van jongs af aan bewust met eten moeten omgaan, de oorsprong ligt van het ontstaan van de eetproblemen. Pas later merkte zij dat

de eetbuien ook korte tijd helpen om spanning te ontladen, terwijl gewichtsverlies een manier voor haar werd om zich competent en minder onzeker te voelen. Het hebben van diabetes gaf Claudia zowel thuis als op school het gevoel dat ze anders was: haar zus en broer reageerden negatief wanneer zij mee moesten in haar eetstructuur, klasgenoten hadden commentaar op het spuiten, zij kon niet altijd mee met sociale activiteiten en er was sprake van veel schoolverzuim (met twee doublures tot gevolg).

Haar vroege jeugdromstandigheden hebben Claudia vermoedelijk kwetsbaar gemaakt voor stress en hebben invloed op haar manier van coping en haar zelfbeeld. Claudia is sterk gericht op het welzijn van anderen. Zij voelt zich doorgaans niet geaccepteerd, ondanks haar behoefte aan erkenning, waardoor zij eigen behoeften ondergeschikt maakt aan die van anderen. Hierdoor heeft ook haar diabeteszorg steeds geen prioriteit, wat herhaaldelijk leidt tot overbelasting en risicovolle gezondheidssituaties. Aangezien somberheidsklachten worden beschouwd als secundair aan voornoemde probleemgebieden en niet voldoen aan een depressieve stoornis volgens de criteria van de DSM, zijn deze niet expliciet opgenomen in de behandeling. De invloed van stress is toegevoegd, omdat uit de literatuur blijkt dat stress direct door hormonale verandering of indirect via leefstijlveranderingen de bloedsuikerspiegel kan ontregelen (Snoek & Hogenelst, 2012).

Voor aanvang van de behandeling met SCGT werden vragenlijsten afgenomen om het klachtenbeeld te verhelderen. Voor een volledig overzicht van de ruwe scores en beoordelingen wordt verwezen naar tabel 1. Een algemene klachtenlijst (de *Symptom Checklist*, SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986) laat op vrijwel alle subschalen een hoge tot zeer hoge mate van klachten zien. Een vragenlijst naar de algemene omgang met problemen (Utrechtse Coping Lijst, UCL; Schreurs, van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993) schetst een difuus patroon, met een zeer hoge mate van passieve copingstrategieën, evenals een hoge mate van steun zoeken bij anderen en afleiding zoekend gedrag. Op een klachtspecifieke stemmingslijst (*Beck Depression Inventory*, BDI-II; van der Does, 1996) wordt een ernstige mate van depressieve symptomen gerapporteerd. Diagnostiek naar de aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek werd, zoals gebruikelijk in een medische setting, slechts screenend uitgevoerd middels de SCID-II screeningslijst (Weertman, Arntz, & Kerkhofs, 1997). Het SCID-5-P interview en de SCID-5-P vragenlijst waren ten tijde van deze behandeling nog niet beschikbaar (Arntz, Kamphuis, & Derks, 2017). Er zijn geen aanwijzingen voor verder onderzoek naar een persoonlijkheidsstoornis. Wel zijn er verhoogde scores aanwezig op een aantal kenmerken van de borderline-persoonlijkheidsstoornis: een wisselend zelfbeeld, stemmingschommelingen, problemen in afstemming tussen autonomie en nabijheid, en een innerlijk gevoel van leegte. Om te achterhalen of klinisch relevante schema's een rol spelen werd de Nederlandse vertaling (Sterk & Rijkeboer, 1997) van de oorspronkelijke *Young Schema Questionnaire* (Young & Brown,

1994) afgenomen. Voor Claudia waren de drie meest prominente schema's achtereenvolgens Zelfopoffering (ZO), Verlating/Instabiliteit (VE) en Sociaal Isolement/Vervreemding (SI). Ten slotte werd afgenomen de *Schema Mode Inventory* (SMI-1; Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, & Arntz, 2010; Young et al., 2007) om de meest voorkomende schemamodi te identificeren. De modi van de Gezonde Volwassene (GV) en de Veeleisende Ouder (VO) ontlopen elkaar nauwelijks en komen beide in hoge mate voor (76%, respectievelijk 74%). Claudia heeft naast de capaciteit om verantwoordelijk en goed voor zichzelf te zorgen vaak de neiging om hoge eisen aan zichzelf te stellen. Als derde veelvoorkomende modus komt de Onthechte Zelfsusser (OZ) naar voren: Claudia zoekt afleiding om negatieve emoties te vermijden. Helaas was er geen specifiek meetinstrument beschikbaar in het ziekenhuis om de eetproblematiek in kaart te brengen.

Naast de psychologische vragenlijsten werd als belangrijke somatische uitkomstmaat de HbA1C-waarde gedurende de behandeling eens per 2 maanden gemeten. Deze geeft de gemiddelde bloedsuikerspiegel aan over langere tijd en representeert daarmee het resultaat van de diabeteszorg, waarin eetgedrag en insulinegebruik zijn verwerkt.

Ten slotte gaf Claudia bij aanvang van elke behandelsessie het verandingspercentage weer per schema ten opzichte van de start van de behandeling. Voor de drie prominentste schema's werden functie- en betekenisanalyses opgesteld. Daarin zijn de ontregelde bloedsuikerspiegel door eetbuien en beperkte diabeteszorg verwerkt, evenals hoe schema's door kunnen werken in de therapeutische relatie. Omwille van de overzichtelijkheid van dit artikel worden alleen de uitgewerkte analyses van het prominentste schema ZO weergegeven (zie figuren 1-4). De FA en BA weergegeven in figuur 1 en figuur 2 horen bij elkaar, evenals de FA en BA in figuur 3 en 4.

SCGT-BEHANDELING

.....

