

Uitgangspunten bij de behandeling van overspanning

Anton Schmidt

Inleiding

Om iets te kunnen zeggen over de training van hardlopers is het belangrijk om het hardlopen nader te omschrijven. De training van een sprinter verschilt immers van die van een marathonloper. Zonder deze precisering kunnen we slechts terugvallen op algemeenheden zoals 'geleidelijk opbouwen'.

Dit geldt ook voor de behandeling van overspanning. Als we overspanning of surmenage niet precies omschrijven, resteren slechts algemeenheden: de patiënt moet rust nemen.

Overspanning wordt meestal gebruikt als een rest- of verzamelcategorie, waarin wel 90 verschillende klachten of symptomen passen. Dit betekent onder andere dat – op een enkele uitzondering na – de literatuur over behandeling van overspanning vooral non-specifiek is en gericht op het omgaan met stress in de breedste zin van het woord.¹⁻⁴

Eerder beschreef ik 'overspanning in engere zin' als een beperkter, beter afgrensbaar syndroom dat optreedt bij chronische, als onvermijdbaar ervaren, psychosociale stress.^{4,5} Kern hiervan is dat onder deze conditie nieuwe, complexe of emotioneel beladen informatie door het (het brein van het) individu niet meer

Samenvatting

Schmidt AJM. Uitgangspunten bij de behandeling van overspanning. *Huisarts Wet* 2002;45(3):119-23.

Vanuit een beperkter overspanningsbegrip dan doorgaans wordt gehanteerd wordt de behandeling van overspanning in twee fasen verdeeld. In een eerste fase, die specifiek is voor overspanning, ligt het accent op de bestrijding van de kernsymptomen, zoals concentratieproblemen, vergeetachtigheid, het tekortschieten van probleemoplossende vermogens en emotionele labiliteit. Doelstelling van deze fase is om de patiënt in een conditie te brengen waarin hij zinvol kan werken aan de doelstelling van de tweede fase: het aanpakken van de chronische-stressbron die tot overspanning leidde. Deze tweede behandel fase is niet specifiek voor overspanning en wordt daarom slechts aangestipt. De rol van de huisarts bestaat uit het verlenen van psychomedische zorg en het coördineren van zorg. Naar schatting zal dit per patiënt in totaal vier à vijf uur in beslag nemen.

dr. A.J.M. Schmidt, psycholoog, Departement Medische, Klinische en Experimentele Psychologie, Faculteit der Geneeskunde, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Correspondentie: ton.schmidt@mp.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niet aangegeven.

adequaat wordt verwerkt. Dit uit zich op cognitief niveau door klachten als vergeetachtigheid, concentratieproblemen, daling van het probleemoplossend vermogen en het verloren gaan van flexibiliteit en creativiteit in het denken. Op emotieniveau is er sprake van een chaotisch, subjectief als oncontroleerbaar ervaren gevoelsleven, waarbij de gebruikelijke wetmatigheden tussen externe situaties en de erdoor uitgelokte emoties zijn verbroken. Dit kan zich uiten als lusteloosheid (te weinig emotie), prikkelbaarheid (te veel emotie) of onverschilligheid (geen emotie). Op gedragsniveau is er – als gevolg hiervan – sprake van het niet meer kunnen handhaven van het gebruikelijke niveau van functioneren.

Overspanning vormt zo een overgang tussen een proces van mislukte stresscoping en een – eventueel – erop volgend traject van psychopathologie, met name angst- en stemmingsstoornissen. Deze comorbiditeit kan het behandelplan beïnvloeden. Aanwezigheid van een depressie bijvoorbeeld belemmert de behandeling van overspanning; de depressie moet dan ook eerst behandeld worden.

