

Overspanning: een zee van klachten of een bron van onderzoek?

A.J.M. SCHMIDT

ACHTERGROND Met overspanning of surmenage worden in de literatuur zeer veel symptomen gerelateerd. Deze symptomen worden bovendien onder vele verschillende diagnoses beschreven. Bij een toenemende verfijning en verscherping binnen de psychodiagnostiek wordt het hanteren van een dergelijk breed en vaag overspanningsconcept steeds onbevredigender.

DOEL Het opsporen van primaire en secundaire symptomen van overspanning.

METHODE Exploratieve factoranalyse op geïnventariseerde overspanningsklachten.

RESULTATEN Uit het onderzoek blijkt dat een zinvolle beperking tot kernsymptomen van overspanning mogelijk is, waarbij het accent ligt op een verlaagde cognitieve en emotionele reactiviteit bij het verwerken van externe informatie, dit als gevolg van chronische stress.

CONCLUSIES Dit beperkte profiel vraagt om een herbezinning op de diagnostische status van overspanning als zodanig. Het suggereert een bepaalde chronologie tussen overspanning en psychopathologie in het algemeen en geeft mogelijkheden tot een duidelijker positiebepaling ten opzichte van enkele specifieke stoornissen, zoals de depressie, het chronischevermoeidheidssyndroom of het burn-outsyndroom. Ten slotte geeft dit aangescherpte profiel handvatten voor de opbouw van een behandeling.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 3, 141-149]

TREFWOORDEN chronische stressklachten, overspanning, stress, surmenage

Over overspanning of surmenage is veel diagnostische onduidelijkheid, maar over één aspect bestaat overeenstemming: zij vormt een maatschappelijk probleem, veroorzaakt door chronische, psychosociale stress. Naar schatting wordt per jaar ten gevolge van stressklachten aan ziekte- en AAW/WAO-uitkeringen ten minste 7 miljard per jaar uitgekeerd, dus per dag 20 miljoen (Schreurs & Winnubst 1992; Versteeg 1999).

De diagnose overspanning wordt vooral door huisartsen en door bedrijfs- of verzekeringsgeneeskundigen veel gebruikt. Overspanning wordt hierbij gezien als een disbalans tussen belasting en belastbaarheid (Kraft 1972;

Soloman e.a. 1957; Frankenhaeuser & Johansson 1981). Binnen de psychiatrie echter wordt overspanning niet als diagnose erkend. Kraft (1972) spreekt van een soort olievlek over de gehele zee van de psychiatrie en noemt overspanning de 'achterhoek van het psychiatrisch landschap'. Overspanning wordt soms gezien als een ongeoorloofde samenvoeging van erkende psychiatrische stoornissen (Terluin 1994). Het begrip wordt te breed en te vaag gevonden.

Het breedteprobleem betreft de tientallen soorten klachten die met overspanning in verband worden gebracht, zoals moeheid, slaapproblemen, vergeetachtigheid, emotionele labiliteit, gevoelens van onmacht (Terluin 1994; Schaufeli

1990). Dit palet is erg heterogeen, bevat ook vele non-specifieke klachten (zoals vermoeidheid) en ontbeert bovendien een ordenend principe, waardoor een onderscheid tussen primaire en secundaire symptomen van overspanning mogelijk zou zijn.

Het vaagheidsprobleem betreft de onduidelijke afgrenzing van andere psychische stoornissen. Naast overspanning worden in de literatuur vele andere aanduidingen of diagnoses genoemd – bijvoorbeeld neurasthenie, depressie, chronische vermoeidheidssyndroom, aanpassingsstoornis of burn-outsyndroom – waarbij onduidelijk is in hoeverre deze het concept van overspanning overlappen, dan wel als synoniemen kunnen worden beschouwd (Schroer 1993; American Psychiatric Association 1994).

Er kleven meer klinische nadelen aan dit brede overspanningsconcept. Het is nogal willekeurig op welke klachten de behandeling zich moet richten; vroege herkenning wordt er zeer door bemoeilijkt en professionele communicatie wordt gehinderd door uiteenlopende opvattingen omtrent status en symptomatologie, waardoor zorgcontinuïteit wordt belemmerd (Schroer 1993). Wetenschappelijke nadelen zijn: validiteitsproblemen, gebrek aan wetenschappelijke theorievorming en wetenschappelijke desinteresse door de vaagheid van het begrip.