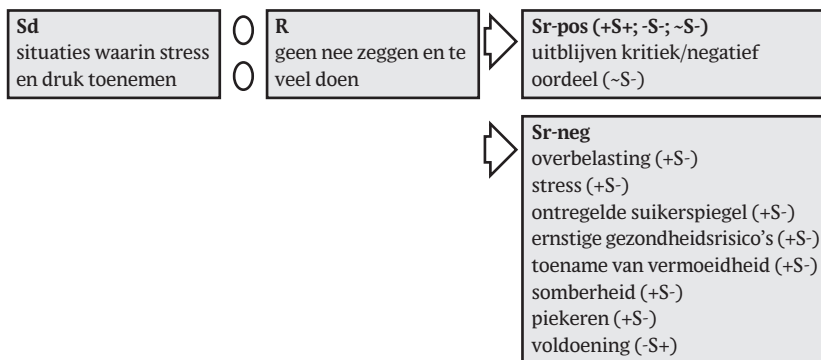
Het SCGT-protocol (Broersen & van Vreeswijk, 2017a) dat in deze behandeling als leidraad is genomen, heeft een heldere opbouw en een afgebakend aantal sessies (18 sessies + 2 sessies follow-up), en past binnen de doorgaans korter durende behandelingen op een afdeling Medische Psychologie. In het protocol ligt de nadruk op cognitief-gedragsmatige interventies. Experimentiële technieken kunnen worden toegevoegd wanneer de behandeling erom vraagt. Regelmatig worden medische aspecten van de behandeling als aanvullend onderwerp besproken. De sessies vinden individueel plaats, met een uitgangsfrequentie van eens per 2 weken. In het vervolg van deze paragraaf geven we het verloop van de SCGT-behandeling van Claudia weer.

Startfase: exploratie van schema's en modi (sessies 1-4)

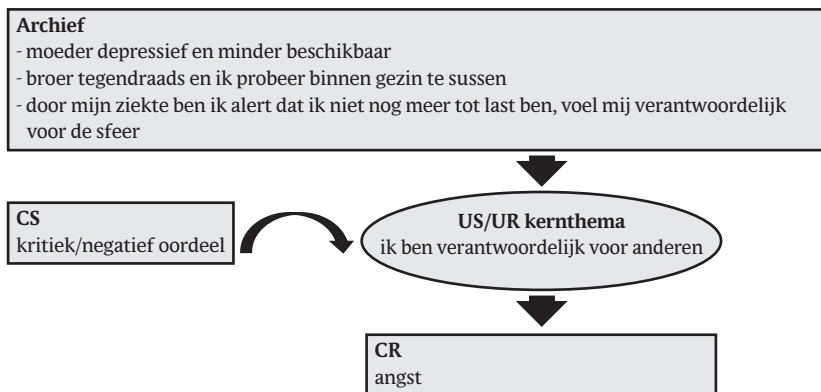
De eerste vier behandelssessies van Claudia stonden in het teken van uitleg over schema's en modi, en hoe die verband houden met situaties die leiden tot een ontregelde bloedsuikerspiegel, waarbij de aandacht tevens gericht was op het affect. De flip-over ernstinschatting werd geïntroduceerd, waarop per schema een lastmeter (de ernst van de last, uitgedrukt op een schaal van 0 tot 10) en het veranderingspercentage (gedragsverandering in het schema in vergelijking met de start van de therapie, uitgedrukt in 0% tot 100%) door Claudia werden ingevuld. Er werd buiten de sessies geregistreerd met schemadagboeken, waaraan de invloed van modi later werd toegevoegd. Opvallend was de snelheid waarmee Claudia zelfstandig verbanden leerde leggen tussen de ontregelde bloedsuikerspiegel met de schema's en modi. Zij leerde onderscheid te maken tussen verschillende gemoedstoestanden in zichzelf en hier woorden aan te geven met behulp van schematerminologie. Het bijhouden van een positief logboek werd eerder dan het protocol voorschrijft al in deze fase ingevoerd om Claudia's zelfbeeld in een vroeger stadium te verstevigen. Ook werd geëxploreerd op welke wijze schema's en modi een rol speelden in de therapeutische relatie en werd een parallel gemaakt met relaties buiten de therapie.

Werkfase deel I: cognitieve technieken (sessies 5-10)

Vanaf de vijfde sessie werd gewerkt met cognitieve technieken, als eerste stap om schema's en modi te veranderen (zie BA in figuur 2). Vanwege terugval in risicovol gezondheidsgedrag – dat opspeelde onder toenemende stress (purgeren, gebrekkig insulinegebruik en het vermijden van medische controles) – werd tweemaal van het SCGT-protocol afgeweken en werden experiëntiële technieken toegevoegd. Met behulp van onder meer de meerstoelentechniek maakte Claudia op gevoelsniveau contact met verschillende kanten in zichzelf die leiden tot risicovol gezondheidsgedrag. De dialoog die ontstond tussen de verschillende modi over het probleemgedrag verhelderde het onderscheid tussen de Veeleisende Ouder (die het insulinegebruik verwaarloost uit angst voor gewichtstoename), de Onthechte Zelfsusser (die verlangt naar snoepbuien om spanningen tijdelijk te verminderen; zie figuur 3 en 4) en de Gezonde Volwassene (die meer functionele manieren bedenkt om met de toegenomen spanningen om te gaan). Claudia leerde binnen de veiligheid van de therapeutische relatie om op een niet-oordelende manier haar gevoelens te exploreren. Er werd geregeld een link gelegd met vroegere gebeurtenissen en via *limited reparenting* werd tegengif gegeven aan de modus van de Veeleisende en Straffende Ouder. Imaginatie met rescripting werd eveneens ingezet, maar Claudia wilde niet verder met deze techniek.



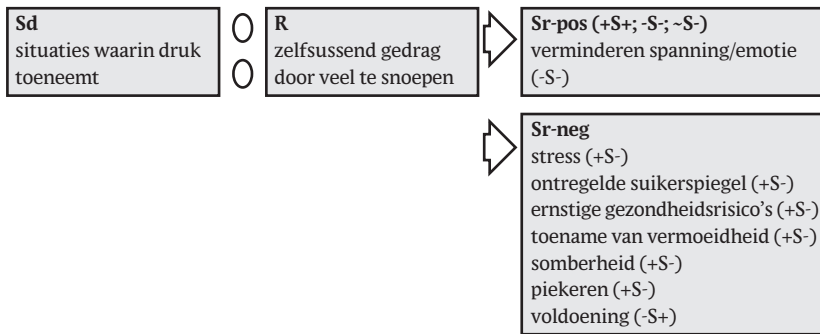
FIGUUR 1 FA geen nee zeggen en ontregelde bloedsuikers (schema Zelfopoffering)



