

Welke syndromen schuilen achter de diagnose surmenage?

Een clusteranalyse

B. TERLUIN

Terluin B. Welke syndromen schuilen achter de diagnose surmenage? Een clusteranalyse. Huisarts Wet 1996; 39(8): 358-65.

Samenvatting Hoewel huisartsen een duidelijk beeld hebben van surmenage, vormen patiënten die deze diagnose hebben gekregen een heterogene groep. In een groep surmenagepatiënten is onderzocht welke verschillende subgroepen kunnen worden onderscheiden, en of één of meer van deze subgroepen beantwoorden aan het beeld dat huisartsen van surmenage hebben. Bij 82 patiënten die van hun huisarts de diagnose surmenage hadden gekregen, werden met behulp van vragenlijsten gegevens verzameld over de symptomen ten tijde van het stellen van de diagnose en twee maanden later, de meegemaakte levensgebeurtenissen, de ervaren problemen en de persoonlijkheid. Clusteranalyse op basis van deze gegevens leverde vier verschillende clusters op. Een cluster werd gekenmerkt door distressklachten in verschillende constellaties, relatief veel werk/studieproblemen en een goede prognose. Dit cluster voldeed aan het beeld dat huisartsen van surmenage hebben. Een tweede cluster werd gekenmerkt door relatief geringe distressklachten, voornamelijk werk/studieproblemen en een goede prognose. Een derde cluster werd gekenmerkt door ernstige distressklachten in combinatie met verschillende 'neurotische' klachten, veel levensproblemen, de meest afwijkende persoonlijkheid en een slechte prognose. Een vierde cluster hield het midden tussen het eerste en het derde cluster en had een goede prognose. Het onderscheiden van deze subgroepen van surmenagepatiënten lijkt zinvol vanwege de prognostische betekenis.

Dr. B. Terluin, huisarts, Gezondheidscentrum 'De Spil', 's-Hertogenboschplein 1, 1324 WB Almere.

Inleiding

Volgens een enquête verstaan huisartsen onder surmenage een decompensatiesyndroom dat ontstaat door 'overbelasting' ten gevolge van een wanverhouding tussen 'draaglast' en 'draagkracht'. Aan de kant van de draaglast zouden werkproblemen een belangrijke rol spelen, naast levensgebeurtenissen en overbelasting in werk en gezin, en andere problemen. Aan de draagkrachtkant zouden persoonlijkheidsfactoren kunnen meespelen, vooral een hoog streefniveau en nervositeit. Het klinisch beeld zou gekenmerkt worden door moeheid, gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, piekeren, slaapproblemen, concentratiestoornissen en het onvermogen normaal te functioneren. De meeste patiënten met surmenage zouden binnen drie tot zes maanden weer 'de oude' zijn.¹

Hoewel huisartsen een zeer duidelijk beeld van surmenage hebben, is uit onderzoek gebleken dat patiënten die van hun huisarts de diagnose surmenage hadden gekregen, een tamelijk heterogene groep vormen.^{2,3} Dit roept de vraag op of er wel zoiets bestaat als een surmenagesyndroom. In dit artikel wordt verslag gedaan van een nader onderzoek van de groep surmenagepatiënten met de volgende vraagstelling:

- Welke verschillende subgroepen kunnen worden onderscheiden binnen de heterogene groep patiënten met de diagnose surmenage?
- Beantwoorden een of meer van deze subgroepen aan het beeld dat huisartsen van surmenage hebben?

Methoden

Het onderzoek bestaat uit een secundaire analyse van gegevens waarover eerder is gepubliceerd.²

Zevenendertig Almeerse huisartsen reikten in een periode van drie maanden op tien willekeurig gekozen dagen een vragenlijst (lijst A) uit aan opeenvolgende patiënten in de leeftijd van 15-65 jaar die de Nederlandse taal beheersten en niet ma-

nifest psychotisch of manisch waren. Bovendien reikten zij lijst A in de tweede helft van de onderzoeksperiode ook uit aan patiënten met de diagnose surmenage die tussen de onderzoeksdagen in de huisarts consulteerden. De huisartsen registreerden per patiënt de gestelde diagnose(n), en of de problematiek 'nieuw' dan wel 'oud' (>1 maand bij de huisarts bekend) was.

Alle patiënten met een 'nieuwe' diagnose surmenage – of een vergelijkbare diagnose als 'overbelasting' of 'overspanning' – werden geselecteerd voor het onderzoek. Deze patiënten kregen na het insturen van lijst A, voor zover zij daartoe toestemming hadden verleend, per post direct een tweede vragenlijst (lijst B) en twee maanden later een derde vragenlijst (lijst C). De tijdstippen waarop deze lijsten zijn ingevuld, worden aangeduid met T1, T2 en T3. De huisartsen verstrekten achteraf enkele gegevens over een periode van 8 weken na T1, onder meer over het aantal contacten, andere diagnoses, voorschriften voor psychofarmaca en verwijzingen.

Met lijst A werden de symptomen (23 schalen) en de duur van de klachten gemeten. Met lijst B werden het sociaal functioneren, de persoonlijke gegevens, de meegemaakte levensgebeurtenissen, de ervaren problemen en de persoonlijkheid (3 schalen) gemeten. Met lijst C werden opnieuw de symptomen en het sociaal functioneren na twee maanden gemeten. De vragenlijsten waren speciaal voor het onderzoek aangepast of ontwikkeld en gevalideerd in aparte onderzoeken (*bijlage*).