Ten slotte is een nadeel van overspanning in brede zin, dat er onduidelijkheid is over de prognose ervan door het hanteren van verschillende criteria. Schroer (1993) vindt een volledig herstel bij slechts 30% van overspannen werknemers, mede gebaseerd op psychometrische gegevens. Terluin (1997) is over de prognose veel optimistischer, en baseert dit op werkhervatting (95% binnen zes maanden) en WAO-aanmeldingspercentages (1%).

Een herevaluatie van de status van het begrip overspanning lijkt – gezien de maatschappelijke relevantie – nodig. Ook lijkt een breed en vaag begrip als overspanning bij de voortschrijdende verfijning van psychodiagnostiek steeds minder passend.

Een eerste stap zou hierbij kunnen zijn te onderzoeken of het mogelijk is om de grote diversiteit van overspanningsklachten te reduceren tot een beperkter aantal, logisch met elkaar samenhangende kernsymptomen. Dit vormde het doel van deze studie.

Indien dit inderdaad mogelijk zou blijken, zou een volgend stap kunnen zijn om een meetinstrument te ontwikkelen om dit concept van overspanning in engere zin te kunnen diagnosticeren. Vervolgens zou gekeken kunnen worden in hoeverre een aldus diagnosticeerde groep van overspannen personen verschilt van groepen met aanverwante, psychiatrische diagnoses, zoals depressie. Pas dan kan op empirische gronden een oordeel gegeven worden over de status van de diagnose overspanning.

METHODEN EN PROEFPERSONEN

Methoden Om ordening en reductie te kunnen aanbrengen in de veelheid van symptomen, voerden we een factoranalyse uit op een klachteninventarisatie. Uit de literatuur selecteerden we de meest genoemde overspanningsklachten (Terluin 1994; Schaufeli 1990; Schroer 1993; Van der Klink & Terluin 1996). Vooral de dissertatie van Terluin (1994) bleek hierbij van nut. Hij onderzocht welke klachten door huisartsen als kenmerkend voor overspanning worden beschouwd.

Bij de selectie hanteerden we de volgende principes: de klacht moest in de literatuur meerdere keren worden genoemd; niet-specifieke gedragingen die niet in eerste instantie als klacht worden gepresenteerd (zoals veel roken of drinken), werden niet opgenomen in de inventarisatie; lichamelijke klachten werden niet afzonderlijk opgenomen in de groslijst, maar samengevat als 'zich lichamenlijk niet goed voelen'; verschillende slaapproblemen werden samengevat als 'slaapproblemen'; synoniemen werden met een enkele term samengevat, zoals moeheid en vermoeidheid, of depressieve, sombere en neerslachtige stemming.

Dit leverde de volgende lijst op van vaak genoemde surmenagesymptomen: vermoeidheid, slaapklachten, gespannenheid, neerslachtige stemming, snel geïrriteerd raken, futloosheid, niet tegen drukte of herrie kunnen, angstigheid, snel geëmotioneerd raken, vergeetachtigheid, lusteloosheid, piekeren, geen plezier meer beleven aan dagelijkse dingen, zich niet in staat voelen problemen aan te pakken, interesseverlies, zich lichamelijk niet goed voelen, tot niets meer kunnen komen, minder presteren, het niet meer aankunnen, moeite hebben met helder denken, zich gejaagd voelen en concentratieproblemen.

We maakten van deze 22 klachten een 5-puntsschaalchecklist – de overspanningsklachtenlijst, afgekort OK – met als invulinstructie: Heeft u in de afgelopen week last gehad van de volgende klachten?

Proefpersonen De OK werd ingevuld door drie groepen van totaal 243 personen. De eerste groep bestond uit 93 opeenvolgende werknemers die het algemene spreekuur van de bedrijfsarts bezochten. Vijfenzeventig procent van deze werknemers was met ziekteverlof ten tijde van het consult. Vijfenzeventig procent bestond uit vrouwen; de gemiddelde leeftijd bedroeg 39,6 jaar (standaarddeviatie 9,4).