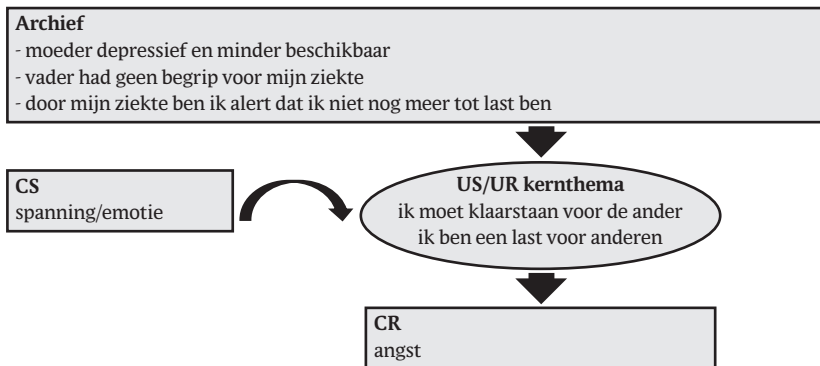
FIGUUR 2 BA geen nee zeggen/negatief oordeel en ontregelde bloedsuikers (schema Zelfopoffering)

Tussenevaluatie (sessie 11)

Tijdens de tussenevaluatie werd de uitkomst van de herhaalde metingen en de voortgang van de behandeling besproken. Positieve veranderingen waren zichtbaar. De HbA1C-waarden waren geleidelijk aan het dalen. Claudia bracht beter differentiatie aan in gedrag en denken, ze ervoer meer zelfvertrouwen en rust, en ze voelde zich minder somber. Zowel Claudia als therapeut waren het erover eens dat de behandeling gecontinueerd moest worden.



FIGUUR 3 FA Zelfsussend gedrag (modus Onthechte Zelfsusser)/ontregelde bloedsuikers

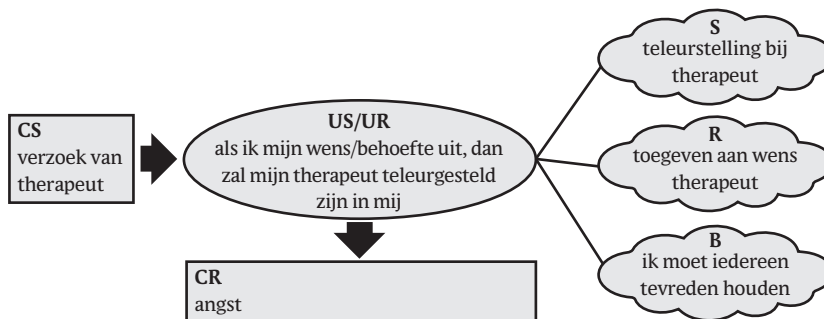


FIGUUR 4 BA Zelfsussend gedrag (Onthechte Zelfsusser)/ontregelde bloedsuiker en schema Zelfopoffering

Werkfase deel II: gedragsverandering in contact met naastbetrokkenen (sessies 12-15)

In de tweede helft van de werkfase werd verdere gedragsverandering te weeggebracht door in de sessies te oefenen met rollenspellen waarin de schema's en modi van invloed zijn op het contact met naastbetrokkenen. Buiten de sessies werd gewerkt met gerichte opdrachten die gedrag stimuleren tegen de schema's in en die tot doel hebben de modus van de Gezonde Volwassene te versterken.

In deze fase stond een groot deel van de behandeling in het teken van toegenomen gezondheidsverlies door een virusinfectie die Claudia had opgelopen. Hierdoor werden fysieke grenzen nog sneller bereikt en gedrag tegen



FIGUUR 5 BA van toegeven in de therapeutische relatie (schema Zelfopoffering)

de schema's in extra bemoeilijkt. Limited reparenting werd gebruikt, waarbij via empathische confrontatie regelmatig werd onderhandeld over Claudia's behoeften, alsmede over factoren die de voortgang van de therapie beïnvloedden. Wanneer Claudia zich bijvoorbeeld verzette tegen een rollenspel, werd ingegaan op haar omgang met de toegenomen klachten, en op het bepalen en communiceren over het wel of niet komen naar de afspraken. Zo had Claudia aanvankelijk de neiging om naar afspraken te komen hoewel haar fysieke situatie dit niet toeliet, uit vrees de therapeut teleur te stellen (zie BA in figuur 5). Tegen het schema Verlating en Zelfopoffering in leerde Claudia dat het uitspreken van onaangename gevoelens niet leidt tot een breuk in de werkrelatie en dat zij zich mag richten op eigen behoeften in plaats van op overmatige gerichtheid op anderen. Hiermee werd tegemoetgekomen aan emotionele kernbehoeften van veiligheid en vrije expressie van emoties.

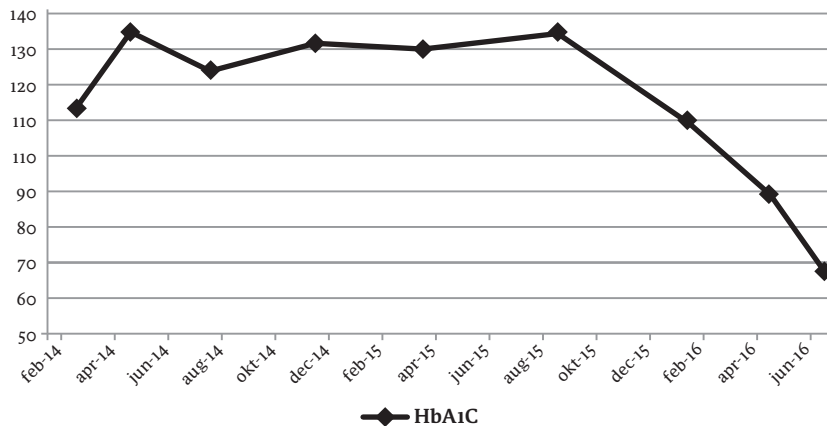
Hoewel de beperkingen in haar gezondheidssituatie Claudia regelmatig moedeloos maakten en veel aanpassingsvermogen vergden, lukte het haar steeds beter om haar fysieke grenzen in acht te nemen (zie FA in figuur 1). Ze vond steeds beter een juiste balans in het aangeven van grenzen (tegen het schema Zelfopoffering in), terwijl ze sociale situaties minder vaak uit de weg ging. Ze gebruikte hierbij haar gezondheid niet langer als smoes (tegen het schema Sociaal Isolement in). In het contact met haar vriend en familie was ze opener over haar gevoelens en stelde zij beter grenzen (tegen het schema Verlating in). Zij verhuisde bijvoorbeeld naar een eigen woning, waardoor er meer rust ontstond en ze haar moeder beter wist te begrenzen. Hoewel ze zich door de gezondheidsklachten moest houden aan strengere dieetregels, wakkerde dit niet langer eetbuien aan. Haar gezondheid was nu het belangrijkste.

