

melding ervan was afhankelijk van zelf-rapportage van patiënten. In het zogeheten DREAM-onderzoek ging men na of ramipril de ontwikkeling van diabetes voorkwam bij patiënten met een gestoorde glucosetolerantie, maar een laag risico op cardiovasculaire aandoeningen.²

Onderzoeksopzet In een dubbelblind gerandomiseerd onderzoek kregen patiënten een behandeling met ramipril (tot eenmaal daags 15 mg) of placebo toegewezen.³ De patiënten werden drie jaar (mediaan) gevolgd. De primaire uitkomstmaten waren diabetes of sterfte. Daarnaast werden nog enkele andere uitkomsten onderzocht, waaronder regressie tot normoglykemie. Het onderzoek betrof in opzet een twee-bij-tweefactorieel onderzoek, waarin tegelijkertijd het effect van rosiglitazon op het ontwikkelen van diabetes werd onderzocht. Voor eventuele interferentie van de twee middelen werd statistisch gecorrigeerd.^{3,4}

Patiëntenpopulatie In 191 centra in 21 landen werden 24.592 mensen gescreend. Daarvan hadden 5269 patiënten van 30 jaar en ouder een gestoorde glucosetolerantie (nuchtere glucose 6,0-7,0 mmol/l) en/of een gestoorde glucosetolerantietest (7,7-11,1 mmol/l; 2 uur na een orale

glucosebelasting), maar geen cardiovasculaire aandoening.

Resultaten De incidentie van dood of diabetes verschilde niet significant tussen de ramiprilgroep (18,1%) en de placebogroep (19,5%; hazardratio voor ramiprilgroep 0,91; 95%-BI 0,81-1,03; $p = 0,15$). Deelnemers die ramipril gebruikten, hadden wel meer regressie naar normoglykemie dan deelnemers die placebo kregen (hazardratio 1,16; 95%-BI 1,07-1,27; $p=0,001$). Aan het eind van het onderzoek was de mediane nuchtere bloedglucosespiegel niet significant lager in de ramiprilgroep (5,70 mmol/l) dan in de placebogroep (5,74 mmol/l), hoewel het glucosegehalte 2 uur na een glucosebelasting significant lager was in de ramiprilgroep (7,5 mmol/l versus 7,8 mmol/l; $p = 0,01$).

Conclusie van de onderzoekers Het gebruik van ramipril voor een periode van 3 jaar verlaagt bij patiënten met een gestoorde glucosetolerantie, maar zonder cardiovasculaire aandoeningen niet het risico op diabetes of sterfte. Het zorgt echter wel voor meer regressie naar normoglykemie, waarmee er aanwijzingen zijn dat ramipril gunstige effecten heeft op het glucosemetabolisme. De

onderzoekers concluderen niettemin dat er voorlopig onvoldoende bewijs is voor het routinematig gebruik van ramipril om diabetes te voorkomen.

Bewijskracht Individuele gerandomiseerde gecontroleerde trial met nauwe betrouwbaarheidsintervallen. (1b)⁵

Sietse Wieringa en Just Eekhof

- 1 Yusuf S, Gerstein H, Hoogwerf B, Pogue J, Bosch J, Wolfenbutter BH, et al. Ramipril and the development of diabetes. *JAMA* 2001;286:1882-5.
- 2 DREAM (Diabetes REduction Assessment with ramipril and rosiglitazone Medication) Trial Investigators; Gerstein HC, Yusuf S, Bosch J, Pogue J, Sheridan P, Dinccag N, et al. Effect of rosiglitazone on the frequency of diabetes in patients with impaired glucose tolerance or impaired fasting glucose: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;368:1096-105.
- 3 The DREAM Trial Investigators. Effect of ramipril on the incidence of diabetes. *N Engl J Med* 2006;355:1551-62.
- 4 The DREAM Trial Investigators. Rationale, design and recruitment characteristics of a large, simple international trial of diabetes prevention: the DREAM trial. *Diabetologia* 2004;47:1519-27.
- 5 www.infopeoms.com/levels.html

Boeken

Geweld

Joke de Vries. *Geweld. Het fenomeen, het trauma en de verwerking*. Utrecht: De Tijdstroom, 2006. ISBN 90-5898-104-5, 227 pagina's, € 36,-.