Therapeutische uitgangspunten

Hoewel in de behandeling van overspanning twee fasen worden onderscheiden,¹ wordt in de literatuur deze tweedeling doorgaans niet erg strikt of expliciet gehanteerd.⁶

De eerste fase is gericht op de bestrijding van de kernsymptomen en de tweede op de aanpak van de chronische stressbron die tot de toestand van overspanning leidde. De eerste fase is specifiek voor overspanning, de tweede juist helemaal niet, omdat het hierbij gaat om het aanleren van een effectievere stresscoping bij een in beginsel onbeperkt scala van stressoren. Over de aanpak van de kernklachten zelf bestaat nauwelijks literatuur. Dat die klachten met rust vanzelf wel weggaan, weerspreken de WAO-instroomcijfers.⁷

De eerste fase kan dus niet zomaar worden overgeslagen. Het werken aan oorzaken van overspanning (in de tweede fase) vereist nu eenmaal inzicht, overzicht en emotionele betrokkenheid die bij de overspannen patiënt nu juist ontbreken. Het doel van de eerste behandel fase is de patiënt in een zodanige conditie te brengen dat hij het chronische-stressprobleem weer kan overzien, erover kan nadenken en praten met de juiste emotionele betrokkenheid en uiteindelijk hierover weer verantwoorde beslissingen kan nemen. In dit artikel ga ik vooral in op de eerste behandel fase en de coördinerende of begeleidende taak van de huisarts daarin.

De eerste behandel fase

Deze fase heeft twee uitgangspunten die ten opzichte van elkaar een tegenstelling lijken te vormen: het voorschrijven van rust en het opnieuw activeren van de patiënt. Schriftelijke adviezen kunnen de patiënt een houvast geven (voor een voorbeeld, zie *kader op p. 122*).

RUST EN ACTIVITEIT

Voortvloeiend uit de permanente belasting van de cognitieve en emotionele functies bij chronische stress, volgt als behandelstrategie in de eerste fase een ontlasting hiervan, aangeduid met de term 'rust'.

In de praktijk betekent dit: eliminatie van de stressbron – indien mogelijk – (bijvoorbeeld ziekteverlof); beperking van de input van nieuwe, cognitieve informatie (zoals lezen, tv-kijken, denkwerk verrichten, zich in een onbekende omgeving bevinden); vermijding van veel informatie tegelijk (zoals drukte, herrie, gezelschappen, twee dingen tegelijk moeten doen) en vermijding van emotioneel beladen situaties (zoals confrontaties, persoonlijke gesprekken, het uitpraten van conflicten, functioneringsgesprekken, inzichtgevende behandeling).

In het algemeen kan van het voorschrijven van rust het volgende worden gezegd: het slechts voorschrijven van rust invalideert wanneer dit niet wordt gekoppeld aan een programma gericht op activering of werkhervatting.⁸

Over de optimale aard en omvang van de voor te schrijven rust zijn helaas geen empirische gegevens beschikbaar. Onder experimentele condities kan zeer stringente zintuiglijke inputbeperking bij gezonden leiden tot duidelijke, maar reversibele psychopathologische symptomen,⁹ bij overspannen personen is dit overigens niet onderzocht.

Het *niet* in acht nemen van rust – met andere woorden het op dezelfde voet doorgaan bij aanwezige kernklachten – leidt in ieder geval *niet* tot herstel.

Vanuit deze uitgangspunten is het gedoseerd voorschrijven of ondersteunen van (bed)rust *niet* gecontraïndiceerd: het is in overeenstemming met een vaak geuite wens van overspannen patiënten; het volgt hun natuurlijke gedragsgeneigdheid en er is enige theoretische grondslag voor. De angst voor invalidering is echter terecht indien bedrust niet is ingebed in een breder, op activering of werkhervatting gericht plan van aanpak.

