

Surmenage in een huisartspraktijk

Een explorerend onderzoek

B. TERLUIN*

Van surmenage wordt gesproken bij een psychische decompensatie ten gevolge van psychosociale overbelasting. Dit onderzoek heeft betrekking op 77 surmenagepatiënten die in de loop van één jaar in een huisartspraktijk werden gezien. Het prototype van de vrouwelijke surmenagepatiënt in deze praktijk is een vrouw van 20-30 jaar, die samenwoont met een vaste partner, geen kinderen heeft en ongeschoold of lager geschoold werk verricht. Het prototype van de mannelijke surmenagepatiënt is een man van 20-45 jaar, die eveneens samenwoont met een vaste partner, wel kinderen heeft en middelbaar geschoold werk verricht. Niet zelden heeft hij problemen op zijn werk. Van de 68 patiënten met een baan moesten 57 patiënten hun werk enige tijd verzuimen. Van hen hadden er 33 het werk na 6 weken weer volledig hervat. Tien patiënten verzuimden langer dan 12 weken. Van alle patiënten kreeg 21 procent binnen een jaar een recidief.

Inleiding

Surmenage (overspanning, managersziekte, *nervous breakdown*) is een subacuut decompensatiesyndroom dat optreedt onder invloed van een te grote psychosociale 'belasting' in verhouding tot de 'belastbaarheid' van de patiënt. Het treft mensen die persoonlijk en maatschappelijk 'normaal' functioneren, maar door een ongelukkige samenloop van omstandigheden en gebeurtenissen 'overbelast' en overspannen raken. Daarnaast kan een grotere kwetsbaarheid (verminderde 'belastbaarheid') een rol spelen.

Over surmenage in de huisartspraktijk is nog weinig bekend. In een explorerend onderzoek in de eigen praktijk werden enkele aspecten van dit syndroom onderzocht:

- *Patiënten*. Bij wat voor mensen wordt de diagnose surmenage gesteld?
- *Presentatie, klachten*. Hoe presenteren deze patiënten zich en welke klachten hebben zij?
- *Oorzaken*. Welke factoren spelen

* Huisarts te Almere.

een rol bij het ontstaan van surmenage?

- *Behandeling*. Waaruit bestaan de bemoeienissen van de huisarts?
- *Follow-up*. Hoe is het de patiënten vergaan in het jaar na het eerste contact?

Methoden

Er bestaan geen algemeen aanvaarde, laat staan gevalideerde, criteria voor de diagnose surmenage. Voor dit onderzoek heb ik dan ook gebruik gemaakt van mijn 'persoonlijke' criteria voor surmenage, zoals die zijn weergegeven in het *kader* op pagina 262.

In 1983 heeft een registratie plaatsgevonden van alle patiënten die mij consulteerden met het voor surmenage kenmerkende beeld. Ruim een jaar na het eerste contact is een retrospectief onderzoek uitgevoerd met behulp van de dossiers van de betreffende patiënten. Tegelijkertijd werd de patiënten per post een enquête gestuurd met enkele aanvullende vragen, met name naar de duur van het ziekteverzuim.

De praktijk is gevestigd in een gezondheidscentrum in een nieuwbouwwijk van Almere en is in ongeveer één jaar tijds (augustus 1982 – juli 1983) gegroeid van 0 tot ongeveer 2100 patiënten. Exacte gegevens over de instroom en over de leeftijd/geslachtsverdeling in 1983 zijn niet beschikbaar. Als we uitgaan van een gelijkmatige instroom, kan de gemiddelde praktijkgrootte in 1983 gesteld worden op 1750.

Resultaten

Patiënten

In 1983 zag ik 85 patiënten met de diagnostische criteria 1 t/m 6. Bij nader onderzoek bleken twee patiënten te lijden aan een belangrijke lichamelijke aandoening (een longcarcinoom en een hepatitis A); deze patiënten werden uitgesloten. Ten tijde van het dossieronderzoek bleken vijf patiënten te zijn verhuisd en van hen ontbreken de benodigde gegevens. Van de overgebleven 78 patiënten wenste één niet mee te

werken aan de enquête. De gegevens hebben derhalve betrekking op 77 patiënten.

De patiënten varieerden in leeftijd van 19 tot 58 jaar. De geslachts/leeftijdverdeling is weergegeven in de *figuur*.

