

De behandeling van overspanning

Een systematisch literatuuroverzicht

Berend Terluin, Dela van Dijk, Jac van der Klink, Carel Hulshof, Arnold Romeijnders

Samenvatting

Terluin B, Van Dijk DM, Van der Klink JJJ, Hulshof CTJ, Romeijnders ACM. De behandeling van overspanning. Een systematisch literatuuroverzicht. *Huisarts Wet* 2005;48(1):7-12.

Doel Het vaststellen van de evidentie voor de (kosten)effectiviteit van de behandeling van overspanning.

Methode In PubMed, Psycinfo en de Cochrane Library is gezocht naar gecontroleerde trials van behandelingen van overspanning of vergelijkbare aandoeningen bij volwassenen tot 60 jaar. Via overzichtsartikelen en literatuurlijsten van gevonden artikelen werd verder gezocht naar andere trials. De belangrijkste selectiecriteria waren: een individuele interventie, een controlegroep die geen behandeling, placebo of gebruikelijke zorg had gekregen, en klachten, functioneren en/of kosteneffectiviteit als uitkomstmaten.

Resultaten We vonden 15 artikelen die voldeden aan de inclusiecriteria. Acht onderzoeken gingen over medicamenteuze interventies en negen onderzoeken over niet-medicamenteuze interventies. De meeste medicamenteuze onderzoeken waren gedaan met niet-gangbare middelen, antidepressiva en fytotherapeutische middelen. Twee onderzoeken betroffen een gangbaar antidepressivum waarvan in beide gevallen geen effectiviteit kon worden aangetoond. Wat betreft de niet-medicamenteuze interventies ging het om diverse vormen van kortdurende behandeling. Van de weinig intensieve en weinig activerende behandelingen kon geen effectiviteit worden aangetoond. Het resultaat van activerende behandelingen met een cognitief-gedragsmatige inslag was wisselend waarbij het effect op het functioneringsherstel duidelijker leek dan op de klachtenreductie.

Conclusie Bij overspanning zijn antidepressiva weinig onderzocht en niet duidelijk effectief gebleken. Kortdurende activerende interventies zijn mogelijk wel effectief, met name op functioneringsniveau.

Auteursgegevens

VU medisch centrum, EMGO-instituut, Onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. B. Terluin, huisarts; Achmea-Arbo, Amsterdam: D.M. van Dijk, bedrijfsarts-in-opleiding; Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH), Amsterdam: dr. J.J.L. van der Klink, bedrijfsarts/psycholoog; Kwaliteitsbureau NVAB, Utrecht/Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam: dr. C.T.J. Hulshof, bedrijfsarts; NHG, Afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: A.C.M. Romeijnders, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Correspondentie: b.terluin@vumc.nl

Inleiding

De diagnose overspanning wordt voornamelijk gebruikt door huisartsen en bedrijfsartsen.¹ Huisartsen spreken ook wel van surmenage.² Hoewel van overspanning vaak wordt beweerd dat het een vaag begrip is, hebben huisartsen er een heel duidelijk beeld van en heeft onderzoek uitgewezen dat overspanning ook daadwerkelijk bestaat.^{3,4}

Overspanning wordt gekenmerkt door:

- ▶ distressklachten (onder andere moeheid, gespannenheid, prikkelbaarheid, slaapproblemen, emotionele labiliteit, piekeren, en concentratieproblemen);
- ▶ sociaal disfunctioneren;
- ▶ een relatie met stress (in de zin van overbelasting, levensgebeurtenissen en problemen);
- ▶ het ontbreken van verschijnselen van een depressieve of angststoornis.

De oorzaak van overspanning is gelegen in een disbalans tussen de 'draaglast' (de mate van stress) en 'draagkracht' (beïnvloed door persoonlijke factoren zoals copingstijl).

Er bestaat in ons land een controverse over het belang van rust bij de behandeling van overspanning.⁵ Sommige therapeuten hechten veel waarde aan rust, vooral in de eerste fase van de behandeling.⁶ Anderen bepleiten juist een beperking van de rust en een activerende en ondersteunende aanpak gericht op herstel van controle en copingvaardigheden van de patiënt.^{7,8} Deze activerende aanpak is overgenomen in de leidraad uitgebracht door de Commissie Donner I en in een richtlijn voor bedrijfsartsen.^{9,10} De vraag is in hoeverre de behandeling van overspanning kan bogen op wetenschappelijk bewijs. In dit artikel doen wij verslag van een systematisch literatuuroverzicht met de volgende vragenstellingen:

- ▶ Welke behandelingen van overspanning zijn onderzocht?
- ▶ Wat is de effectiviteit van die behandelingen wat betreft klachtenreductie en functioneringsherstel?
- ▶ Zijn die behandelingen kosteneffectief?

Methode

Allereerst hebben wij het begrip overspanning vertaald naar bruikbare zoektermen. Immers, voor het concept overspanning zoals wij dat kennen, bestaat geen Engels equivalent in de internationale literatuur. Eerst hebben we gebrainstormd over internationaal gebruikte termen die mogelijk synoniem zijn of overlappen met ons begrip overspanning. Vervolgens hebben we van deze termen onderzocht hoe vaak en op welke manier ze in Pub-

Med zijn gebruikt (zie bijlage 1 op www.henw.org). De volgende termen hebben we gebruikt: *adjustment disorder*, *neurasthenia*, *minor depression*, *mixed anxiety-depression*, *emotional disorder*, *burnout (professional)* en *work-, job-, or occupational stress*. Vervolgens hebben we in PubMed, Psycinfo en de Cochrane Library gezocht naar gecontroleerde trials van behandelingen van deze aandoeningen, gepubliceerd tussen 1980 en juni 2003 (zie bijlage 2 op www.henw.org voor de volledige zoekstrategie). Via overzichtsartikelen en literatuurlijsten van gevonden artikelen werd verder gezocht naar andere trials. Ten slotte hebben we een *related article search* in PubMed gedaan uitgaande van een recent artikel over de behandeling van patiënten met een aanpassingsstoornis in een bedrijfsgezondheidskundige setting.¹¹

We hebben de volgende selectiecriteria toegepast om gecontroleerde trials te selecteren van patiënten die zo dicht mogelijk bij het begrip overspanning kwamen.

Aard en ernst van de klachten. Het moest gaan om mensen met voornamelijk specifieke psychische klachten die aanleiding gaven tot psychisch lijden en/of sociaal disfunctioneren. Liefst moest het gaan om 'patiënten' die vanwege die klachten hulp zochten. Uitgesloten werd onderzoek bij ongeselecteerde groepen (bijvoorbeeld werknemers) tenzij aannemelijk was dat er bij de rekrutering een aanzienlijke zelfselectie had plaatsgevonden op basis van de klachten. Eveneens werd onderzoek uitgesloten waarbij een gemengde groep patiënten was ingesloten waarbij waarschijnlijk meer dan 25% voldeed aan de criteria voor een specifieke psychiatrische stoornis zoals een depressieve stoornis.

Duur van de klachten. We sloten onderzoek uit van personen met psychische klachten waarbij die klachten en/of het disfunctioneren langer dan 6 maanden bestonden. Overspannen patiënten hebben immers doorgaans niet langer dan een paar maanden klachten.

Leeftijd ≤60 jaar. Overspannen patiënten zijn immers doorgaans jongvolwassenen. Uitgesloten werd onderzoek met een gemengde groep indien aannemelijk was dat meer dan 25% ouder was dan 60 jaar.

Zelfstandig wonend. De proefpersonen moesten zelfstandig wonend zijn. Uitgesloten werd onderzoek van geïnstitutionaliseerde personen.