De 23 symptomen die in dit onderzoek zijn gemeten, kunnen globaal in twee groepen worden ingedeeld.² Eén groep symptomen wordt aangeduid met de term 'distress', omdat deze symptomen beschreven zijn als reactie op stress en niet specifiek zijn voor psychiatrische aandoeningen; het gaat om moeheid, gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, demoralisatie, gevoelens van onmacht, piekeren, slaapproblemen, mentaal disfunctioneren, malaise, gevoelens van overbelasting en gedeprimeerdheid. De andere groep symptomen wordt aangeduid met de term

'neurotisch', omdat deze symptomen specifiek zijn voor de 'neurotische' aandoeningen depressie, angststoornis en somatisatiestoornis; het gaat om depressieve cognities, somatisatie, algemene angst en paniek, ziektevrees, fobie, dwangmatigheid, agorafobie en sociale angst. De term 'neurotisch' wordt uitsluitend descriptief gebruikt, zonder etiologische connotaties. Van anhedonie en verwerkingsverschijnselen is bij eerdere analyses gebleken dat zij meer tot de distress- dan tot de 'neurotische' dimensie behoren.²

De analyse werd beperkt tot patiënten die de drie vragenlijsten hadden ingevuld met een T1-T2-interval van maximaal 28 dagen en een T1-T3-interval van maximaal 90 dagen.

Clusteranalyse

Clusteranalyse is een statistische techniek om een relatief groot aantal onderzochte elementen ('cases' of variabelen) onder te brengen in een beperkt aantal groepen of 'clusters'.^{5,6} Daarbij gaat het erom de elementen zo te groeperen dat de elementen binnen een cluster zoveel mogelijk op elkaar lijken, terwijl de clusters onderling zoveel mogelijk verschillend zijn. Clusteranalyse is derhalve bij uitstek geschikt voor onderzoek van classificatieproblemen. Clusteranalyse is een exploratieve techniek. Het resultaat van de analyse is afhankelijk van de clustermethode, de voor de analyse gebruikte variabelen en de keuze van het aantal clusters.

Er bestaan verschillende methoden voor het creëren van clusters. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van clusteranalyse volgens de methode van Ward,⁵ een 'hiërarchische' methode. Bij de eerste stap worden twee patiënten die het minst van elkaar verschillen, gecombineerd tot een cluster. Bij de tweede stap wordt een patiënt aan dit cluster toegevoegd of worden twee patiënten gecombineerd tot een nieuwe cluster. Bij elke volgende stap worden patiënten aan de bestaande clusters toegevoegd, patiënten samengevoegd of clusters samengevoegd, net zo lang tot alle patiënten in één cluster zijn ondergebracht. De mate van verschil tussen twee patiënten (of clusters) wordt berekend op

basis van de kenmerken van de patiënten (van die clusters). In dit onderzoek zijn alle aan de patiënten gemeten variabelen in de analyse betrokken.

Bij de methode van Ward wordt bij elke stap in het clusterproces eerst een maat berekend voor het verschil tussen elk paar patiënten/clusters, gebaseerd op de waarden van de variabelen. De patiënten/clusters die het minst van elkaar verschillen, worden vervolgens samengevoegd. De maat voor het verschil tussen deze samengevoegde patiënten/clusters wordt de agglomeratiecoëfficiënt genoemd. Bij elke stap in het clusterproces hoort dus een agglomeratiecoëfficiënt. Naarmate het aantal clusters kleiner wordt, wordt de agglomeratiecoëfficiënt groter.

De maat voor het verschil tussen de clusters wordt berekend op basis van de absolute waarden van de in de analyse betrokken variabelen. Om nu te voorkomen dat variabelen met relatief hoge absolute waarden – zoals leeftijd – veel meer invloed krijgen dan variabelen met relatief lage absolute waarden – bijvoorbeeld het aantal kinderen – dienen alle variabelen tot vergelijkbare waarden getransformeerd te worden. In dit onderzoek is dit gedaan door het standaardiseren van de variabelen tot Z-scores. Gestandaardiseerde variabelen hebben een gemiddelde van 0 en een standaarddeviatie van 1.

Een clusteroplossing is volledig afhankelijk van de aard en het aantal variabelen die voor de analyse worden gebruikt. Indien men bijvoorbeeld bij een clusteranalyse van patiënten weinig symptoomvariabelen in de analyse invoert, zal de symptomatologie slechts een bescheiden rol spelen bij de formatie van clusters. Worden daarentegen veel symptoomvariabelen gebruikt, dan zal de symptomatologie een veel grotere – misschien wel overheersende – invloed op de clustervorming uitoefenen.

Voor de keuze van het aantal clusters bestaan geen vaste regels. In principe kan men elk aantal clusters kiezen tussen twee en het aantal elementen dat in de groep aanwezig is. Naarmate een groter aantal clusters wordt gekozen, stijgt de kans op het verkrijgen van een of meer clusters die

te klein zijn voor nadere analyse; naarmate de clusters kleiner zijn, is de kans groter dat toevallige factoren een rol hebben gespeeld in de formatie van die clusters. In het algemeen zal men een beperkt aantal onderling zo sterk mogelijk verschillende clusters van voldoende omvang kiezen.