Afrondende fase (sessies 16-18)

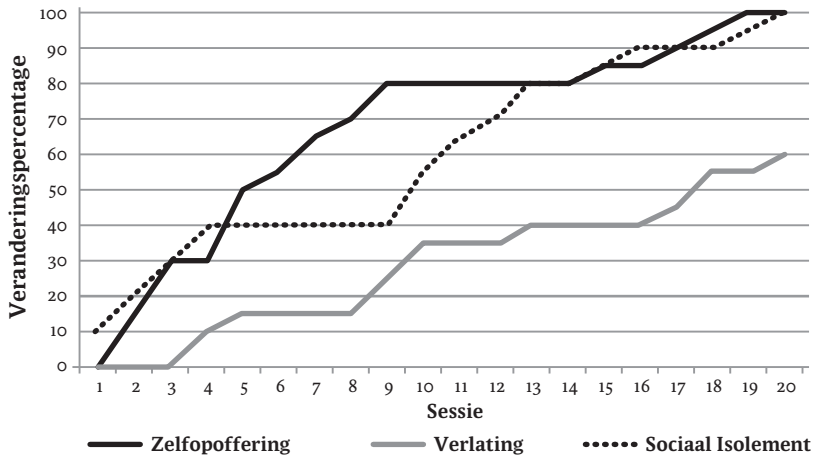
Aangezien het beëindigen van de behandeling schema's en modi kan activeren, werd in deze fase expliciet aandacht besteed aan het naderende einde en de manier waarop schema's en modi hierin een rol kunnen spelen. Er werd een link gelegd met vroegere gebeurtenissen en hoe die zich verhouden tot Claudia's gevoelens over het beëindigen van de huidige therapie. Door het invoeren van een 'strippenkaart' – waarmee Claudia na afronding naar eigen inzicht nog drie keer van een 'boostersessie' gebruik kon maken – werd het afscheid voor haar draaglijker gemaakt. Een signaleringsplan werd opgesteld om terugval in oud schema- en modigedrag te voorkomen. Ook werd Claudia's partner een sessie uitgenodigd om mee te denken over zijn rol in het afremmen van de schema's rond haar gezondheidsgedrag.

Follow-up (sessies 19 en 20)

Net als sessie 11 stonden de laatste twee sessies volledig in het teken van de evaluatie van de therapie. Vragenlijsten werden opnieuw afgenomen en besproken. Rekening houdend met het primaire doel om Claudia's diabetesregulering te verbeteren, was de HbA_{1c}-waarde in deze casus de belangrijkste uitkomstmaat en werd verbetering van de eetproblematiek als secundair beschouwd. Zoals de grafiek in figuur 6 mooi illustreert, was de HbA_{1c}-waarde vóór start van de behandeling uitzonderlijk hoog en bereikte die waarde in het begin van de behandeling een maximum. In februari 2016 was een eerste goede daling te zien, die zich tot het einde van de behandeling voortzette.



FIGUUR 6 HbA_{1c}-waarden gedurende de behandeling van Claudia (NB: de behandeling met schematherapie van Claudia begon in maart 2015)



FIGUUR 7 *Veranderingspercentages per schema op basis van de flip-over*

Ook werden meetinstrumenten een derde keer afgenomen (voor een volledig overzicht van de ruwe scores wordt verwezen naar tabel 1). In de grafiek in figuur 7 zijn de veranderingspercentages uiteengezet aan de hand van de flip-over. Van het schema Zelfopoffering had Claudia het meeste last, maar daarop liet ze wel het snelste verandering zien. Zowel op dit schema als op het schema Sociaal Isolement liet ze op meetmoment 3 een maximale verandering zien. Ten aanzien van het schema Verlating gaf ze een veranderingspercentage van 60% weer. Opgemerkt moet worden dat, zeker gezien de uitloop van de behandeling, deze meting aan betrouwbaarheid verliest naarmate de tijd sinds de start van de behandeling verder is verstreken.

Op de schemavragenlijst waren de gemiddelde scores op de twee meest prominente schema's Zelfopoffering en Verlating aanzienlijk afgenomen. Sociaal Isolement was vergeleken met de start van de therapie onveranderd gebleven (zie tabel 1).

De SMI-1 (tabel 1) laat zien dat de meeste kindmodi aan het einde van de therapie zijn afgenomen, zowel wat betreft het Kwetsbare Kind (KK), Woedende Kind (WK), Razende Kind (RK) als het Impulsieve Kind (IK). Alleen de modus van het Ongedisciplineerde Kind (OK) was enigszins toegenomen. Hieruit blijkt dat Claudia minder overspoeld raakte door heftige emoties. Vergeleken met de start van de therapie waren alle copingmodi op meetmoment 3 afgenomen (Willoze Inschikkelijke (WI), Onthechte Beschermers (OB) en Onthechte Zelfsusser (OZ)), wat aangeeft dat Claudia minder gebruikmaakte van disfunctionele copingstrategieën. De modus van de Straffende Ouder (SO) was helaas wat toegenomen. Daartegenover staat dat de Veeleisende Ouder (VO) was verminderd, maar deze kwam nog steeds in hoge mate voor. De twee functionele modi van de Gezonde Volwassene (GV)

en het Blijve Kind (BK) waren afgenomen. Deze waren echter bij start van de schematherapie in vergelijking met de patiëntenpopulatie al ruim aanwezig (Lobbestael et al., 2010). Bij de eindmeting waren de scores op deze modi weliswaar lager dan de beginmeting, maar deze waren op de eindmeting nog steeds hoog. In de dagelijkse praktijk kan een hoge score op de GV en BK bij aanvang van therapie bij sommige patiënten gezien worden als afweer. Een verlaging van deze scores op de eindmeting hoeft niet per se achteruitgang te betekenen, maar kan er ook op wijzen dat Claudia een realistischer kijk heeft gekregen op haar gezondheid en het kwetsbaar mogen zijn. Claudia lichtte zelf toe dat haar toegenomen gezondheidsproblemen een verklaring vormden voor de afname in met name het BK. Ze gaf aan tevreden te zijn met het bereikte resultaat en de veranderingen die ze had aangebracht, waarbij ze de indruk had dat de therapie haar wat dit betreft blijvend heeft veranderd. Verschil met voorgaande behandelingen was dat ze voor het eerst haar HbA1c-waarden tot een gezond, stabiel niveau wist te brengen, wat een extra motivator was om gedragsverandering vol te houden en tevens een goede boost gaf aan haar zelfvertrouwen.