Neurologisch gezond. De proefpersonen mochten geen aandoeningen hebben die het geestelijk functioneren zouden kunnen aantasten, zoals dementie of CVA.

Minimale groepsgrootte. De onderzochte groepen moesten minimaal 10 personen per conditie bevatten.

Interventie. Het moest gaan om een individuele interventie waarvan het doel was de klachten te verlichten en/of het functioneren te verbeteren. We sloten onderzoek van interventies op organisatie-niveau uit.

Controle. De interventie moest vergeleken zijn met een controleconditie: placebo, wachtlijst of gebruikelijke zorg.

Uitkomst. Er moest worden gerapporteerd over het effect van de interventie in termen van vermindering van klachten en/of verbetering van het functioneren en/of kosteneffectiviteit.

Tijdschrift en taal. De publicatie moest een *peer reviewed* tijdschriftartikel in het Engels, Frans, Duits of Nederlands betreffen.

Twee onderzoekers (BT en DMvD) selecteerden de artikelen onafhankelijk van elkaar en beoordeelden ze op kwaliteit aan de hand van de scoringslijst van Jadad.¹² Daarbij werd gekeken naar de randomisatie (maximaal 2 punten), de blinding (maximaal 2 punten) en de verantwoording van de uitval (1 punt). Wat betreft de blinding konden de niet-medicamenteuze onderzoeken door de aard van de interventie geen kwaliteitspunten verdienen en dus maximaal slechts 3 punten krijgen in plaats van 5. Verschillen in beoordeling werden door discussie en consensus opgelost. We hebben niet bijgehouden hoe vaak de eerste beoordelingen met elkaar overeenkwamen dan wel verschilden.

Resultaten

De zoektocht leverde uiteindelijk 15 artikelen op die aan de inclusiecriteria voldeden.^{11,13-26} Acht onderzoeken gingen over medicamenteuze interventies (tabel 1) en 9 onderzoeken betroffen niet-medicamenteuze interventies (tabel 2). In 2 onderzoeken waren beide soorten interventies aan de orde^{13,14} (zie bijlage 3 op www.henw.org voor een uitgebreidere versie van tabel 1 en 2).

Wat betreft de medicamenteuze interventies zijn verschillende middelen onderzocht, vooral middelen met een veronderstelde antidepressieve werking, waaronder een MAO-remmer. Merkwaardig is dat vijf van de zeven onderzochte middelen in ons land niet verkrijgbaar zijn en ook internationaal niet zijn aangeslagen. Twee onderzoeken betroffen fytotherapeutische middelen.^{15,16}

Bij de niet-medicamenteuze behandelingen ging het in zes van de negen onderzoeken om een kortdurende, activerende therapie in een of andere vorm.^{11,13,17-20} In twee onderzoeken was dit *problem-solving therapy* (PST), een aanpak die gericht is op het vergroten van de probleemoplossende vaardigheden van de cliënt.²⁷ In één onderzoek was de interventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT), waarbij de nadruk ligt op het opsporen en corrigeren van disfunctionele gedachten en opvattingen.²⁸ De interventie van Van der Klink et al. bevatte een combinatie van elementen van CGT en PST.¹¹ De interventie van Stanton beoogde verbetering van copingvaardigheden en zelfvertrouwen.²⁰ In het onderzoek van Nystuen & Hagen kregen verzuimende werknemers een *solution-focused therapy* (SFT) aangeboden,¹⁷ een aanpak waarbij de nadruk niet zozeer ligt op het identificeren en oplossen van problemen (zoals bij PST) maar op het stellen van doelen, het creëren van toekomstperspectief en het ontwikkelen van copingstrategieën.²⁹ Niet meer dan één op de negen werknemers die daarvoor in aanmerking kwamen, maakte echter daadwerkelijk gebruik van dit aanbod.¹⁷

In drie onderzoeken werd een weinig activerende interventie onderzocht, te weten een psychoanalytisch georiënteerde, steunende psychotherapie,¹⁴ begeleiding door een maatschappelijk werker waarbij de vorm van de begeleiding vrij werd gelaten²¹ en een geïndividualiseerd schriftelijk advies van de bedrijfsarts met adviezen ter verbetering van leefstijl en andere maatregelen om de stress te reduceren.²²

Als controle-interventie werden placebotabletten toegepast in alle medicamenteuze onderzoeken en twee van de negen niet-medicamenteuze onderzoeken.^{13,14} In de overige onderzoeken kregen de controleparticipanten gebruikelijke zorg, informatie of wachten als controle-interventie.

De follow-up van de verschillende onderzoeken verschilde nogal en liep uiteen van vier weken tot twaalf maanden en was bij de medicamenteuze onderzoeken een stuk korter dan bij de niet-medicamenteuze onderzoeken. De kwaliteit van de meeste artikelen en van de rapportage liet veel te wensen over.

Alle onderzoeken gebruikten symptomen als uitkomstmaat, uitgezonderd het onderzoek van Nystuen & Hagen.¹⁷ Acht onderzoeken gebruikten tevens sociaal functioneren, waaronder in drie gevallen ziekteverzuim, als uitkomstmaat.^{11,13,15,17-19,21,22} In slechts één

onderzoek is gekeken naar recidieven.¹¹ In twee onderzoeken is het effect van de interventie op medische consumptie nagegaan.^{19,21} In geen van de onderzoeken is kosteneffectiviteit onderzocht.

Effectiviteit medicamenteuze behandelingen

Wanneer we de acht onderzoeken *overall* bezien, valt op dat de resultaten wisselend waren. Uit drie onderzoeken bleek geen enkele effectiviteit van de interventie in vergelijking met placebo. Vijf onderzoeken vermeldden positieve resultaten. Daarbij bevonden zich de beide fytotherapeutische onderzoeken. Het positieve resultaat van Wesnes et al. was echter beperkt tot de hoogste dosis na 90 dagen; voor de rest was dit onderzoek negatief.¹⁶ Bourin et al. vonden wel een duidelijk positief effect van Euphytose, maar de behandeling en de follow-up waren beide zeer kort

Tabel 1 Medicamenteuze therapieën (zie voor een uitgebreidere versie: bijlage 3 op www.henw.org)

Onderzoek (land)	Setting/Patiëntselectie	Interventie	Follow-up	Kwaliteits-score	Uitkomst	Resultaat
Barrett et al. 2001 (USA) ¹³	primary care/DSM-III-R minor depression 18-59 jaar	paroxetine 20-40 mg dd 11 weken	6, 11 weken	5	depressieve klachten sociaal functioneren	NS NS
Paykel et al. 1988 (GB) ²⁵	general practice/RDC minor depression 18-64 jaar	amitriptyline 75-175 mg dd 6 weken	6 weken	4	depressieve klachten globale indruk	NS NS
Pizzolato et al. 1997 (Italië) ²³	neurologische/psychiatrische polikliniek? ICD-10 neurasthenie 18-65 jaar	Pivagabine* 1800 mg dd 4 weken	4 weken	3	globale indruk niet-specifieke klachten welbevinden moeheid	p<0,01 p<0,001 p<0,05 p<0,01
Grivois et al. 1992 (Frankrijk) ²⁴	psychiatrische polikliniek? 'psychasthenie' 25-75 jaar	Tianeptine* 37,5 mg dd 2 maanden	2 maanden	3	psychasthenie: - asthenie - concentratie - lichamelijke klachten depressieve klachten diverse klachten	p<0,05 p<0,01 NS NS p<0,01 NS
De Leo 1989 (Italië) ¹⁴	psychiatrische polikliniek? DSM-III aanpassingsstoornis 19-63 jaar	Viloxazine* 200 mg dd	4 weken 4 weken	2	depressieve klachten	NS
De Leo 1989 (Italië) ¹⁴	psychiatrische polikliniek? DSM-III aanpassingsstoornis 19-63 jaar	S-adenosyl-methionine* 100 mg dd per i.m. injectie 4 weken	4 weken	1	depressieve klachten	p<0,05
De Leo 1989 (Italië) ¹⁴	psychiatrische polikliniek? DSM-III aanpassingsstoornis 19-63 jaar	lormetazepam 2 mg dd 4 weken	4 weken	2	depressieve klachten	NS
Davidson et al. 1988 (USA) ²⁶	psychiatrische polikliniek? RDC minor depression 18-65 jaar	isocarboxazide† 33-49 mg dd 6 weken	6 weken	3	globale indruk	NS
Bourin et al. 1997 (Frankrijk) ¹⁵	general practice/ DSM-III-R aanpassingsstoornis leeftijd: ?	Euphytose‡ 3 dd 2 tabletten	4 weken	3	angstklachten sociaal functioneren - werk - gezin - sociaal leven	p<0,05 NS NS p=0,034
Wesnes et al. 1997 (GB) ¹⁶	farmaceutisch bedrijf/ vrijwilligers met neurasthene klachten 42-65 jaar	Ginkgo biloba 30 mg / Panax ginseng 50 mg, 80-320 mg dd 90 dagen	30, 90 dagen	2	diverse klachten	p=0,008