In principe bestaat er bij clusteranalyse geen statistische mogelijkheid om onderscheid te maken tussen toevallige en systematische factoren die de analyse beïnvloeden. Door in de clusteranalyse ook enkele willekeurige, normaal verdeelde variabelen als dummy-variabelen op te nemen, kan men hiervan echter wel een indruk krijgen; men onderzoekt dan in hoeverre de clusters in een bepaalde stap in het clusterproces verschillen ten opzichte van de waarden van de dummy-variabelen. In dit onderzoek werden daarom de 84 variabelen aangevuld met 8 dummy-variabelen. De belangrijkste verificatie van een clusteroplossing wordt overigens verkregen door het herhalen van de clusteranalyse bij een andere groep.

De keuze van het aantal nader te analyseren clusters werd gebaseerd op de volgende parameters:

- de toename van de agglomeratiecoëfficiënt;
 - het niet meer meedoen van de dummy-variabelen in de formatie van de clusters;
 - de minimale grootte van de clusters, gesteld op 10 procent van de totale groep;
 - de interpreteerbaarheid van de clusters.
- Versillen tussen de clusters werden vervolgens tweezijdig statistisch getoetst met behulp van de oneway-test voor intervalvariabelen, de Kruskal-Wallistest voor ordinale variabelen en de Chi-kwadraattoets voor nominale variabelen.⁵

Resultaten

De huisartsen reikten lijst A uit aan 184 patiënten met een 'nieuwe' diagnose surmenage. Van deze patiënten vulden 131 de lijst in (respons 69 procent). Elf patiënten weigerden mee te doen aan het vervolgon-

derzoek; de overigen kregen lijst B. Deze lijst werd door 101 patiënten geretourneerd. Van deze patiënten vulden 82 ook lijst C in: 51 vrouwen en 31 mannen met een gemiddelde leeftijd van respectievelijk 35,2 (SD 8,9) en 43,0 (SD 9,4) jaar. Het T1-T2-interval bedroeg gemiddeld 11 dagen en het T1-T3-interval gemiddeld 61 dagen.

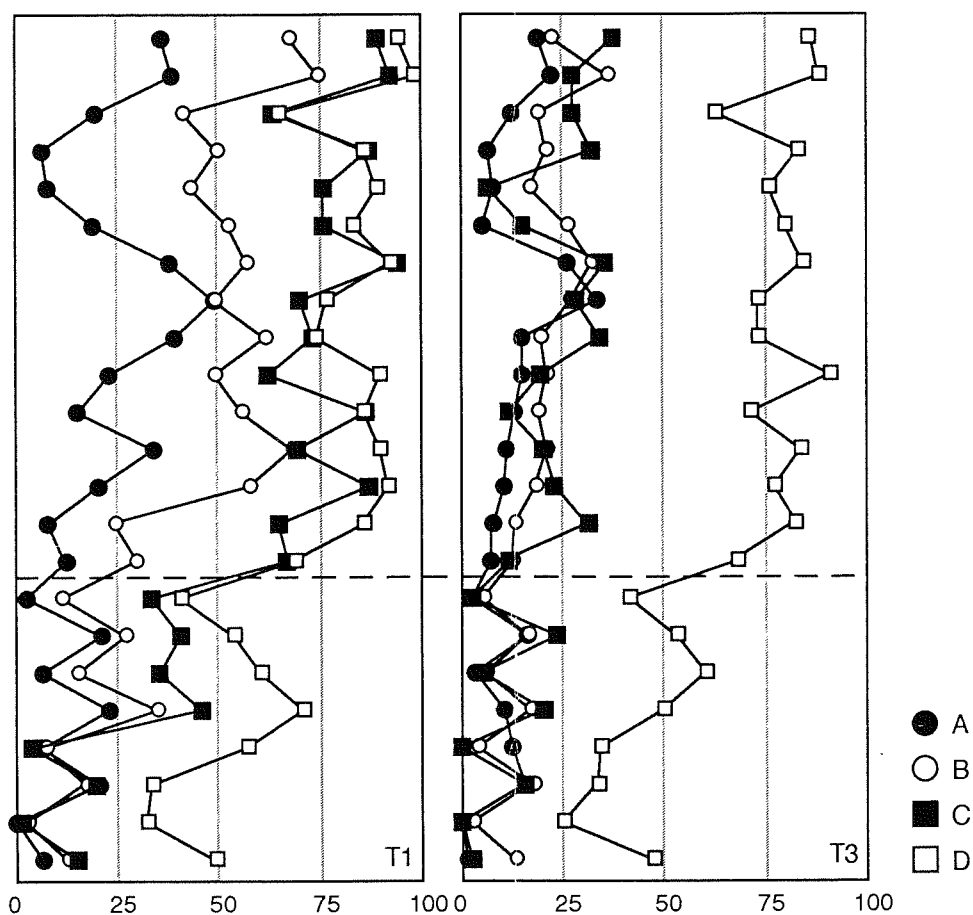
Bij de clusteranalyse bleek dat de agglomeratiecoëfficiënt vanaf de formatie van zes clusters bij elke stap in het cluster-

proces wat sterker toenam dan in de voorafgaande stappen. Dit betekent dat de clusters die in de laatste zes stappen werden samengevoegd, sterker van elkaar verschilden dan de clusters die in de voorafgaande stappen waren samengevoegd. De dummy-variabelen bleken een rol te spelen tot en met de vorming van zes clusters; daarna verdween hun invloed op de clustervorming ten teken dat statistische ruis geen rol meer speelde bij de formatie van vijf, vier, drie en twee clusters.