De tweede groep, van 47 personen, bestond eveneens uit opeenvolgende spreekuurbezoekers van de bedrijfsarts, maar het betrof hier een andere Arbo-dienst. Het percentage ziekteverzuimers bedroeg 78%. Zevenenzestig procent bestond uit vrouwen; de gemiddelde leeftijd was 39,6 jaar (standaarddeviatie 8,9).

De derde groep bestond uit 103 opeenvolgende cliënten die door bedrijfsartsen van de beide Arbo-diensten waren doorverwezen voor advies en/of behandeling in verband met (dreigend) ziekteverzuim ten gevolge van stressgerelateerde problemen. Het verzuimpercentage bedroeg 60%. Achtenvijftig procent was vrouw; de gemiddelde leeftijd was 44,0 jaar (standaarddeviatie 8,9).

Er kan verwacht worden dat overspannen

werknemers in de eerste twee groepen zeker zullen voorkomen. Afgaande op de verwijzindicatie en onze klinische indruk geldt dit a fortiori voor de doorverwezen groep.

Aan alle cliënten werd na afloop van het consult gevraagd anoniem de OK in te vullen. Daarbij werd erop gewezen dat dit voor onderzoeksdoel-einden was, dat de gegevens noch ter beschikking kwamen van de bedrijfsarts of van de werkgever, noch werden opgenomen in een personeelsdossier of medisch dossier. Na invulling werd de vragenlijst door de cliënt in een gesloten enveloppe gedaan en werden alle enveloppen centraal verzameld. In de verwezen groep kwamen geen weigeringen voor. Bij de bedrijfsartsgroepen lag het weigerpercentage onder de 10%.

RESULTATEN

De gemiddelde scores op groepsniveau per item varieerden tussen 2,5 en 3,6, met de angstigheid als gemiddeld het laagst scorende item (2,46) en de vermoeidheid als gemiddeld het hoogst scorende item (3,56).

Op de ingevulde lijsten werd een exploratieve factoranalyse uitgevoerd volgens de methode *principal axis factoring* (Fabrigar e.a. 1999). De *scree-test* laat duidelijk zien dat er sprake is van een enkele dominante factor. Deze factor heeft een eigenwaarde van 11,92 (verklaarde variantie 55%); de volgende factoren hebben eigenwaarden van respectievelijk 1,25, 1,11, enzovoort, met steeds geringer wordende verschillen.

Wij selecteerden uit deze dominante factor de items met een factorlading groter dan 0,75 (zie tabel 1): het niet meer aankunnen, vergeetachtigheid, zich niet in staat voelen problemen op te lossen, lusteloosheid, tot niets meer kunnen komen, interesseverlies, futloosheid, geen plezier meer beleven aan dagelijkse dingen, moeite hebben met helder denken en concentratieproblemen. We beschouwen deze selectie als de kernklachten van overspanning.

De interne betrouwbaarheid van deze kernfactor is hoog (Cronbachs alpha = 0,94). Na twee

TABEL 1 Factorladingen van de afzonderlijke items op de gemeenschappelijke, dominante factor

	Factor 1
vermoeidheid	.542
slaapklachten	.535
gespannenheid	.738
neerslachtige stemming	.616
geïrriteerd raken	.676
futloosheid	.790
niet tegen herrie of drukte kunnen	.674
angstigheids	.641
snel geëmotioneerd raken	.725
vergeetachtigheid	.810
lusteloosheid	.803
piekeren	.741
geen plezier meer in dagelijkse dingen	.784
geen probleem meer kunnen aanpakken	.811
interesseverlies	.793
zich lichamelijk niet goed voelen	.505
tot niets meer kunnen komen	.792
minder presteren	.746
het niet meer aankunnen	.822
moeite hebben met helder denken	.775
zich gejaagd voelen	.721
concentratieproblemen	.783

weken namen we de OK nogmaals af bij een subgroep van 23 opeenvolgende, verwezen cliënten. De test-hertestbetrouwbaarheid van de somscore van bovengenoemde items bedroeg 0.89.