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD: International Classification of Diseases; NS: niet significant (p>0,05); RDC: Research Diagnostic Criteria
* Pivagabine, tianeptine, viloxazine en S-adenosyl-methionine hebben antidepressieve eigenschappen.

† Isocarboxazide is een MAO-remmer.

‡ Eén tablet Euphytose bestaat uit 40 mg Passiflora incarnata, 50 mg Valeriana officinalis, 10 mg Crataegus oxyacantha, 10 mg Ballota foetida, 15 mg Paullinia cupana en 15 mg Cola nitida.

Tabel 2 Niet-medicamenteuze therapieën (zie voor een uitgebreidere versie: bijlage 3 op www.henw.org)

Onderzoek (land)	Setting/Patiëntselectie	Interventie	Controle	Follow-up	Kwaliteits-score	Uitkomst	Resultaat
Barrett et al. 2001 (USA) ¹³	primary care/DSM-III-R minor depression 18-59 jaar	PST, 6 sessies, 11 weken	placebo-tabletten	6 en 11 weken	3	depressieve klachten sociaal functioneren	NS NS
Van de Klink et al. 2003 (NL) ¹¹	Arbo-dienst/DSM-IV aanpassingsstoornis, 2 weken ziekteverzuim leeftijd: ?	activerende interventie door bedrijfsarts, 4-5 contacten in 6 weken	GZ	3 en 12 maanden	3	diverse klachten gevoel van controle verzuim recidief	NS NS p<0,05 p<0,05
Lynch et al. 1997 (USA) ¹⁸	primary care/minor depression ≥18 jaar	PST via telefonische counseling, 6 sessies in 6 weken	GZ door huisarts	7 weken	2	depressieve klachten welbevinden: - sociaal - psychisch	p<0,02 P< 0,002 p< 0,05
Miranda et al. 1994 (USA) ¹⁹	primary care/DIS minor depression, 18-69 jaar	groepsgerichte, cognitief-gedragsmatige training, 8 weken	2 controle-groepen: geen interventie respectievelijk alleen video	2, 6 en 12 maanden	1	depressieve klachten diverse klachten medische consumptie: - aantal consulten - no-shows	p=0,01 p=0,005 NS p=0,05
Stanton 1988 (Australië) ²⁰	setting?/'overstressed' leeftijd: ?	Stressreductiepakket*, 4 sessies in 3 weken	wachtlijst	3 weken 9 maanden	1	niet-specifieke klachten	p<0,0001
Nystuen et al. 2003 (Noorwegen) ¹⁷	sociale dienst/general practice/psychische distress of burnout, ≥7 weken ziekteverzuim leeftijd: ?	solution-focused therapy, 8 sessies	schriftelijke informatie door de sociale dienst	12 maanden	3	verzuim	NS
Kawakami et al. 1999 (Japan) ²²	productiebedrijf/distress bij gezondheids-enquête leeftijd: ?	schriftelijk advies over stressreductie	geen interventie	12 maanden	1	niet-specifieke klachten verzuim	NS NS
De Leo 1989 (Italië) ¹⁴	polikliniek psychiatrie?/DSM-III aanpassingsstoornis 19-63 jaar	ondersteunende psychotherapie, 2 sessies/week, 4 weken	placebo-tabletten	4 weken	1	depressieve klachten	NS
Corney 1984 (GB) ²¹	general practice/'reactieve depressie' 18-45 jaar	begeleiding door maatschappelijk werker, wisselend aantal sessies, maximaal 6 maanden	GZ door huisarts	6 maanden	0	psychiatrische diagnose sociale problemen medische consumptie	NS NS NS

DIS: Diagnostic Interview Schedule; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; GZ: gebruikelijke zorg; NS: niet significant; PST: problem solving therapy
* Stressreductiepakket bestond onder andere uit ontspannings- en visualisatieoefeningen.

(4 weken).¹⁵ In het onderzoek van De Leo was alleen een positief effect aantoonbaar van een middel dat dagelijks intramusculair moest worden toegediend. Van een dubbelblinde situatie kon hier geen sprake zijn aangezien injecties werden vergeleken met placebo-tabletten.¹⁴ Verder waren nog twee onderzoeken van niet-gangbare antidepressieve middelen (op onderdelen) positief.^{23,24} De twee kwalitatief beste onderzoeken van gangbare antidepressiva bij eerstelijnspatiënten waren beide negatief.^{13,25} De aantallen patiënten in deze onderzoeken waren betrekkelijk gering. In twee negatieve onderzoeken werden percentages '(sterk) verbeterd' van 60-70% gemeld in zowel de interventie- als de controle-groep.^{13,26} Drie (gedeeltelijk) positieve onderzoeken meldden verbeterpercentages in de controlegroep van slechts 30-40%.^{15,23,24} Kennelijk waren de participanten in de verschillende onderzoeken slecht vergelijkbaar.

Effectiviteit niet-medicamenteuze behandelingen

De drie onderzoeken die een weinig activerende interventie had-

den, vielen alle negatief uit.^{14,21,22} De zes onderzoeken naar een activerende interventie lieten wisselende resultaten zien. Twee van hen waren behept met methodologische tekortkomingen die afbreuk doen aan de interpreteerbaarheid van de resultaten.^{19,20} Bij het onderzoek van Stanton is het volstrekt onduidelijk wat de setting van het onderzoek was en hoe de selectie van de proefpersonen heeft plaatsgevonden.²⁰ Tevens is de beschreven interventie geen gangbare behandeling. Het onderzoek van Miranda & Muñoz was primair opgezet om het effect van PST op het ontstaan van depressieve stoornissen bij patiënten met lichamelijke aandoeningen te onderzoeken.¹⁹ Een klein deel van de patiënten in dit onderzoek voldeed aan de criteria van *minor depression* en het bleek dat deze patiënten verbeterden onder invloed van PST. Opmerkelijk hierbij was dat het effect pas optrad na afloop van de interventie.

Dat brengt ons bij de vier kwalitatief betere onderzoeken naar een activerende interventie.^{11,13,17,18} In het onderzoek van Nystuen & Hagen werd werknemers een behandeling aangeboden na zeven

weken ziekteverzuim.¹⁷ Deze hadden echter nauwelijks belangstelling voor dit aanbod. Geen wonder dus dat de interventie geen effect had.