Het boek 'Geweld' door Joke de Vries is geschreven voor hulpverleners in de medische beroepen, dus ook voor huisartsen. Dit boek is speciaal, omdat het een zoektocht is naar wat geweld is, hoe je het kunt tegenkomen en hoe je er op een niet gewelddadige manier mee om zou kunnen gaan. Ze licht haar beschrijvingen toe aan de hand van voorbeelden, zoals ze die tegenkwam in haar werk als hulpverlener/arts.

De Vries gaat ervan uit dat geweld in ieder

mens is en onderdeel is van ons leven. We zijn allemaal slachtoffers en daders van geweld, naar onszelf en/of naar anderen. Een tweede uitgangspunt is dat er een relatie is tussen geweld en gezondheid. Mensen kunnen ziek worden door de gevolgen van geweld. Door bewuster om te gaan met de gevolgen van geweld kunnen we onze gezondheid verbeteren.

De Vries vindt dat het niet *werkelijk* werkt om geweld te 'verwerken'. Verwerken wil volgens haar zeggen: beter leren overleven met de ervaringen die je had, de gevolgen liefst ver weg stoppen. En vaak ontwikkelen zich klachten als gevolg van deze manier van ermee omgaan.

Zij streeft naar heling. Helen wil zeggen: leren leven met je ervaringen,

autonomer willen worden in het leiden van je eigen leven door te aanvaarden wat je overkomen is of veroorzaakt hebt en welke gevolgen dat had en heeft. Ze geeft haar visie op de vraag hoe je als hulpverlener je patiënten kunt helpen dit proces van heling te doorlopen. Ze beschrijft in haar boek welke elementen van onze eigen aanwezigheid tijdens het hulpverleningscontact bijdragen aan de hulp aan de patiënt. Het is volgens haar belangrijk dat we ons als arts bewust zijn van onze eigen gevoelens en emoties en neigingen tot gewelddadig gedrag door te zorgen voor een open contact met onze eigen ervaringswereld.

Ze geeft ook aan hoe hulpverleners in de loop van hun professionele bestaan

last kunnen krijgen van het geweld dat ze tegenkomen in hun werk of in hun privéleven. Daardoor kunnen ze zelf geleidelijk afgestompt raken. Het gevaar is enerzijds een grotere bevattelijkheid voor burn-out, anderzijds is er de neiging om je als arts af te sluiten voor geweld of het niet meer te (h)erkennen. Haar pleidooi voor gezond blijven als arts is om je niet af te sluiten van het geweld dat je tegenkomt in je leven, omdat het juist dan je leven gaat bepalen. Je kunt beter zelf verantwoordelijkheid nemen voor hoe je omgaat met het geweld, zodat je je verder kunt ontwikkelen in de ontmoeting met het geweld. In een tijd, waarin steeds zichtbaarder wordt dat geweld niet goed onderkend wordt of zelfs beantwoord wordt door (vaak goedbedoeld) tegengeweld is het relaas in dit boek boeiend, maar ook verontrustend. Voor iedere (huis)arts, die wakker wil worden of blijven een belangrijk boek.

Lili van Rhijn

Psychologie in de eerste lijn

Els Lamers, Frits Bosch, Lisette Hinderink, Cokkie Verschuren, redactie. *Handboek psychologie in de eerste lijn. Kortdurende behandeling van veelvoorkomende problemen*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers, 2006. ISBN 13-978-90-265-1774-7. 432 pagina's, € 45,-

Dit boek verwoordt inhoud, organisatie en ambitie van de eerstelijnspsychologie (ELP). Het is bedoeld voor eerstelijnspsychologen en andere eerstelijnsprofessionals. Eenentwintig auteurs werkten eraan mee, onder wie vijf huisartsen. Eerst wordt uitgelegd wat de ELP biedt: diagnostiek van lichte tot matig ernstige psychische klachten en een laagdrempelig, vraaggericht en kortdurend (gemiddeld 8 sessies) behandelaanbod, zonder wachttijd. De eerstelijnspsycholoog behandelt tweederde van de aangemelde cliënten zelf, van wie slechts 9% voortijdig stopt. Cliënten melden zich met relatieproblemen (28%), aanpassingsproblemen (19%), depressie (17%), angst (13%),

werkproblemen (11%), identiteitsproblemen (6%), psychosomatische klachten (6%) en overige (8%).

