

Vermoeidheid en psychisch onwelbevinden

Bültmann U. *Fatigue and psychological distress in the working population: the role of work and lifestyle* [Proefschrift]. Universiteit Maastricht, 2002. ISBN 90-5278-340-3.

Vermoeidheid en onwelbevinden – klachten waarmee huisartsen regelmatig te maken krijgen – leiden bij werknemers nogal eens tot slechte werkprestaties en ziekteverzuim, alsmede tot langdurige arbeidsongeschiktheid. Daarmee is een belangrijk maatschappelijk probleem aangeduid, waar wetenschappelijk gezien nog niet zoveel van bekend is. Het onderzoek van Ute Bültmann maakt deel uit van een omvangrijk epidemiologisch longitudinaal cohortonderzoek onder circa 12.000 werknemers van 45 bedrijven en organisaties. De opzet was te onderzoeken hoe vaak vermoeidheid en onwelbevinden onder werknemers voorkomen, welke risicofactoren daarbij een rol kunnen spelen en in hoeverre vermoeidheid en onwelbevinden als verschillende concepten beschouwd kunnen worden. Bültmann rapporteert over de ‘baseline’-gegevens en die van een jaar follow-up, waarbij zij vooral focust op de invloed van werkstress en leefstijlfactoren. Enkele resultaten zijn ook voor huisartsen interessant.

Zo is één op de vijf werknemers vermoeid en eveneens één op de vijf werknemers heeft psychische klachten. De helft van de vermoeide werknemers heeft ook psychische klachten en vice versa. In een jaar tijd ontwikkelt 10% van de gezonde werknemers vermoeidheid en iets meer dan 10% krijgt psychische klachten.

Wat betreft de werkstressfactoren reageren mannen en vrouwen deels verschillend. Een gebrek aan ‘regelmatigheid’ in het werk en een gebrek aan sociale steun veroorzaken vermoeidheid bij mannen en vrouwen, en onwelbevinden alleen bij vrouwen. Psychologische taakeisen en emotionele belasting in het werk veroorzaken onwelbevinden bij mannen en vrouwen, maar psychologische taakeisen geven ook vermoeidheid bij vrouwen en

emotionele belasting geeft vermoeidheid bij mannen. Conflicten leiden tot onwelbevinden bij mannen en vermoeidheid bij vrouwen. De verklaarde variantie is overigens beperkt.

Wat betreft de leefstijl is gevonden dat overgewicht en een gebrek aan lichaamsbeweging buiten het werk tot vermoeidheid leiden en overmatig alcoholgebruik tot psychisch onwelbevinden. Dit geldt overigens alleen voor mannen. Bij vrouwen is alleen een relatie gevonden tussen ondergewicht en vermoeidheid.

Vermoeidheid en psychisch onwelbevinden zijn twee met elkaar samenhangende, wellicht zelfs gedeeltelijk overlappende begrippen. De andere kant van de medaille is dat ze kennelijk ook verschillend zijn en door verschillende werkstressfactoren worden beïnvloed. Veel zaken – bijvoorbeeld de situatie thuis en levensgebeurtenissen – zijn in dit onderzoek (nog) niet aan de orde geweest. Het zal nog wel een tijd duren voordat de nieuw verworven kennis vertaald kan worden in preventieve programma’s voor werknemers.

Berend Terluin

Depressie bij ouderen

Van den Berg MD. *Depression in the elderly. A study from the perspective of diagnostic classification, etiology, biological correlates and remission* [Proefschrift]. Rijksuniversiteit Groningen, 2002. 112 pagina’s. ISBN 90-367-1608-x.

Omdat het percentage ouderen in de bevolking de komende decennia stijgt, kunnen ouderen en hun gezondheidsproblemen rekenen op de warme belangstelling van wetenschappers. Het proefschrift van Marjan van den Berg betreft een beschrijvend onderzoek van een gemengd cohort van depressieve ouderen (55-plus), gerekruteerd uit de bevolking (door middel van screening), uit de huisartsenpraktijk, en uit de tweedelijns GGZ, aangevuld met een niet-depressieve controlegroep. De totale groep van ongeveer 260 personen is maximaal twee jaar gevolgd tot de depressie over was.

In zeven hoofdstukken worden evenzoveel

vraagstellingen onderzocht. Niet alles is voor huisartsen even interessant. Ik licht enkele opvallende bevindingen eruit.

Op basis van de DSM-IV-criteria werden de ouderen met depressieve klachten – in volgorde van afnemende ernst – ingedeeld in de volgende categorieën: ernstige depressie (*major depression*), milde depressie (*minor depression*) en depressieve symptomen. Vergeleken met de niet-depressieve controlegroep vertoonden alle drie de groepen depressieve ouderen een verhoogde psychobiologische kwetsbaarheid voor depressie zoals blijkt uit neuroticisme, het voorkomen van depressies in de voorgeschiedenis en een positieve familieanamnese. De depressieve categorieën vertoonden onderling beduidend minder sterke verschillen, hoewel er een trend was dat de ernstige depressiegroep de grootste kwetsbaarheid bezat. Deze gegevens pleiten voor de ‘continuïteitshypothese’ die stelt dat depressies van verschillende ernst uitingen zijn van dezelfde aandoening. Of dat betekent dat patiënten met lichtere klachten in dezelfde mate baat hebben bij behandelingen – zoals met name antidepressiva – die voor ernstige depressies worden aanbevolen, is nog onduidelijk.

Los van de geijkte DSM-IV-indeling van depressies, bleken depressies bij ouderen in drie etiologisch verschillende subgroepen te kunnen worden ingedeeld. De eerste groep werd gekenmerkt door een eerste depressie voor het zestigste jaar en een hoge psychobiologische kwetsbaarheid voor depressie. De tweede groep werd gekenmerkt door het ontstaan van depressieve klachten in aansluiting op ernstige psychosociale stress en de derde groep door een hoge prevalentie van cardiovasculaire risicofactoren. ‘Vasculaire depressie’ lijkt een apart ziektebeeld, maar over de behandeling ervan is nog niet veel bekend.

Kraepelin parafraserend, zegt Van den Berg dat met haar onderzoek ‘weer een onvermijdelijke stap in de richting van meer ... kennis’ is gezet. Vooralsnog lijkt deze kennis toe name niet direct vertaald te kunnen worden naar de praktijk van de huisarts.

Berend Terluin