Aangezien datareductie een expliciet doel was van deze studie, beoordeelden we tevens in hoeverre de somscore van de kernitems representatief was voor de score op de gehele lijst door tussen deze scores de correlatie te berekenen. Deze correlatie bedroeg 0.96.

DISCUSSIE

Belangrijkste bevinding Deze studie had als

doelstelling te onderzoeken of het mogelijk is om een grote diversiteit van overspanningsklachten te reduceren tot een beperkt aantal, zinvol samenhangende, kernsymptomen. Op grond van onze analyses lijkt dit inderdaad het geval te zijn. Hierbij blijkt dat bijna alle onderzochte klachten in meer of mindere mate met de gemeenschappelijke, dominante factor, i.c. overspanning, samenhangen, maar een selectie van kernklachten blijkt mogelijk. Toevoeging van meer klachten aan dit kernprofiel voegt geen nieuwe informatie toe, zoals blijkt uit de zeer hoge correlatie tussen gemiddelde kernitemscore en totaalscore. Bovendien wordt binnen het kernprofiel ook een onderlinge samenhang zichtbaar, die omschreven kan worden als een verstoring bij de informatieverwerking van externe stimuli. We onderscheiden hierbij twee aspecten: een stoornis in de cognitieve verwerking van informatie (de vergeetachtigheid, de concentratieproblemen, het moeite hebben met helder denken en zich niet meer in staat voelen problemen aan te pakken), en een stoornis in de emotionele verwerking van informatie (interesseverlies, geen plezier meer ervaren aan dagelijkse dingen, lusteloosheid, futloosheid en het tot niets meer kunnen komen). Dit laatste aspect lijkt vooral te verwijzen naar motivatiedaling en wordt binnen de psychiatrie aangeduid met de term anhedonie (Kaplan & Sadock 1989).

Klinische indrukken Het gevonden beperkte overspanningsprofiel correspondeert met onze klinische indrukken. Men zou kunnen zeggen: uiteraard, want deze klachten vormen de kern van een grote hoeveelheid klachten die in de literatuur als kenmerk van overspanning worden beschouwd.

Overspannen mensen geven aan niet in staat te zijn om nieuwe problemen op te lossen, of nieuwe informatie te verwerken. Creatief denken lukt niet meer. Ingeslepen leerroutines echter kunnen vaak nog wel redelijk worden uitgevoerd.

In theoretische modellen waarbij de mens

als informatieverwerkend systeem wordt beschouwd, wordt deze tweedeling vaak gehanteerd. Automatische verwerkingsprocessen verlopen parallel, snel, grotendeels onbewust, en vereisen een relatief geringe verwerkingscapaciteit. De gecontroleerde verwerking is serieel, langzaam, en vindt plaats onder voortdurende cognitieve controle (Gaillard 1995). Juist de gecontroleerde verwerking lijkt bij overspanning het sterkst gestoord.

Ook de anhedonische dimensie van ons overspanningsprofiel vinden wij in de praktijk terug. Overspannen personen hebben geen plezier meer in de dagelijkse dingen; ze voelen zich niet meer betrokken. Soms rapporteert men een 'robotgevoel': men registreert van alles, maar voelt niets. Overspannen personen verheugen zich niet meer op leuke dingen, zoals een vakantie, en vertonen weinig initiatief.

Andere vragenlijsten Onze analyses geven aan dat het mogelijk lijkt om het begrip overspanning scherper te omschrijven. Voorzichtigheid is echter geboden, omdat er geen vergelijkbare onderzoeken bekend zijn. De onderzoekresultaten staan dus op zichzelf.

Terluin (1996) deed een factoranalytisch onderzoek van een grote hoeveelheid klachten, waaronder ook klachten die buiten het domein van overspanning vallen. Zijn doelstelling was niet om te komen tot een zinvolle klachtenreductie van overspanning, maar om uit een brede pool van psychische klachten enkele factoren te destilleren. Een ervan noemde hij *distress*, een term die hij als synoniem voor overspanning gebruikt. Deze factor omvatte zestien items; deze komen – op twee uitzonderingen na – alle in de OK voor. Het onderzoek van Terluin eindigt dus op een punt waar dat van ons begint.

