

zorgenden tijdens de zorg en na overlijden van patiënt en de herinneringsbijeenkomsten voor zowel verzorgenden als nabestaanden. De huisarts komt vrijwel niet aan bod, hoogstens in de verhalen van anderen. Een uitzondering is het hoofdstuk *Ervaringen uitwisselen in een peer group*, waarin men kan lezen hoe huisartsen onderling op gestructureerde wijze hun ervaringen delen.

In bijna alle verhalen komt het niet te ontlopen dilemma 'betrokkenheid met afstand' voor. Dat dilemma maakt de

kwetsbaarheid van hulpverleners zichtbaar. Existentiële vragen van patiënten maken hulpverleners onzeker. Gevoelens van machteloosheid, boosheid, twijfel en falen kunnen leiden tot emotionele pijn en burn-out. Welke antwoorden hebben hulpverleners zelf op levensvragen? Waarom kiest iemand voor het werk in de palliatieve zorg? Het mag duidelijk zijn dat de schrijvers, voorzover zij dat bij de reflectie beschrijven, daarop verschillend antwoorden. Ter voorkoming van burn-out scoren intervisie en teambesprekin-

gen waarin met name ruimte is voor het delen van emoties, hoog in de aanbevelingen. In het slothoofdstuk *Zorg voor zorgenden* beschrijft Huub Buijssen een aantal strategieën om met de stress van dit werk om te gaan.

Bent u geïnteresseerd in hoe werkers in de *care* hun werk ervaren, dan is dit een boek voor u. Daarnaast kan het ook leiden tot reflectie op het dilemma 'betrokkenheid met afstand'.

Leo Nieuwenhuizen

## Proefschriften

### Aanpassing aan kanker

Schroevers M. *Short- and long-term adaptation to cancer; a comparison of patients with the general population*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2002.

Maya Schoevers ondervroeg enige honderden kankerpatiënten in de crisisperiode, drie maanden nadat de diagnose was gesteld. Ze ondervroeg ze opnieuw in de fase van kortetermijnaanpassing – na negen en na vijftien maanden – en nog eens na acht jaar, in de fase van de langetermijnaanpassing. De resultaten van de ondervraging werden vergeleken met die van een referentiegroep die in de loop van acht jaar eveneens viermaal werd ondervraagd.

Patiënten ervaren in de eerste fasen van de ziekte nogal wat depressieve klachten. Medische factoren, zoals het type kanker, de behandeling en het stadium hebben daar niet zo veel invloed op. Maar net als in de referentiegroep zijn vrouwen gevoeliger voor depressieve symptomen dan mannen. Jongere patiënten zijn kwetsbaarder voor een depressie dan de oudere, met name na drie maanden: alsof het meer ingrijpt in hun dagelijks bestaan en hun levensverwachting.

Na vijftien maanden zijn bij veel patiënten die na drie maanden depressieve symptomen vertonen, deze nog steeds aanwijsbaar. Na acht jaar hebben patiënten niet meer depressieve gevoelens dan referentiepersonen.

Bij zowel patiënten als referentiepersonen hangen een gebrekkig gevoel van eigenwaarde en weinig sociale steun samen met depressieve symptomen; daarin zit geen verschil. Alleen een tekort aan feitelijk ontvangen emotionele steun blijkt bij kankerpatiënten een veel sterkere invloed te hebben op de mate van depressiviteit dan bij referentiepersonen. Bij iemand terechtkunnen voor steun, troost en goede raad is dus voor patiënten van belang.

Patiënten jonger dan 65 jaar ervaren meer lichamelijke problemen dan hun leeftijdsgenoten uit de referentiegroep; ze zijn ook alerter geworden op lichamelijke symptomen. Bij patiënten ouder dan 65 jaar verschilt het niveau van lichamelijke beperkingen na 8 jaar niet meer met ouderen uit de referentiegroep: de ziekte heeft daar geen invloed op.

Driekwart van de patiënten denkt na acht jaar nog regelmatig aan de ziekte. Het gevoel van zelfwaardering en de waardering voor het leven in het algemeen nemen in de loop van de acht jaar toe en wel in dezelfde mate bij referentiepersonen als bij patiënten. Maar de patiënten schrijven dat toe aan hun ziekte!

Er zijn verschillen tussen mannen en vrouwen, tussen ouderen en jongeren. Maar de meeste patiënten blijken in staat zich op lange termijn aan te passen aan hun ziekte. Al zijn de verschillen tussen wie de ziekte hebben overleefd en wie de

ziekte niet hebben gehad niet zo groot als patiënten denken. Dat doet niets af aan de bevinding dat het construeren van een eigen verhaal waarin de patiënt betekenis geeft aan de ziekte, voor de aanpassing vaak van grotere waarde is dan rationele, op algemene feiten gebaseerde verklaringen. Dat is voor ons huisartsen een relevante conclusie.

Ger van der Werf

### Retinopathie niet alleen bij diabetes mellitus

Van Leiden HA. *Prevalence and 10-year incidence of retinopathy. Risk factors and the impact of screening for diabetes mellitus – The Hoorn Study* [Proefschrift]. Vrije Universiteit Amsterdam, 2003.