In het algemeen wordt bij overspanning uitgegaan van een afwisseling van ontzien of rust enerzijds en activiteit anderzijds, zoals dat ook bij een aantal verwante, chronische beelden (bijvoorbeeld het chronisch-vermoeidheidssyndroom) wordt aanbevolen.^{1,10,11}

Geschikte activiteiten zijn vooral ingeslepen gedragsroutines, zoals huishoudelijk werk, lichte lichamelijke inspanning of hobby-activiteiten. Deze routines verlopen via zogenaamde automatische informatieverwerkingsprocessen¹² en zijn bij overspannen patiënten het minst aangetast. Ze kunnen daarom

De kern

- ▶ De behandeling van overspanning in de eerste lijn is gebaseerd op een te breed en te vaag overspanningsbegrip.
- ▶ Bij een toestand van overspanning moet *niet in eerste instantie* samen met de patiënt gezocht worden naar een oplossing van de stressproblemen die tot overspanning hebben geleid. De patiënt mist hiervoor de cognitieve en emotionele capaciteiten.
- ▶ De begeleidende en zorgcoördinerende rol van de huisarts bij overspanning is van doorslaggevend belang ter voorkoming van psychopathologie of arbeidsongeschiktheid.
- ▶ Er is theoretisch geen reden om overspannen patiënten bedrust te ontraden, mits ondergebracht in een breder op activering gericht behandelplan.

gebruikt worden om het verloren gegane zelfvertrouwen weer enigszins op te vijzelen.

WAT IS RUST PRECIES?

Rust kan ook beschreven worden als elk gedrag dat *niet* gericht is op het bereiken van een bepaald, vooropgezet doel. Rust is dan 'onthaast' gedrag, waaraan elke vorm van 'moeten' ontbreekt. De afgehaakte, overspannen patiënt vertoont dit gedrag in hoge mate. Hij doet namelijk 'niets zinnigs'; zij het dan dat de overspannen patiënt dit gedrag doorgaans zelf zeer negatief labelt. In de huidige 'drukcultuur' lijkt op dit 'moetenloze' gedrag een taboe te rusten, dat doorgonst in het hoofd van de overspannen patiënt.

De eerste taak van de behandelaar is dan om aan het rustgedrag weer een positieve, namelijk herstelbevorderende betekenis te geven. Het niksdoen van de overspannen patiënt is niet negatief, mits het in een breder behandelperspectief wordt geplaatst.

ROUTINES

Overspannen mensen kunnen niet meer onder tijdsdruk of deadlines werken. Vaak leggen zij zichzelf die tijdsdruk op en dat blijkt ook bij de therapeutische dosering van routinematige activiteiten. Deze activiteiten zijn in tegenstelling tot rust wél gericht op het bereiken van een bepaald doel, maar een overspannen patiënt koppelt aan dit doel vrijwel steeds een deadline, bijvoorbeeld 'vanmorgen moet het huis schoon'. Deze doorgaans te hoog gestelde en zelfopgelegde limieten zullen tot faalervaringen leiden en het herstelproces belemmeren.

De doelstelling van therapeutisch ingeplande routineactiviteiten bij overspanning is daarom het volhouden van een maximaal kwaliteitsniveau – hetgeen zonder uitzondering samengaat met een rustig werktempo – gedurende steeds langere tijd. Het effect van dit kwaliteitscriterium is dat de patiënt in ieder geval volaan kan zijn over de kwaliteit van ondernomen activiteiten, hoe gering de output ook is. Door zich hierop te richten kunnen zelfvertrouwen en motivatie worden opgebouwd.

De tweede taak van de behandelaar is dan om het activiteitengedrag van de overspannen patiënt van de overbodige 'moet'-ele-

menten te ontdoen en de aandacht te richten op de kwaliteit van het resultaat.

DE RUST-ROUTINERATIO

Door de nadruk op de kwaliteit van de activiteiten ligt er ook minder nadruk op de vaak voorkomende moeheid. De overspannen patiënt kan routines in beginsel goed uitvoeren totdat als gevolg van moeheid, concentratieproblemen, gejaagdheid en dergelijke de kwaliteit van de uitgevoerde activiteit daalt. Moeheid is dan een van de factoren die het volhoudgedrag bepalen.

