10 Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burnout

B.Terluin, J.J.L. van der Klink en W.B. Schaufeli

Stressgerelateerde klachten komen veel voor en leiden nogal eens tot disfunctioneren en ziekteverzuim. De klachten ontstaan bij personen die in meerdere of mindere mate moeite hebben met het hanteren van de 'stress' in hun leven. Bij spanningsklachten is de betrokkene nog in staat om redelijk normaal te functioneren. Bij overspanning en burnout is er sprake van verlies van controle en disfunctioneren. Bij burnout is er langdurige erosie van de stresshantering ten gevolge van werkstress, met als gevolg een fundamentele verstoring van de verhouding tussen persoon en werk. Voor het herstel is het van belang dat de betrokkene actief wordt in het oplossen van zijn problemen. De huisarts en bedrijfsarts kunnen hierin een belangrijke rol spelen door vermijdingstendensen tijdig te signaleren en de betrokkene te stimuleren en te ondersteunen.

10.1 Het probleem

Onder stressgerelateerde klachten verstaan we een drietal psychische problemen – spanningsklachten, overspanning en burnout – die gemeenschappelijk hebben dat ze een direct gevolg zijn van *stress*. De term 'stress' wordt zowel gebruikt voor de (negatieve) uitkomsten van het stressproces als voor dat proces zelf, en verwijst naar de wijze waarop mensen – en in feite alle levende organismen – hun best moeten doen om optimaal te blijven functioneren in een omgeving die aan veranderingen onderhevig is en het functio-

neren soms ongunstig kan beïnvloeden. Wij gebruiken de term 'stress' om het proces aan te duiden. Stress kan worden beschouwd als een kenmerk van het leven zelf; een 'stressprobleem' is dus een 'levensprobleem'. Waar het in essentie om gaat, is dat mensen allerlei dingen 'moeten' doen en dat zij zich daar in meerdere of mindere mate voor moeten inspannen. Mensen moeten meer of minder moeite doen om goed te blijven functioneren. Het doel van die inspanningen is:

- voorzien in materiële behoeften als eten, drinken, warmte en fysieke veiligheid;
- voorzien in sociale behoeften als inbedding in een groep en verwerving van een sociale status;
- het leven zin geven.

In verband met overspanning wordt vaak gesproken van een bepaald 'evenwicht' (of homeostase) dat mensen moeten zien te bewaren. Men denkt dan aan de eisen die aan iemand worden gesteld (*draaglast*) en zijn mogelijkheden om aan die eisen tegemoet te komen (*draagkracht*). Dit evenwicht moet dynamisch worden opgevat. Het gaat er bij mensen niet alleen om een bepaalde situatie te behouden (statisch evenwicht) maar ook om een nieuwe – betere – situatie te creëren. Kenmerkend voor mensen is dat zij kunnen nadenken over hun situatie en over hun toekomst, en dat zij wensen kunnen hebben om hun situatie op termijn te verbeteren. Mensen kunnen nadenken over de invulling van hun bestaan en ook op grond daarvan zichzelf doelen voor de toekomst stellen. Daarmee kan het evenwicht op meerdere manieren beïnvloed worden: de draagkracht kan worden versterkt of verzwakt afhankelijk van de aard van de zelfreflectie, 'oude' spanningsbronnen kunnen wegvallen of minder relevant worden, maar ook kunnen mensen nieuwe, 'interne' spanningsbronnen genereren. Daarmee kan de inhoud van de denkbeeldige schalen van de balans anders worden, maar ook kan het evenwicht op een ander niveau worden ingesteld. Bovendien kunnen mensen geconfronteerd worden met allerlei veranderingen in hun leven waar zij geen invloed op hebben, en waaraan zij zich zullen moeten aanpassen. Kortom, mensen 'moeten' nogal wat, en dat hoort bij het leven. Ze moeten zich inspannen om een bepaald 'evenwicht' met hun omgeving te bewaren, en om te streven naar lange-termijndoelen. Daarbij zullen ze van tijd tot tijd omstandigheden en gebeurtenissen die het functioneren bedreigen (stressbronnen, *stressoren*), het hoofd moeten bieden (stresshantering, *coping*). Voor die strijd beschikken mensen over bepaalde vaardigheden en hulpbronnen.

In bepaalde situaties kunnen iemands vaardigheden en hulpbronnen tekort (dreigen te) schieten om aan een bepaalde stressor het hoofd te bieden. Dan ontstaat er een specifiek soort 'spanning'. Deze spanning uit zich in lichamelijke en psychische symptomen die in principe een belangrijke signaalfunctie hebben: ze waarschuwen voor een situatie waarin het functioneren wordt bedreigd door een *stressor* die onvoldoende onder controle is, en ze stimuleren iemand om extra moeite te investeren in het aanpakken van of omgaan met die stressor (*coping*).

We spreken van *spanningsklachten* zonder meer als de stressklachten het dagelijks functioneren niet in ernstige mate belemmeren. Bij *overspanning* is er sprake van ernstige stressklachten en een verstoord sociaal functioneren. Van *burnout* spreken we in het geval van overspanning bij iemand die in een langdurig proces volledig is vastgelopen in zijn werk.

10.1.1 Spanningsklachten

De heer Beekman (54 jaar) bezoekt het spreekuur van de huisarts omdat hij zich al een paar maanden niet lekker voelt. Daarbij is hij de afgelopen maanden 4 kilo aangekomen. De huisarts vraagt in eerste instantie door over de klachten: het gaat om een vaag misselijk of drukkend gevoel in de buik. Daarbij voelt hij zich soms koud. Verder heeft hij regelmatig hoofdpijn en is hij snel geïrriteerd. Het slapen gaat goed. Meneer Beekman is gauw moe. De eetlust blijkt goed en de ontlasting is normaal. Hij rookt niet en drinkt 2-3 glazen alcoholhoudende drank per week. Hij is een half jaar geleden gestopt met sporten omdat hij het te druk had. Hij heeft een drukke baan en werkt 50-55 uur per week. Hij heeft het afgelopen jaar geen vakantie gehad in verband met een verhuizing vier maanden geleden. Meneer Beekman werkt nog gewoon, maar geeft wel aan tegen het einde van de werkdag problemen met zijn concentratie te krijgen. De huisarts laat meneer Beekman een vragenlijst, de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), invullen en laat bloed afnemen voor een screenend onderzoek. De laboratoriumuitslagen leveren geen bijzonderheden op. De 4DKL-scores zijn als volgt: distress: 13 (matig verhoogd), depressie: 1 (niet verhoogd), angst: 1 (niet verhoogd), somatisatie: 16 (matig verhoogd).

Spanningsklachten zijn universeel voorkomende symptomen van stress. Praktisch alle mensen zullen van tijd tot tijd spanningsklachten ervaren in moeilijke perioden in hun leven. Spanningsklachten zijn dus normale menselijke ervaringen en hebben een belangrijke signaalfunctie, zoals hierboven al aangegeven. De meeste spanningsklachten leiden een vluchtig bestaan, mits de signaalfunctie wordt onderkend en opgevolgd, en komen niet onder de aandacht van huisarts of bedrijfsarts. Toch hebben – omgekeerd – veel patiënten die een huisarts bezoeken last van spanningsklachten. Ook veel werkenden blijken langdurig met spanningsklachten te functioneren. Schattingen lopen uiteen van 11 tot 23% (Bültmann e.a., 2002; Terluin e.a., 2004a). Ongeveer een derde van de huisartspatiënten vertoont spanningsklachten (Terluin, 1998a). De begrijpelijke reden om de huisarts te bezoeken is meestal ongerustheid over de klachten. Patiënten met spanningsklachten zijn zich meestal wel in meerdere of mindere mate bewust van de oorzakelijke stressproblematiek, maar dit bewustzijn kan ook 'latent' zijn. Daarbij kan ongerustheid over de lichamelijke gezondheid het inzicht in de relatie tussen de klachten en stress (verder) naar de achtergrond verdringen. Bij spanningsklachten is het functioneren niet ernstig verstoord, maar de klachten kun-

nen wel hinderlijk zijn en het functioneren enigszins verstoren. De ongerustheid en verkeerde ideeën over de klachten kunnen het functioneren ook negatief beïnvloeden. Als iemand daardoor de greep op zijn situatie verliest, kan dit leiden tot aanzienlijk disfunctioneren in de zin dat iemand een complete rol (bijvoorbeeld de werkrol) of substantiële delen daarvan laat vallen. We spreken dan van overspanning.

10.1.2 Overspanning

Mevrouw Oldehoven (42) komt samen met haar man op het spreekuur van de huisarts. Hij vertelt dat 'de bom is gebarsten'. Een week eerder was mevrouw bij de huisarts geweest vanwege een brok in de keel; zij was bang dat zij weer last had van een schildkliercyste die zij vroeger had gehad. De huisarts had haar gerustgesteld en een relatie met spanningen gesuggereerd. Mevrouw Oldehoven had toen verteld dat zij het inderdaad erg druk had op haar werk. Daarop had zij besloten met haar manager te gaan praten. Dit gesprek had vier dagen geleden plaatsgevonden, en was niet zo gelopen als zij had gehoopt. Halverwege het gesprek had zij een niet meer te stoppen huilbui gekregen, waarop zij door een van haar collega's naar huis is gebracht. Mevrouw Oldehoven voelt zich niet meer in staat om te gaan werken. Zij is voor 28 uur per week in dienst bij een zakenbank voor administratief werk. De laatste jaren is het personeel flink ingekrompen terwijl het werk alleen maar is uitgebreid. Verschillende keren heeft zij, tevergeefs, dit probleem al bij haar manager aangekaart. Zij voelt zich nu 'helemaal op'. De huisarts vraagt of er nog andere zaken meespelen. Het echtpaar heeft een dochter van 17 die in de examenklas zit. Mevrouw Oldehoven maakt zich zorgen om haar omdat ze het 'niet gemakkelijk' heeft met de examens. En nog niet lang geleden is bij haar moeder een borst afgezet wegens kanker. Dat was ook een stressvolle tijd. Mevrouw Oldehoven is erg gespannen en prikkelbaar, ze heeft concentratieproblemen en slaapt slecht. Ze is niet echt depressief. De huisarts laat mevrouw een 4DKL invullen; de scores zijn als volgt: distress: 26 (sterk verhoogd), depressie: 2 (niet verhoogd), angst: 5 (niet verhoogd), somatisatie: 12 (matig verhoogd).

