

Dankbetuiging

Met dank aan prof. S. Thomas (EUR) en dr. J.W.W. Coebergh voor hun kritische kanttekeningen bij de totstandkoming van dit artikel.

Literatuur

- 1 Tijnstra Tj. Nut screening onduidelijk. Med Contact 1989;44:323-6.
- 2 Olsen O, Gotzsche PC. Screening for breast cancer with mammography (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.
- 3 Giard RWM, Bonneux LGA. Borstkankerscreening onvoldoende effectief. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:2205-8.
- 4 Bunker JP, Houghton J, Baum M. Putting the risk of breast cancer in perspective. BMJ 1998;317:1307-9.
- 5 Giard RWM, Coebergh JWW. Screening op kanker: soms baat het, vaak schaadt het. Huisarts Wet 1997;40:636-43.
- 6 Coebergh JWW. Challenges and pitfalls of mass-screening in the European Union. Eur J Cancer 2000;36:1469-72.
- 7 Black WC. Overdiagnosis: an unrecognized cause of confusion and harm in cancer screening. J Natl Cancer Inst 2000;92:1280-2.
- 8 Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Favourable and unfavourable effects on long-term survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised trials. Lancet 2000;355:1757-70.
- 9 Ernst MF, Voogd A, Coebergh JWW, Repelaer van Driel O, Roukema J. The introduction of mammographical screening has had little effect on the trend in breast conserving surgery: a population-based study in Southeast Netherlands. Eur J Cancer 2001;37:2435-40.
- 10 Thomas S. Screenen een nuttige zaak of een modeverschijnsel? Med Contact 1977;32:564-8.

Overspanning: rusten of juist aan de slag?

Berend Terluin

Schmidt heeft uitgesproken ideeën over de behandeling van overspanning (surmenage).^{1,2} Die heb ik ook;^{3,4} geen wonder dus dat we het in een aantal opzichten niet met elkaar eens zijn, met name over de invulling van de eerste fase van de behandeling. Volgens Schmidt (zie p. 119) wordt overspanning gekenmerkt door een neuropsychologische stoornis die zich uit in een onvermogen om nieuwe, complexe en emotioneel beladen informatie te verwerken. Daarom legt hij veel nadruk op 'rust', dat wil zeggen 'niks zinnigs doen', om de informatieverwerkingscapaciteit van de hersenen te ontlasten. Schmidt adviseert in dit kader volledig ziekteverzuim (gedeeltelijk doorgaan met werken zou zelfs gevaarlijk kunnen zijn²), vermindering van drukte en van emotioneel beladen situaties. Hij adviseert het rusten af te wisselen met routinematige activiteiten zoals huishoudelijke klusjes, lichte lichamelijke inspanning en hobby's. Het bespreken van de problemen en omstandigheden waardoor iemand overspannen is geraakt, is in de eerste fase van de behandeling niet zinvol en dient volgens Schmidt te worden uitgesteld tot de tweede fase wanneer de cerebrale informatieverwerking weer enigszins is hersteld.^{1,2}

Auteursgegevens

dr. B. Terluin, huisarts Zorggroep Almere, senior-onderzoeker Vakgroep Huisartsgeneeskunde EMGO, VU Medisch Centrum, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam
Correspondentie: b.terluin@zonnet.nl

De auteur is als co-projectleider betrokken bij een door ZON gefinancierd onderzoek van het NIVEL, EMGO-Instituut en Trimbos-Instituut naar de behandeling van overspanning in de eerste lijn, ontvangt royalty's uit de verkoop van een geautomatiseerde versie van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) door de firma Datec, en heeft van verschillende instanties vergoedingen ontvangen voor het geven van (na)scholing over de diagnostiek en behandeling van overspanning aan huisartsen, bedrijfsartsen, en arbeidsdeskundigen in opleiding en aan fysiotherapeuten.

