

LEKENTERM ALS DIAGNOSE

Achter 'overspanning' gaan vaak ernstige klachten schuil

NIVEL-onderzoek naar de behandeling van overspannenheid, waarbij patiënten met een (matig) ernstige depressieve stoornis of een angststoornis werden uitgesloten van deelname, leverde een interessant gegeven op: ruim een kwart van de door huisartsen aangemelde overspannen patiënten had toch een dergelijke stoornis. Kennelijk zijn de scheidslijnen vaag.

E.P.M. BROUWERS C.S.

De moeilijkheid bij wetenschappelijk onderzoek naar overspanning is dat 'overspanning' eigenlijk een lekenterm is. Overspanning, ook overspannenheid of surmenage genoemd, staat niet als diagnose omschreven in de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition)¹ en wordt hierdoor in de psychiatrie niet als diagnose erkend. Daarentegen is het juist een veelgestelde diagnose door huisartsen en bedrijfsartsen.^{2,3} Ondanks het gebrek aan algemeen geaccepteerde criteria voor overspanning verstaan huisartsen en patiënten er onge-

veer hetzelfde onder: een decompensatiesyndroom dat optreedt onder invloed van een te grote psychosociale 'belasting' in verhouding tot de 'belastbaarheid' van de patiënt.² Het klinisch beeld zou zich kenmerken door klachten als moeheid, futloosheid, psychische spanning, slaapproblemen, prikkelbaarheid, labiliteit, piekeren, concentratiestoornissen en het onvermogen om normaal te functioneren.² Door het gebrek aan algemeen geaccepteerde criteria voor overspanning is het syndroom moeilijk te onderscheiden van aanverwante - en mogelijk overlappende - aandoeningen, zoals stemmingsstoornissen of angststoornissen.

BEHANDELING ONDERZOEKT

Het NIVEL verrichtte onlangs een groot onderzoek naar de behandeling van overspanning.⁴ Hierbij werd gekeken of een gestructureerde, activerende en kortdurende behandeling door het algemeen maatschappelijk werk kosteneffectiever is dan de gebruikelijke behandeling door de huisarts. Aan het onderzoek namen 97 huisartsen uit Almere deel. Er werden alleen patiënten uitgenodigd van wie zowel de huisartsen als de patiënten zelf dachten dat zij overspannen waren. De huisartsen wisten dat (matig) ernstige depressieve stoornissen en angststoornissen exclusiecriteria waren voor het onderzoek. Omdat de symptomen van

DSM-IV¹ en de ICD-10⁵ nagevraagd, om er zeker van te zijn dat de patiënt geen matig ernstige of ernstige depressieve stoornis of angststoornis had op het moment van deelname. Dit interview, CIDI (Composite International Diagnostic Interview),⁶ is een gestandaardiseerd interview van de wereldgezondheidsorganisatie WHO; de interviewers waren allen getraind en gecertificeerd door het WHO-CIDI Training- en Referentiecentrum.

In totaal werden in twee jaar 370 patiënten aangemeld voor het onderzoek. Van hen zijn er 307 thuis geïnterviewd. Van de 63 patiënten die geen interview kregen, wilden er 30 bij nader inzien toch niet meewerken en konden er 33 niet deelnemen aan het onderzoek vanwege de overige exclusiecriteria, te weten: niet in de ziektewet (n = 18); langer dan drie maanden in de ziektewet (n = 4); al in behandeling bij een psycholoog, psychiater of maatschappelijk werker (n = 9); ouder dan 60 jaar (n = 2). In de tabel worden de DSM-IV-diagnosen gepresenteerd.

De tabel in ogenschouw nemend valt een aantal zaken op. Ten eerste blijkt dat meer dan de helft (55%) van de deelnemende patiënten met overspanning voldoet aan de criteria voor een depressieve stoornis, en iets minder dan de helft (43%) aan de criteria voor

Een patiënt kan meer stoornissen tegelijk hebben

de aandoeningen elkaar mogelijk overlappen, werd aan de huisartsen gevraagd om bij twijfel over de diagnose de patiënt toch aan te melden.

Na de aanmelding bezochten de onderzoekers de patiënten thuis voor een psychiatrisch interview. Daarbij werden systematisch de criteria voor stemmingsstoornissen en angststoornissen van de

een angststoornis. Hierbij moet worden opgemerkt dat een patiënt meer stoornissen tegelijk kan hebben. De meest voorkomende diagnoses zijn de licht depressieve stoornis en de ggeneraliseerde angststoornis.