Overspanning is de meest voorkomende oorzaak van ziekteverzuim om psychische redenen. Overspannen mensen komen praktisch altijd bij hun huisarts en/of bedrijfsarts. In de huisartsenpraktijk is de incidentie van de diagnose overspanning ('surmenage/neurasthenie') 4,8-14/1000 per jaar (Van der Velden e.a., 1991; Van der Linden e.a., 2004). Hoe vaak de bedrijfsarts met overspanning te maken krijgt, is niet precies bekend. Vermoedelijk ligt de incidentie in een gemiddelde bedrijfsartsenpraktijk iets hoger (rond de 15-20/1000 per jaar) omdat de bedrijfsarts een geselecteerde populatie van werkenden ziet. Er kunnen grote verschillen bestaan, afhankelijk van de populatie en de sector die de bedrijfsarts bedient. Artsen zien overspanning vaak als een overbelastingsprobleem; het gebruik van de term 'surmenage' wijst

daar ook op. Het meest kenmerkende aan overspanning is echter het feit dat de patiënt de spanning niet meer aankan. Er is dus sprake van een *falende coping*, ofwel: *demoralisatie*. We kunnen dit ook beschrijven als *controleverlies*: de patiënt is de greep op zijn situatie kwijtgeraakt (zie hoofdstuk 3). De casus van mevrouw Oldehoven illustreert het continuüm dat tussen spanningsklachten en overspanning bestaat. Op een gegeven moment zijn de spanningsklachten zo hoog opgelopen dat de patiënt het wel móet opgeven, ook om zichzelf te beschermen. We kunnen onderscheid maken tussen overspannen mensen die op een gegeven moment, de hopeloosheid van hun situatie overziend, een min of meer weloverwogen besluit nemen om het op te geven – de 'afhakers' –, en overspannen mensen die het zover laten komen dat ze niet meer kúnnen functioneren – de 'instorters'. De 'afhakers' hebben over het algemeen een beter besef van hun problemen dan de 'instorters'.

10.1.3 Burnout

Mevrouw Evertz (38 jaar) is lerares op een grote middelbare school. Zij werkt 32 uur per week en geeft voornamelijk in de brugklassen les. Zij woont samen met een vijf jaar oudere man en heeft geen kinderen. Haar man zit ook in het onderwijs maar werkt op een andere school. Mevrouw Evertz bezoekt het spreekuur van de bedrijfsarts, voor wie zij geen onbekende is. De bedrijfsarts kent haar vanwege frequent kortdurend verzuim. In het afgelopen jaar is zij al vier keer thuis gebleven, variërend van drie dagen tot twee weken, voor verschillende redenen zoals een griepje, een spastisch colon, slaapproblemen waarvoor zij gedurende een week een slaapmiddel van de huisarts heeft gekregen, en moeheid waarvoor bij laboratoriumonderzoek door de huisarts geen verklaring is gevonden. Mevrouw Evertz is nu door de bedrijfsarts opgeroepen omdat zij zich drie weken geleden ziek heeft gemeld wegens hoofdpijn en moeheid. Zij vertelt dat zij bij de huisarts is geweest en dat deze vond dat ze overspannen was en voorlopig thuis moest blijven. Zij heeft bijna voortdurend een vervelende, drukkende en bonkende hoofdpijn, en ze voelt zich erg moe. Deze klachten bestaan eigenlijk al bijna een jaar en zijn geleidelijk steeds erger geworden. Het gaat zo niet langer; zij kan de leerlingen niet meer aan. Op de vraag van de bedrijfsarts of haar werk een rol zou kunnen spelen bij het ontstaan van de klachten, antwoordt mevrouw Evertz na een korte aarzeling 'ik denk het wel'. Dan vertelt ze dat ze de laatste tijd erg twijfelt aan haar geschiktheid voor het onderwijs. Zij heeft steeds meer moeite om met de leerlingen op een leuke manier om te gaan. Terwijl het haar motivatie was om jonge mensen iets bij te brengen waar ze later wat aan zouden hebben, komt ze steeds meer tot de conclusie dat 'die jongelui' helemaal niet geïnteresseerd zijn in iets leren om zich daarmee een positie in de maatschappij te verwerven. 'Het lijkt wel of ze alleen maar interesse hebben in keten en feesten. Ze verdommen het om iets te leren en spijbelen als het maar even kan. Ze zijn dom en lui. En de ouders geven niet thuis als je ze daarop aanspreekt. Maar ze komen wel bij je schreeuwen en tieren als Pietje een

slecht rapport heeft gekregen. Ik denk vaak "wat zit ik hier te doen?". Elke ochtend zag ik er als een berg tegenop om weer naar school te gaan. Van zondag op maandag kon ik nauwelijks slapen. Ik kan het niet meer opbrengen. Ik voel me helemaal op, leeg.' De bedrijfsarts laat mevrouw Evertz een 4DKL en een Utrechtse Burnoutschaal-Lerarenversie (UBOS-L) invullen; de scores zijn als volgt: 4DKL-distress: 30 (sterk verhoogd), 4DKL-depressie: 2 (niet verhoogd), 4DKL-angst: 6 (niet verhoogd), 4DKL-somatisatie: 13 (matig verhoogd), UBOS-uitputting: 2,60 (hoog), UBOS-distantie: 2,35 (zeer hoog), UBOS-competentie: 3,22 (laag).

In de eerste beschrijvingen van burnout ging het om mensen in zogenaamde 'contactuele beroepen', hulp- en dienstverleners zoals artsen, verpleegkundigen, leerkrachten en politieagenten (Maslach e.a., 2001). Kenmerkend voor dit soort *people-work* is dat men een bepaalde hoeveelheid persoonlijke inzet en betrokkenheid nodig heeft om de gewenste resultaten te bereiken. Personen die voor dit type werk kiezen, doen dat dan ook vaak vanuit idealisme en een bepaalde gedrevenheid. Het probleem is echter dat persoonlijke betrokkenheid mensen kwetsbaar maakt voor teleurstellingen die onvermijdelijk optreden. Als reactie daarop heeft men de begrijpelijke neiging wat meer afstand van het werk te nemen. Men vermindert de betrokkenheid en inzet om zichzelf te beschermen tegen teleurstellingen en desillusies. Het is een onderdeel van de normale professionele ontwikkeling van hulp- en dienstverleners dat zij een effectieve balans weten te vinden tussen betrokkenheid en distantie (*detached concern*): enerzijds voldoende betrokkenheid om het werk goed te blijven doen en resultaten te boeken, en anderzijds voldoende distantie om teleurstellingen en tegenslagen in het werk te kunnen hanteren. Wanneer iemand er echter niet in slaagt dit evenwicht te vinden, bestaat het gevaar dat (over)betrokkenheid geleidelijk omslaat in afstandelijkheid, (over)enthousiasme verandert in cynisme, en idealisme overgaat in frustratie. Door de verminderde betrokkenheid en inzet worden de resultaten van het werk minder en stapelen de teleurstellingen zich op. Men raakt in een vicieuze cirkel van frustraties, desillusie, cynisme, afnemende competentie en tegenvallende resultaten. We zouden kunnen spreken van 'disprofessionalisatie', een verkeerde professionele ontwikkeling.

In de loop van de tijd heeft het begrip burnout een verbreding ondergaan van een specifiek in contactuele beroepen optredend fenomeen naar een meer algemeen aan werkstress gerelateerd probleem, en sommigen willen het begrip verder verbreden naar andere vormen van stress.

Daarnaast is men de term burnout bovendien op verschillende manieren gaan gebruiken, zowel voor het proces van het burnout raken (het oorspronkelijke begrip), als voor het eindresultaat van dit proces: de toestand van het burnout zijn.

Wij reserveren de term burnout voor een *toestand* die op symptoomniveau lijkt op overspanning, en die *werkgerelateerd* is. Daarbij zien we als belangrijkste oorzaak van burnout een langdurig proces van tekortschietende coping

en toenemend functioneringsverlies met als gevolg dat de persoon in kwestie volledig vastloopt in zijn werk. Burnout kan worden gezien als een *tot chroniciteit neigende* overspanning als gevolg van langdurige, escalerende problemen met betrekking tot de werkrol. Hoogduin e.a. (2001) spreken van 'werkgerelateerde neurasthenie' omdat de uitputting een centrale plaats inneemt. Verschillende werkgerelateerde stressoren kunnen een rol spelen, maar overbelasting is er vaak één van. Vormen van passieve coping (afstand nemen, relativeren en aanvankelijk 'onschuldige' vormen van vermijding bedoeld om de stress te hanteren) groeien uit tot cynisme, sociale isolatie en verschillende vormen van mentale en fysieke distantie. Wat bedoeld was als oplossing is nu zelf de kern van het probleem geworden, en heeft de patiënt in een onhoudbare positie ten opzichte van zijn werk gebracht. Het proces verloopt vaak sluipend terwijl de betrokkene lange tijd voor zichzelf blijft ontkennen dat er wat aan de hand is. Geleidelijk ontwikkelt de patiënt een negatieve houding tegenover zijn werk. Het kost hem steeds meer moeite het werk te blijven volhouden. Het gaat niet meer vanzelf. De resultaten gaan achteruit. Zo ontstaat een situatie van chronische stress die zich uit in spanningsklachten waarbij gevoelens van uitputting op de voorgrond staan.

Collega's, partners en klanten hebben het vaak eerder in de gaten dan de betrokkene zelf, maar zijn niet in staat hun observaties en bezorgdheid met de patiënt te delen. De ontkenning door de betrokkene vormt vaak een onderdeel van de burnoutproblematiek: men gaat net zo lang door tot het écht niet meer gaat. Met andere woorden: burnoutpatiënten zijn in de regel 'instorters' die tot het uiterste de schijn hebben willen ophouden. Op een gegeven moment is een ziekmelding nog de enige uitweg voor de patiënt. Ondanks het dikwijls lange voortraject treedt de uiteindelijke decompensatie vaak toch nog vrij plotseling op door iets wat fungeert als de druppel die de emmer doet overlopen. Dat kan iets in het werk zijn, zoals een conflict of een verwijt van een cliënt, of iets buiten het werk zoals een *life event* of een lichamelijke ziekte.

Het klinisch beeld van burnout is geheel vergelijkbaar met een overspanning (Schmidt, 2000). Burnout is overspanning door een specifiek soort werkprobleem. Overspannen mensen zijn aangelopen tegen problemen of situaties *binnen* een bepaalde rol, bijvoorbeeld werkdruk binnen de werkrol, of opvoedingsproblemen binnen de ouderrol. Bij burnout ligt het probleem bij de invulling van *de rol zelf*. Mevrouw Evertz heeft niet alleen een probleem met lastige leerlingen, maar (uiteindelijk) met haar hele rol als lerares. In de overspanningscrisis liggen de – impliciete – vragen dan ook op een redelijk praktisch niveau: 'wat moet ik anders doen en hoe moet het anders'. In de burnoutcrisis liggen de vragen veel meer op het niveau van de rol zelf: 'kan ik dit nog wel en wil ik dit nog wel'. Tenzij de betrokkene dit proces tijdig door heeft en kan ombuigen, stevent hij onherroepelijk af op een vastlopen in het werk. Het zal duidelijk zijn dat een dergelijke fundamenteel verstoorde relatie met het werk, die zich in een langer durend proces ontwikkelt, ook een langere fase van probleemoplossing nodig heeft. Dit kun je niet zomaar in een paar weken weer recht buigen. De prognose is bij burnout in het algemeen dan ook slechter dan bij de 'gewone' overspanning.