Op de SCL-90 was bij de eindmeting op een aantal klachtgebieden een toename zichtbaar, na een aanvankelijke daling tijdens de tussenevaluatie. Claudia dacht dat de verslechtering van haar gezondheidssituatie hierop van grote invloed is geweest. De score op de BDI was aan het einde van de behandeling afgenomen naar een matig-ernstig niveau van depressieve klachten. Resultaten op de UCL lieten zien dat de algehele coping was verbeterd: Claudia pakte problemen actiever aan, zocht meer sociale steun, uitte haar emoties meer en stelde zichzelf vaker in gedachten gerust. Afleiding zoekend gedrag was afgenomen. Ten slotte was op de SCID-II screeningslijst het aantal kenmerken in de stoornisgebieden die aanvankelijk verhoogd waren in alle drie de stoornisgebieden afgenomen.

Zes weken na sessie 19 vond een laatste follow-upafspraak plaats om te bekijken of Claudia de aangebrachte verandering had bestendigd en welke veranderingen nog wenselijk waren. Claudia merkte dat er gewenning optrad naarmate de frequentie van de therapie verder afnam. Haar vertrouwen was gegroeid dat zij zelf in staat was een goed evenwicht te behouden, door in contacten met belangrijke anderen zichzelf te laten zien en hierin te blijven focussen op haar eigen behoeften en gevoelens. Ook lukte het om zonder therapie een betere afwisseling te bewaren tussen prestatiegerichte taken en ontspanning. Aandachtspunt bleef het bestrijden van gevoelens van eenzaamheid (Sociaal Isolement), doordat leeftijdsgenoten druk waren met werk. Manieren werden besproken om haar sociale netwerk uit te breiden, en wel door oude contacten aan te halen en lid te worden van een sportschool.

Extra follow-up

214

Zeven maanden na afsluiting van de behandeling werden enkele metingen opnieuw uitgevoerd om te bekijken of de resultaten op lange termijn waren bevestigd. Het goede nieuws was dat de daling in de HbA_{1c}-waarde zich had voortgezet en gedaald was naar 61, wat zelfs in de buurt komt van een gezonde waarde (< 53). Hiermee was het belangrijkste behandeldoel, een verbeterde diabetesregulatie, behaald.

Herhaalde afname van de SCL-90 liet in vergelijking met de laatste meting op alle gebieden een verdere daling zien, uitgezonderd de slaapproblemen, die hetzelfde waren gebleven (tabel 1). De BDI-score was vergelijkbaar met de laatste meting. Ook op dit vierde meetmoment voldeed patiënte niet langer aan de criteria voor een van de persoonlijkheidsstoornissen. Helaas was op de Schemavragenlijst de gemiddelde score op het schema Zelfopoffering en het schema Sociaal Isolement vergeleken met de laatste meting in lichte mate toegenomen. Vergeleken met de beginmeting waren beide scores gedaald. De score op het schema Verlating was verder afgenomen. Op de modilijst (SMI-1) viel op dat de twee gezonde modi waren toegenomen. De kindmodi lieten meer contact met gevoelens van boosheid en kwetsbaarheid zien, evenals discipline. Verder was gunstig dat de copingmodi verder waren afgenomen. Helaas was de modus Veeleisende Ouder vergeleken met de laatste meting weer sterk toegenomen.

Claudia lichtte toe dat er in haar persoonlijke situatie veel was veranderd. Haar partner had de relatie onverwachts verbroken, waardoor ze nu alleen woonde. Ondanks het verdriet hierom, vond ze zichzelf ook sterker geworden. Over de therapie zei ze dat ze meer inzicht had gekregen en ook gepaste actie blijvend toepaste wanneer schema's en modi opspeelden. Claudia had de SCGT als waardevoller en effectiever ervaren dan haar eerdere CGT-behandelingen, omdat er breder werd gekeken dan het eetgedrag zelf. Ze begreep nu welke onderliggende mechanismen hierbij een rol speelden en hoe deze zich verhiielden tot haar ontstaansgeschiedenis. Verder had ze beter zicht op hoe de dynamiek in zichzelf en in relatie met anderen hierop van invloed was. Ondanks de veranderingen in haar privésituatie lukte het haar de diabeteszorg goed vol te houden en niet terug te vallen in disfunctioneel eetgedrag.

TABEL 1 *Ruwe scores en beoordeling meetinstrumenten*

Meetinstrument	Meetmoment 1		Meetmoment 2		Meetmoment 3		Meetmoment 4	
	SCL-90							
Angst	23	Gemiddeld - zeer hoog	13	Laag - gemiddeld	20	Gemiddeld - hoog	18	Beneden gemiddeld - hoog
Agorafobie	7	Laag - beneden gemiddeld	7	Laag - beneden gemiddeld	9	Gemiddeld - hoog	8	Beneden gemiddeld - beneden gemiddeld
Depressie	43	Gemiddeld - zeer hoog	35	Beneden gemiddeld - hoog	39	Gemiddeld - zeer hoog	29	Beneden gemiddeld - hoog
Somatistatie	22	Beneden gemiddeld - hoog	21	Beneden gemiddeld - hoog	27	Gemiddeld - zeer hoog	19	Beneden gemiddeld - boven gemiddeld
Insufficiënte	12	Laag - gemiddeld	18	Beneden gemiddeld - hoog	21	Gemiddeld - zeer hoog	14	Beneden gemiddeld - gemiddeld
Sensitiviteit	46	Boven gemiddeld - zeer hoog	32	Beneden gemiddeld - beneden gemiddeld	48	Boven gemiddeld - zeer hoog	31	Beneden gemiddeld - hoog
Hostiliteit	11	Gemiddeld - zeer hoog	6	Laag - beneden gemiddeld	12	Gemiddeld - zeer hoog	7	Beneden gemiddeld - gemiddeld
Slapeloosheid	11	Hoog - zeer hoog	7	Gemiddeld - bovengemiddeld	7	Gemiddeld - gemiddeld	8	Gemiddeld - boven gemiddeld
PSYNEUR	201	Gemiddeld - zeer hoog	154	Beneden gemiddeld - hoog	190	Beneden gemiddeld - zeer hoog	149	Beneden gemiddeld - hoog
BDI-II								
Totaalscore	29	Ernstig	18	Matig ernstig	18	Matig ernstig	22	Matig ernstig