Ten tweede blijkt dat iets meer dan eenderde (38%) van de patiënten niet voldoet aan de criteria en dus geen DSM-

DSM-IV-DIAGNOSEN

DSM-IV-diagnose*	voldoet aan criteria n (%)	
stemmingsstoornis (in totaal)	169	(55,1)
depressieve stoornis		
- eenmalige episode, licht	60	(19,5)
- eenmalige episode, matig ernstig	38	(12,4)
- eenmalige episode, ernstig zonder psychotische kenmerken	42	(13,7)
- recidiverend, licht	10	(3,3)
- recidiverend, matig ernstig	3	(1,0)
- recidiverend, ernstig zonder psychotische kenmerken	3	(1,0)
dysthyme stoornis	8	(2,6)
bipolaire stoornis	5	(1,6)
- bipolaire I stoornis, eenmalige episode, licht /matig /ernstig zonder psychotische kenmerken	0	(0,0)
- bipolaire I stoornis, eenmalige manische episode, licht	5	(1,6)
- bipolaire I stoornis, eenmalige manische episode matig /ernstig zonder psychotische kenmerken	0	(0,0)
- bipolaire II stoornis	0	(0,0)
angststoornis (in totaal)	133	(43,4)
- gegeneraliseerde angststoornis	65	(21,2)
- sociale fobie	34	(11,1)
- paniekstoornis zonder agorafobie	13	(4,2)
- paniekstoornis met agorafobie	11	(3,6)
- agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis	10	(3,3)
geen van bovenstaande diagnosen	116	(37,8)

DSM-IV-diagnosen in overspannen patiënten (n = 307); de diagnosen zijn vastgesteld met de Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

*Alleen de in de tabel gepresenteerde secties van de CIDI werden afgenomen. De aanwezigheid van fobieën en obsessief compulsieve stoornis zijn niet nagegaan.

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

IV-diagnose krijgt. Overigens betekent dat ook dat 62 procent wel voldoet aan de criteria voor één of meer DSM-IV-diagnosen angst of depressie.

Ten slotte is misschien wel de belangrijkste bevinding dat 28 procent voldoet aan de criteria voor een matig ernstige of ernstige depressieve stoornis.

OVERREPRESENTATIE

Uit de onderzoeksresultaten komt de vraag naar voren waarom zoveel van de patiënten voldeden aan de criteria voor een DSM-IV depressieve stoornis of angststoornis en toch als overspannen patiënt voor het onderzoek werden aangemeld. Hiervoor zijn verschillende verklaringen te bedenken.

Allereerst moet worden herhaald dat de hier gepresenteerde resultaten een bijproduct zijn van de selectieprocedure die nodig was om onze interventie te testen bij patiënten met overspanning zonder ernstige psychopathologie. Het onderzoek was dus niet opgezet als onderzoek naar de mate van 'herkenning' van psychopathologie, en huisartsen mochten ook patiënten aanmelden als zij eraan twijfelden of er sprake was van overspanning of van een angststoornis of depressie. Dit kan hebben geleid tot een overrepresentatie van patiënten met een DSM-IV-stoornis. Over het aantal malen dat huisartsen twijfelden, zijn geen gegevens. Het lijkt echter onwaarschijnlijk dat dit de enige verklaring is. Niet alleen omdat huisartsen wisten dat (matig) ernstige depressieve stoornissen of angststoornissen exclusiecriteria waren, maar ook omdat zij bij elke patiënt die door de onderzoekers een dergelijke diagnose kreeg, persoonlijk feedback hierover kregen, omdat deze patiënt gezien de ernst van de aandoening niet aan het onderzoek kon deelnemen. Dit heeft huisartsen alerter kunnen maken op het onderscheid tussen overspanning, angst en depressie, wat juist tot een onderrepresentatie van patiënten met een DSM-IV-stoornis in de tabel kan hebben geleid.

Een andere verklaring voor de bevinding dat zoveel mensen een DSM-IV-diagnose kregen, kan liggen in de presentatie van de klachten. In het beeld dat huisartsen van de overspannen patiënt hebben, spelen werkgerelateerde problemen een belangrijke rol.² Het is daarom mogelijk dat patiënten die tijdens een consult rapporteerden over disfunctioneren in de werksfeer eerder de >>

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

<< diagnose 'overspanning' kregen dan patiënten die voornamelijk met klachten over disfunctioneren in het privé-leven bij de huisarts kwamen.