Somatisatie speelt soms een rol bij burnout. Er is in dit opzicht een vergelijking te maken met het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS): mensen krijgen een neurastheen syndroom en schrijven dit toe aan een lichamelijke ziekte, bijvoorbeeld een infectieziekte die blijvende stoornissen in de afweer zou hebben veroorzaakt. Bij burnout als chronisch geworden werkgerelateerde stoornis schrijft de patiënt de chronische vermoeidheid vaak toe aan de desastreuze inwerking op het lichaam van chronische stress en overbelasting in het werk. In die 'organische' visie op burnout, waarvoor niet of nauwelijks wetenschappelijke evidentie is, worden patiënten soms helaas gesterkt door bepaalde hulpverleners. Het werkt echter contraproductief als de patiënt alle heil verwacht van rust en daardoor verzuimt zijn werkproblemen op te lossen.

10.2 Signalering en diagnostiek

Bij stressgerelateerde klachten – spanningsklachten, overspanning en burnout – zijn de gemeenschappelijke kenmerken de directe relatie met stress en de aanwezigheid van stressreacties, symptomen van een stressproces. De relatie met stress wordt bij de huisarts en bedrijfsarts vaak niet direct als zodanig gepresenteerd; daar moet de arts zelf naar vragen. Wat betreft de stresssymptomen onderscheiden we lichamelijke en psychische stressklachten. *Lichamelijke stressklachten* kunnen zeer divers zijn; de belangrijkste zijn hoofdpijn, duizeligheid, nek- en rugpijn, spierpijnen, maag-darmklachten, zweten, benauwdheid en hyperventilatie. Daarnaast kunnen vrouwen klagen over vaginale afscheiding en menstruatieproblemen. Praktisch elke lichamelijke klacht kan een stressklacht zijn en het is dan ook verstandig dat de huisarts en bedrijfsarts deze mogelijkheid voortdurend in het achterhoofd houden. Nog beter is het om de wetenschap dat de klacht mogelijk door spanningen wordt veroorzaakt, in een vroeg stadium en op een neutrale manier met de patiënt te delen, ook al zijn lichamelijke oorzaken nog niet uitgesloten.

Psychische stressklachten duiden we aan met de term *distress*. De belangrijkste distress-symptomen staan in tabel 10.1; deze laat een soort gradiënt van licht naar ernstig zien. Tot de lichtere klachten, die betrekkelijk gewoon en onschuldig zijn, horen piekeren, gespannenheid en onrustig slapen. Tot de ernstigste klachten die kenmerkend zijn voor de crisis in de coping bij overspanning en burnout, horen onmachtgevoelens en demoralisatie. Demoralisatie verwijst naar het gevoel geen greep meer op de problemen te hebben. Patiënten verwoorden dit met uitspraken als 'ik kan het niet meer aan' of 'ik kan er niet meer tegenop'. Om te screenen op distress kan men het beste vragen naar moeheid en slaapproblemen; dit levert de minste 'weerstand' op.

Tabel 10.1	Distress-symptomen van licht naar ernstig.
lichte distress	piekeren gespannenheid onrustig slapen prikkelbaarheid
matige distress	emotionele labiliteit lusteloosheid/moeheid gedeprimeerdheid concentratieproblemen
ernstige distress	gevoel van onmacht demoralisatie

10.2.1 Spanningsklachten

Lichamelijke spanningsklachten zijn te herkennen aan de aard van de klachten: deze zijn vaak vaag omschreven en wisselend, zowel in intensiteit, karakter en lokalisatie als in het optreden in de tijd. De klachten voldoen niet aan de kenmerken die men van somatische klachten verwacht. Nerveuze pijn op de borst, bijvoorbeeld, is meestal links op de plaats van het hart gelokaliseerd en niet midsternaal zoals bij coronaire hartziekte. Typische spanningshoofdpijn komt vanuit de nek. Nerveuze maagpijn treedt meestal niet 's nachts op zoals bij een peptisch ulcus het geval is. Behalve de lichamelijke stressklachten kunnen patiënten ook lichte tot matige distressklachten vertonen. Het sociaal functioneren is min of meer normaal, althans niet ernstig verstoord. De patiënt is zich in veel gevallen bewust van een relatie tussen de klachten en stress, maar sommige patiënten zijn zich er niet bewust van of 'willen er nog niet aan'. Ongerustheid over de lichamelijke gezondheid is meestal het motief om naar de huisarts te gaan, en dit vormt dan ook voor de huisarts een belangrijk aandachtspunt. Pas als de patiënt effectief is gerustgesteld, ontstaat er ruimte voor het bespreken van het stressprobleem. Er zijn ook mensen met voornamelijk lichte tot matige distressklachten zonder noemenswaardige lichamelijke klachten. Deze mensen zullen, als ze een arts bezoeken, vaker spontaan hun stressprobleem ter sprake brengen omdat zij zich bewust zijn van hun spanningen.

De diagnostische criteria zijn in tabel 10.2 samengevat. Differentiaaldiagnostisch moeten spanningsklachten worden onderscheiden van somatische aandoeningen en overspanning.

Tabel 10.2	Diagnostische criteria voor spanningsklachten.

- lichamelijke klachten zonder somatische verklaring, en/of distress-symptomen
- de klacht(en) zijn betekenisvol in de zin dat de patiënt eronder lijdt of er last/ongemak door ondervindt in het functioneren (bijvoorbeeld bij concentratieproblemen)
- het sociaal functioneren is praktisch (nog) normaal (de patiënt heeft geen belangrijke sociale rollen laten vallen)
- relatie met stress

10.2.2 Overspanning (surmenage)

Voor het stellen van de diagnose overspanning zijn de volgende aspecten van belang (Terluin & Gill, 1992; tabel 10.3).

- *Klachten*. Overspanning wordt gekenmerkt door ernstige distressklachten, waaronder gevoelens van onmacht (nergens toe kunnen komen) en demoralisatie (het niet meer aankunnen; Terluin, 1994). Overspannen patiënten vertonen bijna alle klachten van tabel 10.1.
- *Sociaal disfunctioneren*. De overspannen patiënten zijn niet meer in staat of voelen zich niet meer in staat normaal te functioneren, en wel om verschillende redenen. Verschillende symptomen kunnen om begrijpelijke redenen interfereren met normale activiteiten. Prikkelbaarheid kan zich uiten in agressieve uitbarstingen en emotionele labiliteit in huilbuien. Concentratieproblemen kunnen leiden tot fouten bij het uitvoeren van bepaalde werkzaamheden. Moeheid en gevoelens van uitputting verhinderen het mobiliseren van de energie die nodig is voor de normale dagtaak. De belangrijkste reden van disfunctioneren is wellicht de demoralisatie. De patiënt ziet zijn stresshantering falen en heeft sterke behoefte om de oorzakelijke stress die hij niet langer aankan, te ontvluchten. De overspannen patiënt wil rust en met rust gelaten worden.
- *Relatie met stress*. Overspannen patiënten kunnen meestal vlot vertellen waarom ze zo moe, gespannen en prikkelbaar zijn geworden. Het gaat vaak om een combinatie van verschillende stressoren. Overbelasting in het werk en andere vormen van werkstress kunnen een rol spelen. Overbelasting in de privésituatie komt ook voor. Daarnaast kunnen verschillende problemen (onder andere relationele en financiële problemen) en ingrijpende levensgebeurtenissen (onder andere ziekte en dood in de omgeving, veranderingen in het gezin, tegenslagen) meespelen. De relatie tussen de *stressoren* en de klachten is voor een buitenstaander goed invoelbaar.
- *Duur van de klachten*. Bij overspanning bestaan de klachten meestal betrekkelijk kort, enkele weken tot maanden, maar een langere 'aanlooptijd' met spanningsklachten sluit overspanning niet uit. Het disfunctioneren ontwikkelt zich meestal in een periode van enkele dagen tot weken.
- *Voorgeschiedenis*. Overspannen patiënten hebben meestal een voorgeschiedenis van normaal functioneren. Hun medische consumptie is niet opval-

lend afwijkend (Terluin, 1994). Ze kunnen wel spanningsklachten vertoond hebben en een eerdere overspanning behoort ook tot de mogelijkheden.

– *Geen psychiatrische stoornis*. Voor het stellen van de diagnose overspanning is het belangrijk een psychiatrische stoornis uit te sluiten. Het gaat hierbij vooral om depressieve en angststoornissen. Het gebeurt in de praktijk regelmatig dat een depressie of angststoornis wordt miskend omdat de patiënt een overspanningsachtig verhaal presenteert inclusief ernstige distressklachten, sociaal disfunctioneren en een relatie met stress. Dat komt enerzijds omdat depressieve en angststoornissen niet zelden ontstaan onder invloed van stress bij personen met een bepaalde predispositie hiervoor. Anderzijds kunnen depressies en angststoornissen ontstaan als complicaties van overspanning wanneer verbetering van de situatie uitblijft. De distressklachten die zo kenmerkend zijn voor overspanning, zijn niet specifiek voor dit beeld. Distressklachten zijn juist aspecifieke klachten en maken deel uit van het klachtenpatroon van praktisch alle psychiatrische stoornissen. Het is dus van belang navraag te doen naar specifieke symptomen van depressieve en angststoornissen. Ernstige 'anhedonie' (verlies van levenslust) en depressieve cognities (hopeloosheid, hulpeloosheid, suïcidaliteit) zijn specifiek voor depressies (Van Marwijk e.a., 2003). Irrationele angsten, paniekaanvallen, anticipatieangst en vermijdingsgedrag zijn specifiek voor angststoornissen (Terluin e.a., 2004b). De 4DKL kan behulpzaam zijn bij het differentiëren tussen overspanning en depressie of angststoornis (Terluin, 1996, 1998b).

Tabel 10.3	Diagnostische criteria voor overspanning (surmenage).

- ernstige betekenisvolle distress-symptomen
- sociaal disfunctioneren (de patiënt heeft belangrijke sociale rollen of delen daarvan laten vallen)
- relatie met stress
- korte duur van tekortschietende coping (doorgaans korter dan 3 maanden)
- voorgeschiedenis van normaal functioneren
- geen psychiatrische stoornis

Differentiaaldiagnose overspanning

De diagnose overspanning komt als zodanig niet voor in het (tweedelijns) psychiatrische classificatiesysteem DSM-IV, maar de DSM-IV-diagnose aanpassingsstoornis komt daar wel dicht bij in de buurt (American Psychiatric Association, 1994). Er wordt van een *aanpassingsstoornis* gesproken bij de ontwikkeling van niet nader gedefinieerde emotionele en gedragsmatige symptomen als reactie op (een) herkenbare stressor(en), binnen drie maanden na het begin van die stressor(en). Daarbij wordt geëist dat de symptomen 'klinisch significant' zijn, wat blijkt uit subjectief lijden (*marked distress*) en/of sociaal disfunctioneren. Ten slotte wordt de eis gesteld dat de symptomen verdwijnen binnen zes maanden nadat de stressor is geëlimineerd. Het

DSM-IV-concept aanpassingsstoornis past volledig binnen het begrip overspanning, maar door het ontbreken van eisen aan de snelheid van het ontstaan (binnen 3 maanden) en verdwijnen (binnen 6 maanden) van de symptomen, is het overspanningsbegrip iets breder. Het merkwaardige van de DSM-IV-aanpassingsstoornis is dat deze – logischerwijze – pas achteraf kan worden gediagnosticeerd, namelijk wanneer de symptomen verdwenen zijn (binnen 6 maanden).