Nadere bespreking van het beperkte overspanningsprofiel Waarom zouden langdurig gestreste personen juist reageren met stoornissen in de cognitieve verwerking en emotionele betekenisgeving? Het is duidelijk dat een stevig en verkla-

rend theoretisch fundament hiervoor goeddeels ontbreekt. Toch bieden vooral het neuropsychologisch en neurofysiologisch onderzoek wel goede aanknopingspunten. Bij deze typen onderzoek wordt vaak de nadruk gelegd op de invloed van psychosociale stress op het expliciete (c.q. episodische) geheugen. De hippocampus speelt bij deze geheugenfunctie een belangrijke rol. De achterliggende hypothese is dat bij chronische stress er een verhoogde secretie van cortisol plaatsvindt en dat op den duur deze verhoogde concentratie leidt tot een beschadiging van de hippocampus en daarmee tot een achteruitgang van het expliciete geheugen (Squire 1992; Jelicic 1997).

De literatuur over de relatie tussen anhedonie en chronische stress is veel schaarser en beperkt zich feitelijk tot het dierexperimentele *mild chronic stress model*, dat beschouwd wordt als het meest bruikbare model ter verklaring van depressieve reacties (Willner 1997; Moreau 1997). In dit model wordt het proefdier blootgesteld aan een lichte, chronische, onvoorspelbare stressor. Na verloop van tijd ontwikkelt zich dan een als depressief omschreven gedragspatroon. Vanuit onze optiek is dit soort onderzoek in meerdere opzichten interessant. In de eerste plaats gaat het eigenlijk niet om een depressieve reactie bij het proefdier, maar om een – ook zo genoemde – anhedonische reactie. Het proefdier reageert namelijk bij chronische stress minder op aangename stimuli, zoals bijvoorbeeld suikerwater. Chronische stress leidt dus tot anhedonisch gedrag. Aangezien anhedonie een kernsymptoom van overspanning bleek, hebben we bij nader inzien wellicht te maken met een dierexperimenteel model voor het ontstaan van overspanning. Deze conclusie wordt ondersteund door de bevindingen dat hetzelfde experimentele model eveneens leidt tot hippocampale afwijkingen bij het proefdier (Magarinos e.a. 1997, 1996), die gepaard gaan met leer- en geheugenstoornissen. Het *mild chronic stress model* lijkt dus tot de volledige kernsymptomatie van overspanning te leiden. Waren de proefdieren dan ook wellicht eerder overspannen dan depressief?

Ons beperkte overspanningsprofiel omvat de verstoring van zowel de cognitieve als de emotionele informatieverwerking. Deze koppeling zagen we al optreden in het hierboven genoemde onderzoek betreffende het mild chronic stress model, en de onlosmakelijkheid ervan wordt binnen de (neuro)psychologie ook bepleit. Zonder cognitie geen emotie en zonder emotie geen cognitie. De verwevenheid van beide komt tot uitdrukking in de (al bijna een eeuw oude) vraag naar het primaat tussen cognitie en emotie. Enerzijds is er de *appraisal*-theorie (Lazarus & Folkman 1984), die stelt dat binnenkomende stimuli worden voorzien van een persoonlijke betekenisgeving, dan bewust worden en vervolgens tot allerlei gevoelens aanleiding kunnen geven: het primaat van de cognitie. Anderzijds is er het experimentele onderzoek van Zajonc (1984), die stimuli subliminaal aanbod (onder de bewustwordingsdrempel), en waarbij desalniettemin persoonlijke preferenties werden ontwikkeld: het primaat van de emotie.

Uitgaande van de stelling dat stimuli een cognitief én een emotioneel, betekenisgevend, proces in de hersenen teweegbrengen, zal een functiestoornis in de verwerking van stimuli zich zowel binnen een cognitief als binnen een emotioneel, betekenisgevend, domein kunnen manifesteren, zoals binnen het beperkte overspanningsprofiel het geval lijkt te zijn.