Ten derde is uit de literatuur over onderdiagnostiek van psychische klachten bekend dat huisartsen meestal wel onderkennen dat er psychisch iets aan de hand is met een patiënt, maar meer moeite hebben met het toekennen van de juiste diagnose.^{7,8} Aangezien de 'juiste diagnose' bij met name de lichtere psychische klachten vaak niet zo evident is en er veel overlap bestaat tussen de verschillende diagnoses, lijkt de diagnose 'overspanning' voor huisartsen in eerste instantie een goede werkhypothese.

Een vierde verklaring is dat het woord 'overspanning' minder belastend en stigmatiserend klinkt dan bijvoorbeeld 'depressie'. Zo blijkt uit eerder onderzoek dat huisartsen de overspannen patiënt omschrijven als een 'harde werker die de eigen grenzen slecht kan bewaken' en 'plichtsgetrouw'.² Dit is gunstig voor zowel arts als patiënt en is bevorderlijk voor de communicatie. Overigens is er nog een voordeel van de term 'overspanning': er is aangetoond dat patiënten bij het gebruik van medische labels vinden dat zij zich eerder ziek mogen melden dan bij het gebruik van leken termen; medische labels valideren de ziekterol.⁹ Omdat met name lichte psychische klachten - waartoe overspan-

ning doorgaans wordt gerekend - verantwoordelijk zouden zijn voor veel verzuim en arbeidsongeschiktheid,^{10,11} lijkt het gebruik van het woord 'overspanning' in dit opzicht voordeliger dan een medische (bijvoorbeeld DSM-IV-) term.

AANBEVELINGEN

Uit de hier gepresenteerde bevindingen mag worden geconcludeerd dat overspanning niet altijd gemakkelijk is te onderscheiden van angst en depressie en dat achter de diagnose 'overspanning' ernstige psychopathologie kan schuilgaan.

Ten slotte kan de (huis)arts zich afvragen wat hij of zij nu moet met de hier gerapporteerde bevindingen. Op basis van de resultaten kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan voor de praktijk.

Onze eerste aanbeveling is dat als een patiënt zich op het spreekuur presenteert met overspanningsklachten, de huisarts er verstandig aan doet in zijn achterhoofd te houden dat de patiënt zou kunnen voldoen aan de DSM-IV-criteria voor een angststoornis of depressieve stoornis.

Onze tweede aanbeveling is dat wanneer een op overspanning gerichte aanpak niet binnen 3-4 weken tot een duidelijke verbetering leidt, de huisarts gericht onderzoekt of er sprake is van een depressieve of angststoornis. Eventueel

SAMENVATTING

- Het NIVEL verrichtte onlangs een groot onderzoek naar de behandeling van overspanning. Voorwaarden voor deelname waren onder andere dat zowel de patiënt als de huisarts van mening moest zijn dat de patiënt overspannen was, en dat uit een gestandaardiseerd psychiatrisch interview waarbij de DSM-IV-criteria werden nagegaan, zou blijken dat de patiënt geen (matig) ernstige depressieve of angststoornis zou hebben.
- Alhoewel de studie niet was opgezet als onderzoek naar de mate van 'herkenning' van psychopathologie, werden op dit terrein interessante resultaten gevonden. Zo bleek een groot deel (62%) van de overspannen patiënten volgens DSM-IV-criteria een angststoornis of een depressie te hebben. Aan de criteria voor een matig ernstige of ernstige depressieve stoornis voldeed zelfs 28 procent.
- Geconcludeerd mag worden dat overspanning niet altijd gemakkelijk is te onderscheiden van angst en depressie en dat achter deze diagnose ernstige psychopathologie schuil kan gaan.

kan worden gebruikgemaakt van vragenlijsten, zoals de Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL)^{12,13} of de INSTEL-screen (INterventie STudie Eerste Lijn).¹⁴ ■

dr. E.P.M. Brouwers,
psycholoog en onderzoeker NIVEL, Utrecht

dr. B. Terluin,
huisarts en onderzoeker EMGO-instituut, Amsterdam

dr. B.G. Tiemens,
epidemioloog en onderzoeker Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering, Wolfheze

dr. P.F.M. Verhaak,
programmameerder GGZ, NIVEL, Utrecht

Correspondentieadres: E.Brouwers@nivel.nl

Het onderzoek werd gesubsidieerd door ZonMw

De landelijke samenwerkingsafspraken
Overspanning, achtergronden en de
NHG-patiëntenbrieven vindt u via
www.medischcontact.nl/dezeweek.