De vijf-clusteroplossing bevatte vier clusters van voldoende grootte en één cluster van slechts drie patiënten dat niet groot genoeg was voor nader onderzoek; dit laatste cluster werd verder buiten beschouwing gelaten. De overige vier clusters worden aangeduid met de letters A, B, C en D, in volgorde van een toenemend gemiddeld klachtenniveau op T1.

De symptoomprofielen van de clusters op T1 en T3, gebaseerd op de gemiddelde symptoomscores per cluster, zijn weerge-

- moeheid
- gespannenheid
- prikkelbaarheid
- labiliteit
- demoralisatie
- onmacht
- piekeren
- insomnie
- hypersomnie
- mentaal dysfunct.
- malaise
- overbelasting
- gedeprimeerdheid
- verwerkingsversch.
- anhedonie
- depress. cognities
- somatisatie
- alg. angst/paniek
- ziektevrees
- fobie
- dwangmatigheid
- agorafobie
- sociale angst



Figuur Symptoomprofielen van de clusters op T1 (links) en T3 (rechts).

Voor elk cluster en elk tijdstip wordt het symptoomprofiel gevormd door de gemiddelde symptoomscores van de patiënten van dat cluster uitgedrukt als een percentage van de maximale schaalscore. De horizontale onderbroken lijn geeft de grens aan tussen de distressymptomen boven de lijn en de 'neurotische' symptomen eronder.

Tabel Kenmerken van de clusters

	A n=17	B n=29	C n=15	D n=18	P
Vrouwen (%)	18	66	80	78	‡
Gemiddelde leeftijd (jaar)	41	40	35	33	*
<i>Woonsituatie</i>					
– met partner samenwonend (%)	88	83	67	72	
– aantal kinderen ≤4 jaar	0,3	0,3	0,1	0,2	
– aantal kinderen 5-12 jaar	0,5	0,7	0,4	0,6	
– aantal kinderen ≥13 jaar	0,4	0,1	0,3	0,6	
<i>Opleiding/werk</i>					
– opleiding (score 1-5)	2,9	3,1	2,5	3,0	
– betaald werk (%)	100	93	87	94	
– aanstelling (uren per week)	35	29	29	32	
– WAO/AAW uitkering (%)	0	3	0	0	
<i>Gezondheid (%)</i>					
– chronische ziekte	29	52	47	56	
– chronische nerveus-functionele klachten	35	31	60	78	†
– behandeling somatisch specialist	0	24	13	11	
– behandeling psychosociale hulpverlener	0	7	7	50	‡
– somatische medicatie	35	24	53	33	
– psychofarmaca	6	0	0	17	
– roken	41	45	47	50	
– alcoholgebruik	47	76	40	61	
– excessief alcoholgebruik (≥20 E p.w.)	0	17	0	17	
<i>Levensgebeurtenissen</i>					
– werk/studie	1,5	2,3	1,0	2,5	*
– ziekte/dood	0,8	1,4	1,2	1,6	
– gezin/familie	0,3	0,3	0,4	1,5	†
– geweld	0,0	0,2	0,0	0,2	
– materiële situatie	0,4	0,5	0,5	0,9	
<i>Problemen</i>					
– werk/werkloosheid/studie	0,6	0,7	0,5	0,9	
– gezondheid zelf, naasten	0,1	0,4	0,3	0,6	
– interpersoonlijke problemen	0,1	0,6	1,3	1,6	‡
– verwerking traumatische ervaring	0,2	0,3	0,5	0,8	†
– persoonlijke problemen	0,4	1,1	2,3	2,7	‡
– materiële situatie	0,4	0,6	1,1	0,7	
<i>Persoonlijkheid</i>					
– tobberig/nerveus/onzeker (score 15-60)	31,4	33,0	39,5	39,2	‡
– plichtsgetrouw/perfectionistisch (score 8-32)	24,3	24,7	26,2	27,2	
– neuroticisme (score 0-28)	6,4	8,1	11,9	19,7	‡
<i>Duur van de klachten</i>					
– korter dan 6 maanden (%)	53	76	64	83	
– langer dan 2 jaar (%)	27	3	7	6	
<i>Sociaal functioneren T2</i>					
– in ziektewet (%)	47	69	53	67	
– disfunctioneren in privérollen (score 1-5)	1,5	2,1	2,1	3,0	‡
<i>Sociaal functioneren T3</i>					
– in ziektewet (%)	12	52	33	56	*
– disfunctioneren in privérollen (score 1-5)	1,4	1,7	1,6	2,8	‡

* p<0,05; † p<0,01; ‡ p<0,001.

geven in de *figuur*; de overige kenmerken van de clusters zijn vermeld in de *tabel*. Gemeten aan het niveau van de klachten na twee maanden, hadden drie clusters een goede prognose, terwijl de prognose van cluster D slecht was.