In het onderzoek van Van der Klink et al. zien we dat er ten opzichte van de controlegroep alleen een significante verbetering was in functioneren (ziekteverzuim), maar niet in symptoomreductie.¹¹

Er was overigens wel een aanzienlijke verbetering in klachten; deze was in de interventie- en controlegroep even groot. In dit onderzoek moest de bedrijfsarts in de interventiegroep ook drie contacten met de leidinggevende hebben. Het is onduidelijk in hoeverre dit onderdeel is uitgevoerd en heeft bijgedragen aan de reductie van het ziekteverzuim.

In het onderzoek van Barrett et al. was er ten opzichte van de controlegroep geen significante verbetering in (sociaal) functioneren noch in symptoomreductie.¹³ Ook hier werd een forse verbetering in beide groepen gevonden (66% verbeterd).

Het onderzoek van Lynch et al. liet een vergelijkbaar resultaat zien als het onderzoek van Van der Klink et al.: ook hier leek de interventie sterker aan te grijpen op verbetering van het functioneren dan op symptoomreductie.¹⁸ Opmerkelijk in dit onderzoek is echter dat er bij de controlegroep geen sprake was van enige spontane klachtenreductie.

Beschouwing

Overspanning is in de meeste gevallen een 'subsyndromale stoornis', dat wil zeggen dat de stoornis te licht is om te kunnen voldoen aan de criteria voor een specifieke psychiatrische stoornis zoals een depressieve of angststoornis. Over subsyndromale aandoeningen is echter weinig bekend. Verschillende benamingen zoals *minor depression* en aanpassingsstoornis zijn in omloop zonder dat bekend is in hoeverre de beelden die daarmee worden aangeduid, met elkaar overeenkomen dan wel verschillen. Het gebrek aan kennis over de structuur van subsyndromale stoornissen en het ontbreken van een gevalideerde indeling van deze problematiek, hebben ongetwijfeld de ontwikkeling van interventieonderzoek op dit terrein belemmerd. Vanwege het ontbreken van een breed geaccepteerde definitie van overspanning en de spraakverwarring over subsyndromale stoornissen was een literatuuronderzoek naar de behandeling van overspanning geen eenvoudige opgave. Het is dan ook met de nodige slagen om de arm dat we de onderstaande conclusies willen trekken:

- ▶ Er is erg weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van overspanning en vergelijkbare ziektebeelden.
- ▶ Antidepressiva zijn weinig onderzocht en niet duidelijk effectief gebleken.
- ▶ Benzodiazepines zijn vrijwel niet onderzocht.
- ▶ Wat betreft de niet-medicamenteuze mogelijkheden lijken kortdurende activerende interventies effect te kunnen hebben, en dan voornamelijk op het functioneren.
- ▶ Van weinig activerende interventies is geen effectiviteit aangetoond. Rust is als zodanig niet onderzocht.
- ▶ De kosteneffectiviteit van de behandeling van overspanning is niet onderzocht.

Abstract

Terluin B, Van Dijk DM, Van der Klink JLL, Hulshof CTJ, Romeijnders ACM. Treatment of nervous breakdown, a systematic review. *Huisarts Wet* 2005;48(1):7-12.

Goal To determine the evidence for the (cost-) effectiveness of treatments for nervous breakdown.

Method We searched Pubmed, Psycinfo and the Cochrane library for controlled trials of treatment given for nervous breakdown or related disorders (i.e., adjustment disorder, neurasthenia, minor depression, mixed anxiety-depression, emotional disorder, burnout (professional) and stress related to work, job, or occupation) in adults up to the age of 60. We also searched review articles and reference lists of retrieved articles for other articles. The main selection criteria were: an individual intervention, a control group receiving no treatment, placebo or usual care, and symptoms, social functioning or cost-effectiveness as outcome.

Results We retrieved 15 articles. Eight studies investigated pharmacological interventions. Nine studies investigated non-pharmacological interventions. Most pharmacological studies involved uncommon antidepressant and phytotherapeutic drugs. Two studies investigated a common antidepressant drug and were negative. Only one study investigated a benzodiazepine and was also negative. The non-pharmacological studies dealt with a variety of interventions. Treatments that did not activate the patients (3 studies) were negative. Activating treatments yielded mixed results. Such treatment appeared to exert a more powerful effect on restoring social functioning than on symptom reduction. Cost-effectiveness was not studied.

Discussion and conclusions Very little research has been carried out into the treatment of nervous breakdown. This is certainly related to a lack of knowledge of the structure of subthreshold disorders. From the literature we can cautiously conclude that antidepressants are probably not effective in nervous breakdown, and that activating interventions may have a beneficial effect on restoring social functioning.

Literatuur

- 1 Schröer CAP. Verzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop [Proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers, 1993.
- 2 Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk. Een explorereend onderzoek. *Huisarts Wet* 1986;29:261-4.
- 3 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? *Huisarts Wet* 1992;35:311-5.
- 4 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [Proefschrift]. Utrecht: DETAM, 1994.
- 5 Terluin B. Overspanning: rusten of juist aan de slag? [Commentaar]. *Huisarts Wet* 2002;45:112-3.
- 6 Schmidt AJM. Uitgangspunten bij de behandeling van overspanning. *Huisarts Wet* 2002;45:119-23.
- 7 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*. Tweede druk. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, 1995.
- 8 Van der Klink JLL, Terluin B. Begeleiding en interventies bij overspanning in de eerste lijn. In: Hoogduin CAL, Schaap CPDR, Kladder AJ, Hoogduin WA, redactie. *Behandelingsstrategieën bij burnout*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

- 9 Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid. Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen, 2001.
- 10 Van der Klink JLL. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Richtlijnen voor bedrijfsartsen. Eindhoven: NVAB, 2000.
- 11 Van der Klink JLL, Blonk RWB, Schene AH, Van Dijk FJH. Reducing long-term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2003;60:429-37.
- 12 Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996;17:1-12.
- 13 Barrett JE, Williams JWJ, Oxman TE, Frank E, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *J Fam Pract* 2001;50:405-12.
- 14 De Leo D. Treatment of adjustment disorders: a comparative evaluation. *Psychol Rep* 1989;64:51-4.
- 15 Bourin M, Bougerol T, Guitton B, Broutin E. A combination of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder with anxious mood: controlled study versus placebo. *Fundam Clin Pharmacol* 1997;11:127-32.
- 16 Wesnes KA, Faleni RA, Hefting NR, Hoogsteen G, Houben JJG, Jenkins E, et al. The cognitive, subjective, and physical effects of a ginkgo biloba/panax ginseng combination in healthy volunteers with neurasthenic complaints. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:677-83.
- 17 Nystuen P, Hagen KB. Feasibility and effectiveness of offering a solution-focused follow-up to employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2003;3:19.
- 18 Lynch DJ, Tamburrino MB, Nagel R. Telephone counseling for patients with minor depression: preliminary findings in a family practice setting. *J Fam Pract* 1997;44:293-8.
- 19 Miranda J, Muñoz R. Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosom Med* 1994;56:136-41.
- 20 Stanton HE. Relaxation, deepening, and ego-enhancement: a stress reduction "package". *Aust Psychol* 1988;23:315-21.
- 21 Corney RH. The effectiveness of attached social workers in the management of depressed female patients in general practice. *Psychol Med Monogr Suppl* 1984;6:1-47.
- 22 Kawakami N, Haratani T, Iwata N, Imanaka Y, Murata K, Araki S. Effects of mailed advice on stress reduction among employees in Japan: a randomized controlled trial. *Ind Health* 1999;37:237-42.
- 23 Pizzolato G, Cagnin A, Mancia D, Caffarra P, Avanzi S, Copelli S, et al. Randomised, double-blind, placebo-controlled study of pivagabine in neurasthenia. *Arzneimittelforschung* 1997;47:1329-31.
- 24 Grivois H, Deniker P, Ganry H. Efficacité de la tianeptine dans le traitement de la psychasthénie; étude versus placebo. *Encephale* 1992;18:591-9.
- 25 Paykel ES, Hollyman JA, Freeling P, Sedgwick P. Predictors of therapeutic benefit from amitriptyline in mild depression: a general practice placebo-controlled trial. *J Affect Disord* 1988;14:83-95.
- 26 Davidson JRT, Giller EL, Zisook S, Overall JE. An efficacy study of isocarboxazid and placebo in depression, and its relationship to depressive nosology. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:120-7.
- 27 Gath D, Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment in primary care. In: Clark DM, Fairburn CG, editors. *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- 28 Enright SJ. *Cognitive behaviour therapy – clinical applications*. *BMJ* 1997;314:1811-6.
- 29 Gingerich WJ, Eisengart S. Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research. *Fam Process* 2000;39:477-98.