Moehheid en depressiviteit In het gevonden klinische profiel valt de afwezigheid van moehheid en depressiviteit op. Het ontbreken van moehheid is des te opmerkelijker omdat deze klacht door huisartsen gezien wordt als het belangrijkste symptoom van overspanning (Terluin 1994). Bestudering van de literatuur toont echter aan dat voor het veronderstelde primaat van vermoeidheid geen hechte, empirische, basis bestaat. Huisartsen vonden dat vermoeidheid een van de belangrijkste symptomen van overspanning is. Dat vervolgens door huisartsen geselecteerde groepen van overspannen patiënten aangeven last te hebben van vermoeidheid is dan een

self-fulfilling prophecy. In navolging van Meijman (1995) zien wij moehheid als een klacht op metaniveau, waarbij het individu de eigen situatie evalueert in termen van handelingsbekwaamheid en handelingsbereidheid. Moehheid is het meest algemene label dat een individu ter beschikking heeft om onvrede, onrust, bedreiging of angst uit te drukken. Veel overspannen mensen rapporteren moehheid, doch de correlatie tussen een kernsymptomenscore en vermoeidheid is niet bijzonder indrukwekkend: 0.48.

De neerslachtige stemming, als operationalisatie van depressie, behoort eveneens niet tot de kernklachten in ons overspanningsprofiel. De relatie tussen overspanning en depressie is onduidelijk door het nagenoeg ontbreken van empirische literatuur. Als reactie op chronische stress wordt een depressie veelvuldig genoemd (Sarafino 1994; American Psychiatric Association 1994; McGonagle & Kessler 1990). Hislop (1991) echter ziet een verslechterende stemming niet als het belangrijkste stresssymptoom, maar noemt eerder interesseverlies, concentratie- en geheugenproblemen, een gebrek aan zelfvertrouwen, angstigheid, prikkelbaarheid en een aantal lichamelijke symptomen. Dit beeld komt dicht in de buurt van onze beschrijving van overspanning. Een onderzoek van Breslau & Davis (1986) wijst ook in deze richting. Zij vonden geen rechtstreeks verband tussen de aanwezigheid van een externe, chronische stressor en het vóórkomen van een depressieve stoornis. Zij suggereren de invloed van chronische stress in een tussenfase, die dan weer kan leiden tot een depressieve reactie. Dit wijst op een bepaalde chronologie. Chronische stress leidt eerst tot een overspanningsbeeld, waarop vervolgens een psychiatrische depressie wordt geplaatst. In deze depressie blijven dan de kernsymptomen van de surmenage herkenbaar. In de DSM-IV-criteria voor depressie is dit ook het geval (American Psychiatric Association 1994). In deze visie is een samengaan van overspanningskenmerken en depressieve kenmerken goed mogelijk, maar bestaat er wel een duidelijk onderscheid.

De relatie met psychopathologie in het algemeen
 In een aantal DSM-IV-diagnosen zijn de kernsymptomen van overspanning terug te vinden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de depressie (in het bijzonder de melancholische vorm), voor de acute en de posttraumatische stressstoornis, voor de gegeneraliseerde angststoornis en voor de aanpassingsstoornis. Dit zou kunnen wijzen op een gemeenschappelijke stressbasis. Friedman e.a. (1995) stellen dat het concept van stress de ontwikkeling en expressie van nagenoeg alle psychiatrische syndromen beïnvloedt en een belangrijke hoeksteen vormt voor de gehele psychiatrie. Verschillende onderzoekers (Wills & Langner 1980; Dohrenwend 1978; Andrews 1996) werkten deze stressetiologie verder uit tot een psychopathologierisicoprofiel, dat in de meest algemene zin door Payne (1994) wordt samengevat als een predispositie om de omgeving als bedreigend te ervaren. Met andere woorden: als een geneigdheid om neutrale stimuli als stressors te labelen.

Een en ander leidt tot de hypothese dat overspanning in engere zin – als een soort basale psychopathologie – een tussenschakel vormt tussen enerzijds een (chronische) stressor en anderzijds sommige vormen van DSM-psychopathologie.

Beperking van het overspanningsbeeld tot een neuropsychologische functiestoornis heeft niet alleen gevolgen voor de relatie met psychopathologie in het algemeen, maar ook voor de overeenkomsten en verschillen met specifieke stoornissen. We denken hierbij vooral aan de depressieve stoornis, het chronischevermoeidheidssyndroom, de gegeneraliseerde angststoornis, neurasthenie, stressklachten in het algemeen en het burn-outsyndroom.