- *Cluster A* bestond voornamelijk uit mannen met betrekkelijk weinig klachten. De belangrijkste klachten waren moeheid, gespannenheid, piekeren, insomnie en hypersonnie. Gezien de hoogte van de gemiddelde scores, waren niet al deze klachten bij alle patiënten aanwezig. Demoralisatie en labiliteit waren bij deze patiënten praktisch afwezig en 'neurotische' symptomen kwamen in deze groep niet of nauwelijks voor. Ondanks de relatief geringe klachten, zat de helft van de patiënten op T2 in de ziektewet. Deze patiënten hadden op alle terreinen de minste problemen, met uitzondering van het aantal werk/studieproblemen. De prognose was goed met betrekking tot zowel de symptomen als de werkhervatting na twee maanden.

- *Cluster B* werd gekenmerkt door matig verhoogde gemiddelde scores voor de specifieke distresssymptomen en het nagenoeg ontbreken van 'neurotische' symptomen. Cluster B bleek ten aanzien van de distresssymptomen gevarieerd te zijn: sommige patiënten waren gespannen, prikkelbaar en gedeprimeerd, anderen hadden meer last van moeheid, malaise en hypersonnie, en weer anderen sliepen slecht, piekerden en/of waren gedemoraliseerd. De patiënten van cluster B hadden relatief veel gebeurtenissen en problemen in de sfeer van werk en/of studie meegemaakt. Twee derde van hen zat op T2 in de ziektewet; op T3 gold dat nog steeds voor de helft, hoewel hun symptomen inmiddels sterk waren verbeterd.

- De patiënten van *cluster C* hadden allen veel last van bijna het hele scala van distresssymptomen. In tegenstelling tot cluster B hadden de meeste patiënten van cluster C last van matige tot ernstige verwerkingsverschijnselen en anhedonie. Sommige patiënten hadden tevens last van een of meer 'neurotische' symptomen, in de meeste gevallen echter niet in ernstige mate. Zij hadden minder werkgebonden problemen, maar meer interpersoonlijke,

persoonlijke en materiële problemen dan de patiënten van cluster B; 60 procent gaf aan last te hebben van één of meer chronische nerveus-functionele klachten, zoals migraine, spastische darmen, nek-rugklachten of chronische moeheid. Zij scoorden gemiddeld hoger voor 'tobberig/nerveus/onzeker' en 'neuroticisme' dan de patiënten van cluster B. Cluster C deelde met cluster B de goede prognose van de klachten na twee maanden.

- *Cluster D* werd gevormd door patiënten met opvallende 'neurotische' klachten en een hoog symptoomniveau na twee maanden. Deze patiënten hadden allen veel last van het hele scala van distress-klachten, met daarnaast verschillende combinaties van 'neurotische' symptomen. Zij hadden op bijna alle terreinen de meeste levensgebeurtenissen en problemen meegemaakt en zij scoorden ook het hoogst op 'neuroticisme'.

Tijdens de follow-up van acht weken hadden de patiënten van de clusters A, B, C en D gemiddeld nog respectievelijk 1,5, 1,9, 1,9 en 2,1 contacten met hun huisarts. Bij zes patiënten stelde de huisarts een psychiatrische diagnose (5× depressie, 1× angststoornis); dit waren twee patiënten in cluster B en vier patiënten in cluster D. Eén patiënt (in cluster D) kreeg een antidepressivum. Drie patiënten (in de clusters B, C en D elk één patiënt) werden verwezen naar de tweedelijns GGZ.

Beschouwing

Beperkingen

Dit onderzoek heeft verschillende beperkingen.

- Allereerst is niet zeker of de bevindingen representatief kunnen worden geacht voor alle patiënten met een nieuwe diagnose surmenage in de huisartspraktijk, aangezien de cumulatie van non-respons niet minder dan 55 procent bedroeg.

- Bij het meten van het voorkomen van problemen en levensgebeurtenissen is geen rekening gehouden met de ernst en de duur van die problemen en de mate waarin gebeurtenissen traumatisch, emo-

tioneel of ingrijpend kunnen zijn. Het spreekt vanzelf dat bijvoorbeeld 'het lijden van schade aan persoonlijke eigenschappen' een andere betekenis heeft wanneer de lamp van iemands fiets door vandalisme is getroffen, dan wanneer zijn auto is gestolen. Evenzo heeft 'problemen met het werk' een andere betekenis wanneer iemand niet zo goed met een collega kan opschieten, dan wanneer hij met ontslag wordt bedreigd. De validiteit van de scores voor levensgebeurtenissen en problemen als maat voor de hoeveelheid stress waaraan de patiënt heeft blootstaan en mogelijk nog blootstaat, moet derhalve niet hoog worden ingeschat; deze scores geven hiervan niet meer dan een ruwe indicatie.