Meetinstrument	Meetmoment 1		Meetmoment 2		Meetmoment 3		Meetmoment 4	
	UCL							
Actief aanpakken	19	Gemiddeld	-	-	24	Hoog	22	Hoog
Palliatieve reacties	20	Hoog	-	-	16	Gemiddeld	21	Hoog
Vermijding	13	Gemiddeld	-	-	13	Gemiddeld	14	Gemiddeld
Sociale steun zoeken	18	Hoog	-	-	22	Zeer hoog	19	Hoog
Passief reactiepatroon	15	Zeer hoog	-	-	14	Hoog	14	Hoog
Expressie van emoties	6	Gemiddeld	-	-	9	Zeer hoog	5	Gemiddeld
Geruststellende gedachten	13	Gemiddeld	-	-	16	Zeer hoog	16	Zeer hoog
SCID II screener	Cut-off							
Ontwikkend	4	2	-	-	2		3	
Afhankelijk	5	3	-	-	1		0	
Obsessief	4	3	-	-	6		3	
Passief agressief	4	3	-	-	2		2	
Depressief	5	6	-	-	2		4	
Paranoïde	4	3	-	-	1		3	
Schizotypisch	5	6	-	-	5		3	
Schizoïde	4	0	-	-	0		1	
Theatraal	5	1	-	-	3		2	

GEVAARLIJKE COMBINATIE DIABETES MELLITUS EN EETSTOORNIS

217

Meetin- strument	Meetmoment 1		Meetmoment 2		Meetmoment 3		Meetmoment 4	
Narcistisch	5	2	-	-	2		3	
Borderline	5	8	-	-	6		2	
Antisociaal voor 15 ^e	2	3	-	-	1		2	
SV								
Schema's (gemiddel- de scores)								
Afhanke- lijkheid		1,93		1,60		1,80		1,73
Sociale ongewenst- heid		3,44		3,33		2,89		2,69
Mislukking		3,11		3,22		2,67		2,33
Sociaal Isolement		3,50		3,90		3,50		3,00
Minder- waardig- heid/ Schaamte		2,67		1,80		1,60		1,60
Verlating/ Instabili- teit		3,50		2,83		2,33		1,82
Emotionele verwaarlo- zing		2,22		2,78		2,56		2,22
Wantrou- wen/Mis- bruik		3,06		2,00		2,24		2,14
Gebrek aan zelfbeheer- sing		1,60		1,67		1,73		1,67
Zich rech- ten toe- eigenen		1,64		2,18		1,73		1,92

Meetinstrument	Meetmoment 1	Meetmoment 2	Meetmoment 3	Meetmoment 4
Meedogenloze normen	3,31	3,75	3,50	3,41
Emotionele geremdheid	1,33	1,56	1,11	1,11
Zelfopoffering	4,82	3,35	3,29	3,33
Onderwerping	2,80	2,70	2,80	2,80
Verstremgeling/ Kluwen	1,64	1,36	1,82	1,42
Kwetsbaarheid ziekte/ Gevaar	1,50	1,50	1,64	1,68
Totaal	2,63	2,47	2,33	2,31
SMI-1				
Kwetsbare Kind	42%	50%	38%	45%
Woedende Kind	18%	34%	12%	22%
Razende Kind	2%	6%	0%	6%
Impulsieve Kind	16%	20%	7%	7%
Ongedisciplineerde Kind	20%	33%	27%	22%
Blijde Kind	54%	48%	44%	56%
Willoze Inschikkelijke	40%	43%	31%	26%
Onthechte Zelfbeschermers	22%	18%	16%	12%

Meetinstrument	Meetmoment 1	Meetmoment 2	Meetmoment 3	Meetmoment 4
Onthechte Zelfsusser	65%	40%	50%	40%
Zelfverheerlijker	14%	38%	14%	10%
Pest- en aanval	7%	4%	2%	2%
Straffende Ouder	10%	18%	16%	12%
Veeleisende Ouder	74%	80%	68%	74%
Gezonde Volwassene	76%	80%	66%	76%

DISCUSSIE

.....

Reguliere CGT is bij met name complexere eetpathologie vaak ontoereikend, waardoor een deel van de patiënten keer op keer terugval laat zien (Fairburn & Harrison, 2003; Pugh, 2015). Binnen de medische psychologie blijken mensen die al op jonge leeftijd DM I hebben gekregen extra kwetsbaar voor het ontwikkelen van eetstoornissen (Colton et al., 2013; Young et al., 2013). Ook maakt het op jonge leeftijd kampen met een chronische ziekte hen extra gevoelig voor het ontwikkelen van disfunctionele schema's (Leung et al., 2000; Talbot et al., 2015; Voderholzer et al., 2014; Waller et al., 2000). Onderzoek naar het effect van ST bij eetstoornissen is nog schaars, maar lijkt voorzichtig positief (Arntz, 2016; McIntosh et al., 2016; Simpson, et al., 2010). Het effect van ST in het psychosomatische werkveld is op enkele gevalsbeschrijvingen na, nog onbekend (Gonzalez, 2015; Lacy, 2015; Parsonnet, 2015). De casus Claudia uit dit artikel illustreert hoe een (kortdurende) schematherapie mogelijk van meerwaarde kan zijn wanneer reguliere CGT onvoldoende effect laat zien, omdat onderliggende schema's adequaat ziektegedrag ondermijnen. Niet alleen de gedragsmatige en contextuele 'bovenlagen' worden aangepakt, maar ook cognitieve, affectieve en lichamelijke aspecten worden in dit werkmodel als een samenhangend geheel meegenomen. Gekozen werd om het SCGT-protocol van Broersen en van Vreeswijk (2017a) als leidraad te nemen, omdat dit een heldere opbouw en afgebakende structuur biedt. Het past goed bij het werkveld van