Behandeling De prominente aanwezigheid van cognitieve en emotionele functiestoornissen bij overspanning maakt inzichtgevende behandeling als eerste aanpak niet zinvol. De overspannen cliënt verwerkt weinig nieuwe informatie, kan zich op een gesprek niet goed concentreren en is ook niet gemotiveerd tot mentale inspan-

ning. Dit betekent in het algemeen een fasering in de behandeling, waarbij allereerst het accent ligt op symptoombestrijding en pas daarna op de aanpak van de bronnen van stress of de individuele stress-coping.

In de zeer schaarse ervaringsliteratuur over de behandeling van overspanning (Terluin 1996; Van der Klink & Terluin 1996) is deze lijn weliswaar herkenbaar, maar zij wordt niet steeds consequent toegepast. In een eerste fase van de behandeling wordt van de cliënt relatief veel inzicht en overzicht gevraagd.

CONCLUSIE

Het blijkt mogelijk om uit een veelheid van klachten en symptomen die in de literatuur met overspanning in verband worden gebracht, te komen tot een zinvolle en coherente reductie. Het resulterende profiel kenmerkt zich vooral door een verminderde reactiviteit op externe stimuli, zowel op cognitief, intellectueel, niveau, als op emotioneel niveau.

Ten slotte wijzen wij erop dat de in ons onderzoek gebruikte OK niet mag worden beschouwd als een meetinstrument voor de diagnostiek van overspanning. Daarvoor was deze inventarisatie niet bedoeld en daarvoor ontbreken ook de normering en validering. Nader onderzoek op dit gebied is gaande, waarbij in het bijzonder het gevonden subjectieve kernklachtenprofiel zal moeten worden getoetst aan meer objectieve neuropsychologische testbevindingen.

LITERATUUR

- Andrews, G. (1996). Comorbidity and the General Neurotic Syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl. 30), 76-84.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Breslau, N., & Davis, C. (1986). Chronic stress and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 309-314.
- Dohrenwend, B. (1978). Social stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 6, 1-14.