Het inschatten van de initiële rust-routineratio bij de overspannen patiënt is een individuele zaak. Het adviseren over een geleidelijke en systematische opbouw van het routineactiviteitsniveau is een derde taak van de behandelaar in de eerste fase van de behandeling van overspanning.

HET HERSTELBELOOP IN DE EERSTE BEHANDELFASE

Of de klinische indruk dat gedurende het herstelproces niet alle kernklachten in hetzelfde tempo verdwijnen waar is, is nog onzeker. Empirisch onderzoek loopt, maar publicaties ontbreken vooralsnog.

Het lijkt in de praktijk alsof het herstel een spiegelbeeld van het ontstaan is. Bij het ontstaan vormt de vermoeidheid de basis waarop zich vervolgens cognitieve en ten slotte emotionele functiestoornissen ontwikkelen tot een volledige toestand van overspanning.¹ De eerste klachten blijven in de herstelfase het langst aanwezig; de laatste verdwijnen ook het eerst.

Allereerst lijkt de emotiekoppeling te herstellen: voorheen leuke dingen worden weer leuk, de emotionele labiliteit verdwijnt, men voelt zich weer betrokken bij de dagelijkse dingen. Hierdoor ontstaat intrinsieke motivatie voor een verdere verhoging van het activiteitsniveau. De cognitieve functies lijken langzamer te herstellen, waardoor een situatie ontstaat dat de patiënt wel weer van alles wil, maar hiervoor nog de cognitieve capaciteiten mist. De patiënt wil wel weer een boek of de krant lezen, maar blijft telkens steken bij de eerste regels. Een goede uitleg en integratie van dit fenomeen in de behandeling kan veel onrust en teleurstelling wegnemen. Meer gecompliceerde cognitieve taken (denkactiviteiten) kunnen daarom pas geleidelijk worden ingevoerd wanneer een routineactiviteitenprogramma effectief is gebleken.

Moeheid, maar ook een verhoogde vermoeibaarheid ten slotte zijn belangrijke klachten die gedurende het gehele herstelproces aanwezig kunnen blijven, ook als de cognitieve functies weer zijn hersteld en de behandeling in de tweede, non-specifieke fase is beland. Markeringen in het herstelproces – bijvoorbeeld part-time werkhervatting – gaan doorgaans gepaard met een tijdelijke toename van moeheidsklachten. Men zou kunnen zeggen: pas als de moeheid als klacht verdwenen is, is het genezingsproces voltooid. Ook hier kunnen uitleg en voorbereiding voorkomen dat de patiënt aan de betekenis van moeheid in de tweede fase van de behandeling een te grote of te negatieve rol toekent.

De tweede behandel fase

Wanneer in de eerste behandel fase het vermogen van de patiënt om informatie te verwerken verbetert, nadert het moment om systematisch aandacht te besteden aan de stressbron, die uiteindelijk tot overspanning leidde. In deze tweede behandel fase heeft de huisarts een taak die op zich niet afwijkt van zijn verantwoordelijkheden bij andere psychische problemen: het verlenen van basale psychomedische zorg. Dit impliceert bij overspanning dat van de huisarts mag worden verwacht dat deze een chronische bron van psychosociale stress kan diagnosticeren en analyseren, zich vervolgens een oordeel kan vormen over de (in)effec-



Tekening Jeroen Zaat

tiviteit van de habituele stresscoping van de patiënt, waarna hij samen met de patiënt in enkele gesprekken kan zoeken naar effectievere oplossingen. Ten slotte moet hij het effect van dit beleid kunnen beoordelen en op grond hiervan eventuele doorverwijzing overwegen.