Omdat wij overspanning mede hebben gedefinieerd aan de hand van een omschrijving van de symptomen die bij distress horen, bestaat er een zekere overlap tussen de diagnose overspanning en de DSM-IV-diagnose depressieve stoornis (*major depression*). Deze laatste diagnose wordt immers gesteld wanneer iemand gedurende minimaal twee weken, het grootste deel van de tijd, minimaal vijf symptomen vertoont van een lijst van negen symptomen (zie hoofdstuk 13). Één van de symptomen moet 'depressieve stemming' of 'verlies van interesse of plezier' zijn. Het is echter mogelijk om met alleen distress-symptomen te voldoen aan vijf of zes criteria voor 'major depression' (gedeprimeerdheid, interesseverlies, moeheid, geagiteerdheid, concentratieproblemen en slaapproblemen horen bij de distressdimensie). Daarom is het belangrijk om niet alleen symptomen te tellen maar ook te kijken naar de duur van de symptomen (deze moeten minimaal twee weken praktisch elke dag en het grootste deel van de dag aanwezig zijn), en naar de specifieke symptomen van depressie: anhedonie en depressieve cognities. Bij een depressie is de stemmingsstoornis een autonoom ziekteproces geworden.

Voor de diagnose *minor depression*, die in de DSM-IV een voorlopige status heeft, worden slechts twee symptomen van het rijtje van negen vereist, en wel gedurende twee weken het grootste deel van de tijd. Het concept *minor depression* valt derhalve op symptoomniveau volledig binnen het begrip overspanning.

Ongecompliceerde rouw wordt in de DSM-IV niet als een stoornis gezien, maar als een probleem dat aparte aandacht behoeft. Het gaat om een reactie op en het verwerken van het verlies van een dierbare (zie hoofdstuk 11). Rouw gaat vaak gepaard met psychische klachten, met name distress. Er is dan ook op symptoomniveau geen onderscheid te maken tussen rouw en spanningsklachten (bij redelijk normaal functioneren) of overspanning (bij een falende coping en disfunctioneren).

Ten slotte is het van belang stil te staan bij het verschil tussen overspanning en *somatisatie*. Onder somatisatie verstaan we het ervaren van medisch onverklaarde lichamelijke klachten en de neiging om deze aan een lichamelijke ziekte toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken (Lipowski, 1988). Gewoonlijk wordt verondersteld dat somatisatie optreedt onder invloed van stress. Lichamelijke symptomen zijn normale reacties op stress, en ook is het heel normaal dat iemand zijn lichamelijke klachten met enige ongerustheid bekijkt. Voorts is het begrijpelijk dat iemand vanuit die ongerustheid medische hulp zoekt. We hebben het hier over 'spanningsklachten', dat wil zeggen, de lichtste vorm van somatisatie. Somatisatie is bijna net zo aspecifiek als distress, en we vinden somatisatie dan ook – net als distress – bij vrijwel alle soorten psychische stoornissen, van overspanning tot psycho-

se. In veel gevallen is somatisatie een *epifenomeen* van een psychische aandoening dat weinig aandacht behoeft. In sommige gevallen kan somatisatie het beeld echter sterk kleuren en bepalen, namelijk wanneer de angst voor, respectievelijk de overtuiging van, een lichamelijke ziekte zo sterk is dat de patiënt alleen nog maar oog heeft voor lichamelijke aspecten van de problematiek en het inzicht in mogelijke psychosociale aspecten grotendeels of geheel wordt geblokkeerd. Bij de somatisatiestoornis (DSM-IV) is er sprake van een levenspatroon (*way of life*): het bijna voortdurend ervaren van lichamelijke klachten speelt gedurende het hele leven, vanaf minstens de jongvolwassen leeftijd, een belangrijke rol. Pijnstoornissen en conversiestoornissen ontstaan vaak later in het leven, maar vervullen dezelfde rol. De functie van chronische somatisatie is de patiënt een uitweg te bieden uit een – voor hem – onhoudbare levenssituatie. Voor de patiënt onoplosbare en onhanteerbare omstandigheden worden 'opgelost' door de rol van zieke aan te nemen. Chronische somatisatie is dus een vorm van – ineffectief – copinggedrag, zij het dat dit gedrag onbewust is. Het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS), fibromyalgie en whiplash zijn moderne varianten van chronische somatisatie. Deze hebben als gemeenschappelijk kenmerk invaliderende lichamelijke klachten waarvoor geen officiële medische verklaring kan worden gevonden, maar die door de patiënt wel aan een lichamelijke ziekte worden toegeschreven (zie hoofdstuk 16). Hypochondrie wordt door de DSM-IV onder de somatoforme stoornissen gerekend, maar het is eigenlijk meer een angststoornis, omdat de irrationele, niet door medische geruststelling te corrigeren angst voor een ernstige ziekte centraal staat.

10.2.3 Burnout

De diagnose burnout kan gesteld worden wanneer er sprake is van overspanning als gevolg van langdurige werkstress en toenemend functioneringsverlies waarbij iemand uiteindelijk volledig vastloopt in zijn werk (tabel 10.4). Verschillende vormen van werkstress kunnen een rol spelen, terwijl daarnaast ook stressoren in de privésituatie kunnen meespelen. Het vastgelopen zijn in het werk, al of niet mede op basis van 'disprofessionalisatie', blijkt uit verminderde betrokkenheid bij het werk, een negatieve houding ten opzichte van de inhoud van het werk en/of de mensen met wie men werkt, en verminderde competentie in het werk. Er is sprake van ernstige distress, zoals bij de 'gewone' overspanning. Gevoelens van uitputting (neurasthenie) staan echter op de voorgrond. De inadequate coping en de daaruit voortvloeiende functioneringsproblemen bestaan in het algemeen langer dan bij een gewone overspanning: minstens een half jaar en vaak langer dan een jaar. De differentiaaldiagnose van burnout is vergelijkbaar met die van overspanning: aanpassingsstoornis, *major* en *minor depression*, rouw en somatisatie. De differentiatie van overspanning berust op het aannemelijk maken van het vastgelopen zijn in het werk als gevolg van een geleidelijke erosie van de coping. Een eerste aanwijzing hiervoor kan men vinden in de lange voorgeschiedenis van functioneringsproblemen. Het verhaal van iemand die al jaren over-

eind probeert te blijven door maar even verlof op te nemen of zich frequent kortdurend ziek te melden, past bij burnout maar niet bij 'gewone' overspanning.

Theoretisch zit er een 'grijs gebied' tussen de doorgaans korte voorgeschiedenis van tekortschietende coping van minder dan drie maanden bij overspanning en de periode van minstens een half jaar bij burnout. In de praktijk ervaren huisartsen en bedrijfsartsen dit probleem zelden omdat de crises waarmee patiënten zich presenteren meestal een duidelijk karakter hebben. Bij de 'gewone' overspanning is er sprake van een (sub)acute crisis in de coping als gevolg van een cumulatie van concrete eisen en gebeurtenissen binnen een of meer rollen. De burnout-crisis is daarentegen meer existentieel van aard: de patiënt is vastgelopen in wat de kern van zijn professionele rolinvulling raakt, en er is vaak een min of meer ingrijpende heroriëntatie nodig om weer perspectief te krijgen.

In het 'grijze gebied' moet de professional een afweging maken aan de hand van bovenstaande kenmerken. Het belang ligt hem vooral in de prognostiek: een burnout-probleem is doorgaans veel moeilijker op te lossen dan een overspanningsprobleem.

Tabel 10.4 Diagnostische criteria voor burnout.

- overspanning met opvallende gevoelens van uitputting (ernstige distress-symptomen/neurasthenie)
- vastgelopen zijn in het werk, al of niet mede op basis van 'disprofessionalisatie'
- sociaal disfunctioneren, met name in het werk (doorgaans ziekteverzuim)
- relatief lange voorgeschiedenis van 'erosie' van de coping: een half jaar of langer
- geen psychiatrische stoornis

10.3 Etiologie

De oorzaak van stressgerelateerde klachten ligt in problemen in het omgaan met stress, van verschillende aard en ernst. Uitwendige factoren die een stressproces in gang zetten, worden *stressoren* genoemd. Die stressoren zullen echter in veel gevallen niet zonder meer stress veroorzaken, maar pas wanneer zij, na een subjectieve evaluatie (*appraisal*) van de stressor, als bedreigend worden ervaren. Tevens is de manier waarop de betrokkene met de situatie omgaat (*coping*), inclusief het mobiliseren van *sociale steun*, een belangrijk aspect van het stressproces. De ervaren distress, de uitkomst van het stressproces, wordt in hoge mate bepaald door de ernst en duur van de stressoren, en de evaluatie van die stressoren en van de eigen mogelijkheden om die stressoren te hanteren, de coping (Lazarus & Folkman, 1984).

10.3.1 Stressbronnen (stressoren)

Stressoren kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld. Een praktisch bruikbare indeling is die naar de soort stressor:

Verplichtingen. Hierbij gaat het om al datgene wat iemand op regelmatige basis 'moet' doen in het kader van zijn werk en sociale leven. Er is geen sprake van een emotioneel probleem, maar het gaat puur om de inspanning en energie die het kost om aan de verplichtingen te voldoen. Overbelasting kan zich zowel in de werk- als in de privésituatie voordoen. Te veel verplichtingen over langere tijd kunnen aanleiding vormen voor stressgerelateerde klachten als er te weinig gelegenheid is om te herstellen van de vermoeidheid die het gevolg is van de inspanningen om aan die verplichtingen te voldoen.