- Het is bekend dat metingen van de persoonlijkheid met behulp van vragenlijsten vertekend kunnen worden door de symptomatologie die de patiënt op dat moment vertoont.⁷ De variantie van de zelf geconstrueerde vragenlijst voor 'tobberig/nerveus/onzeker' kon voor 33 procent worden verklaard door de symptomatologie op T1, en de bestaande 'neuroticisme'-vragenlijst zelfs voor 60 procent.² De persoonlijkheidsscores kunnen dus niet zonder meer worden beschouwd als een maat voor een in de tijd stabiele eigenschap.

- Als indicatie voor de prognose is een momentopname gemaakt van de symptomatologie en het sociaal functioneren na twee maanden. Hiermee wordt dus geen informatie gegeven over het beloop in de onderzochte periode en al helemaal niet over het beloop op de langere termijn.

Generaliseerbaarheid van de clusteroplossing

Er zijn verschillende methoden om clusters te formeren en deze kunnen in principe tot uiteenlopende resultaten leiden. In de praktijk zijn met de 'complete linkage'-methode en de methode van Ward goede ervaringen opgedaan.⁸

In eerste instantie zijn alle patiënten met de diagnose surmenage onderworpen aan een clusteranalyse volgens de 'complete linkage'-methode op basis van de symptomatologie op T1.² Hierbij werden drie clusters gevonden, die vrijwel identiek

waren met de thans gevonden clusters A, B en D. In twee andere populaties werden met deze methode op basis van de symptomen dezelfde drie clusters gevonden.² Uit het feit dat met verschillende methoden en in verschillende populaties dezelfde clusters zijn gevonden, kan worden geconcludeerd dat deze clusters een duidelijk realiteitsgehalte hebben.

Bij de hier besproken analyse werd een vierde cluster (C) gevonden, dat het midden hield tussen de clusters B en D. Cluster C leek qua symptomatologie, aard van de problemen en persoonlijkheid meer op een lichte variant van cluster D dan op een ernstige variant van cluster B. De prognose van cluster C was echter veel beter dan die van cluster D en in dit opzicht leek cluster C dus meer op cluster B. Cluster C was vermoedelijk een uitvloeisel van de keuze om ook prognostische variabelen in de clusteranalyse op te nemen; indien de prognose buiten beschouwing was gebleven, waren de patiënten van cluster C vermoedelijk verdeeld onder de clusters B en D.

Soorten surmenagepatiënten

In dit onderzoek kon de groep patiënten die van hun huisarts de diagnose surmenage hadden gekregen, op basis van de symptomatologie, de aard van de problemen, de persoonlijkheid en de prognose worden onderscheiden in vier subgroepen.

- De grootste subgroep (cluster B) leek, gelet op de klachten, het sociaal disfunctioneren, de relatie met gebeurtenissen en problemen in het werk en de gunstige prognose, goed te voldoen aan het beeld dat huisartsen van surmenagepatiënten hebben.¹ De tweede vraagstelling kan dus bevestigend worden beantwoord.

- Een tweede subgroep (cluster A) bestond uit patiënten met weinig klachten en voornamelijk werkproblemen. Het is de vraag of deze patiënten voldeden aan het beeld dat huisartsen van surmenage hebben. Vermoedelijk ging het bij cluster A om de lichtste variant van surmenage en/of had de diagnose 'surmenage' bij deze patiënten meer de betekenis van 'overbelasting' dan van 'decompensatie'.

- Een derde subgroep (cluster D) liet een

Bijlage Inhoud, betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte vragenlijsten. ²						
Vragenlijst	Inhoud	Aantal items	Cronbach's alfa	Test-hertestcorrelatie kort	lang ^a	Concurrente validiteit ^b
<i>Symptomen (referentieperiode 1 week)</i>						
- moeheid	moe, futloos, lusteloos, uitgeput	5	0,86-0,86	0,91	0,68	0,38†
- gespannenheid	onrustig, rusteloos, moeilijk kunnen ontspannen	5	0,79-0,86	0,92	0,67	0,17
- prikkelbaarheid	snel geïrriteerd, kribbig of onredelijk reageren	4	0,72-0,79	0,87	0,71	0,38†
- labiliteit	huilbuien, hoogzittende tranen, snel emotioneel	3	0,83-0,88	0,95	0,65	0,40†
- demoralisatie	het niet meer aankunnen, er niet tegenop kunnen	4	0,88-0,94	0,87	0,60	0,37†
- onmacht	tot niets kunnen komen, er komt niets uit de handen	3	0,72-0,81	0,76	0,75	-
- piekeren	piekeren, malende gedachten in het hoofd	3	0,78-0,79	0,89	0,63	0,27†
- insomnie	moeite met inslapen, onrustig slapen	3	0,66-0,77	0,92	0,64	0,41†
- hypersomnie	veel (willen) slapen, overdag in slaap vallen	4	0,78-0,81	0,88	0,68	-
- mentaal disfunction.	problemen met concentreren en denken	3	0,79-0,80	0,90	0,61	-
- malaise	zich niet lekker voelen, beroerd	3	0,75-0,79	0,77	0,59	-
- overbelasting	zich overbelast voelen, te veel van zichzelf gevergd	3	0,86-0,91	0,91	0,61	-
- gedeprimeerdheid	depressief gevoel, neerslachtig, moedeloos	3	0,85-0,87	0,89	0,65	0,19*
- verwerkingsversch.	herbelevingen van een aangrijpende gebeurtenis	4	0,89-0,93	0,87	0,48	-
- anhedonie	verlies van interesse en plezier	3	0,72-0,84	0,72	0,65	0,42†
- depress. cognities	negatief over leven en toekomst, suicidaliteit	5	0,76-0,91	0,70	0,73	0,51†
- somatisatie	functionele somatische klachten	16	0,74-0,83	0,95	0,73	0,10
- alg. angst/paniek	angst- of paniekaanvallen, onbestemde angst	5	0,77-0,92	0,96	0,71	0,37†
- ziektevrees	angst voor ernstige ziekte(n)	2	0,71-0,75	0,87	0,72	-
- fobie	irrationele angst voor 'iets'	1	-	0,70	0,64	-
- dwangmatigheid	overnauwgezetheid, herhalingen, smetvrees	8	0,48-0,66	0,82	0,62	-
- agorafobie	straatvrees, angst voor bus en tram, vermijding	3	0,63-0,81	0,50	0,85	-
- sociale angst	angst voor sociale situaties	3	0,43-0,46	0,74	0,54	-
Duur van de klachten	op 7-puntsschaal, variërend van <1 maand tot >5 jaar	1	-	-	0,85	0,43†
Sociaal disfunctioneren privé	belemmeringen functioneren in huishouding, relatie/gezin, sociale contacten en vrije tijd	4	0,78-0,85	0,92	0,66	0,26†