de medische psychologie, waar behandelingen veelal kortdurend zijn. In de eerste helft van deze SCGT was een deel van de interventies nog gericht op het stabiliseren van de diabeteszorg en de eetproblemen. In de tweede helft kwam er meer ruimte voor het verminderen van de aanpassingsgerichtheid van de patiënte (schema Zelfopoffering), zowel binnen de therapeutische relatie als in het contact met naastbetrokkenen. Vanwege de veelheid aan (somatische) problemen moest het protocol regelmatig worden aangepast, teruggrijpend naar de opgestelde gedragsanalyses. Er werd een behandeling op maat gegeven waarbij de nadruk lag op cognitief-gedragsmatige technieken die enkele keren werden vervangen door experiëntiële technieken. Tevens was er expliciet aandacht voor de therapeutische relatie, het affect en emotionele kernbehoeften. Het streven was steeds om een goed evenwicht te vinden tussen het aansluiten bij de behoeften van Claudia zonder de behandeldoelen uit het oog te verliezen. Dit lijkt te zijn gelukt, kijkende naar de bereikte resultaten.

Ondanks deze goede resultaten zijn enkele kritische aandachtspunten eveneens op zijn plaats. Het feit dat het een $n = 1$ -studie betreft, maakt dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn. Meer gevalbeschrijvingen en structureel onderzoek is nodig om deze positieve uitkomsten kritisch te toetsen en eventueel te bestendigen.

Een manco van deze studie betreft het ontbreken van specifieke diagnostische instrumenten naar eetproblematiek, omdat die binnen onze medische setting niet beschikbaar waren. Gedacht kan worden aan een semigestructureerd interview voor specifieke eetstoornisgerelateerde psychopathologie, zoals de EDE (*Eating Disorder Examination*) of eventueel de hierop gebaseerde vragenlijst EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994; Fairburn & Cooper, 1993). Nu kunnen we naast de rapportage van Claudia zelf alleen vanuit andere uitkomstmaten (zoals verbeterde HbA_{1c}-waarden en afname Onthechte Zelfsusser) afleiden dat het eetgedrag zeer waarschijnlijk is verbeterd. Met de stijgende HbA_{1c}-waarde naar een bijna gezond niveau is het praktisch onmogelijk dat eetbuien zoals die oorspronkelijk aanwezig waren, continueren.

Ten slotte maken de relatief lange perioden van afwezigheid tussendoor, waarin persoonlijke omstandigheden zijn veranderd, het moeilijker om inzicht te krijgen in welke rol de therapie heeft gespeeld en of die van doorslaggevende aard is geweest bij de bereikte veranderingen. We gaan hierbij uit van de rapportage van Claudia zelf, die de bereikte resultaten voornamelijk toedichtte aan de effecten van de behandeling, maar realiseren ons tegelijkertijd de versturende invloed van deze factoren en het mogelijke sociaal wenselijke gedrag van Claudia.

We hopen met dit artikel andere therapeuten werkzaam in de psychosomatiek te motiveren om technieken uit de (kortdurende) schematherapie te gebruiken wanneer CGT alleen onvoldoende effect laat zien en verklarende diagnostiek doet vermoeden dat onderliggende schema's en modi het probleemgedrag in stand houden.

Maartje Thijssen is werkzaam als klinisch psycholoog/psychotherapeut bij het BovenIJziekenhuis in Amsterdam. Ten tijde van de beschreven behandeling was zij ggz-psycholoog in opleiding tot specialist bij Tergooi Ziekenhuis. Zij is tevens geregistreerd als cognitief gedragstherapeut VGCT.

Jenny Broersen is klinisch psycholoog/psychotherapeut. Ze is werkzaam als locatiehouder bij G-kracht Psychomedisch Centrum Amsterdam en bij GGZ Delfland te Delft. Zij is hoofddocent behandeling voor de opleiding tot Gezondheidszorgpsycholoog Volwassenen & Ouderen bij RINO Groep, regio Rotterdam. Zij is erkend supervisor en leertherapeut bij de VGCT, (leer)supervisor NVP en erkend supervisor schematherapie, zowel bij de Nederlandse Vereniging voor Schematherapie als bij de International Society of Schema Therapy (ISST).

Correspondentieadres: Maartje Thijssen, BovenIJziekenhuis, Postbus 37610, 1030 BD Amsterdam. E-mail: m.thijssen@bovenij.nl.

Summary *The dangerous combination of diabetes mellitus and eating pathology*

In the past years, schema therapy has become increasingly popular. The first results in the treatment of complex eating pathology with schema therapy are promising. Within the psychosomatic field this kind of therapy is still unusual, although coping with somatic complaints may activate dysfunctional schema's, even in people without a history of mental illness.

In this study we describe the case of a 22-year-old woman who has been suffering from diabetes mellitus type I since her childhood, in combination with eating pathology, and for whom regular CBT and CBT-E treatment appeared not effective. The addition of schema-therapeutic interventions based on a delineated SCGT-protocol produced long lasting positive results. Changes in personality characteristics were observed, which led to improved diabetic care. At follow-up, dysfunctional schemas were also less prominent. Moreover, initial high Hb1AC values were continuously reduced to nearly healthy levels. More research is necessary to clarify the use of schema therapy or derived treatments when somatic disease and psychological complaints reciprocally maintain.

