

Christiaan Vinkers

psychiater en onderzoeker, Amsterdam UMC, afd. Psychiatrie en afd. Anatomie en Neurowetenschappen, en GGZ InGeest, Amsterdam

Joeri Tijdink

psychiater en onderzoeker, Amsterdam UMC, afd. Metamedica, en Vrije Universiteit, Amsterdam, afd. Filosofie

Toon Taris

hoogleraar Universiteit Utrecht, afdeling Sociale, Gezondheids- en Organisationspsychologie

WE WETEN EIGENLIJK NIET GOED WAAR WE HET OVER HEBBEN

Verwarring rond burn-out maakt diagnose lastig



Veel psychische aandoeningen als depressie, vermoeidheid en burn-out, overlappen elkaar. Dat maakt een eenduidige diagnose lastig. Bovendien valt de ene klacht wel en de andere niet onder de DSM. We weten er gewoon te weinig van, zeggen betrokken vakmensen, en dat kan beter.

Mevrouw H., een 35-jarige alleenstaande moeder, komt bij de huisarts. Sinds enkele maanden gaat het niet goed; ze heeft weinig energie, slaapt slecht en is erg moe. Ze zit midden in een scheiding en ook op het werk is er veel stress. Van nature is ze perfectionistisch en erg op details gericht. Mevrouw H. vraagt zich af: wat is er met mij aan de hand, en wat kan ik er aan doen?

Veel Nederlanders krijgen in hun leven, net als mevrouw H., weleens last van somberheid, labiliteit, piekeren, slaapproblemen of vermoeidheid. De vraag is wat er dan met iemand aan de hand is en wat er moet gebeuren. Achter deze vragen ligt een complexe discussie over het diagnosticeren en behandelen van psychische klachten. Laten we met behulp van een aantal feitelijke constatering die discussie proberen af te bakenen en richting te geven.

Constatering 1: Er is spraakverwarring over psychische diagnoses

Bij psychische klachten zijn er verschillende namen voor 'ziektes', die door de tijd heen veranderen: depressie, angst, overspannenheid, surménage, aanpassingsstoornis, neurasthenie, en tegenwoordig steeds vaker burn-out. We weten niet goed in hoeverre deze termen echt verwijzen naar aparte aandoeningen. In de klinische praktijk is er best veel overlap. Welke diagnose moet je dan stellen? Belangrijk is ons te realiseren dat de DSM een classificatiesysteem is dat iemands klachten en symptomen indeelt en rangschikt, maar geen diagnose geeft. Zoals in

De labels zeggen weinig over de vraag of behandeling nodig is

het geval van mevrouw H.: een 35-jarige alleenstaande hoogopgeleide moeder met sinds enkele maanden vermoeidheid, insomnie, schuldgevoelens en stemmingsklachten, mede geluxeerd door een recente scheiding en werkgerelateerde stress met onderliggend een perfectionistische persoonlijkheidsstructuur. Classificerend voldoen de klachten aan een eenmalige depressieve stoornis, matig van ernst. Deze individuele beschrijving leidt nu tot de classificatie 'depressie', maar zou bij een iets andere klachtenpresentatie ook tot een gegeneraliseerde angststoornis, aanpassingsstoornis, of – buiten de DSM – burn-out of overspannenheid kunnen leiden. De labels zijn belangrijk maar tegelijk relatief: ze zeggen uiteindelijk weinig over welke symptomen op de voorgrond staan, iemands individuele omstandigheden, de lijdensdruk, en over de vraag of (en zo ja, welke) behandeling nodig is.

Constatering 2: Er zijn te veel simpele verklaringen voor de complexiteit van psychische klachten

Elk jaar voldoen ongeveer 800 duizend Nederlanders aan de criteria van een depressie, en meer dan 1 miljoen Nederlanders aan die van een angststoornis. Daarnaast is er een grote groep mensen

BURN-OUT: WAT WETEN WE ERVAN?

De term burn-out stamt uit de jaren zeventig, toen de Amerikaanse psycholoog Herbert Freudenberger uitputtingsverschijnselen zag bij ideologisch bevlogen zorgprofessionals. Van oorsprong is burn-out een werkgerelateerd fenomeen, maar tegenwoordig refereert het aan meer vormen van overbelasting. De diagnose burn-out staat niet in de DSM-5 of de ICD-classificatie van de WHO. Onduidelijk is of burn-out – met klachten van slaap, stemming, prikkelgevoeligheid en vermoeidheid – fundamenteel verschilt van depressie en angst. Wel weten we dat een ernstige burn-out niet goed te onderscheiden is van een depressie.

Een structureel probleem in de burn-outdiscussie is dat vragenlijsten (zoals de Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS) of de 4DKL) niet bedoeld zijn om een diagnose vast te stellen. De gehanteerde afkapwaarden zijn lang niet altijd valide en leiden altijd tot forse overdiagnosticering. Het CBS meet burn-outklachten al sinds 1997 met een variant van de UBOS. Daaruit blijkt dat in 2017 16 procent van de werkende Nederlanders burn-out-symptomen had, tegenover 10 procent ongeveer twintig jaar daarvoor.¹ Deze toename is om allerlei redenen lastig te interpreteren. Enerzijds omdat het om via een vragenlijst gemeten symptomen gaat – niet om een officiële diagnose – en we niets méér weten dan de antwoorden op de vragenlijst (bijvoorbeeld over de overlap met depressie of angst). Maar ook is de definitie van burn-out in de loop der tijd veranderd, evenals de samenstelling van de arbeidsmarkt (meer ouderen en vrouwen), de maatschappelijke context en de betekenis van werk.