Tijdsbeslag

Op basis van de bevindingen van Schroer kan worden geschat dat de huisarts aan de 'gemiddelde' overspannen patiënt in een

ruime variant (vijf dubbele consulten + twee consulten in het voortraject) totaal twee tot tweeënhalf uur besteedt.^{1,2} In een krappe variant (vijf gewone consulten + één consult in het voortraject) is dit ongeveer de helft. Dit betreft dan de behandeling van de toestand van overspanning zelf en de daarmee samenhangende klachten en problemen. In de bedrijfsgeneeskundige praktijk kost de persoonlijke begeleiding van overspannen werknemers met werkstress minimaal twee uur per casus.⁸

Protocollaire behandelingen, specifiek gericht op de behandeling van overspanning of burnout omvatten doorgaans tien à twaalf bijeenkomsten van elk een uur.¹³

In mijn eigen psychologische praktijk ga ik uit van zes tot acht bijeenkomsten van een uur, na afronding van de diagnostische fase.

Uitgaande van een behandeling van ongecompliceerde overspanning waarbij aandacht wordt besteed aan de beide eerder besproken fasen, is het redelijk te veronderstellen dat een optimale zorg van huisartsen aan overspannen patiënten ergens tussen genoemde grenzen in zal vallen. Vier à vijf uur, verdeeld over een periode van enkele maanden lijkt een redelijke richtlijn. Bij een (wellicht te) laag ingeschatte incidentie van 25 nieuwe gevallen per normpraktijk per jaar¹⁴ betekent dit een tijdsbeslag van 125 uren op jaarbasis per huisartspraktijk. In een aantal gevallen zal een samenwerking met de bedrijfsarts – in het geval van werkstress⁸ – kunnen leiden tot het voorkómen van dubblures in de hulpverlening en dus tot aanzienlijke tijdsbesparingen. Deze samenwerking wordt overigens nog steeds als onvoldoende ervaren.^{2,15}

Discussie

Gecontroleerde onderzoeken naar de behandeling van overspanning ontbreken. Met name is nauwelijks iets bekend over de meerwaarde van een specifieke behandeling bij overspanning ten opzichte van het natuurlijke beloop, wanneer de primaire stressbron, desnoods tijdelijk, is geëlimineerd. In het algemeen – maar niet unaniem² – wordt dit beloop dan als gunstig beoordeeld,³ hoewel dit niet goed spoort met de grote instroom van patiënten met overspanningsklachten in de WAO.

Overspanning is een typische eerstelijnsaandoening. Bijna alle overspannen patiënten worden als eerste door de huisarts gezien. Naast de bedrijfsarts is de huisarts doorgaans ook de enige medicus die met overspannen personen contact heeft. Doorverwijzingen naar somatisch specialisten worden in het algemeen niet aanbevolen, omdat dat slechts leidt tot een te sterke medicalisering van problemen. Bijna alle huisartsen gebruiken de diagnose overspanning of surmenage; zij rekenen de behandeling van overspanning desgevraagd ook tot hun taak.³

Toch zijn er ook grote problemen met betrekking tot de huisartsenzorg aan overspannen patiënten. Er zijn nauwelijks concrete richtlijnen en voor zover ze er wel zijn, zijn deze gestoeld op een veel te breed en vaag begrip van overspanning. De persoonlijke

Richtlijnen bij overspanning

Het is belangrijk dat u zich aan onderstaande richtlijnen houdt en ze ook dagelijks doorleest.