Op 19 september 2003 promoveerde Rik van Leiden aan de Vrije Universiteit Amsterdam op een proefschrift over retinopathie. Hoewel de ondertitel 'The Hoorn Study' anders doet vermoeden, gaat het niet alleen over diabetische retinopathie. Het proefschrift bevat – zoals tegenwoordig gebruikelijk – een serie hoofdstukken die als afzonderlijke artikelen al zijn gepubliceerd of ter publicatie zijn aangeboden aan internationale wetenschappelijke tijdschriften.

In het eerste hoofdstuk vergelijkt de auteur twee diagnostische methoden voor het vaststellen van diabetische reti-

nopathie: de indirecte oftalmoscopie, inclusief spleetlamponderzoek versus de beoordeling van gestandaardiseerde digitale fundusfoto's. De fundusfoto's blijken maar een sensitiviteit van 44% te hebben. Wel blijken de 'fout-negatieven' slechts minimale fundusafwijkingen te hebben, maar gezien het toenemende belang dat gehecht wordt aan beginnende fundusafwijkingen is dit wel een relevante bevinding. In het tweede hoofdstuk worden (risico)factoren onderzocht voor het hebben van retinopathie (en niet alleen diabetische retinopathie). De prevalentie van retinopathie varieerde van 9% bij niet-diabeten tot 34% bij al bekende diabeten. Bloeddruk, Quetelet-index, en cholesterol- en triglyceridenspiegels bleken geassocieerd met het hebben van retinopathie, ook na correctie voor glucozetolerantie. Het derde hoofdstuk beschrijft een deelonderzoek naar risicofactoren voor de 10-jaarsincidentie van retinopathie bij diabeten en niet-diabeten. De incidentie varieert van 7% bij niet-diabeten tot 18% bij diabeten. Onafhankelijke risicofactoren bleken alleen hypertensie, een hoog HbA1c en grote WHR (*waist/hip ratio*) te zijn. In het vierde hoofdstuk staat de leeftijdgerelateerde maculopathie centraal. Diabetes mellitus blijkt 'beschermend' te werken voor maculopathie. In multivariate analyses bleek alleen de enkel-armindex gerelateerd te zijn aan de prevalentie (en niet aan de incidentie) van maculopathie. Het vijfde en laatste hoofdstuk gaat over de vraag of vroeg ontdekte diabetes mellitus (zoals in de Hoorn-studie) leidt tot lagere incidenties van retinopathie. Omdat het om kleine aantallen patiënten gaat, kon geen een-

duidige conclusie worden getrokken, maar de trend wijst op een lagere incidentie van retinopathie bij de nieuw ontdekte diabeten.

De promovendus stelt in zijn afsluitende hoofdstuk de vraag of het concept van diabetische retinopathie nog wel stand kan houden, gezien het vóórkomen ervan bij niet-diabeten. Zijn tweede belangrijke conclusie is dat de leeftijdgerelateerde maculopathie vermoedelijk een uiting is van atherosclerose en dat diabetes mellitus daar geen of alleen een 'beschermende' invloed op heeft.

Voor huisartsen zijn de volgende uitkomsten van dit promotieonderzoek van belang:

- De oogcontrole van diabeten met een fundusfoto is niet voldoende omdat beginnende fundusafwijkingen mogelijk worden gemist; controle door de oogarts blijft dus nodig.
- Een goede bloeddruk en normaal gewicht bij diabeten zouden kunnen leiden tot een lagere kans op het optreden van retinopathie.
- Ook bij niet-diabeten met visusklachten kan sprake zijn van een retinopathie.

*François Schellevis*

## Gevoelsarmoede en somatisatie

Kooiman CG. *Alexithymia. Childhood risk factors and unexplained physical symptoms*. Leiden: Universiteit Leiden, 2003.

Alexithymie – onvermogen om gevoelens te differentiëren en te beschrijven – zou

een belangrijke risicofactor zijn voor het ontstaan van somatisatie: omdat mensen emoties niet kunnen onderscheiden, zijn ze geneigd de begeleidende lichamelijke verschijnselen toe te schrijven aan ziekte of afwijkingen. Alexithymie zou vooral ontstaan bij mensen die in hun jeugd verwaarloosd, seksueel misbruikt of mishandeld zijn. Seksueel misbruik en fysieke mishandeling bleken echter in een dwarsdoorsnedenonderzoek niet geassocieerd te zijn met alexithymie. Inadequate opvoeding door de ouders had een bescheiden relatie met alexithymie. Alexithymie was ook geen risicofactor voor somatisatie bij patiënten die verwezen werden naar de poli interne en bij wie de 'diagnose' lichamenlijk onverklaarde klachten (LOK) werd gesteld. Wel was er bij hen vaker sprake van psychiatrische problematiek – met name angst en depressie – dan bij patiënten met lichamenlijk verklaarde klachten. Patiënten met LOK en alexithymie hadden geen hogere medische consumptie en ze voelden zich niet slechter dan andere patiënten met LOK. Opmerkelijk is de waarschuwing voor het missen van somatische aandoeningen: 6% van degenen die op de poli interne aanvankelijk de diagnose LOK hadden gekregen, bleken binnen een jaar toch een organische aandoening te hebben. Vanwege de beperkte diagnostische middelen in de huisartsenpraktijk, zou dat percentage volgens de promovendus hoger kunnen zijn. Het blijft oppassen.

*Henriëtte van der Horst*