Levensgebeurtenissen. Hierbij gaat het om in principe eenmalige gebeurtenissen die iemands leven meer of minder ingrijpend veranderen. Twee aspecten zijn hierbij belastend: de *verwerking* van en de *aanpassing* aan die veranderingen. Emotioneel schokkende gebeurtenissen zijn die welke iemands innerlijke model van zichzelf en de wereld om hem heen ondermijnen (kader 10.1). Voorbeelden van schokkende gebeurtenissen zijn beroofd worden, ontslag krijgen, het overlijden van een dierbare. De gebeurtenis kan niet gemakkelijk 'geplaatst' worden in het beeld dat men heeft van hoe de (eigen) wereld in elkaar zit. 'Verwerking' is nodig om het innerlijke model zodanig aan te passen dat de gebeurtenis daarin een plaats kan krijgen. Voor verwerking is het nodig gedurende een bepaalde tijd bezig te zijn met wat er precies gebeurd is en wat dat voor de persoon in kwestie betekent. Veel levensgebeurtenissen, bijvoorbeeld trouwen, een kind krijgen, van werk veranderen en verhuizen, zijn helemaal niet emotioneel 'schokkend', eerder zelfs positief. Toch kunnen dergelijke gebeurtenissen belastend zijn en stressreacties geven door de aanpassing aan de veranderende omstandigheden die van de betrokkene verwacht wordt. Vanzelfsprekend zijn er ook gebeurtenissen die zowel verwerking als aanpassing nodig maken, bijvoorbeeld een echtscheiding.

Problemen. Bij problemen gaat het om omstandigheden die de betrokkene als probleem ervaart. Deze tautologie verwijst naar het feit dat wat men als probleem ervaart, heel persoonlijk is. Wat de een als probleem ervaart, laat een ander totaal onverschillig. Wat men als probleem ervaart, heeft te maken met persoonlijke doelen. Een probleem is een omstandigheid waarvan men inschat dat die het bereiken van een nagestreefd doel belemmert. Men zal dan proberen het probleem op te lossen of te omzeilen.

Conflicten – met relevante anderen – vormen een aparte en vaak hardnekkige categorie van problemen. Ten eerste vanwege het interpersoonlijke karakter, waarbij vaak het betrekkingsaspect in de relatie (zie hoofdstuk 5) mede een rol speelt. Bovendien heeft de patiënt (en ook de andere partij in het conflict) maar gedeeltelijk controle omdat voor zowel het oplossen als het omzeilen de andere partij nodig is. Deze gedeeltelijke machteloosheid, gecombineerd met het betrekkingsidee van beide kanten dat de ander de

eerste stap moet zetten, kan interventie van buitenaf in de zin van coaching of bemiddeling (*mediation*) noodzakelijk maken.

Kader 10.1 Verwerkingsproblemen

Mensen kunnen in hun leven te maken krijgen met gebeurtenissen die meer of minder diep kunnen ingrijpen in hun bestaan. Voorbeelden van dergelijke gebeurtenissen zijn het ernstig ziek worden of overlijden van een dierbare, het contact verliezen met een goede vriend, werkloos worden of een andere functie krijgen, een kind krijgen of een kind verliezen, getuige of slachtoffer zijn van een ongeluk of een natuurramp, beroofd worden, met justitie in aanraking komen. Dergelijke gebeurtenissen hebben gemeenschappelijk dat ze iemands wereld veranderen en bestaande zekerheden en routines op losse schroeven zetten. Wie zo'n gebeurtenis meemaakt, moet deze verwerken en zich aanpassen aan de veranderde situatie. Dat is soms 'gemakkelijker gezegd dan gedaan'.

Op basis van wat mensen in de loop van hun leven meemaken, heeft iedereen een bepaald innerlijk model opgebouwd van zichzelf en de wereld om hem heen (Horowitz, 1986). Dit innerlijk model vat de complexiteit van de eigen persoon en de wereld om hem heen samen in een aantal cognitieve schema's waardoor het leven van alledag relatief overzichtelijk wordt. Het model is een innerlijke – vereenvoudigde – representatie van de realiteit en helpt de stroom van waarnemingen en nieuwe informatie te organiseren. Allerlei gebeurtenissen en situaties kunnen daardoor snel worden doorzien. Het model geeft antwoorden op vragen als 'wat voor persoon ben ik?', 'wat is mijn verleden?', 'hoe gaat mijn toekomst er uitzien?', 'met wat voor soort mensen ga ik om?', 'wie kan ik vertrouwen en wie niet?', enzovoort. Een verwerkingsprobleem doet zich voor als iemand een gebeurtenis meemaakt die niet in zijn innerlijke model past. De meeste mensen houden er – in hun innerlijke schema's – niet echt rekening mee dat zij slachtoffer kunnen worden van een misdrijf of een ongeluk. Als zoiets dan onverwacht toch gebeurt, zit men met een probleem. Heeft iemand altijd gedacht een uitstekende huwelijksrelatie te hebben, met wederzijdse openheid als kenmerk, en op een dag blijkt de partner plotseling vertrokken met achterlating van een afscheidsbriefje, dan heeft die persoon een probleem.

De essentie van het verwerkingsproces bestaat erin dat de betrokkene de 'niet-passende' gebeurtenis en zijn innerlijke model van de wereld mentaal onderzoekt en vergelijkt om uiteindelijk zover te komen dat gebeurtenis en model met elkaar in overeenstemming zijn. Daartoe is het noodzakelijk de gebeurtenis en de consequenties ervan volledig te doorgronden en eventueel te herwaarderen, en relevante onderdelen van het innerlijke model bij te stellen. Kenmerkend voor een verwerkingsprobleem is dat de betrokkene min of meer gedwongen wordt tot dit mentale onderzoeksproces. De gebeurtenis wil verwerkt worden en blijft zichzelf voortdurend opdringen aan het bewustzijn. Dit uit zich in herbelevingen, flashbacks, dromen en

het steeds weer opkomen van gedachten aan de gebeurtenis. De gebeurtenis laat iemand niet los. Men denkt dat een speciaal onderdeel van het geheugen verantwoordelijk is voor deze verschijnselen. Dit stukje geheugen bewaart de herinnering aan de gebeurtenis en biedt dat net zo lang aan het bewustzijn aan voor bewerking totdat gebeurtenis en model in overeenstemming zijn gebracht en de verwerking is voltooid. Deze herbelevingen zijn dus het meest kenmerkende aspect van een verwerkingsprobleem. Problematisch is echter dat herbelevingen spanningen en emoties plegen op te roepen. Daarom moeten mensen geregeld hun toevlucht nemen tot vermijding en afleiding om de spanning te reguleren. Het is een universeel principe dat in allerlei verschillende situaties waarin een verwerkingsprobleem is ontstaan, betrokkenen zich – afwisselend – bezighouden met herbeleving en vermijding, met bezig zijn met de gebeurtenis en er juist niet mee bezig zijn. Met herbelevingen bezig zijn leidt uiteindelijk tot verwerking, terwijl periodieke vermijding de spanning onder controle houdt en de betrokkene in staat stelt om noodzakelijke activiteiten te ontplooien die nodig zijn om te overleven (Horowitz, 1986).

Het verwerkingsproces na een verliesgebeurtenis wordt aangeduid met de term 'rouwproces'; wanneer een rouwproces stagneert, spreken we van pathologische rouw (zie hoofdstuk 11). Voor het verwerkingsproces na een traumatische gebeurtenis, waarbij de betrokkene geconfronteerd wordt met een ernstige bedreiging van de lichamelijke of geestelijke integriteit van zichzelf of anderen, wordt geen aparte term gebruikt, maar bij stagnatie van dit verwerkingsproces hebben we het over een posttraumatische stress-stoornis (PTSS; zie hoofdstuk 12).

10.3.2 Evaluatie (appraisal)

Mensen evalueren de situatie waarin zij zich bevinden voortdurend door die af te zetten tegen de betekenis ervan voor hun eigen bestaan en welbevinden (Lazarus, 1980). Dit wordt *primary appraisal* genoemd. Situaties of gebeurtenissen kunnen bij evaluatie als irrelevant, positief of stressvol worden aangemerkt. Situaties worden als stressvol ervaren als daarin elementen van schade of verlies (*harm/loss*), bedreiging (*threat*) of uitdaging (*challenge*) gepercipieerd worden. Bij schade/verlies gaat het om een situatie waarin schade of verlies heeft plaatsgevonden, bijvoorbeeld het verlies van een dierbare, verlies van werk, gezondheid of status. Bij een als dreigend ervaren situatie heeft een dergelijk verlies of schade (nog) niet plaatsgevonden, maar wordt dit wel geanticipeerd. Een uitdaging wordt gepercipieerd als een moeilijke maar niet onmogelijke situatie. Er is sprake van stress als iemand inschat dat de eisen die de situatie aan hem stelt, zijn mogelijkheden te boven (dreigen te) gaan. De betekenis van de situatie en de eisen die daardoor aan het individu worden gesteld, worden vergeleken met de voorhanden zijnde vaardigheden en hulpbronnen om aan de eisen tegemoet te komen, om de situatie te hanteren. Dit wordt *secundary appraisal* genoemd. Als na verloop van tijd de

situatie is veranderd, al of niet als gevolg van een interventie van het individu, zal hij de situatie opnieuw evalueren. Dit wordt *reappraisal* genoemd. In feite is het individu dus voortdurend bezig zijn situatie te evalueren in termen van schade/verlies, bedreiging en uitdaging, en in termen van zijn mogelijkheden om die situatie te hanteren, terwijl hij zo goed mogelijk probeert zijn bestaan en welzijn veilig te stellen.

10.3.3 Stresshantering (coping)

Alles wat mensen ondernemen om aan stressvolle situaties het hoofd te bieden, wordt *coping* genoemd. Coping is niet altijd bewust en actief gedrag, maar kan ook onbewust of passief zijn. Er wordt wel onderscheid gemaakt tussen *problem focused coping* (P-coping) en *emotion focused coping* (E-coping). P-coping is gericht op verandering van de probleemsituatie, E-coping op het reguleren van de emotionele opwinding en spanning (*arousal*). Vaak wordt gedacht dat P-coping beter is dan E-coping. De beste wijze van coping is echter afhankelijk van verschillende factoren, waaronder de beheersbaarheid en voorspelbaarheid van de concrete probleemsituatie, de vaardigheden van de betrokkene, de steun en hulp die deze in de gegeven situatie kan mobiliseren, en zijn doelen en motivatie. Adequate coping bestaat in de regel uit een combinatie van verschillende vormen van copinggedrag. Naast de vaardigheden om verschillende specifieke vormen van coping te hanteren, zijn dus ook de breedte en de flexibiliteit van het copingrepertoire van belang.

Komt iemand in een situatie waarin hij de stress niet meer aankan, is er een crisissituatie. Men spreekt dan van overspanning (Pfeffer & Waldron, 1987). Het gevoel van een *falende coping* wordt door mensen verwoord als 'het niet meer aankunnen', 'er niet meer tegenop kunnen', 'het niet meer zien zitten' of 'het niet meer kunnen bolwerken'. Men spreekt ook wel van 'demoralisatie' (De Figueiredo & Frank, 1982). Het doel van coping is controle over de situatie te krijgen en te handhaven, en wanneer dit niet lukt, is er sprake van *verlies van controle*, het centrale kenmerk van overspanning.