- 1 Wissel activiteit en rust af. 'Activiteit' betekent eenvoudige 'doedingen', waar u weinig over hoeft na te denken, die op routine kunnen worden uitgevoerd en gericht zijn op het bereiken van een bepaald doel. Voorbeelden: huishoudelijke klusjes, tuinwerk, lichaamsbeweging, hobbywerk, doe-spelletjes met de kinderen. Kies vooral die doedingen die eerder voldoening gaven. 'Rust' is *niet* gericht op het bereiken van een bepaald doel; niets 'moet'. Voorbeelden: op bed liggen, zitten, naar favoriete muziek luisteren, passief tv-kijken (zappen), 'zomaar' een stukje lopen, slapen, luieren, ontspanningsoefeningen of yoga doen, gewoon 'niksdoen'.
- 2 Begin met een activiteitsniveau dat u aankunt; een kwartier actief zijn vraagt in het begin ook minstens een kwartier rust.
- 3 Een activiteit wordt goed uitgevoerd als er niet 'gejaagd' wordt en de kwaliteit van het resultaat 100% is. Bijvoorbeeld: u bent erg tevreden over de manier waarop u iets in huis heeft opgeruimd. Bij ongeduldigheid of jagen wordt het tijd voor rust.
- 4 Bouw het activiteitsniveau langzaam op, totdat u – met ruime rustpauzes – een 'werkdag' kunt vullen met het rustig uitvoeren van routinematige doe-activiteiten. De kwaliteit van wat u doet moet 100% blijven, anders gaat u te snel.
- 5 Stel uzelf bij een activiteit nooit een grens wanneer het af moet zijn: het gaat om kwaliteit en niet om hoeveelheid of tempo. Morgen is er weer een dag. Dit is *niet eenvoudig*.
- 6 Noteer aan het eind van elke dag hoeveel tijd (ongeveer) met welke activiteit werd gevuld, zodat u overzicht krijgt, ook over de vorderingen.
- 7 Als u ongeveer een halve dag actief kunt zijn en u merkt dat u in de gewone dingen weer plezier krijgt, begin dan met denkactiviteiten in te bouwen. 'Denkactiviteiten' zijn doelgerichte activiteiten, waarbij moet worden nagedacht om het tot een goed einde te brengen. Hierbij wordt dus nieuwe informatie verwerkt of een nieuw probleem opgelost. Voorbeelden: actief tv-kijken of radio luisteren, een serieus gesprek voeren, denksporten of denkspelletjes beoefenen, naar een feestje gaan, lezen, achter de pc werken, de administratie doen, deelnemen aan het gemotoriseerde verkeer, iets gaan bezichtigen.
- 8 Ook voor de denzkaken geldt het bovenstaande: langzaam opbouwen; het gaat om kwaliteit en niet om snelheid of hoeveelheid. Denk- en doezaken steeds afwisselen en rust blijven inbouwen.
- 9 Laat u niet weerhouden door 'geen zin' of 'te moe'. Door hieraan te veel toe te geven worden uw klachten eerder erger dan minder.
- 10 Probeer in eerste instantie stressbronnen of emotionele situaties zoveel mogelijk te vermijden; alles op zijn tijd.

visie op, of affiniteit van de huisarts met chronische stressproblemen beïnvloedt de aard en omvang van de verleende zorg in te grote mate. Ook de samenwerking met bedrijfsartsen ontbreekt vaak. Bovendien wordt de hoognodige rol van zorgcoördinator voor de overspannen patiënt door de huisarts te weinig

vervuld.^{1,2} Het is namelijk een belangrijke taak van de huisarts om de voortgang van het traject te bewaken en 'stuurloze periodes' (periodes waarin in feite niets gebeurt) te voorkomen. Deze periodes worden veelvuldig gesignaleerd in de hulpverleningsgeschiedenis van overspannen patiënten.² Een striktere zorgcoördinatie zou ook moeten voorkomen dat slechts 20% van degenen die om psychische redenen in de WAO belanden, gespecialiseerde hulp heeft gezocht in het daaraan voorafgaande jaar, zoals nu het geval is.⁷

Omdat er over het begrip overspanning wetenschappelijk nog zo weinig overeenstemming bestaat, ontbreken ook algemeen geaccepteerde, empirische richtlijnen voor behandeling. Dat dit als een gemis wordt ervaren, blijkt onder andere uit een commentaar van Meijman en Terluin in dit tijdschrift.¹⁶ De recent gepubliceerde richtlijn voor het handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten biedt ook voor huisartsen veel aanknopingspunten.⁸

Nu GGZ dit jaar het landelijk thema van het kwaliteitsbeleid van de huisartsen is, zou nascholing over en protocollering van de begeleiding van overspannen patiënten hoog op de agenda moeten staan.