Naast het uitvragen van klacht en hulpvraag diagnosticeert de eerstelijnspsycholoog persoonskenmerken die relevant zijn voor de therapiekeuze, zoals draagkracht, copingstijl, introspectief vermogen, zelfgevoel en sociale vaardigheden. In een apart hoofdstuk beschrijven huisartsen hoe zij psychische problemen diagnosticeren.

Vervolgens komen het therapeutische proces en het therapeutisch palet aan de orde: problemsolving, interpersoonlijke therapie, cognitieve gedragstherapie, *mindfulness*, psychodynamische aanpak, *eye movement desensitization* en seksuologische behandeling. Voor zover de effectiviteit onderzocht is, blijkt een steunende empathische therapeutische relatie meer bepalend dan de specifieke inhoud van de therapie. Voor cognitieve gedragstherapie is de meeste evidence aanwezig. Kwetsbare groepen zoals ouderen, jeugd, chronisch zieken, allochtonen en arbeidsongeschikten blijken relatief weinig van de eerstelijnspsycholoog gebruik te maken.

De ontwikkeling van de discipline ELP wordt beschreven, van het beroepsprofiel in 1984 tot de beroepskwalificatie in 1993. Sinds 1997 regelt de Landelijke Vereniging ELP (her)registratie en verplichte nascholing en intervisie. Zij publiceert landelijke jaarcijfers van verrichtingen die alle – in Nederland 1200 – eerstelijnspsychologen uniform moeten coderen. Veel aandacht wordt besteed aan de samenwerking met de huisarts en de ontwikkeling van landelijke samenwerkingsafspraken. Samenwerking met maatschappelijk werker en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige wordt kort aangestipt.

Wat biedt dit boek de huisarts? Ik vond het verrassend dat de eerstelijnspsycholoog diepgaande diagnostiek kan doen naar persoonskenmerken die invloed hebben op de therapie. Daarover zou ik als huisarts meer terugrapportage willen krijgen. Verder vond ik de therapiebeschrijvingen informatief: eindelijk kan ik me iets voorstellen bij voor mij onbekend

psychologenjargon. De ontwikkeling van de discipline gaf veel herkenning door de parallellen met de huisartsgeneeskunde: van pionieren naar erkenning, toenemende aandacht voor registreren, evidence-based werken en richtlijnen.

Jammer is dat de redactie weinig samenhang heeft aangebracht tussen de uiteenlopende hoofdstukken. Afstemmingsproblematiek van eerstelijnspsycholoog met huisarts, sp'v'er en maatschappelijk werker blijft onderbelicht. De eerstelijnspsycholoog wordt neergezet als dé generalist voor psychologische zorg in de eerste lijn, naast de huisarts als generalist voor somatische zorg. Zelfs nu de financiering onlangs is geregeld – vanaf 2008 zit eerstelijnspsychologie in het basispakket – is dit wel erg ambitieus. Maar het boek levert wel de basis waarop ambitie- en afstemmingsdiscussies gevoerd kunnen worden.

Nettie Blankenstein

Leerboek en praktijkboek psychiatrie nieuwe stijl

Hengeveld MW, Van Balkom AJLM, redactie. *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom, 2005. ISBN 13-978-90-5898-076-2, 642 pagina's, € 48,-

Hengeveld MW, Van Balkom AJLM, redactie. *Probleemgeoriënteerd denken in de psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom, 2005. ISBN 978-90-5898-094-6, 350 pagina's, € 36,-. Als set: € 79,-

Dit *Leerboek Psychiatrie* is een breed opgezet, overzichtelijk, helder en zakelijk geschreven boek. Vrijwel alles komt aan de orde. Het begint met een algemeen deel van acht hoofdstukken, gevolgd door een deel met acht hoofdstukken over specifieke stoornissen en tot besluit twaalf hoofdstukken over specifieke onderwerpen als de geschiedenis van de psychiatrie, psychiatrie en recht en transculturele psychiatrie. Een project met 55 auteurs, hoogleraren, psychiaters, psychologen en professionals uit andere disciplines. Interessant om deze uitgave te leggen en lezen naast de 'klassiekers' uit mijn boekkast: de driedelige Rümke uit de jaren