Breekpunt

Wanneer men de verhalen van overspannen patiënten beluistert, komt het volgende beeld naar voren.⁵ Overspannen patiënten hebben gedurende een bepaalde periode te maken met (een combinatie van) uiteenlopende stressoren zoals overbelasting in werk of gezin, aangrijpende levensgebeurtenissen en problemen op diverse terreinen, waardoor hun normale functioneren onder druk komt te staan. Zij proberen met verschillende copingstrategieën de stress de baas te blijven, wat evenwel niet echt wil lukken. Ondertussen proberen ze met veel inspanning zo goed mogelijk te blijven functioneren, wat ook niet echt lukt. De toenemende moeite die men moet doen om het functioneren op peil te houden, uit zich in spanningsklachten (*distress*) als moeheid, slecht slapen, gespannenheid, prikkelbaarheid, emotionele labiliteit en concentratieproblemen. Dan komt er vrij plotseling een breekpunt. Sommige patiënten storten onverwacht in, vaak met heftige emoties. Andere patiënten nemen op een gegeven moment de weloverwogen beslissing om 'af te haken' en de strijd op te geven. Terwijl Schmidt in de decompensatie verschijnselen van een cerebrale stoornis ziet – zo'n stoornis is overigens tot nu toe niet rechtstreeks aangetoond^{6,7} – is ook een meer psychologische verklaring mogelijk. Zowel bij de 'instorters' als bij de 'afhakkers' is er sprake van controleverlies en demoralisatie (falende coping), door patiënten verwoord als 'ik kan het niet meer aan' of 'ik kan er niet meer tegenop'. De patiënt kan niet anders meer dan het opgeven en zich terugtrekken. In deze gedwongen terugtrekking zit een niet onbelangrijk element van zelfbescherming. De *distress* en demoralisatie dwingen de patiënt de ongelijke strijd te staken en zich te bezinnen op een andere strategie, voordat hij er lichamelijk of psychisch helemaal aan onderdoor gaat. Ondertussen verschaft de decompensatie waardoor de patiënt zijn sociale rollen laat vallen, ook een tijdelijke oplossing voor de problemen die de patiënt tot dan toe niet heeft kunnen oplossen, namelijk door ze

te vermijden. De overspannen patiënt wil dan ook niets liever dan met rust gelaten worden. Toch schuilt hierin het grootste gevaar bij overspanning: door rust te nemen en de problemen te vermijden zal de patiënt niet vanzelf tot een betere coping komen. Onbewust kan de patiënt blijven vasthouden aan vermijding als belangrijkste copingstrategie, met langdurig ziekteverzuim en kans op WAO als gevolg. Bovendien dreigen psychiatrische stoornissen zoals angst- en stemmingsstoornissen en somatisatie te ontstaan als de stress – zij het op een lager niveau – blijft bestaan bij het uitblijven van een oplossing voor de problemen.

Aan de slag

Uit verzuimstatistieken blijkt dat de kans op WAO exponentieel toeneemt met de duur van het ziekteverzuim. Dit wordt wel geweten aan veranderingen in homeostatische krachten zowel thuis als in het werk. Bij een verzuim van slechts enkele weken werken deze krachten nog in de richting van werkhervatting en herstel van het oude evenwicht, maar na verloop van enkele maanden ziekteverzuim gaan zij werken voor behoud van het nieuwe evenwicht en dus tegen reïntegratie. Uit onderzoek is bekend dat 20% van alle overspannen werknemers die meer dan vier weken verzuimen, in de WAO dreigt te raken.^{8,9} Of deze getallen (uit het begin van de jaren negentig) nog steeds geldig zijn na alle veranderingen in de sociale zekerheid van de afgelopen jaren, is overigens de vraag. In de bedrijfsgezondheidszorg heeft zich een ware *paradigmashift* voorgedaan. Tegenwoordig wordt in brede kring beleden dat overspannen patiënten geholpen moeten worden het contact met hun werk snel te herstellen (zie ook het rapport van de commissie Donner-1¹⁰).