Het mobiliseren van sociale steun is een specifieke vorm van coping. De ervaring van sociale steun geeft enige bescherming tegen de negatieve gevolgen van stress. Het effect is echter niet erg groot (Olstad e.a., 2001). In veel stresstheorieën wordt sociale steun benoemd als een aparte factor en als kenmerk van de omgeving. Het verschaffen van sociale steun is ook zeker een mogelijkheid van de sociale systemen waar iemand deel van uitmaakt. Daarnaast is de vaardigheid om sociale steun uit de omgeving te mobiliseren ook een functie van de persoon(lijkheid) en te beschouwen als een copingvaardigheid. Ook het ervaren en profiteren van gegeven steun is persoonsafhankelijk. Vooral emotioneel kwetsbare mensen ervaren vaak een gebrek aan sociale steun.

10.3.4 Persoonlijkheid

Hoe mensen op stress reageren is voor een belangrijk deel afhankelijk van persoonlijkheidsaspecten: de biologische en psychologische constitutie, leer-

ervaringen, cognitiepatronen en verschillende gedragsstijlen. In relatie tot stressgerelateerde klachten zijn twee persoonlijkheidsaspecten vooral van belang.

Mentale kwetsbaarheid. Bij mentale – of emotionele – kwetsbaarheid denken we aan mensen met een aangeboren of verworven verminderde algemene belastbaarheid. Mogelijk spelen verschillende mechanismen een rol: vegetatieve labiliteit, negatieve cognities, overgevoeligheid voor angst en onzekerheid, en een neiging tot depressief reageren. Het begrip kwetsbaarheid zoals wij dat hier hanteren, overlapt begrippen als 'neuroticisme' (Wilde, 1970), 'subassertiviteit' en 'externe *locus of control*' (Rotter, 1966). Kwetsbare mensen hebben weinig zelfvertrouwen en voelen zich weinig weerbaar. Zij reageren sterker op stressvolle situaties en kunnen spanningen en problemen dan ook veel minder goed verdragen dan minder kwetsbare mensen. Ze krijgen sneller last van spanningsklachten en maken zich daar meer zorgen over, want ook de ongerustheid over lichamelijke symptomen kunnen zij moeilijker hanteren. Omdat ze spanningen slecht aankunnen, nemen ze vaak hun toevlucht tot vermijding als copingstrategie. Een vervelend gevolg daarvan is dat ze weinig ervaring opdoen met het oplossen van problemen, en als gevolg daarvan ook weinig probleemoplossingsvaardigheden ontwikkelen. Kwetsbare mensen neigen meer tot somatiseren. In geval van spanningsklachten staan zij minder open voor een bespreking van de stressfactoren die de spanningsklachten veroorzaken. Vanwege hun minder adequate coping met problemen en levensgebeurtenissen, en hun neiging om problemen te vermijden in plaats van ze op te lossen, zijn kwetsbare mensen ook vatbaarder voor overspanning en burnout.

Perfectionisme. Perfectionisme gaat gepaard met een hoog streefniveau, een plichtsgetrouwe instelling en een bovenmatige inzet bij het vervullen van taken. Perfectionistische mensen zijn weinig flexibel. Overbelasting is voor hen een reëel gevaar omdat perfectionistische mensen niet even wat minder kunnen presteren in perioden van toegenomen werkbelasting. Niet zelden is perfectionisme een compensatie voor kwetsbaarheid en gebrek aan zelfwaardering; door het werk perfect te doen, kan men rekenen op de waardering door anderen die men zichzelf onthoudt. Perfectionisme maakt mensen vatbaar voor overbelasting met als gevolg overspanning, en voor burnout.

10.4 Natuurlijk beloop

Naar het beloop van spanningsklachten is weinig onderzoek gedaan. Uit onderzoek blijkt dat een derde van de patiënten die met lichamelijke spanningsklachten de huisarts bezoeken, twee maanden later klachtenvrij is (Terluin, 1998a). De overige patiënten hebben ernstiger klachten ontwikkeld, dat wil zeggen zij hebben er ook distressklachten bij gekregen. Patiënten met distressklachten bij de huisarts waren ook voor een derde klachtenvrij na twee maanden. Huygen heeft het voorkomen van 'nerveus-functionele klachten' in de huisartsenpraktijk bestudeerd (Huygen e.a., 1984). Men spreekt van nerveus-functionele klachten bij klachten die niet door een li-

chamelijke afwijking verklaard kunnen worden en waarvan de huisarts aanneemt dat de oorzaak op psychosociaal terrein ligt. Bijna 10% van alle door de huisarts gestelde diagnosen viel in deze categorie. Gedurende een observatieperiode van zeven jaar werden bij 45% van de ingeschreven patiënten nerveus-functionele klachten geregistreerd. Bij 18% van deze patiënten waren de klachten chronisch. De indruk is dat spanningsklachten veel voorkomen en een wisselend beloop hebben, variërend van een eenmalige episode onder invloed van duidelijk herkenbare stressoren, tot een recidiverend of chronisch patroon bij nerveuze, kwetsbare personen.

In de bedrijfsartsenpraktijk ziet men bij screeningsonderzoek een forse groep werknemers met een hoog niveau van spanningsklachten die geen hulp zoeken bij huisarts of bedrijfsarts en bij wie het niveau van de klachten over lange tijd stabiel blijft.

De belangrijkste complicaties van spanningsklachten zijn overspanning en somatisatie (of somatische fixatie). Overspanning ligt op de loer als de patiënt het signaal van spanningsklachten niet oppikt en geen betere coping gaat toepassen om de stress de baas te worden. Somatisatie treedt op als de patiënt komt vast te zitten in een vicieuze cirkel van klachten en ongerustheid over de lichamelijke gezondheid (zie hiervoor). Kwetsbare mensen lopen een groter risico op overspanning en somatisatie door hun neiging om problemen te vermijden in plaats van op te lossen.

Ook naar het beloop van overspanning is weinig onderzoek gedaan. Onderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg heeft aan het licht gebracht dat circa 20% van de overspannen personen die langer dan vier weken verzuimen, een heel jaar ziekteverzuim volmaakt en wordt aangemeld voor de WAO (Schröer, 1993; Van Engers, 1995). Deze cijfers zijn van vóór de wijziging van het sociale-zekerheidsstelsel. In het onderzoek van Schröer had slechts de helft van de werknemers een bedrijfsarts. Onderzoek naar het beloop van syndromen bij huisartspatiënten liet zien dat een derde van de patiënten met een distress-syndroom na twee maanden klachtenvrij was, dat een derde na twee maanden nog dezelfde klachten had en dat een derde ernstiger klachten had gekregen met aanwijzingen voor het ontwikkelen van een depressie of angststoornis (Terluin, 1998a). Als de overspannen patiënt begrijpt dat hij overspannen is geworden en waardoor het gekomen is, en als hij bovendien in staat is zijn falende coping in tweede instantie om te buigen tot succesvolle coping, zal hij de problemen overwinnen en in een tijdspanne van enkele weken tot maanden herstellen. Als de patiënt deze uitweg niet weet te vinden, dreigen complicaties in de vorm van depressie, angststoornis of somatisatie. *Depressie* kan bij daartoe gepredisponeerde personen gemakkelijk ontstaan op basis van een besef van tekortschieten in combinatie met een gedeprimeerde stemming, die bij een ernstige overspanning al vaak aanwezig is. De meest voorkomende wijze van ontstaan van een *angststoornis* is via hyperventilatie/paniek. Bij langdurige gespannenheid kunnen bij daarvoor gevoelige personen hyperventilatie en paniekaanvallen ontstaan die vaak als zeer angstig worden beleefd. Als de patiënt vervolgens een angst voor deze paniekaanvallen ontwikkelt en situaties waarin het optreden van

deze aanvallen gevreesd wordt, gaat vermijden, is er binnen de kortste keren sprake van een paniekstoornis met agorafobie. *Somatisatie* kan ontstaan op basis van lichamelijke (stress)klachten die vaak bij overspanning aanwezig zijn. Wanneer deze klachten ongerustheid veroorzaken bij de patiënt en diens omgeving, en de patiënt medische hulp gaat vragen voor het diagnosticeren en verhelpen van die klachten, kan de patiënt gemakkelijk in een vicieuze cirkel van preoccupatie met de lichamelijke gezondheid en verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties verstrikt raken. In sommige gevallen kan de patiënt ervan overtuigd raken 'ME' of een vergelijkbare aandoening (zie hoofdstuk 16) onder de leden te hebben met alle gevolgen van dien. Het gevolg van deze overspanningscomplicaties – depressie, angststoornis of somatisatie – is dat de patiënt zodanig in beslag wordt genomen door de problematiek van deze complicaties – de uitzichtloosheid van de situatie bij depressie, angst-voor-de-angst bij angststoornis, en ongerustheid over de lichamelijke gezondheid bij somatisatie – dat de stressproblematiek die moet worden aangepakt en opgelost om van de overspanning te kunnen herstellen, naar de achtergrond verdwijnt, en vermijdingstendensen daardoor worden versterkt.

Ook zonder depressie, angststoornis of somatisatie kan *persisterende vermijding* het herstel van overspanning belemmeren. De patiënt blijft zich dan wel bewust van de stress maar vermijdt het aanpakken en oplossen van de problemen met als argument daarvoor nog veel te moe of te labiel te zijn. Het probleem is echter dat, als de patiënt de stress niet wil aanpakken, hij niet mag verwachten dat de distress minder wordt en de moeheid en labiliteit verdwijnen.

Over het beloop van burnout is eveneens weinig bekend; bovendien is de literatuur hier soms lastig te interpreteren omdat niet iedere onderzoeker dezelfde definitie van burnout aanhoudt. Er is weliswaar veel – ook longitudinaal – onderzoek naar 'burnout' in organisaties gedaan (en daaruit blijkt dat het tamelijk stabiel is in de tijd) maar het betreft vragenlijstonderzoek bij werkende mensen. Er is dus weinig bekend over burnout als toestand waarbij de betrokkenen zijn vastgelopen in het werk en niet meer in staat zijn om te functioneren.

De term burnout heeft bij veel mensen – zowel leken als professionals – de connotatie van een ernstige toestand die een lange tijd, vaak meer dan een jaar, nodig heeft voor herstel. Daarnaast zijn veel mensen ervan overtuigd dat burnout gepaard gaat met allerlei organische afwijkingen van de hersenen en het stress-immuniteitssysteem die eveneens een lange periode van rust nodig hebben om te genezen, ondanks het ontbreken van harde bewijzen in die richting. Het is niet moeilijk in te zien dat deze overtuigingen over burnout gemakkelijk als 'self-fulfilling prophecies' kunnen gaan functioneren. Het is dan ook beter de tem burnout zo veel mogelijk te vermijden en in ieder geval niet zelf bij de patiënt te introduceren. Huisarts en bedrijfsarts kunnen de term 'ernstige overspanning' gebruiken, waarbij zij zich moeten realiseren dat het volkomen vastgelopen zijn in de werkrol – het centrale kenmerk van burnout – niet in een paar weken is opgelost.