We kunnen constateren dat burn-outklachten echt zijn en dat mensen er last van hebben. Maar we moeten ook vaststellen dat we er veel over praten, zonder goed te weten wat het is.

met andere psychische klachten zoals moeheid, slaapproblemen, burn-out of overspannenheid.

Er is ontegenzeggelijk meer aandacht voor psychische klachten. Dat is op zich een goede ontwikkeling. Maar over de onderliggende oorzaken weten we weinig. Is het onze stressvolle moderne maatschappij, ons suboptimale brein, ons onvermogen om met ongeluk om te gaan of toch social media? Helaas zijn veel van deze verklaringen kort door de bocht, beperkt onderbouwd of gewoonweg niet te toetsen. Een duidelijk voorbeeld van een fenomeen waar we nog weinig van begrijpen is de burn-out (zie *kader* blz. 25). Meer twijfel over wat we weten zou eerlijker zijn tegenover de mensen die last hebben van psychische klachten, en nuance zou recht doen aan de complexiteit van psychische klachten. Het onderscheid tussen gezond en ziek is immers in de meeste gevallen niet makkelijk te maken, vanwege de overlap tussen bijvoorbeeld angst, depressie en burn-out.

Constatering 3: Het onderscheid tussen gezond en ziek is lastig

Hoeveel last moet een patiënt hebben van piekeren, moeheid en slaapproblemen om te zeggen dat deze 'ziek' is? Je wilt niet onnodig medicaliseren door een diagnose te stellen, maar evenmin iemand een (vergoede) behandeling onthouden die echt kan helpen. Onderscheid tussen niet-ziek en ziek is vaak een continuüm en niet dichotoom, en bovendien deels subjectief en afhankelijk van maatschappelijke opvattingen. Bij een ernstige depressie met suïcidaliteit is er weinig discussie, maar bij klachten van lichte neerslachtigheid en piekeren door stress op het werk wordt het een stuk lastiger. Complicerend is dat een 'officiële' diagnose (eigenlijk: classificatie) nodig is voor een vergoede behandeling in het huidige verzekeringsstelsel. Burn-out en overspannenheid komen in de DSM-5 niet voor, waardoor behandeling ervan over het algemeen niet wordt vergoed. De vraag is of dat een wenselijke situatie is. Het vaststellen van een psychische stoornis is in de klinische praktijk in ieder geval geen harde weten-

Vragenlijsten zijn niet bedoeld om diagnoses te stellen

schap. Onze kennis hoe dat beter kan is volop in ontwikkeling. Tot die tijd zou een classificatie niet doorslaggevend voor vergoeding moeten zijn, maar eerder bijvoorbeeld de ernst en duur van de klachten en het disfunctioneren.

Constatering 4: We weten niet of en wanneer we moeten behandelen

Het natuurlijke beloop van een depressie of een burn-out is grillig. Regelmatig verminderen klachten zonder (psychiatrische) behandeling. Tegelijk is bij ernstigere klachten behandeling hard nodig. Maar we weten eigenlijk niet goed of en wanneer dat het geval is. Voor een deel is waarschijnlijk sprake van overbehandeling, maar voor een ander deel juist van onderbehandeling: ruim een derde van alle Nederlanders met een depressie krijgt geen enkele vorm van behandeling. Bovendien is er veel bekend over de effectiviteit van behandelingen tegen depressie en angst, maar bestaat er bijna geen gedegen onderzoek naar interventies bij burn-outklachten.

Iets meer houvast

Wellicht dat psychische klachten nooit gemakkelijk tot een eenduidig af te bakken classificatie leiden. Toch zou iets meer houvast kunnen helpen. Het gaat immers om klachten waarbij de lijdensdruk enorm hoog is. Een aantal suggesties voor verbetering:

1. We moeten terug naar de basis als het gaat om diagnostiek en behandeling van psychische klachten. Daarbij moeten we over traditionele diagnoses heen kijken, om recht te doen aan de

overlap tussen depressie, angst en burn-out. Artsen en verzekeraars zouden meer (multi)dimensionaal moeten denken over psychische klachten door zich niet enkel te richten op symptomen die men bij elkaar optelt.

2. In ons verzekeringsstelsel zou een DSM-classificatie niet moeten bepalen of een behandeling wordt geïnitieerd en vergoed. Dat leidt tot onzuivere classificaties bij behandelaren.
3. We zouden eerlijker moeten zeggen dat we niet goed weten wat 'diagnoses' als burn-out en overspannenheid daadwerkelijk zijn en wat ze toevoegen. Niet omdat het lijden of de klachten niet echt zijn, integendeel, maar omdat de mensen die er last van hebben niet geholpen zijn met schijnzekerheid over onze kennis.
4. Als artsen mogen we kritischer zijn als diagnoses worden gesteld met behulp van een vragenlijst. Daar zijn ze namelijk niet voor bedoeld (zie *kader* blz. 25). Bovendien moeten we zelf meer nuance aanbrengen in het debat waarin te simpele (maatschappelijke) verklaringen worden gegeven voor complexe psychische fenomenen, bijvoorbeeld door openlijk de onzekerheid te bespreken over de oorzaken van burn-out of depressie.
5. Media en beroepsorganisaties die burn-outklachten meten en rapporteren zouden hierover actief nuance en twijfel moeten uitdragen en publiceren, om het brede publiek beter te informeren over wat we wel en niet weten over psychische klachten. ■

contact

vinkers@vumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoot en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.