Alle patiënten woonden zelfstandig, de meeste (92 procent) samen met een vaste partner; 38 procent van de vrouwen en 66 procent van de mannen had één of meer tot het huishouden behorende kinderen.

Eén van de mannen was recent werkloos geworden en genoot een WW-uitkering, de overige mannen hadden een baan. De meeste vrouwen (79 procent) hadden eveneens een baan en geen van hen genoot een sociale uitkering. *Tabel 1* laat zien dat de meeste vrouwen ongeschoold en lager geschoold werk deden en de meeste mannen middelbaar geschoold werk.

Presentatie en klachten

De meeste surmenagepatiënten presenteren zich met één of meer vage, op het eerste gezicht lichamelijke klachten. Slechts acht mannen en tien vrouwen verschenen met een psychische hoofdklacht: 'overspannen', depressief, gespannen of overstuur. De meeste patiënten hadden aanvankelijk zelf het vermoeden lichamelijk ziek te zijn, maar bleken bij het bespreken van de klachten de psychosociale achtergronden ervan gemakkelijk te herkennen. Ongeveer de helft van de patiënten met een baan had zich reeds ziek gemeld voordat zij op het spreekuur kwamen.

Klachten over moeheid, lusteloosheid, energieverlies, concentratiezwakte, initiatiefverlies en verlies van interesse waren praktisch bij allen aanwezig. Dit zijn de kernsymptomen van het neurastheen syndroom.³ De patiënten leken 'op', uitgeput, niet meer in staat hun normale dagtaak (naar behoren) te verrichten. Bij deze klachten hoort ook het verschijnsel van een toegenomen behoefte aan slaap, een verschijnsel dat overgaat in slaapstoornissen als spanningsklachten het beeld gaan overheersen.

Meestal waren er ook één of meer van de volgende klachten: emotionele labiliteit, huilbuien, overgevoeligheid voor harde geluiden en schel licht, schrikachtigheid, niet tegen drukte kunnen, prikkelbaarheid en agressiviteit. Dit zijn de kernsymptomen van het hyperesthetisch-emotioneel syndroom.⁴

Verder waren in de meeste gevallen verschijnselen van psychische spanning aanwezig: nerveusiteit, een onrustig of

gejaagd gevoel, slecht inslapen, onrustig slapen en naar dromen. De gespannenheid van de patiënten was vaak al zichtbaar aan hun gelaatsuitdrukking en manier van bewegen bij het betreden van de spreekkamer. Tenslotte had nagevoel iedereen last van één of meer functionele lichamelijke klachten, vooral hoofdpijn, maagklachten, duizeligheid, hartkloppingen, benauwdheid, pijnlijke nek en schouders, rugpijn en pijn in de borst.

Duidelijk herkenbare functionele syndromen bleken weinig voor te ko-

men. In dit verband is speciaal gelet op de aanwezigheid van migraine (geen van de patiënten), spastisch colon (twee patiënten) en hyperventilatiesyndroom (zes patiënten, van wie er vier deze klachten eerder ook al hadden gehad).

Oorzaken

In de meeste gevallen ging het om een samenloop van verschillende omstandigheden, gebeurtenissen en problemen (tabel 2), waarbij zij opgemerkt dat het onderscheid tussen de gehanteerde categorieën niet altijd haarscherp is.

Numeriek het belangrijkste bleken de levensgebeurtenissen. Daarvan waren veranderingen in de gezins- en/of werksituatie (bijvoorbeeld gezinsuitbreiding, promotie) en verhuizing de belangrijkste. Problemen kwamen op een goede tweede plaats. Bij de vrouwen bleek het vooral te gaan om persoonlijke problemen (als heimwee, onvervulde kinderwens en onverwerkte echtscheiding) en om interactionele problemen (met partner, kinderen, familie); bij de mannen ging het vaker om werkproblemen. Overbelasting door te veel ver-

Tabel 1 – Table 1. Opleiding en geslacht van 77 surmenagepatiënten. Aantallen – Education and sex of 77 patients with a neurasthenic syndrome. Numbers.

| Education | Sex | |
|---------------------------------|-----|----|
| | f | m |
| Higher and university education | 1 | 5 |
| Medium-level education | 8 | 21 |
| Lower or no formal education | 24 | 9 |
| Housewife | 9 | — |

Tabel 2 – Table 2. Oorzaken van surmenage bij 77 patiënten, naar geslacht. Aantallen – Causes of the neurasthenic syndrome in 77 patients, by sex. Numbers.