10.5 Behandeling

10.5.1 Spanningsklachten

Patiënten die bij de huisarts komen met spanningsklachten, hebben in de eerste plaats vaak behoefte aan geruststelling, aangezien zij zich zorgen maken over hun klachten. Een gerichte anamnese en zo nodig gericht lichamelijk en aanvullend onderzoek, afgestemd op de angsten en wensen van de patiënt, moeten de gegevens opleveren op grond waarvan de arts de patiënt kan geruststellen dat er geen ernstige lichamelijke aandoening in het spel is. Vervolgens is de koppeling naar spanningen aan de orde: 'reattributie' (Blankenstein e.a., 2002). Dit kan men het beste voorbereiden door al in een vroeg stadium – dus nog voordat het somatische onderzoek is afgerond – de patiënt te informeren over de mogelijkheid dat de klachten met spanningen te maken zouden kunnen hebben. Deze informatie dient feitelijk en neutraal te worden verstrekt, zonder een spoor van diskwalificatie of beschuldiging. Als de patiënt de rol van spanningen niet (h)erkent, wordt dit door de arts geaccepteerd. De ervaring leert dat de meeste patiënten met spanningsklachten wel in staat en bereid zijn een mogelijk verband met stress in overweging te nemen, hoewel sommige patiënten even tijd nodig hebben om aan het idee te wennen. Kwetsbare mensen hebben over het algemeen wat meer moeite met het onderkennen van spanningen omdat zij een meer vermijdende copingstijl hebben en de spanningsklachten gemakkelijk de functie vervullen van het afleiden van de patiënt van zijn problemen. Wanneer de patiënt het verband met stress ziet, is het zaak hem te stimuleren iets te gaan ondernemen om de problematiek op te lossen of beter hanteerbaar te maken. Daarbij kan de vraag aan de orde komen of de patiënt kans ziet op eigen houtje verder te komen of dat hij daar professionele hulp bij nodig heeft. Indien dat laatste het geval is, kan verwezen worden naar een maatschappelijk werker of eerstelijns psycholoog, of naar de tweedelijns GGZ, afhankelijk van de aard van de problemen.

De bedrijfsarts bekijkt samen met de patiënt of er werkaanpassingen nodig zijn om ervoor te zorgen dat de patiënt voldoende tijd en energie overhoudt om de problemen aan te pakken, en om te voorkomen dat de patiënt moet afhaken wat zijn werk betreft. De duur van het herstelproces is zeer variabel, van minder dan een week wanneer de problemen gemakkelijk oplosbaar zijn tot vele maanden wanneer de problemen complex en moeilijk oplosbaar zijn. Het herstel is vaak moeizaam bij kwetsbare patiënten, vanwege hun gebrekkige probleemoplossingsvaardigheden. Het is belangrijk dat de huisarts of bedrijfsarts het beloop gedurende de eerste vier weken in de gaten houdt. Hij let niet alleen op het beloop van de klachten maar vooral ook op de activiteiten die de patiënt ontplooit om de stress de baas te worden, de resultaten van die inspanningen, en in het algemeen de mate van controle die de patiënt ervaart.

10.5.2 Overspanning

Anders dan bij spanningsklachten is er bij overspanning sprake van demoralisatie en verlies van controle. De patiënt is zich meestal wel goed bewust van de stress die hem te veel is geworden, maar weet niet meer wat hij eraan moet doen. De klachten (uitputting, prikkelbaarheid en concentratiestoornissen) maken het hem onmogelijk nog normaal te blijven functioneren. Uit zelfbescherming en omdat er niets anders meer op zit, heeft hij zich ziek gemeld. Het herstelproces van overspanning kan worden beschreven in een drietal fasen. De behandeling sluit op deze fasering aan en is in hoofdstuk 3 uitvoerig beschreven.

Overspannen patiënten zijn vaak uitgeput en zeer gespannen. Daarom is het voor hen belangrijk om te rusten en ontspanning te zoeken. Rusten betekent in de eerste plaats niet te veel belasten (Schmidt, 2002). Ontspanning kan worden verkregen door ontspanningsoefeningen (aan te leren met behulp van een opname van een standaard ontspanningsoefening, of bij een fysiotherapeut of maatschappelijk werker) of door het uitvoeren van eenvoudige routinematige activiteiten zoals schoonmaken, opruimen, boodschappen doen, eten koken, of activiteiten die afleiding geven zoals wandelen (met de hond), fietsen, spelletjes doen (met de kinderen), televisie kijken of muziek luisteren. Een boek lezen is vaak te veel (aan concentratie) gevraagd.

Bij overspanning wordt de problematiek voor het grootste deel bepaald door de stressgerelateerde component ervan. Daarom is zich bezig (gaan) houden met de achtergronden en oorzaken van de overspanning van minstens even groot belang als het (tijdelijk) rust nemen. De overspannen patiënt dient zich dus bezig te houden met twee soorten activiteiten: *1* bezig zijn met de overspanning en *2* het tegenovergestelde, juist *niet* bezig zijn met de overspanning, maar rust zoeken, ontspanning en afleiding. De laatste activiteiten zijn noodzakelijk voor het herstel van de distress, terwijl de eerste activiteiten noodzakelijk zijn voor het oplossen van de overspanningsproblematiek. *Alleen* rust, ontspanning en afleiding, door sommige therapeuten wel geadviseerd, houdt het gevaar in de vermijdingstendens van de patiënt te versterken, waardoor kostbare tijd verstrijkt en de problematiek steeds moeilijker oplosbaar wordt. Vermijding is bij overspanning de belangrijkste oorzaak voor langdurig ziekteverzuim en WAO. Behalve bezig zijn met de overspanning en rust en ontspanning zoeken, moet de patiënt tijd inruimen voor noodzakelijke dagelijkse activiteiten zoals zelfverzorging en zorg voor gezin en huishouding. Het is goed de patiënt te vragen een dagindeling te maken waarin de drie genoemde activiteiten een plaats krijgen. Wanneer de patiënt op de hier geschetste wijze met zijn overspanning aan de slag gaat, treedt er binnen een paar (uiterlijk vier) weken een duidelijke verbetering op. De patiënt wordt dan rustiger en kan weer beter nadenken.

Dan kan worden overgegaan naar fase 2, de probleem- en oplossingsfase (zie hoofdstuk 3). In deze tweede fase moet de patiënt een overzicht hebben van alle probleemgebieden en mogelijke oplossingen. De probleem- en oplossingsfase kan vele maanden in beslag nemen, afhankelijk van de omvang en moeilijkheidsgraad van de problemen. Het hoeft echter niet zo te zijn dat

alle problemen zijn opgelost vóórdat de patiënt zijn taken weer kan gaan hervatten. De essentie van fase 2 is dat de patiënt die in de problemen *zit*, wordt getransformeerd tot een patiënt die problemen *heeft* (en ermee aan de slag gaat om ze op te lossen).

Vervolgens komen we als vanzelf in de derde fase terecht, waarin de patiënt zijn verplichtingen geleidelijk weer oppakt. Een vuistregel is dat volledig ziekteverzuim zo kort mogelijk moet duren om vermijding geen kans te geven. Werkhervatting – mits aangepast aan de toestand van de patiënt – kan niet vroeg genoeg worden nagestreefd. Vrijwel steeds betekent dat een gedeeltelijke werkhervatting in een beperkte taak. Uiteraard moet er goed worden gekeken naar werkproblemen die werkhervatting of de uitbreiding daarvan kunnen belemmeren. Wanneer het werk niet dwars ligt, is een begin met werkhervatting – zo leert de praktijk – vrijwel altijd binnen zes weken mogelijk.

Bij een activerende, probleemgerichte begeleiding in de huisartsenpraktijk is de prognose van overspanning (zeer) goed, zowel voor wat betreft de klachten als het functioneren. Van de patiënten kan 50% binnen zes weken weer volledig aan de slag zijn; 75% van de patiënten kan binnen drie maanden weer aan het werk zijn; bijna iedereen (95%) kan binnen een half jaar weer normaal functioneren (Terluin, 1986; 1988). Onderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg geeft vergelijkbaar gunstige cijfers. Van de patiënten uit de interventiegroep die een activerende, probleemoplossende begeleiding onderging was 80% na drie maanden volledig aan het werk (98% geheel of gedeeltelijk) en na een half jaar was 100% volledig aan het werk. Zowel verzuimduur als recidiefkans lagen 30-35% gunstiger dan bij de controlegroep (Van der Klink e.a., 2003). Mensen die beter reageren op de interventie zijn jonger, lager opgeleid, weinig dwangmatig en ervaren weinig sociale steun (Van der Klink, 2002). Het verzuim duurt langer als er veel werkproblemen bestaan die moeten worden opgelost, als er veel levensgebeurtenissen hebben plaatsgevonden die moeten worden verwerkt, en bij patiënten die neigen tot somatiseren (Terluin, 1990). Dat laatste is vermoedelijk vooral een probleem van kwetsbare mensen die ertoe neigen problemen te vermijden, waardoor de spanning oploopt en veel lichamelijke spanningsklachten ontstaan.

10.5.3 Burnout

De behandeling van burnout is in principe niet anders dan die van overspanning. Het feit dat iemand volkomen is vastgelopen in zijn werk maakt de behandeling vanzelfsprekend wel moeilijker. Het belangrijkste punt is dat de patiënt zich bewust moet worden van zijn onhoudbare positie in het werk. Vaak is dat besef maar gedeeltelijk aanwezig. De patiënt is de mening toegedaan dat hij door overbelasting een tijdelijke inzinking heeft en dat hij met een periode rust voldoende zal herstellen om de oude functie weer op te kunnen pakken. Maar rust helpt niet. De uitputtingsklachten blijven bestaan en reiken de patiënt onbedoeld een 'oplossing' aan voor de onhoudbare situatie: 'burnout door het werk, kan voorlopig niet meer werken'. Wan-

neer de patiënt kan inzien dat het heel moeilijk, zo niet onmogelijk, is geworden om op de oude basis terug te keren naar het eigen werk, ontstaat er ruimte om constructief na te denken over hoe het verder moet. In bepaalde gevallen, wanneer 'disprofessionalisatie' een belangrijk onderdeel van het probleem is, is de patiënt in staat zich onder begeleiding van een coach, psycholoog of psychotherapeut de juiste professionele houding te verwerven. Dan moet de patiënt wel in staat zijn de cumulatieve desillusies van de afgelopen jaren, die niet zelden tot een soort fobie voor het werk hebben geleid, te verwerken en te overwinnen; een niet geringe prestatie. In andere gevallen zal de patiënt zich moeten afvragen wat zijn mogelijkheden (nog) zijn en wat hij wil. Vaak zal het erop neerkomen dat de patiënt ander werk moet zoeken, waar hij zich beter kan handhaven. Niet zelden zal hij een stapje terug moeten doen.