heel ander beeld zien. De patiënten in dit cluster hadden veel 'neurotische' symptomen, een groot scala aan problemen, de hoogste scores op de persoonlijkheidstesten en een slechte prognose na twee maanden. Cluster D voldeed hiermee *niet* aan het beeld dat huisartsen van surmenage hebben.¹

De vraag dringt zich op waarom de betreffende huisartsen bij deze patiënten dan toch de diagnose surmenage hadden ge-

steld, en niet een psychiatrische diagnose, bijvoorbeeld depressie of angststoornis. Het hypothetische antwoord is dat de 'neurotische' symptomatologie ofwel niet door de patiënt naar voren is gebracht, ofwel niet door de huisarts is herkend. Deze patiënten waren niet te onderscheiden van de prototypische surmenagepatiënten (cluster B) wat betreft hun omstandigheden, hun opleiding en werksituatie, de duur van hun klachten, en het voorkomen van werk-

problemen. Vermoedelijk hebben zij een typisch 'surmenage'-verhaal aan de huisarts gepresenteerd. Ook tijdens de follow-up is slechts bij een minderheid van de patiënten alsnog een psychiatrische diagnose gesteld.

De praktijk leert dat patiënten in de spreekkamer in het algemeen gemakkelijker melding maken van gewone en invoelbare symptomen als vermoeidheid en gespannenheid, dan van beladen symptomen

Bijlage (vervolg) Inhoud, betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte vragenlijsten. ²						
Vragenlijst	Inhoud	Aantal items	Cronbach's alfa	Test-hertestcorrelatie kort	lang ^a	Concurrerende validiteit ^b
<i>Levensgebeurtenissen (referentieperiode 12 maanden)</i>						
- werk/studie	o.a. verandering van baan, conflict, reorganisatie	10	-	0,94	-	0,26†
- ziekte/dood	ziekte, ongeluk, opname, overlijden zelf, naasten	14	-	0,99	-	-
- gezin/familie	gezinssamenstelling, verandering van relaties en rollen	14	-	0,95	-	-
- geweld	vandalisme, diefstal, mishandeling	3	-	0,93	-	-
- materiële situatie	verhuizing, werk partner, financiële mee- of tegenvaller	6	-	0,95	-	-
<i>Problemen (referentieperiode 6 maanden)</i>						
- werk(loosheid)/studie	idem	2	-	0,96	-	-
- gezondh. zelf/naasten	ziekte of handicap zelf, gezin, familie	2	-	0,80	-	-
- interpers. problemen	ouders, partner, kinderen, belangrijke anderen	4	-	0,83	-	-
- verw. traum. ervaring	verwerking traumatische ervaring	1	-	0,83	-	-
- persoonlijke probl.	o.a. zelfvertrouwen, contacten leggen, eenzaamheid	5	-	0,71	-	-
- materiële situatie	financiën, huisvesting, leefsituatie	3	-	0,84	-	-
<i>Persoonlijkheid</i>						
- tobberig/nerv./onzek.	tobberig, nerveus, onzeker, sensitief	15	0,87-0,88	0,91	0,63 ^c	0,32-0,41†
- plichtsgetr./perfect.	plichtsgetrouw, perfectionistisch, harde werker	8	0,69-0,71	0,90	0,72 ^c	0,17
- 'neuroticisme'	neuroticismelijst van Ormel ⁴	14	0,82	-	-	-
<p>a kort: test-hertestinterval circa 1 uur (persoonlijke interviews); lang: test-hertestinterval circa 10 dagen (schriftelijke vragenlijsten). b validiteit ten opzichte van een registratie van de huisarts tijdens een normaal consult. c test-hertestinterval circa 65 dagen (schriftelijke vragenlijsten). * p<0,05; † p<0,01 (eenzijdig). - niet onderzocht en/of niet relevant</p>						

als suïcidale gedachten en irrationele angsten, die vaak met schaamtegevoelens gepaard gaan. Gaat het dan bij de patiënten van cluster D om een totaal andere problematiek dan 'surmenage'?