De behandeling van overspanning

Een systematisch literatuuroverzicht

Berend Terluin, Dela van Dijk, Jac van der Klink, Carel Hulshof, Arnold Romeijnders

Bijlagen bij: Terluin B, Van Dijk DM, Van der Klink JIL, Hulshof CTJ, Romeijnders ACM. De behandeling van overspanning. Huisarts Wet 2005;48(1):7-12.

Auteursgegevens

VU medisch centrum, EMGO-instituut, Onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde, Van der Boerhorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. B. Terluin, huisarts; Arbo-Unie, Amsterdam: D.M. van Dijk, bedrijfsarts; Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH), Amsterdam: dr. J.J.L. van der Klink, bedrijfsarts/psycholoog; Kwaliteitsbureau NVAB, Utrecht/Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam: dr. C.T.J. Hulshof, bedrijfsarts; NHG, Afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: A.C.M. Romeijnders, huisarts.

Mogelijke belangenversterving: niets aangegeven.

Correspondentie: b.terluin@vumc.nl

Bijlage 1 Operationalisatie van overspanning

Voordat wij aan de slag konden gaan met het zoeken naar relevante onderzoeksverslagen, moesten wij eerst het begrip overspanning vertalen naar bruikbare zoektermen. Immers, voor het concept overspanning zoals wij dat kennen, bestaat geen eenvoudig Engels equivalent in de internationale literatuur.

Bij het bepalen van geschikte zoektermen zijn we als volgt te werk gegaan. Eerst hebben we gebrainstormd over internationaal gebruikte termen die mogelijk synoniem zijn of overlappen met ons begrip overspanning. Vervolgens hebben we van deze termen onderzocht hoe vaak en op welke manier ze in de internationale literatuur worden gebruikt. Daartoe hebben we per term onderzocht hoe vaak ze in PubMed zijn gebruikt van 1990 tot juni 2003. Tot slot hebben we aan de hand van een selectie van de (maximaal 50) meest recente artikelen onderzocht in welke betekenis de termen worden gebruikt (tabel).

Adjustment disorder (aanpassingsstoornis) wordt meestal omschreven aan de hand van de DSM-IV-criteria:¹

- De (niet nader gespecificeerde) symptomen treden binnen drie maanden op als reactie op een duidelijk herkenbare stressor.
- De symptomen zijn klinisch relevant zoals blijkt uit psychisch lijden dat ernstiger is dan men onder de gegeven omstandigheden zou verwachten en/of uit sociaal disfunctioneren.
- De stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere as-I-diagnose.
- Het gaat niet om rouwproblematiek.
- De symptomen duren niet langer dan zes maanden na het verdwijnen van de stressor.

De overeenkomst met overspanning is de herkenbare relatie met stress en sociaal disfunctioneren. Het belangrijkste verschil tussen de concepten is gelegen in de veronderstelde normaliteit. Bij

de aanpassingsstoornis is het idee dat het gaat om een abnormale reactie op stress ('in excess of what would be expected'), terwijl het idee bij overspanning is dat het gaat om een normale invoelbare reactie. In tegenstelling tot overspanning wordt bij aanpassingsstoornis de impliciete nadruk op een tekortschietende individuele draagkracht gelegd. Opmerkelijk aan de diagnose aanpassingsstoornis is overigens dat men, strikt genomen, de diagnose alleen achteraf kan stellen als de symptomen binnen zes maanden na het verdwijnen van de stressor zijn verdwenen.

Neurasthenie is een omstreden klinische diagnose. In de Angelsaksische landen is neurasthenie praktisch uitgebannen. Echter in Azië, de Oostbloklanden en Duitsland is neurasthenie een veelgebruikte diagnose.² In ons land heeft neurasthenie een plaats in de International Classification of Primary Care (ICPC), gekoppeld aan de term *surmenage* (code P78). De meeste artikelen gaan uit van de criteria voor neurasthenie in de ICD-10:³

- aanhoudende gevoelens van moeheid en uitputting na minimale lichamelijke of geestelijke inspanning;
- één of meer van de volgende symptomen: spierpijnen, duizeligheid, hoofdpijn, slaapproblemen, onvermogen om te ontspannen en prikkelbaarheid;
- geen verbetering door rusten of ontspanning;
- afwezigheid van een organisch psychosyndroom, depressie en gegeneraliseerde angststoornis.

Hoewel de ICD-10 geen duurcriterium kent, wordt op basis van de uitwerking die aan de ICD-10-diagnosen gegeven wordt, vaak een minimale duur van de klachten van drie maanden aan de criteria voor neurasthenie toegevoegd.⁴ Door dit duurcriterium wordt de bruikbaarheid van de term neurasthenie als synoniem voor overspanning beperkt, hoewel de symptomen van neurasthenie en overspanning veel overeenkomsten vertonen. Bij overspanning bestaan de klachten immers meestal slechts enkele weken en hooguit enkele maanden.⁵ Overigens werd in een Zwitsers bevolkingsonderzoek gevonden dat verlaging van het duurcriterium tot één maand aanzienlijk meer gevallen van neurasthenie aan het licht bracht.⁶

Minor depression en *mixed anxiety-depression* zijn typische 'producten' van het psychiatrisch-epidemiologische onderzoek. Daarbij wordt stevast een groot aantal personen gevonden met evidente psychische klachten die echter qua ernst en aantal tekortschieten om aan de criteria voor een specifieke diagnose te kunnen voldoen.^{7,8} Deze *subthreshold cases* worden dan gedefinieerd in termen van de (gezochte) aandoening(en) waar ze (net) niet aan voldoen. Of de diagnosen *minor depression* en *mixed anxiety-depression* verwijzen naar verschillende patiëntencategorieën is nooit onderzocht. Evenmin is onderzoek gedaan naar overeenkomsten en verschillen tussen deze diagnosen en de diagnose aanpassingsstoornis. De diagnose aanpassingsstoornis wordt zelden meegenomen in

psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek.⁹ Op basis van onze klinische ervaring veronderstellen wij dat de genoemde diagnosen elkaar in belangrijke mate overlappen, zoniet een volledig identieke groep patiënten identificeren.