De overspannen patiënt staat voor de opgave om zijn situatie te herevalueren en betere manieren te vinden om met de problemen om te gaan. Hij zal zich dus eerst terdege rekenschap moeten geven van wat er aan de hand is en waarom hij overspannen is geraakt, om vervolgens te constateren dat hij het anders moet gaan aanpakken. Daartoe is het noodzakelijk de patiënt te stimuleren *aan de slag* te gaan met zijn problemen en de confrontatie ermee niet te vermijden. In de eerste fase van de overspanning, die gekenmerkt wordt door uitputting en ontredde, zijn rust en afleiding door het uitvoeren van routinematige activiteiten zeker nuttig, maar niet het allerbelangrijkste. Er is naar mijn ervaring en de ervaring van anderen geen enkel bezwaar tegen de patiënt te stimuleren van meet af aan ook aandacht te geven aan de problemen. Dat kan in eerste instantie niet in oplossen-zin vanwege beperkingen van het denk- en concentratievermogen, maar de patiënt kan wel beginnen de problemen te inventariseren om zich zo bewust te worden wat er allemaal meespeelt. Als de patiënt wat rustiger en helderder is geworden, kan hij vervolgens naar mogelijke oplossingen gaan kijken – al of niet met hulp van anderen – om deze daarna in praktijk te brengen. Ter bestrijding van de demoralisatie is het belangrijk de patiënt het gevoel te geven dat overspanning een oplosbaar probleem is, waar men systematisch mee aan de slag moet gaan, en

waarvoor men hulp kan invoeren van de bedrijfsarts.¹¹ Helaas is er tot nu toe praktisch geen onderzoek gepubliceerd naar de behandeling van overspanning, maar er is een wetenschappelijk lichtpuntje. Van der Klink hoopt binnenkort te publiceren over een RCT naar het effect van een probleemgerichte, activerende aanpak in vergelijking met de gebruikelijke zorg (veelal rust), uitgevoerd in de bedrijfsgezondheidszorg. Het resultaat was een reductie van het ziekteverzuim met 30% en een vermindering van het aantal recidieven met 30%, terwijl het herstel van de klachten in beide groepen gelijk opging (persoonlijke mededeling J.J.L. van der Klink, 2001).

Conclusie

De overspannen patiënt ziet het niet meer zitten en wil met rust gelaten worden. Maar rust is niet meer dan een noodverband, een tijdelijke oplossing voor de crisis in de coping. Een definitieve oplossing moet komen van een herstel van de controle van de patiënt over zijn situatie en een verbetering van de wijze waarop de patiënt zijn problemen tegemoet treedt. Een te lang volgehouden rust werkt vermijding in de hand en belemmert het aanpakken en oplossen van de problemen. Daarom is het in de begeleiding van overspanning van belang de patiënt niet alleen de noodzakelijke rust (dat wil zeggen: vermindering van belasting) toe te staan, maar de patiënt ook te stimuleren *aan de slag* te gaan met zijn problemen, maar dan wel op een andere wijze dan voorheen. Door overspannen patiënten in die geest te adviseren en te begeleiden, kunnen wij als huisartsen hen voor een afglijden naar de WAO behoeden.

Literatuur

- 1 Schmidt AJM. Uitgangspunten bij de behandeling van overspanning. Huisarts Wet 2002;45:119-23.
- 2 Schmidt AJM. De psychologie van overspanning. Theorie en praktijk. Amsterdam: Boom, 2000.
- 3 Terluin B, Gill K. Surmenage. Practitioner [Nederlandse uitgave] 1992;9:385-8.
- 4 Terluin B, Van der Klink JLL. Surmenage. In: Van der Klink JLL, redactie. Psychische problemen en de werksituatie. Handboek voor een actieve sociaal-medische begeleiding. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, 1995.
- 5 Terluin B, Troost J. Overspannen. Het verhaal van de patiënten. Medisch Contact 1993;48:1544-6.
- 6 Schmidt AJM. Overspanning: een zee van klachten of een bron van onderzoek? Tijdschrift voor Psychiatrie 2000;43:141-9.
- 7 Van Doornen LJJ. Psychofysiologie van burnout. In: Hoogduin CAL, Schaufeli WB, Schaap CPDR, Bakker AB, redactie. Behandelingsstrategieën bij burnout. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- 8 Schröder CAP. Verzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop [Dissertatie]. Maastricht: Universitaire Pers, 1993.
- 9 Van Engers RW. Overspannen in de ziektewet; een onderzoek naar de oorzaken en het verloop van ziekteverzuim wegens overspanning. Amsterdam: TICA, 1995.
- 10 Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen. Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid, november 2001.
- 11 Van der Klink JLL, redactie. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Richtlijnen voor bedrijfsartsen. Eindhoven: NVAB, 2000.