Vermoedelijk niet. Hier lijkt sprake te zijn van dezelfde soort 'uitwendige' problemen (met name werkproblemen) als bij de prototypische surmenagepatiënten, maar dan bij personen die op grond van hun persoonlijkheid geneigd zijn 'neurotisch' te reageren en die, mogelijk als gevolg daarvan, al problemen ondervinden op diverse levensterreinen. De hogere scores voor de persoonlijkheidstesten geven steun aan deze veronderstelling. De problematiek lijkt hier dus meer complex. Er is niet alleen sprake van surmenage in de zin van overbelasting en demoralisatie, maar er komt iets bij, een 'neurotische' reactie, en mogelijk ook een biologische ontregeling in het geval van depressie of angst. Het resultaat van dergelijke 'neurotische' reacties is dat de patiënt terechtkomt in een neerwaartse spiraal van verlies van plezier en eigenwaarde (depressie), irrationele angsten, anticipatieangst en vermijding (angst) en ongerustheid over de gezondheid en verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties (somatisatie). De problemen die de aanleiding vormden voor de psychische decompensatie, raken daardoor op de achtergrond, hetgeen niet bevorderlijk is voor het oplossen van deze problemen en het herstel van het psychische evenwicht.

Dit past bij de gevonden slechte prognose van cluster D. Vermoedelijk hebben de patiënten die 'neurotisch' reageren op een confrontatie met te veel stress een andere en intensievere behandeling nodig dan de typische surmenagepatiënten bij wie alleen een stress/coping-probleem bestaat.

- Een vierde subgroep (cluster C) hield

het midden tussen de prototypische surmenagesubgroep (cluster B) en de 'neurotische' subgroep (cluster D) en illustreert daarmee dat het onderscheid tussen het typische surmenagesyndroom en de 'neurotische' beelden – uiteraard – niet mes-scherp is.

Conclusies

Het ziet ernaar uit dat onder de patiënten die van hun huisarts de diagnose surmenage hebben gekregen, verschillende subgroepen kunnen worden aangetroffen die niet alle een even gunstige prognose hebben. Eén van deze subgroepen voldoet grotendeels aan het beeld dat huisartsen van surmenage hebben.¹ Deze patiënten vertonen matige tot ernstige distressklachten en hebben vaak werkproblemen. Zij hebben een goede prognose wat betreft hun klachten na twee maanden. Een andere subgroep heeft voornamelijk werkproblemen, relatief geringe distressklachten en een goede prognose. De derde subgroep vertoont, in tegenstelling tot de twee genoemde subgroepen, matige tot ernstige 'neurotische' symptomatologie. Naast werkproblemen hebben deze patiënten een scala aan andere problemen, waaronder persoonlijkheidsproblemen. Na twee maanden zijn zij nauwelijks verbeterd.

Het onderscheiden van deze drie groepen lijkt vooral zin te hebben vanwege de relatief slechte prognose van de 'neurotisch' reagerende groep. Bij een typisch 'surmenage'-verhaal zou de huisarts bedacht moeten zijn op de mogelijkheid van een 'neurotische' reactie bij personen die gemakkelijk uit hun evenwicht worden gebracht, bij de aanwezigheid van veel problemen en uiteraard bij het ontstaan van irrationele angsten, vermijdingsgedrag, depressieve cognities en sterke somatisatie. Naar deze 'neurotische' symptomen dient de huisarts actief navraag te

doen, omdat patiënten ze vaak niet spon-taan naar voren brengen.

Dankbetuiging

Met dank aan de Bedrijfsvereniging voor Detailhandel, Ambachten en Huisvrouwen (DE-TAM) te Utrecht voor het beschikbaar stellen van de gegevens.

Literatuur

- 1 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? *Huisarts Wet* 1992; 35: 311-5.
- 2 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [Dissertatie Utrecht]. Utrecht: Bedrijfsvereniging voor Detailhandel, Ambachten en Huisvrouwen (DE-TAM), 1994.
- 3 Terluin B, Winnubst JAM, Gill K. Kenmerken van patiënten met de diagnose 'psychische surmenage' in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 1785-9.
- 4 Ormel J. Moeite met leven of een moeilijk leven. Een vervolgonderzoek naar de invloed van psychosociale belasting op het welbevinden van driehonderd Nederlanders. Groningen: Konstapel, 1980.
- 5 Norusis MJ. SPSS base system user's guide. Chicago: SPSS, 1990.
- 6 Knottnerus JA, Volovics A. Medische statistiek en onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990.
- 7 Koeter MWJ, Ormel J, Van den Brink W, Dijkstra W. Toestandsbeeld en persoonlijkheidsmeting: de stabiliteit van de Nederlandse Persoonlijkheds Vragenlijst in een psychiatrische-polikliniekpopulatie. *Ned Tijdschr Psychol* 1989; 44: 129-37.
- 8 Dingemans PMAJ. Aspecten van psychiatrische klassifikatie. Beusichem: CSB, 1986.