Het begrip *burnout* wordt in de literatuur vrijwel volledig opgehangen aan het burnoutconcept van Maslach zoals dat is geoperationaliseerd in de Maslach Burnout Inventory (MBI).¹⁰ Het burnoutbegrip bestaat uit drie dimensies: emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde competentie. De emotionele uitputtingscomponent heeft veel overeenkomst met neurasthenie en met de specifieke distressklachten van overspanning en de verminderde competentie is vergelijkbaar met het sociaal dysfunctioneren bij overspanning. De dimensie depersonalisatie slaat op de ontwikkeling van een negatieve houding ten opzichte van personen met wie men beroepsmatig moet werken: cliënten, patiënten en pupillen. Er is veel literatuur over burnout, maar het begrip wordt bijna nooit in een klinische betekenis gebruikt.¹¹ De merkwaardige situatie doet zich in de literatuur voor dat burnout wel wordt vastgesteld bij dokters, verpleegkundigen en therapeuten, maar niet bij de patiënten of cliënten die zij behandelen. Dit en het feit dat burnout per definitie werkgerelateerd is, maken het begrip beperkt bruikbaar als zoekterm voor overspanning.

Nervous breakdown is de term die, als die wordt gebruikt, volledig synoniem lijkt te zijn met overspanning.^{12,13} De term wordt echter praktisch niet gebruikt als professionele aanduiding van een klinisch beeld. Bovendien heeft geen van de 23 in PubMed sinds 1966 gevonden artikelen waarin de term *nervous breakdown* is gebezigd, betrekking op de behandeling van dit probleem. Dat maakt deze term ongeschikt als zoekterm.

Literatuur

- 1 APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 2 Chatel JC, Peele R. A centennial review of neurasthenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:48-55.
- 3 WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
- 4 WHO. Tenth revision of the International Classification of Diseases, chapter V: mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
- 5 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [Proefschrift]. Utrecht: DETAM, 1994.
- 6 Merikangas K, Angst J. Neurasthenia in a longitudinal cohort study of young adults. *Psychol Med* 1994;24:1013-24.
- 7 Merikangas KR, Ernst C, Maier W, Hoyer EB, Angst J. Minor depression. In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Ross R, First MB, Wakefield Davis W, editors. DSM-IV sourcebook, volume 2. Washington DC: American Psychiatric Association, 1996.
- 8 Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz MR, Street L, Broadhead E, Katon W, et al. The DSM-IV field trail for mixed anxiety depression. *Am J Psychiatry* 1994;151:1153-62.
- 9 Casey P. Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status. *J Psychiatr Pract* 2001;7:32-40.
- 10 Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981;2:99-113.
- 11 Felton JS. Burnout as a clinical entity; its importance in health care workers. *Occup Med* 1998;48:237-50.
- 12 Mühlbacher W. Notizen zum "gewöhnlichen" Nervenzusammenbruch. *Med Welt* 1968;24:1474-5.
- 13 Rapport LJ, Todd RM, Lumley MA, Fiscaro SA. The diagnostic meaning of "nervous breakdown" among lay populations. *J Pers Assess* 1998;71:242-52.

Tabel Termen die mogelijk synoniem zijn of overlappen met het begrip overspanning

Termen	Mesh-term of tekstwoord	Aantal referenties in PubMed in 12,5 jaar	Gebruik en betekenis	Bruikbaarheid voor overspanning
Adjustment disorder	Mt	77	Wordt gebruikt voor al of niet nader gespecificeerde aanpassingsproblemen bij de meest uiteenlopende (gezondheids)problemen; DSM-IV en ICD-10 geven definities.	+
Neurasthenia	Mt	98	Verwijst naar een syndroom met chronische moeheid, gedefinieerd volgens de ICD-10; buiten de VS wordt neurasthenie nog wel als diagnose gebruikt.	±
Minor depression	tw	225	Verwijst naar depressieve klachten die wat betreft ernst niet voldoen aan de criteria voor major depression; het gaat zowel om epidemiologisch als klinisch georiënteerd onderzoek en relatief vaak over ouderen en (chronisch) zieken.	±
Mixed anxiety-depression	tw	27	Wordt vooral gebruikt in psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek als aanduiding van een combinatie van angst en depressieve klachten die wat de ernst betreft niet voldoen aan een specifieke psychiatrische diagnose.	±
Emotional disorder	tw	45	Verzamelbegrip voor niet nader gespecificeerde psychische problemen; relatief vaak gaat het over kinderen en adolescenten en over eerstelijns patiënten.	±
Burnout, professional	Mt	845	Verwijst naar een werkgerelateerd syndroom dat gekenmerkt wordt door emotionele uitputting, emotionele distantie ten opzichte van het werk (depersonalisatie) en verminderde competentie; burnout wordt meestal vastgesteld met vragenlijsten.	±
Work, job, of occupational stress	tw	583	Worden gebruikt in onderzoek naar werkstress bij specifieke beroepsgroepen of werkende mensen in het algemeen; het betreft bijna nooit mensen die hulp zoeken voor psychische klachten.	±
Nervous breakdown	tw	12	Wordt meestal door leken gebruikt voor niet nader gespecificeerde psychische decompensaties.	-
Stress-related disorder*	tw	5	Wordt gebruikt in relatie tot functionele syndromen zoals prikkelbare darm-syndroom	-
Minor psychiatric disorder*	tw	13	Wordt meestal gebruikt in relatie tot de General Health Questionnaire (GHQ) in psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek	-
Neurosis	tw	404	Wordt weinig en zeer ongericht gebruikt.	-
Mental fatigue	Mt	108	Wordt alleen in heel specifiek psychofysiologisch georiënteerd onderzoek bij werkenden, chronisch zieken en mantelzorgers gebruikt.	-
Distress	tw	11.911	Wordt in een zeer brede betekenis gebruikt bij uiteenlopende onderwerpen.	-
Stress, psychological	Mt	10.685	Wordt in een zeer brede betekenis gebruikt.	-

Bijlage 2 Zoekstrategieën

We hebben in PubMed, PsycINFO, de Cochrane Database of Systematic Reviews en het Cochrane Central Register of Controlled Trials gezocht naar artikelen die voldeden aan de volgende criteria (*kader*):

- aanwezigheid van een van de termen voor overspanning;
- aanwezigheid van een term voor behandeling;
- gepubliceerd tussen 1980 en juni 2003;
- beperking tot onderzoek bij volwassen mensen (19+);
- beperking tot verslagen van behandelexperimenten.

Zoekstrategieën

PubMed:

```
((((((((((("adjustment disorders"[MESH] OR "burnout, professional"[MESH]) OR "work stress"[tw]) OR "occupational stress"[tw]) OR "job stress"[tw]) OR "neurasthenia"[MeSH Terms]) OR "minor depression"[tw]) OR ((mixed[All Fields] AND anxiety[All Fields]) AND ("depression"[MeSH Terms] OR depression[Text Word]))) OR emotional disorder[tw]) AND (((((((((((therapy[tw] OR treatment[tw]) OR "counseling"[MeSH Terms]) OR guidance[tw]) OR "drug therapy"[MESH]) OR "behavior therapy"[MESH]) OR "cognitive therapy"[MESH]) OR RET[tw]) OR "stress management"[tw]) OR "relaxation"[MeSH Terms]) OR intervention[tw]) OR "rehabilitation, vocational"[MESH]) OR "managed care programs"[MESH]) OR "stepped care"[tw]) OR "shared care"[tw])) AND Randomized Controlled Trial[ptyp]) AND "adult"[MeSH Terms]) AND (("human"[MeSH Terms] OR "hominidae"[MeSH Terms]) OR "Human"[MeSH Terms]) AND ("1980"[PDat] : "2003"[PDat]))
```

PsycINFO:

```
((emotional disorder*) or (mixed anxiety depression) or (minor depression) or ("Adjustment-Disorders" in DE) or ("Neurasthenic-Neurosis" in DE) or (burnout) or ("Occupational-Stress" in DE)) and ((PT:PY = TREATMENT-OUTCOME-STUDY) or (PT:PY = CLINICAL-TRIAL)) and (AG:PY = ADULTHOOD) and ((PT:PY = CLINICAL-TRIAL) or (PT:PY = TREATMENT-OUTCOME-STUDY)) and (PY:PY = 1980-2003)
```