Bij burnout is het vaak nodig aandacht te geven aan de neiging tot somatiseren en de daarmee verbonden opvattingen over het ontstaan van de klachten en de aard van de aandoening (*illness beliefs*), en aan de persoonlijkheid van en de manier waarop de patiënt met stress omgaat. Hiervoor kan men de patiënt het beste verwijzen naar een psychotherapeut. Burnoutprotocollen omvatten klachtenreductie, ontspanningstherapie, cognitieve-gedragstherapie en reactivering (Schaap e.a., 2001).

10.6 Relatie arbeid en gezondheid

10.6.1 Van arbeid naar gezondheid

Werkhervatting is in het algemeen bevorderlijk voor het herstel bij stressgerelateerde klachten. Het werk kan echter ook wel degelijk een ongunstige invloed hebben op de patiënt. Wanneer er onvoldoende maatregelen worden getroffen om de problemen die de patiënt in het werk ondervindt te ondervangen, kan de stress toenemen en de patiënt (opnieuw) in een positie brengen het te moeten opgeven. Een tweede ziekmelding – een mislukte werkhervatting na een eerdere ziekmelding – wordt vaak als een dramatische krenking beleefd. Het zelfvertrouwen van de patiënt is na de eerste ziekmelding toch al fors aangetast. Een mislukte werkhervatting dient dan ook zo veel mogelijk vermeden te worden. Bij twijfel over wat de patiënt aan werk aankan, is het beter te starten met te weinig en te licht werk dan het risico te lopen dat de patiënt opnieuw moet afhaken. Het is belangrijk dat de bedrijfsarts het werken van een patiënt met stressgerelateerde klachten goed 'monitort' om op tijd te kunnen bijsturen als er onvoorziene moeilijkheden opdoemen. Het verdient aanbeveling ook iemand in de werksituatie in te schakelen die de patiënt in zijn aangepaste werk in de gaten kan houden. De direct leidinggevende is in veel gevallen de aangewezen persoon voor deze functie, maar het kan in bepaalde gevallen ook een collega zijn. Het is belangrijk van tevoren goede afspraken te maken met alle betrokkenen over de aard van de werkzaamheden, het tempo of de productie en de werktijden, om onduidelijkheden daarover en wrijvingen op de werkvloer zo veel moge-

lijk te voorkomen. Reïntegratie is een interactief proces en verloopt het best als de werkomgeving de patiënt ondersteunt bij het vervullen van zijn hersteltaken (zie hoofdstuk 3) en ook zelf probleemoplossende taken vervult (hoofdstuk 7).

10.6.2 Van gezondheid naar arbeid

In de crisisfase van overspanning en burnout is 'rust', inclusief het tijdelijk loslaten van de werkrol, een therapeutische noodzaak. De patiënt vraagt ook om rust (en om met rust gelaten te worden). Rust is echter alleen effectief als aan eerdere hersteltaken, namelijk begrip en acceptatie, is voldaan (hoofdstuk 3). Bovendien moet 'rust' op recept worden verschaft met vermelding van de dosering, de momenten van 'inname' en de duur van de kuur, en gepaard met waarschuwingen voor de (mogelijk ernstige) bijwerkingen.

Stressgerelateerde klachten kunnen gemakkelijk het vermogen om arbeid te verrichten aantasten. Door moeheid en energiegebrek kan men het werk minder goed volhouden. Door concentratieproblemen kunnen gemakkelijk fouten worden gemaakt. Door prikkelbaarheid kunnen gemakkelijk interpersoonlijke conflicten ontstaan. Wanneer de patiënt niet geheel is hersteld, moet hiermee rekening worden gehouden. Dat wil zeggen dat de patiënt gevraagd kan worden eenvoudig, routinematig werk zonder opgelegd tempo uit te voeren voor een beperkt aantal uren per week. Hoe en wat de patiënt precies kan doen, is idealiter een kwestie van overleg. De patiënt die hersteld is, is in principe weer normaal belastbaar. Patiënten die hersteld zijn van een overspanning of burnout hebben idealiter geleerd van hun ervaringen. Het is sterk aan te bevelen aan het eind van de begeleiding deze ervaringen samen te vatten en de patiënt te stimuleren een terugvalpreventieplan te maken. In dit plan brengt de patiënt risico's en vroege signalen in beeld (op het niveau van situaties, gedrag, cognities, emoties, symptomen) en geeft aan welke actie hij onderneemt als hij dergelijke risicosituaties of signalen (opnieuw) onderkent. De bedrijfsarts kan op vergelijkbare wijze met de chef doorlopen wat die als risicosituaties en vroege signalen kan herkennen en welke acties hij daarop kan ondernemen.

10.7 Samenwerkingsaspecten

Wanneer er sprake is van functieverlies (ziekteverzuim) dient functieherstel het uitgangspunt van de begeleiding van huisarts en bedrijfsarts te zijn. Rust, afleiding en vermijding van de problemen heeft wel een gunstige invloed op de klachten, maar brengt herstel van het functioneren niet dichterbij. Het spreekt vanzelf dat het van belang is dat huisarts en bedrijfsarts wat dat betreft ook op één lijn zitten. Wanneer een van beiden vermoedt dat dat niet het geval is, zijn – in het belang van de patiënt – overleg en afstemming gewenst. De huisarts is degene die de patiënt in zijn privésituatie het beste kent. De bedrijfsarts kent de betrokkene beter in diens hoedanigheid van werknemer en heeft ook de mogelijkheid informatie in te winnen bij sleutel-

figuren uit de werksituatie. De bedrijfsarts is ook degene die de werknemer en werkgever adviseert inzake reïntegratie (Wet verbetering poortwachter). Een belangrijk punt is het monitoren van het beloop. Wanneer ondanks voorlichting en stimulering geen vooruitgang zichtbaar is binnen vier weken, dient verwijzing van de patiënt naar een gespecialiseerde hulpverlener overwogen te worden. Ook in latere fasen van het herstel kunnen verwijsindicaties ontstaan als de patiënt stagneert in het herstelproces en bepaalde hersteltaken niet vervult. Liefst wordt zo'n verwijzing voorafgegaan door onderling overleg tussen huisarts en bedrijfsarts.

Literatuur

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition* (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association.

Blankenstein, A.H., Horst, H.E. van der, Schilte, A.F., Vries, D. de, Zaat, J.O., Knottnerus, A.J., Eijk, J.T. van & Haan, M. de (2002). Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *Patient Education and Counseling*, 47; 229-235.

Bültmann, U., Kant, IJ., Kasl, S.V., Schröer, K.A.P., Swaen, G.M.H. & Brandt, P.A. van den (2002). Lifestyle factors as risk factors for fatigue and psychological distress in the working population: prospective results from the Maastricht Cohort Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 116-124.

Engers, R.W. van (1995). *Overspannen in de Ziektewet; een onderzoek naar de oorzaken en het verloop van ziekteverzuim wegens overspanning*. Amsterdam: TICA.

Figueiredo, J.M. de & Frank, J.D. (1982). Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 353-363.

Hoogduin, C.A.L., Schaap, C.P.D.R., Methorst, G.J., Peters van Neyenhof, C.R. & Griendt, J.M.T.M. van de (2001). Burnout: klinisch beeld en diagnostiek. In: C.A.L. Hoogduin, W.B. Schaufeli, C.P.D.R. Schaap & A.B. Bakker (red.), *Behandelingsstrategieën bij burnout* (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Huygen, F.J.A., Hoogen, H.J.M. van den, Logt, A.Th. van de & Smits, A.J.A. (1984). Nerveus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk I. Een epidemiologisch onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 128, 1321-1327.

Klink, J.J.L. van der (2002). Back in balance. The development and evaluation of an occupational health intervention for work-related adjustment disorders. Academisch proefschrift. Universiteit van Amsterdam.

Klink, J.J.L. van der, Blonk, R.W.B., Schene, A.H. & Dijk, F.J.H. van (2003). Reducing long-term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60, 429-437.

Lazarus, A.A. (1980). *Verbeeld je beter*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Linden, M.W. van der, Westert, G.P., Bakker, D.H. de & Schellevis, F.G. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.

Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.

Marwijk, H.W.J. van, Grundmeijer, H.G.L.M., Bijl, D., Gelderen, M.G. van, Haan, M. de, Weel-Baumgarten, E.M. van, Burgers, J.S., Boukes, F.S. & Romeijnders, A.C.M. (2003). NHG-standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 46; 614-623.

Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Olstad, R., Sexton, H. & Søgaard, A.J. (2001). The Finnmark Study. A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 582-589.

Pfeffer, J.M. & Waldron, G. (1987). *Psychiatric differential diagnosis*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectations for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80 (1, whole no. 609).

Schaap, C.P.D.R., Keijsers, G.P.J., Vossen, C.J.C., Boelaars, V.A.J.M. & Hoogduin, C.A.L. (2001). De behandeling van burnout. In: C.A.L. Hoogduin, W.B. Schaufeli, C.P.D.R. Schaap & A.B. Bakker (red.), *Behandelingsstrategieën bij burnout* (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schmidt, A.J.M. (2000). *De psychologie van overspanning. Theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.

Schmidt, A.J.M. (2002). Uitgangspunten bij de behandeling van overspanning. *Huisarts en Wetenschap*, 45, 119-123.

Schröer, C.A.P. (1993). *Verzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop*. Academisch proefschrift. Maastricht: Universitaire Pers.

Terluin, B. (1986). Surmenage in een huisartspraktijk. Een explorerend onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*, 29, 261-264.

Terluin, B. (1988). Surmenage in een huisartspraktijk. Over de wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid. *Medisch Contact*, 43, 1495-1498.

Terluin, B. (1990). Welke factoren beïnvloeden het herstel bij surmenage? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 68, 72-78.

Terluin, B. (1994). *Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk*. Academisch proefschrift. Utrecht: DETAM.

Terluin, B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en Wetenschap*, 39, 538-547.

Terluin, B. (1998a). Naar een nieuwe indeling van psychosociale problemen in de eerste lijn. Een secundaire analyse van de symptomatologie van 396 huisartspatiënten en 67 cliënten van het algemeen maatschappelijk werk. *Huisarts en Wetenschap*, 41, 219-228, 245.

Terluin, B. (1998b). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk. *De Psycholoog*, 33, 18-24.

Terluin, B. & Gill, K. (1992). Surmenage. *Practitioner* (Nederlandse uitgave), 9, 385-388.

Terluin, B., Rhenen, W. van, Schaufeli, W.B. & Haan, M. de (2004a). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. *Work and Stress*, 18, 187-207.

Terluin, B., Heest, F.B. van, Meer, K. van der, Neomagus, G.J.H., Hekman, J., Aulbers, L.P.J., Starreveld, J.S. & Grol, M.H. (2004b); NHG-standaard Angststoornissen (eerste herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 47, 26-37.

Velden, J. van der, Bakker, D.H. de, Claessens, A.A.M.C. & Schellevis, F.G. (1991). *Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk.* Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (NIVEL).

Wilde, G.J.S. (1970). *Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode*. Amsterdam: Van Rossum.