| Causes | F | M | Total |
|-----------------------------------|--------|--------|-------|
| | (n=42) | (n=35) | (=77) |
| Too many obligations | 17 | 17 | 34 |
| Life events | 33 | 23 | 56 |
| – moving house | 19 | 10 | 29 |
| – other changes in family/work | 17 | 14 | 31 |
| – illness or operation | 1 | 0 | 1 |
| – illness or death in environment | 4 | 9 | 13 |
| – recent traumatic experience | 3 | 2 | 5 |
| Problems | 18 | 19 | 37 |
| – personal problems | 7 | 5 | 12 |
| – problems with others | 7 | 3 | 10 |
| – problems at work | 5 | 14 | 19 |
| – other problems | 2 | 2 | 4 |
| Reduced 'resilience' | 7 | 3 | 10 |

Tabel 3 – Table 3. Verdeling van de surmenagepatiënten naar aantal herhalingscontacten en geslacht. Aantallen – Distribution of the patients with a neurasthenic syndrome by number of repeat encounters and sex. Numbers.

| Number of repeat encounters | F | M | Total |
|-----------------------------|--------|--------|--------|
| | (n=42) | (n=35) | (n=77) |
| 0 | 18 | 9 | 27 |
| 1-2 | 14 | 10 | 24 |
| 3-4 | 4 | 7 | 11 |
| 5-6 | 3 | 3 | 6 |
| 7-8 | 2 | 4 | 6 |
| ≥9 | 1 | 2 | 3 |

Tabel 4 – Table 4. Verwijzingen bij 77 surmenagepatiënten. Aantallen – Referrals of 77 patients with a neurasthenic syndrome. Numbers.

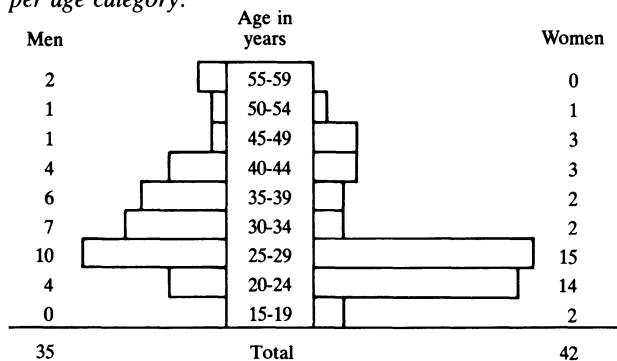
| | |
|-------------------------|----|
| Laboratory ^a | 14 |
| Radiologist | 1 |
| Social worker | 5 |
| Psychologist | 1 |
| Physiotherapist | 1 |
| Medical specialist | 0 |
| Others ^b | 2 |
| None | 55 |

^a Including own laboratory; ^b dietician, district nurse.

Tabel 5 – Table 5. De duur van het ziekteverzuim (tot volledige werkhervatting) bij 68 surmenagepatiënten naar geslacht. Aantallen – Duration of sickness leave (until complete resumption of work) of 68 patients with a neurasthenic syndrome, by sex. Numbers.

| Sickness leave (in weeks) | F | M | Total |
|---------------------------|----|---|-------|
| 0 | 5 | 6 | 11 |
| 1-2 | 6 | 6 | 12 |
| 3-4 | 3 | 4 | 7 |
| 5-6 | 10 | 4 | 14 |
| 7-8 | 2 | 3 | 5 |
| 9-12 | 3 | 6 | 9 |
| >12 | 4 | 6 | 10 |

Figuur – Figure. Leeftijd/geslachtsverdeling van 77 surmenagepatiënten. Aantallen per leeftijdscategorie – Age/sex distribution of 77 patients with a neurasthenic syndrome. Numbers per age category.



plichtingen kwam op de derde plaats. Het ging hierbij veelal om zaken als overwerken, te zware dagtaak, combinatie van baan en huishouding, verzorging van een ziek familielid en sociale verplichtingen (verenigingswerk en vrijwilligerswerk).