Cochrane Library:

```
((adjustment next disorder*) or burnout or (occupational next stress) or (job next stress) or (work next stress) or neurasthenia or (minor next depression) or (emotional next disorder*)) (1980 to current date)
```

Bijlage 3 Overzicht onderzoeken

Onderzoek (land)	Setting	Patiëntselectie	Interventie (I)	Controle (C)	Aantallen participanten (I/C)	Follow-up	Kwaliteits-score ^a	Uitkomst	Resultaat	Bijzonderheden
Barrett et al. 2001 (VS) ¹	primary care	DSM-III-R minor depression HDRS-17≥10 18-59 jaar	paroxetine 20-40 mg dd 11 weken	placebo	38/39 (NR)	6, 11 wkn	5	HSCL-D-20 (ZB) HDRS (EB) SF-36 (ZB)	NS NS NS	Heterogene populatie van minor depression en dystymie; hier zijn alleen de cijfers over minor depression vermeld.
Paykel et al. 1988 (GB) ²	general practice	RDC minor depression HDRS-17: 6-27 18-64 jaar	amitriptyline 75-175 mg dd 6 weken	placebo	41 in totaal (NR)	6 wkn	4	HDRS (EB) CID (EB) RTAS (EB) GBE (EB) GBV (EB)	NS NS NS NS NS	Heterogene populatie van depressieve patiënten die volgens hun huisarts een antidepressivum nodig hadden; hier zijn alleen de cijfers over minor depression vermeld.
Pizzolato et al. 1997 (Italië) ³	neurologische/psychiatrische polikliniek?	ICD-10 neurasthenie 18-65 jaar	pivagabine 1800 mg dd 4 weken	placebo	60/58 (NR)	4 wkn	3	GBV (EB) SSS (EB) VAS-welbevinden (ZB) VAS-moeheid (ZB)	p<0,01 p<0,001 p<0,05 p<0,01	Pivagabine is een antidepressivum met een atypisch werkingsmechanisme.
Grivois et al. 1992 (Frankrijk) ⁴	psychiatrische polikliniek?	'psychasthenie' MADRS<15 25-75 jaar	tianeptine 37,5 mg dd 2 maanden	placebo	70/66 (NR)	2 mndn	3	psychasthenie (EB) - asthenie - concentratie - lich. klachten MADRS (EB) HARS (EB) HSCL (ZB)	p<0,05 p<0,01 NS NS p<0,01 NV NS	Voor de diagnose psychasthenie waren meerdere symptomen vereist op de volgende gebieden: asthenie, concentratieproblemen, lichamelijke symptomen; tianeptine is een antidepressivum.
De Leo 1989 (Italië) ⁵	psychiatrische polikliniek?	DSM-III aanpassingsstoornis met depressieve of gemengde stemming, 19-63 jr	viloxazine 200 mg dd 4 weken	placebo	18/15 (NR)	4 wkn	2	Zung (ZB) GBE (EB)	NS NV	Trial met 5 armen waarbij de verschillende condities door verschillende onderzoekers werden behandeld; viloxazine is een atypisch antidepressivum.
De Leo 1989 (Italië) ⁵	psychiatrische polikliniek?	DSM-III aanpassingsstoornis met depressieve of gemengde stemming, 19-63 jr	S-adenosyl-methionine 100 mg dd per i.m. injectie 4 weken	placebo-tabletten	17/15 (NR)	4 wkn	1	Zung (ZB) GBE (EB)	p<0,05 NV	Trial met 5 armen waarbij de verschillende condities door verschillende onderzoekers werden behandeld; S-adenosyl-methionine is een methyl donor met antidepressieve eigenschappen.
De Leo 1989 (Italië) ⁵	psychiatrische polikliniek?	DSM-III aanpassingsstoornis met depressieve of gemengde stemming, 19-63 jr	lormetazepam 2 mg dd 4 weken	placebo	17/15 (NR)	4 wkn	2	Zung (ZB) GBE (EB)	NS NV	Trial met 5 armen waarbij de verschillende condities door verschillende onderzoekers werden behandeld.
Davidson et al. 1988 (VS) ⁶	psychiatrische polikliniek?	RDC minor depression HDRS-24≥20 CAS≥8 ≥4 weken 18-65 jaar	isocarboxazide 33-49 mg dd 6 weken	placebo	19/16 (VA)	6 wkn	3	GBV (EB) GBV (ZB)	NS NS	Heterogene depressieve populatie met relatief veel angstsymptomen; hier zijn alleen de cijfers over minor depression vermeld. Hoge dropout (> 50%) Isocarboxazide is een MAO-remmer.
Bourin et al. 1997 (Frankrijk) ⁷	general practice	DSM-III-R aanpassingsstoornis met angstige stemming, >6 weken HARS>20 MADRS≤15 leeftijd: ?	Euphytose 3 dd 2 tabletten	placebo	91/91 (NR)	4 wkn	3	HARS (EB) CAS (ZB) SIS (ZB) - werk - gezin - sociaal leven	p<0,05 p<0,05 NS NS p=0,034	1 tablet Euphytose bestaat uit 40 mg Passiflora incarnata, 50 mg Valeriana officinalis, 10 mg Crataegus oxyacantha, 10 mg Ballota foetida, 15 mg Paullinia cupana en 15 mg Cola nitida.
Wesnes et al. 1997 (GB) ⁸	farmaceutisch bedrijf	vrijwilligers met neurasthene klachten (ICD), 42-65 jaar	Ginkgo biloba 30 mg / Panax ginseng 50 mg, 80-320 mg dd 90 dagen	placebo	64 in totaal (NR)	30, 90 dgn	2	SCL-90-R (ZB)	p=0,008	Het significante voordeel van de interventie gold alleen voor de hoogste dosis en alleen na 90 dagen; de lagere dosis en de meting na 30 dagen lieten geen significante effecten zien.