Literatuur

- 1 Schmidt A. De Psychologie van Overspanning. Theorie en Praktijk. Amsterdam: Boom, 2000.
- 2 Schroer K. Ziekteverzuim wegens overspanning. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1993.

- 3 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een studie naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk. Zeist: Kerckebosch, 1994.
- 4 Schmidt A. Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton? Huisarts Wet 2001;44(7):283-7.
- 5 Schmidt A. Overspanning: een zee van klachten of een bron van onderzoek? Tijdschrift voor Psychiatrie, 2001;43(3):141-9.
- 6 Terluin B, Van der Klink J. Klinisch beeld en beloop van overspanning. In: Hoogduin C, Schaap C, Kladler A, Hoogduin W, redactie. Behandelingsstrategieën bij burnout. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
- 7 Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid [Commissie Donner]. Werk maken van Arbeidsgeschiktheid. Den Haag: APE, 2001.
- 8 NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Geautoriseerde richtlijn. Amsterdam: NVAB, 2000.
- 9 Frankenhaeuser M, Johansson G. On the psychophysiological consequences of understimulation and overstimulation. In: Levi L, redactie. Society, stress and disease. Vol.4. Working life. Oxford: Oxford University Press, 1981.
- 10 Prins J, Bleijenberg G. Cognitieve gedragstherapie bij een patiënte met het chronische-vermoeidheidssyndroom. Gedragstherapie 1998;31(2):117-39.
- 11 Wijlhuizen T. Informatiegids Stichting ME Nederland. Utrecht, 2001.
- 12 Deelman B, Eling P, De Haan E, Jennekens-Schinkel A, Van Zomeren E. Klinische neuropsychologie. Amsterdam: Boom, 1997.
- 13 Hoogduin C, Schaap C, Kladler A, Hoogduin W. Behandelingsstrategieën bij burnout. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
- 14 Van Velden J, Den Bakker D, Claessens A, Schellevis F. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 15 Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Signaleringsrapport Beroepsziekten 2000. Amsterdam: Coronel Instituut, Academisch Medisch Centrum, 2000.
- 16 Terluin B, Meijman F. Wat doen Nederlandse huisartsen bij psychosociale problemen van hun patiënten? Huisarts Wet 1999;42(4):151-2.

Intermezzo

Kees van Kooten is schuld bewust, als hij naar zijn dementerende moeder kijkt: 'Mijn moeder was negenentachtig jaar oud, ik had haar nog nooit zien huilen en wij hielden heel veel van elkaar; zij dag en nacht van mij, ik iets minder vaak van haar'. Dementie maakt weerloos. Zijn moeder heeft een niet bloeiende sering in haar tuin staan, waarvan de tuinman heeft geadviseerd deze weg te laten halen. Dit stuit de moeder tegen de borst omdat hij geen verweer heeft. Van Kooten beschrijft in *Annie* het afscheid van zijn moeder die aan het eind van haar leven in een verzorgingshuis wordt opgenomen. Thuis leest hij de aantekeningen die zijn moeder maakte over gelezen boeken. Onder de letter K ziet hij de titel

De gebroeders Karamazov en verzucht: 'Hoe heb ik haar toch met zeshonderd pagina's Dostojevski durven opscheppen: Dostojevski, van wie ik, ondanks grote plannen, zelf nooit een letter heb gelezen!' Opnieuw sluimert een schuldgevoel in die woorden. Maar schuld of niet, alles is uitzichtloos, want zelfs literatuur helpt niet: 'Mijn hele generatie heeft zijn ouders *Hersenschimmen* van Bernlef cadeau gegeven, in de hoop hun ontgeestelijking te bezweren, maar mijn moeder was vergeten dat zij het had gelezen.'