Keywords *schema therapy, time-limited schema therapy, diabetes mellitus type I, bulimia nervosa, eating disorders, psychosomatic setting*

Literatuur

- Arntz, A. (2016). Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 49, 194-207.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schema-therapie: Een praktische inleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Arntz, A., Kamphuis, J. H., & Derks, J. L. (2017). *SCID-5-P: Gestructureerd klinisch interview en vragenlijst voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen. Nederlandse vertaling*. Amsterdam: Boom.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Broersen, J., & van Vreeswijk, M. F. (2017a). *Werkboek kortdurende schematherapie: Cognitief gedragstherapeutische technieken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Broersen, J., & van Vreeswijk, M. F. (2017b). *Werkboek kortdurende schematherapie: Experimentiële technieken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Colton, P. A., Olmsted, M. P., Daneman, D., & Rodin, G. M. (2013). Depression, disturbed eating behavior and metabolic control in teenage girls with type I diabetes. *Pediatric Diabetes*, *14*, 372-376.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, *16*, 363-370.
- 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* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, *361*, 407-416.
- Gonzalez, C. A. (2015). Schema therapy in medical settings. *Schema Therapy Bulletin*, *2*, 6-9. International Society of Schema Therapy.
- Jansingh, A., & Kienhuis, M. (2018). MANTRA en SSCM. In G. Noordenbos & A. van Elburg (Eds.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 209-219). Utrecht: de Tijdstroom.
- Kennisnetwerk. (2017). *Zorgstandaard eetstoornissen*. Retrieved from www.ggzstandaarden.nl
- Lacy, E. (2015). I am trapped in a body I can't trust: Working with patients who have chronic illness. *Schema Therapy Bulletin*, *2*, 12-15.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (2000). Outcome of group cognitive-behaviour therapy for bulimia nervosa: The role of core beliefs. *Behavior Research and Therapy*, *38*, 145-156.
- Linardon, J., Fairburn, G., Fitzsimmons-Craft, E., Wilfey, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *58*, 125-140.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *38*, 437-458.
- Lodhia, N. A., Rosas, U. S., Moore, M., Glaseroff, A., Azagury, D., Rivas, H., & Morton, J. M. (2015). Do adverse childhood experiences affect surgical weightloss outcomes? *Journal of Gastrointestinal Surgery*, *19*, 993-998.
- McIntosh, W., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, appetite focused cognitive-behavioral therapy and schema therapy. *Psychiatry Research*, *30*, 412-420.
- Mulkens, S., & Jansen, A. (2018). Cognitieve gedragstherapie. In G. Noordenbos & A. van Elburg (Eds.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 201-208). Utrecht: de Tijdstroom.
- Neumark-Sztainer, D., Patterson, J., Melin, A., Ackard, D., Utter, J., Story, M., & Sockalosky, J. (2002). Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes: Asso-

- ciations with socio-demographics, weight concerns, familial factors and metabolic outcomes. *Diabetes Care*, 25, 1289-1296.
- Noordenbos, G., & van Elburg, A. (Eds.). (2018). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Parsonnet, L. (2015). Schema therapy with oncology patients and families. In G. Christ, C. Messner, & L. Behar (Eds.), *Handbook of oncology social work: Psychosocial care for people with cancer*. New York: Oxford University.
- Pinhas, O., & Levy, Y. (2012). Eating disorders in adolescents with type 2 and type 1 diabetes. *Current Diabetes Reports*, 13, 64-69.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39, 30-41.
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality features: Associations with changes in symptomatic distress, schema, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492.
- Schreurs, P. J. G., van de Willige, G., Broschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Simpson, S. G. (2012). Schema therapy of eating disorders: A case study illustration of the mode approach. In M.F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nardort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 145-172). West Sussex: Wiley Blackwell.
- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M. F., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders. *Frontiers in Psychology*, 26, 182-189.
- Snoek, F., & Heine, R. J. (2004). Diabetes mellitus. In G. Pool, F. Heuvel, A.V. Ranchor, & R. Sanderman (Eds.), *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen* (pp. 489-498). Assen: Van Gorcum.
- Snoek, F., & Hogenelst, M. H. E. (2012). Diabetes mellitus. In A. A. Kaptein, J. Dekker, E. M. A. Smets, & A. J. J. M. Vingerhoets. *Psychologie en geneeskunde: Behavioral medicine* (pp. 111-124). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sterk, F., & Rijkeboer, M. M. (1997). *Schema-vragenlijst*. Utrecht: Ambulatorium Universiteit Utrecht.
- Talbot, D., Smith, E., Tomkins, A., Bockman, R., & Simpson, S. (2015). Schema modes in eating disorders compared to a community sample. *Journal of Eating Disorders*, 3, 30-41.
- van der Does, A. J. W. (1996). *Beck Depression Inventory: Nederlandse bewerking en vertaling*. Enschede: Ipskamp.
- van Ockenburg, S. L., Bos, E. H., de Jonge, P., van der Harst, P., Gans, R. O. B., & Rosmalen, J. G. M. (2015). Stressful life events and leukocyte telomere attrition in adulthood: A prospective population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 45, 1-10.
- van Vreeswijk, M. F., & Broersen, J. (2017). *Handleiding kortdurende schematherapie: Voor groepstherapie en individuele therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Vreeswijk, M. F., Broersen, J., & Nardort, M. (2008). *Algemene inleiding. Handboek schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P. H., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., & Broersen, J. (2012). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short term schema cognitive behavioural group therapy: A naturalistic pre-post treatment de-

- sign in an outpatient clinic. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 29-38.
- Videler, A. C., Rossi, G., Schoevenaars, M., Feltz, C., & van Alphen, S. P. (2014). Effects of group schema therapy in older outpatients: A proof of concept study. *International Psychogeriatrics*, 3, 1-9.
- Videler, A. C., Sebastiaan, P. J., van Alphen, S. P. J., van Royen, R. J. J., van der Feltz-Cornelis, C. M., Rossi, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for personality disorders in older adults: A multiple-baseline study. *Aging & Mental Health*, 22, 738-747.
- Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Kuelz, A. K., Hartmann, A., & Scheidt, C. E. (2014). A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*, 47, 24-31.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 235-241.
- Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2133-2143.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, L. M. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM IV axis II personality disorders (SCID-II): Nederlandse bewerking*. Amsterdam: Harcourt.
- Williams, C., Sharpe, L., & Mullan, B. (2013). Developmental challenges of adolescents with type I diabetes: The role of eating attitudes, family support and fear of negative evaluation. *Psychology, Health & Medicine*, 171, 324-334.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M. F., & Klokman, J. (2007). *Schema Mode Inventory (SMI version 1)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (Second edition). In J. E. Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (Rev. ed., pp. 63-76). Sarasota: Professional Resource.
- Young, V., Eiser, C., Johnson, B., Brierley, S., Epton, T., & Heller, S. (2013). Eating problems in adolescents with type 1 diabetes: A systematic review with meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 30, 189-198.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.