Tabel 2 Niet-medicamenteuze behandelingen

Onderzoek (land)	Setting	Patiëntenselectie	Interventie (I)	Controle (C)	Aantallen participanten (I/C)	Follow-up	Kwaliteits-score*	Uitkomst	Resultaat	Bijzonderheden
Barrett et al. 2001 (VS) ¹	primary care	DSM-III-R minor depression: HDRS \geq 10 18-59 jaar	problem solving therapy (PST), 6 sessies door een psycholoog, 11 weken	placebo-tabletten	37/39 (NR)	6 en 11 wkn	3	HSCL-D-20 (ZB) HDRS (EB) SF-36 (ZB)	NS NS NS	Heterogene populatie van minor depression en dysthymie; hier zijn alleen de cijfers over minor depression vermeld.
Van der Klink et al. 2003 (NL) ⁹	Arbo-dienst	DSM-IV aanpassingsstoornis, 2 weken ziekteverzuim, leeftijd: ?	activerende interventie door de bedrijfsarts, 4-5 contacten in 6 weken	GZ	109/83 (NR)	3 en 12 mnd	3	4DKL (ZB) SCL-90 (ZB) Mastery Scale (ZB) verzuim (EB) recidief (EB)	NS NS NS p<0,05 p<0,05	Ook een bedrijfsinterventie door de bedrijfsarts (3 contacten met leidinggevende in 3 maanden); randomisatie van bedrijfsartsen
Lynch et al. 1997 (VS) ¹⁰	primary care	minor depression: MOS-DSI, DIS \geq 18 jaar	PST via telefonische counseling door psychotherapeut, 6 sessies in 6 wkn	GZ door huisarts	15/14 (NR)	7 wkn	2	HDRS (EB) BDI (ZB) PSI (ZB) DHP (ZB) - social health - mental health - self-esteem	NS p<0,02 NS p<0,002 p<0,05 p<0,05	De BDI, PSI en DHP werden alleen na de interventie afgenomen; geen afname van klachten in de controlegroep.
Miranda et al. 1994 (VS) ¹¹	primary care	DIS minor depression, BDI \geq 18 18-69 jaar	groepsgerichte, cognitief-gedragsmatige training door een psycholoog, 8 weken	2 controlegroepen: geen interventie resp. alleen video	49 in totaal (NR)	2, 6 en 12 mnd	1	BDI (ZB) HSCL (ZB) medische consulten (EB) - aantal consulten - no-shows	p=0,01 p=0,005 NS p=0,05	Populatie patiënten met lichamelijke aandoeningen; de controlegroepen zijn samengevoegd in de analyses aangezien er geen verschil in uitkomst was tussen beide controlegroepen.
Stanton 1988 (Australië) ¹²	???	'overstressed', verhoogde SP-score leeftijd: ?	stressreductiepakket, 4 sessies in 3 weken	wachtlijst	20/20 (NR)	3 wkn 9 mnd	1	SP (ZB)	p<0,0001	Participanten waren verpleegkundigen die hulp zochten in een onduidelijke setting; stressreductiepakket bestond o.a. uit ontspannings- en visualisatieoefeningen.
Nystuen et al. 2003 (Noorwegen) ¹³	sociale dienst/general practice	psych. distress of burnout: ICPD-codes \geq 7 weken ziekteverzuim leeftijd: ?	solution-focused therapy door psycholoog, individueel of groepsgericht, 8 sessies	schriftelijke informatie door de sociale dienst	66/47 (VA)	12 mnd	3	verzuim (EB)	NS	Minder dan 1/3 van de doelgroep werd bereikt via telefoon en/of informatiebijkomst (na het versturen van een schriftelijke uitnodiging); slechts 11,5% volgde uiteindelijk de aangeboden behandeling.
Kawakami et al. 1999 (Japan) ¹⁴	productiebedrijf	distress: GHQ-12 \geq 3 bij gezondheidsenquête leeftijd: ?	schriftelijk advies over stressreductie door bedrijfsarts	geen interventie	113/113 (NR)	12 mnd	1	GHQ (ZB) verzuim (EB)	NS NS	Na randomisatie werden 47 participanten uitgesloten i.v.m. ontbrekende antwoorden op de gezondheidsenquête.
De Leo 1989 (Italië) ⁵	polikliniek psychiatrie?	DSM-III aanpassingsstoornis met depressieve of gemengde stemming, 19-63 jr	ondersteunende psychotherapie, 2 sessies/wk, 4 weken	placebo-tabletten	18/15 (NR)	4 wkn	1	Zung (ZB) GBE (EB)	NS NV	Trial met 5 armen waarbij de verschillende condities door verschillende onderzoekers werden behandeld (zie ook tabel medicamenteuze therapie).
Corney 1984 (GB) ¹⁵	general practice	'reactieve depressie', SPI ernstscore van \geq 18-45 jaar	begeleiding door maatschappelijk werker, wisselend aantal sessies, maximaal 6 mnd	GZ door huisarts	41/39 (NR)	6 mnd	0	SPI (EB) sociale problemen (EB) medische consumptie	NS NS NS	Alleen vrouwen in onderzoek

Toelichting bij tabellen 1 en 2:

* Kwaliteitscore: randomisatie (maximaal 2 punten), blinding (maximaal 2 punten), verantwoording van de drop-out (1 punt)
Afkortingen: 4DKL: Vierdimensionale Klachtenlijst; BDI: Beck Depression Inventory; C: controlegroep; CAS: Coyv Anxiety Scale; CID: Clinical Interview for Depression; DHP: Duke Health Profile; DIS: Diagnostic Interview Schedule; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EB: externe beoordeling; GBE: globale beoordeling van de ernst; GBV: globale beoordeling van verbetering; GHQ: General Health Questionnaire; GZ: gebruikelijke zorg; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; HSCL: Hopkins Symptom Checklist; I: interventiegroep; ICD: International Classification of Diseases;

MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MOS-DSI: Medical Outcome Study Depression Screening Inventory; NS: niet significant; NR: na randomisatie; NV: niet vermeld; PSI: Problem Solving Inventory; PST: Problem Solving Therapy; RDC: Research Diagnostic Criteria; RTAS: Raskin Three Area Depression Scale; SCL: Symptom Checklist; SF-36: Medical Outcomes Study Short Form 36 items; SIS: Sheehan Incapacitation Scale; SP: Stress Profile; SPI: Standardized Psychiatric Interview; SSS: Symptom Severity Score; VA: voor analyse (aantallen proefpersonen na randomisatie niet vermeld); VAS: visueel-analoge schaal; ZB: zelfbeoordeling; Zung: Zelfbeoordelings Depressieschaal van Zung.

Literatuur

- 1 Barrett JE, Williams JW, Oxman TE, Frank E, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *J Fam Pract* 2001;50:405-12.
- 2 Paykel ES, Hollyman JA, Freeling P, Sedgwick P. Predictors of therapeutic benefit from amitriptyline in mild depression: a general practice placebo-controlled trial. *J Affect Disord* 1988;14:83-95.
- 3 Pizzolato G, Cagnin A, Mancina D, Caffarra P, Avanzi S, Copelli S et al. Randomised, double-blind, placebo-controlled study of pivagabine in neurasthenia. *Arzneimittelforschung* 1997;47:1329-31.
- 4 Grivois H, Deniker P, Ganry H. Efficacité de la tianeptine dans le traitement de la psychasthénie; etude versus placebo. *Encephale* 1992;18:591-9.
- 5 De Leo D. Treatment of adjustment disorders: a comparative evaluation. *Psychol Rep* 1989;64:51-4.
- 6 Davidson JRT, Giller EL, Zisook S, Overall JE. An efficacy study of isocarboxazid and placebo in depression, and its relationship to depressive nosology. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:120-7.
- 7 Bourin M, Bougerol T, Guitton B, Broutin E. A combination of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder with anxious mood: controlled study versus placebo. *Fundam Clin Pharmacol* 1997;11:127-32.
- 8 Wesnes KA, Faleni RA, Hefting NR, Hoogsteen G, Houben JG, Jenkins E, et al. The cognitive, subjective, and physical effects of a ginkgo biloba/panax ginseng combination in healthy volunteers with neurasthenic complaints. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:677-83.
- 9 Van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, Van Dijk FJH. Reducing long-term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2003;60:429-37.
- 10 Lynch DJ, Tamburrino MB, Nagel R. Telephone counseling for patients with minor depression: preliminary findings in a family practice setting. *J Fam Pract* 1997;44:293-8.
- 11 Miranda J, Muñoz R. Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosom Med* 1994;56:136-41.
- 12 Stanton HE. Relaxation, deepening, and ego-enhancement: a stress reduction "package". *Aust Psychol* 1988;23:315-21.
- 13 Nystuen P, Hagen KB. Feasibility and effectiveness of offering a solution-focused follow-up to employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2003;3:19.
- 14 Kawakami N, Haratani T, Iwata N, Imanaka Y, Murata K, Araki S. Effects of mailed advice on stress reduction among employees in Japan: a randomized controlled trial. *Ind Health* 1999;37:237-42.
- 15 Corney RH. The effectiveness of attached social workers in the management of depressed female patients in general practice. *Psychol Med Monogr Suppl* 1984;6:1-47.