Bij enkele patiënten leek een verminderde 'belastbaarheid' (bijvoorbeeld door griep, zwangerschap of menopauze) een rol te spelen. Opvallend vaak vertoonden de patiënten een 'psychasthenie' karakter. Dit karakter wordt ge-

kenmerkt door een groot verantwoordelijkheidsgevoel, een hoog streefniveau, een neiging tot perfectionisme, een grote nauwgezetheidsbehoefte en faalangst. Het verband tussen 'psychasthenie' en 'neurasthenie' is suggestief.⁵ De 'psychasthenie' mens zou gepredisponeerd kunnen zijn om overspannen te worden.

Behandeling

Mijn beleid met betrekking tot surmenage wordt gekenmerkt door:

- het geven van uitleg en geruststelling, zowel mondeling als schriftelijk;
 - het voorschrijven van 'rust';
 - het stimuleren van acceptatie van en bezinning op de situatie;
 - het zo nodig (doen) bespreken van de moeilijkheden;
 - begeleiding van de werkhervatting.⁶
- 'Rust' betekende in de meeste gevallen ook werkstaking; slechts elf patiënten van de 68 met een baan (of WW-uitkering) behoefden zich niet ziek te melden.

Diagnostische criteria voor surmenage

1. *Klachten.* Bij surmenage wordt het beeld beheerst door lichamelijke en psychische verschijnselen van uitputting en spanning.¹ Verschijnselen als angst, dwangverschijnselen, hypochondrie, vermijdingsgedrag of suicidaliteit kunnen in lichte mate aanwezig zijn, maar staan beslist niet op de voorgrond.

2. *Ernst.* Bij surmenage is er sprake van psychische decompensatie. De klachten zijn zo ernstig dat de patiënten hun normale dagelijkse bezigheden niet meer (naar behoren) kunnen uitvoeren.

3. *Subacuu ontstaan.* Bij surmenage bestaan de klachten meestal slechts enkele weken, zelden langer dan twee maanden, op het moment dat de huisarts wordt geconsulteerd.

4. *Psychosociale overbelasting.* Bij sur-

menage is de oorzakelijke verstoring van het evenwicht tussen 'belasting' en 'belastbaarheid' naar mijn ervaring meestal vrij vlot boven tafel te krijgen.

5. *Voorgeschiedenis van 'normaal' functioneren.* Bij surmenage gaat het om mensen die persoonlijk en maatschappelijk 'normaal' functioneren. Dit criterium is enigszins problematisch, want wat is 'normaal'? Voor mij is 'normaal' functioneren niet hetzelfde als optimaal functioneren. Persoonlijke eigenschappen als een zwakke begaafdheid, een traag geestelijk tempo, een geringe frustratietolerantie, een nerveuze aard of dwangmatigheid, kunnen weliswaar de 'belastbaarheid' nadelig beïnvloeden², maar behoeven op zichzelf geen belemmering te vormen voor 'normaal' functioneren. Lichte

persoonlijkheidsstoornissen zijn mijns inziens eveneens verenigbaar met 'normaal' functioneren, en hetzelfde geldt voor het af en toe ervaren van 'functionele stoornissen'.

6. *Afwezigheid van 'echte' psychiatrische ziekte.* Hallucinaties, wanen, bewustzijnsstoornissen, cognitieve stoornissen, een vitaal depressief syndroom en een manisch-depressief syndroom beschouw ik als onverenigbaar met de diagnose surmenage.

7. *Afwezigheid van belangrijke lichamelijke afwijkingen.* Bij surmenage worden geen lichamelijke afwijkingen gevonden die de klachten of de belemmering van het dagelijks functioneren geheel of grotendeels kunnen verklaren.

Synopsis

Terluin B. Neurasthenic syndrome ('surmenage') in a general practice. An exploratory study. Huisarts Weten 1986; 29: 261-4.

Introduction. Some aspects of the neurasthenic syndrome in general practice were studied in an exploratory study in the author's practice.

Methods. A number of 'personal' criteria of the neurasthenic syndrome were applied in this study:

- the syndrome is dominated by symptoms of physical and psychological exhaustion and tension;
 - the existing psychological decompensation is such that patients can no longer (properly) perform their normal daily duties;
 - subacute onset of symptoms;
 - a disturbance of the balance between 'strain' and 'strainability' is readily apparent;
 - there is a history of 'normal' functioning;
 - 'genuine' psychiatric illness is absent;
 - significant physical changes are absent.
- All patients with this syndrome en-

countered in 1983 were registered. A year later the records of these patients were examined and a supplementary enquiry was performed.