- Fabrigar, L., Wegener, D., MacCallum, R., e.a. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4, 272-299.
- Frankenhaeuser, M., & Johansson, G. (1981). On the psychophysiological consequences of understimulation and overstimulation. In L. Levi (red.), *Society, stress and disease. Vol. 4: Working life*. Oxford: Oxford University Press.
- Friedman, M., Charney, D., & Deutch, A. (red.). (1995). *Neurobiological and clinical consequences of stress. From normal adaptation to post-traumatic stress disorder*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Gaillard, A. (1995). Mentale belasting en werkstress. In M. Schabracq, J. Winnubst, A. Perreijn e.a. (red.), *Mentale belasting in het werk*. Utrecht: Lemma BV.
- Hislop, I. (1991). *Stress, distress, and illness*. Sydney: McGraw-Hill.
- Jelicic, M. (1997). Geheugenstoornissen na blootstelling aan chronische stress. Een kritisch overzicht. *De Psycholoog*, november, 446-449.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (red.) (1989). *Comprehensive Textbook of Psychiatry / v*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Klink, J. van der, & Terluin, B. (1996). Begeleiding en interventies bij overspanning in de eerste lijn. In C. Hoogduin, C. Schaap, A. Kladler e.a. (red.), *Behandelingsstrategieën bij burnout*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kraft, T. (1972). *Overspanning, een psychosomatische en sociale zaak*. Haarlem: De Erven F. Bohn.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Magarinos, A., McEwen, B., Flugge, G., e.a. (1996). Chronic psychosocial stress causes apical dendritic atrophy of hippocampal CA3 pyramidal neurons in subordinate tree shrews. *Journal of Neurosciences*, 16, 3534-3540.
- Magarinos, A., Verdugo, J., & McEwen, B. (1997). Chronic stress alters synaptic terminal structure in hippocampus. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 94, 14002-14008.
- McGonagle, K., & Kessler, R. (1990). Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology*, 18, 681-706.
- Meijman, T. (1995). Vermoeidheid. In M. Schabracq, J. Winnubst, A. Perreijn e.a. (red.), *Mentale belasting in het werk*. Utrecht: Lemma BV.
- Moreau, J. (1997). Validation d'un modele animal de l'anhédonie, symptome majeur de la depression. *Encéphale*, 23, 280-289.
- Payne, R. (1994). Individual differences in the study of occupational stress. In C. Cooper & P. Payne (red.), *Causes, coping & consequences of stress at work*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Sarafino, E. (1994). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Schaufeli, W. (1990). *Opgebrand. Over de achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen - het burnout syndroom*. Rotterdam: Ad. Donker.
- Schreurs, P., & Winnubst, J. (1992). Bedrijfswelzijnsprogramma's. In J. Winnubst & M. Schabracq (red.), *Handboek Arbeid en Gezondheid Psychologie. Hoofdthema's*. Utrecht: Lemma BV.
- Schröer, K. (1993). *Ziekteverzuim wegens overspanning*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Soloman, P., Leiderman, P., Mendelson, J., e.a. (1957). Sensory deprivation: A review. *American Journal of Psychiatry*, 114, 357-363.
- Squire, L. (1992). Memory and the hippocampus: A synthesis from findings with rats, monkeys, and humans. *Psychological Review*, 99, 195-231.
- Terluin, B. (1994). *Overspanning onderbouwd. Een studie naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk*. Zeist: Kerckebosch.
- Terluin, B. (1996). De Vierdimensionale klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie en somatisatie. *Huisarts en Wetenschap*, 39, 538-547.
- Terluin, B. (1997). Spanningsklachten en surmenage. In J. van Ree & M. de Vries (red.), *Psychiatrie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Versteeg, F. (1999). Op naar de een miljoen. *NRC Weekeditie*, p. 18.
- Willner, P. (1997). Validity, reliability, and utility of the chronic mild stressor model of depression: A 10-year review and evaluation. *Psychopharmacology*, 134, 319-329.
- Wills, T., & Langner, T. (1980). Socioeconomic status and stress. In I. Kutash & L. Schlesinger (red.), *Handbook on stress and anxiety*. San Francisco, Washington, London: Jossey-Bass Publishers.
- Zajonc, R. (1984). On the primary of affect. *American Psychologist*, 39, 117-123.

AUTEUR

A.J.M. SCHMIDT is psycholoog en is als universitair hoofd-
docent verbonden aan het Departement van de Medische,
Klinische en Experimentele Psychologie van de Universiteit
Maastricht.

Correspondentieadres: dr. A.J.M. Schmidt, Departement van de
Medische, Klinische en Experimentele Psychologie, faculteit

Geneeskunde, Universiteit Maastricht, Postbus 616,
6200 MD Maastricht, telefoon: (043) 3881597, b.g.g. (043)
3881601.

E-mail: ton.schmidt@mp.unimaas.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-4-2000.

SUMMARY

Overstrain: A sea of complaints or a source of research? – A.J.M. Schmidt –

BACKGROUND In literature many symptoms are related to overstrain or ‘surmenage’. Moreover, these symptoms refer to many different diagnoses. This is in sharp contrast with the increasing sophistication of psychiatric classification, making the use of such a broad and rather vague concept of overstrain increasingly unsatisfactory.

AIM Looking for possible primary and secondary symptoms of overstrain.

METHOD Exploratory factor analysis on an overstrain complaints inventory.

RESULTS From our study a meaningful restriction to primary symptoms seems possible. In this more narrowed profile the emphasis is on a decreased cognitive and emotional reactivity in the processing of external information as a result of chronic stress.

CONCLUSIONS This restricted profile asks for reconsideration on the low diagnostic status of ‘surmenage’. It puts forward the relation between overstrain and psychopathology in general and allows for a more clearly defined relation between overstrain and some specific psychiatric disorders, such as depression, chronic fatigue syndrome or burnout syndrome. Our profile also has consequences for the structure of treatment programmes for overstrain or chronic stress syndromes.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2001) 3, 141-149]

KEYWORDS chronic stress complaints, overstrain, stress, surmenage