Results. The available data concern 77 patients (*figure*), all of whom were living independently and mostly (92 percent) with a steady partner; 38 percent of the women and 66 percent of the men had one or more children in the household. One of the men had recently lost his job, while the other men had jobs; most of the women (79 percent) likewise had jobs (*table 1*).

Most patients presented with one or more vague complaints which at first sight impressed as physical (*appendix*). Only eight men and ten women presented with a psychological main complaint. Most patients suspected a physical illness but soon recognized the psychosocial aspects of their complaints. There were few cases of clearly defined functional syndromes, like the hyperventilation syndrome, the irritable bowel syndrome and migraine.

The incidence of the various causes is shown in *table 2*. Treatment consisted of

an explanation of the causes of the complaints, prescription of 'rest' and counseling. Medication proved unnecessary in most cases. Only five women and seven men used medication (usually benzodiazepine derivatives) during a limited period of time. The number of repeat encounters is shown in *table 3*. In most cases (71 percent) no referral for diagnosis or therapy was needed (*table 4*).

Ten patients had more than 10 weeks sick leave (*table 5*); nine made a recovery within six months, while in one patient neurotic symptoms persisted. Within a 12 month period after the first encounter a relapse occurred in 16 patients (8 women and 8 men). In April 1985, 13 patients were functioning 'normally' while three were showing neurotic symptoms.

Discussion. This retrospective study performed in the author's own practice is subject to significant limitations and the findings should not be extrapolated to other general practitioners or practices.

Keywords: Family practice; Neurasthenic syndrome.

Address of author: Rotterdamweg 4, 1324 LN Almere, The Netherlands.

Ik streef ernaar een surmenagepatiënt wekelijks kort (10 minuten) te zien tot het herstel zich begint af te tekenen, om hem/haar daarna minder frequent te controleren tot het moment van volledige werkhervatting. Het aantal herhalingscontacten per patiënt is weergegeven in tabel 3. Het verschil tussen de geslachten wordt voornamelijk veroorzaakt door de huisvrouwen.

Eventuele moeilijkheden werden meestal tijdens deze herhalingscontacten besproken, soms in aanwezigheid van de partner. Twee mannen en één vrouw hebben meer aandacht gehad in de vorm van langere gesprekken.

Medicatie bleek weinig nodig. Slechts vijf vrouwen en zeven mannen hebben (meestal een beperkte tijd) medicatie gebruikt, voornamelijk benzodiazepines. In de meeste gevallen (71 procent) was geen verwijzing voor diagnostiek of behandeling nodig (tabel 4).

Follow-up

Tabel 5 vermeldt het ziekteverzuim tot volledige werkhervatting. Over de tien langverzuimers (> 12 weken) valt het volgende te vermelden. Eén man werd wegens rugklachten afgekeurd. Hij was in april 1985 klachtenvrij en werd begeleid naar ander werk. Twee jonge vrouwen hebben ontslag genomen en zich uit de arbeidsmarkt teruggetrokken; één functioneert thans goed, de ander vertoont neurotische problematiek. De overige zeven patiënten waren een half jaar na hun ziekmelding weer aan het werk. Twee van hen hebben daarna nog een recidief doorgemaakt, maar functioneren thans weer goed.

Bij in totaal 16 patiënten (8 vrouwen en 8 mannen) deed zich een recidief voor. Dertien van hen recidivisten functioneerden in april 1985 weer 'normaal'. Drie patiënten, onder wie twee huisvrouwen, vertoonden chronische neurotische problematiek (chronische nerveus-functionele klachten).

Beschouwing

Dit retrospectieve onderzoek, uitgevoerd in de eigen praktijk, is aan belangrijke beperkingen onderhevig. Bij gebrek aan een 'gouden standaard' voor de diagnose surmenage, selecteerde ik, volgens mijn eigen criteria, uit het enorme patiëntenaanbod 'mijn' surmenagepatiënten en daarmee creëerde ik mijn persoonlijke surmenagesyndroom. Vervolgens bekeek ik deze patiënten door mijn persoonlijke 'bril'. Wat ik tenslotte zag, is dus niet generaliseer-

baar naar andere huisartsen en andere praktijken. Daarbij komt dat ook specifieke praktijkkenmerken het beeld hebben beïnvloed. En tenslotte is denkbaar dat andere overspannen patiënten in dezelfde periode hun problematiek langs andere kanalen hebben opgelost.

Het prototype van de vrouwelijke surmenagepatiënt in dit onderzoek is een vrouw in de leeftijd van 20 tot 30 jaar die, al of niet gehuwd, samenwoont met een vaste partner, geen kinderen heeft en ongeschoold of lager geschoold werk verricht in loondienst. Het prototype van de mannelijke surmenagepatiënt in dit onderzoek is een man in de leeftijd van 20 tot 45 jaar die eveneens samenwoont met een vaste partner, wel inwonende kinderen heeft en middelbaar geschoold werk verricht. Niet zelden heeft hij problemen op zijn werk.

De meeste surmenagepatiënten (87 procent) hadden een baan en er was maar één werkloze bij. Deze bevinding is opmerkelijk. Een voor de hand liggende verklaring zou gezocht kunnen worden in de (extra) belasting van een baan. Uit onderzoek onder werklozen en werkenden komt naar voren dat werklozen meer gezondheidsklachten ervaren (met name malaiseklachten), maar niet vaker een huisarts consulteren.^{7,8}

Voor de onderzochte groep patiënten lijkt de prognose gunstig. In de meeste gevallen trad verbetering al binnen enkele weken in. Van diegenen die hun werk moesten verzuimen, was ruim de helft na zes weken weer volledig aan het werk; een vijfde deel verzuimde echter langer dan 12 weken.

Circa 20 procent van alle surmenagepatiënten kreeg een recidief binnen een jaar. De meeste recidivisten en de meeste langverzuimers herstelden volledig. Van alle 77 patiënten bereikte 95 procent weer een 'normaal' evenwicht. Bij vier patiënten (1 langverzuimer en 3 recidivisten) tekende zich in april 1985 een neurotische ontwikkeling af. Deze patiënten lijken moeite met (hun) leven te hebben, terwijl hun klachten hierbij een adaptieve functie lijken te vervullen.⁹

Dankbetuiging

Met dank aan Prof. dr. K. Gill, V. Kamp-schöer, arts, D. Terluin en R. Terluin voor hun bijdragen aan het tot stand komen van dit artikel.

¹ Schouten J. Mij krijgen ze niet gek. Over stress en overspannenheid. Amsterdam: Boom, 1985.

² Kraft ThB. Overspanning. Haarlem: Bohn, 1972.

³ Chatel JC, Peele R. A centennial review of neurasthenia. Am J Psychiat 1970; 126: 48-55.

⁴ Kraus G. Het hyperaesthetisch-emotioneel syndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1955; 99: 246-52.

⁵ Van Dantzig A, Waage J. Almacht en onmacht; het verband tussen psychasthenie en neurasthenie. Huisarts en Wetenschap 1962; 5: 239-45.

⁶ Terluin B. De begeleiding van 'overspannen' patiënten door de huisarts. De papieren Visite 1984; 1(5): 18-23. (kopie verkrijgbaar bij de auteur).

⁷ Spruit IP. Unemployment, employment and health [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1983.

⁸ Verkleij H, Spruit IP, Bastiaansen JPAM, Van Nieuwenhuizen MG. Gezondheidsklachten en hulpvragen van werklozen. Med Contact 1984; 39: 1441-4.

⁹ Ormel J. Moeite met leven of een moeilijk leven [Dissertatie]. Groningen: Universiteit van Groningen, 1980.

Bijlage – Appendix. De klachten-topvijftien bij surmenage overspanning – The fifteen principal complaints in overstrain.

1. *Fatigue/lassitude*
2. *Headache*
3. *Nervousness/tension/restiveness*
4. *Great need for sleep*
5. *Gastric complaints/nausea*
6. *Irritability*
7. *Dizziness/lightheadedness/tendency to collapse*
8. *General malaise (feeling of discomfort)*
9. *Sleeping badly/dreaming bad dreams*
10. *Crying*
11. *Palpitations/heart missing a beat*
12. *Oppressed/tight chest*
13. *Pain in neck, shoulder(s) and/or arm(s)*
14. *Back pain*
15. *Pain, stabs or cramps in the chest*

Nota bene

Het aantal mensen dat nog jarenlang in de war is door verkeersongevallen en de ernst daarvan worden sterk onderschat. Het is geen nieuwe ziekte, het is een verschijnsel van verwaarlozing. Prof. dr. J. Winnubst, in een voordracht tijdens de manifestatie 'Mens en samenleving', Utrecht, 10 mei 1986.