13 Burnout

W SCHAUFELI EN B BUUNK

13.1 De stormachtige carrière van een begrip

De Amerikaanse psychoanalyticus van Duits-joodse origine, Herbert Freudenberger, wordt algemeen beschouwd als de geestelijke vader van het burnout-syndroom. Als onbetaald psychiater was hij verbonden aan een alternatief hulpverleningscentrum waar drugverslaafden werden behandeld, hoofdzakelijk door jonge, enthousiaste, hard werkende en idealistisch ingestelde vrijwilligers Het viel Freudenberger op dat deze hulpverleners bijna allemaal binnen een jaar een heel scala aan fysieke en psychische symptomen begonnen te vertonen, zoals overmatige vermoeidheid, hoofdpijn, slapeloosheid, verhoogde vatbaarheid voor verkoudheid, snel geïrriteerd raken, achterdocht, frustratie, cynisme, depressiviteit, en het vermijden van contacten met verslaafden. In een publikatie in 1974 gebruikte hij als eerste de beeldspraak van het opbranden om daarmee de fysieke en mentale uitputtingstoestand van de vrijwilligers weer te geven. Freudenberger hanteerde de Engelse woordenboekdefinitie van '*burnout*': 'te kort schieten, afgemat of uitgeput zijn doordat er een buitensporig beroep gedaan wordt op energie, kracht of aanpassingsvermogen. Burnout is dus een metafoor die gebruikt wordt om een toestand van uitputting te vergelijken met het doven van een vuur of met het opbranden van een kaars.

Natuurlijk was er reeds sprake van burnout lang voordat Freudenberger het als zodanig benoemde. Ergens enthousiast en vol vuur mee bezig zijn om er daarna volledig op af te knappen en uitgeblust en opgebrand bij de pakken neer te zitten, is iets wat men ook vóór de jaren zeventig zowel in de belletrie als in de vakliteratuur tegenkomt. Zo schreef Graham Greene in 1960 een roman met de veelzeggende titel '*A burnt-out case*', waarin een cynische en gedesillusioneerde architect op zoek is naar rust in de binnenlanden van Afrika. Ook in een psychiatrisch tijdschrift uit het begin van de jaren vijftig vindt men een fraaie gevalsbeschrijving van burnout '*avant la lettre*' van de psychiatrisch verpleegkundige Jones (Schwartz en Will, 1953).

Ruim twintig jaar later echter bleek dat Freudenberger met de term burnout iets benoemd had wat als het ware in de lucht hing. Spoedig kon het burnout-syndroom zich in een immense belangstelling verheugen, eerst vooral in de populaire pers en in de vakbladen van beroepsverenigingen van bijvoorbeeld leerkrachten en verpleegkundigen, daarna ook in wetenschappelijke tijdschriften. Enzmann en Kleiber (1990) telden in hun recente bibliografie maar liefst 2496 boeken en artikelen die de afgelopen 15 jaar over burnout verschenen zijn. De meeste daar-

van hebben betrekking op burnout bij leerkrachten en bij werkers in de gezondheids- en welzijnszorg.
Opvallend is dat bijna alle publikaties over burnout van Amerikaanse oorsprong zijn. Tot nu toe wordt er in Europa, wellicht met uitzondering van Groot Brittannië, slechts weinig over burnout geschreven. Recentelijk lijkt daar trouwens verandering in te komen (Schaufeli, Marek en Maslach, in druk).
In dit hoofdstuk wordt allereerst aandacht besteed aan de symptomen (paragraaf 13.2) en definities (paragraaf 13.3) van het burnout-syndroom. Vervolgens wordt er een beknopt overzicht gegeven van het empirische onderzoek dat de afgelopen anderhalve decennia is verricht (paragraaf 13.4) en worden de belangrijkste verklaringsmodellen voor burnout gepresenteerd (paragraaf 13.5). Onze eigen opvatting over burnout, die geïnspireerd is door de sociale uitwisselings- en de sociale evaluatietheorie, komt in paragraaf 13.6 aan bod. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van burnout-interventiestrategieën.

13.2 Symptomen van burnout

In de loop der jaren is er een groot aantal klachten geassocieerd met burnout. Schaufeli (1990a, p. 30-43) telde er bijna honderd. Het betreft hier uitsluitend individuele symptomen. Daarnaast worden er ook 'symptomen' van burnout genoemd die zich binnen de organisatie voordoen, zoals een groot personeelsverloop, hoog ziekteverzuim, geringe produktiviteit en efficiëntie, een verhoogd aantal bedrijfsongevallen en een slechte arbeidsmoraal.
De individuele symptomen zijn in vier hoofdcategorieen te verdelen.

Psychische symptomen

Bij burnout staan emotionele symptomen op de voorgrond. Ruwweg vallen deze emotionele symptomen in twee groepen uiteen. De eerste groep symptomen kan als depressief omschreven worden: emotionele uitputting, verminderd gevoel van eigenwaarde en gevoelens van hopeloosheid en teleurstelling. De tweede groep symptomen is agressief gekleurd, zoals snelle irritatie, en gevoelens van frustratie, achterdocht en wrok. Daarnaast komen cognitieve en motorische storingen voor, zoals verminderde concentratie en rusteloosheid.

Fysieke symptomen

Ook de fysieke burnout-symptomen kunnen in drie groepen worden onderverdeeld. Het betreft in de eerste plaats allerlei vage lichamelijke spanningsklachten, zoals hoofdpijn, misselijkheid en pijnlijke spieren, vooral in de nek, en lage rugpijn. De meest kenmerkende lichamelijke klacht, die door nagenoeg alle auteurs in verband wordt gebracht met burnout, is extreme vermoeidheid, oftewel chroni-

sche uitputting. In de tweede groep fysieke symptomen treffen we typische psychosomatische ziektebeelden aan, zoals maagzweren, maag-darmstoornissen en functionele hartklachten. Ten slotte wordt er nog een aantal fysiologische stressreacties met burnout in verband gebracht: een verhoogde ademhalings- en hartfrequentie, hoge bloeddruk en een verhoogde cholesterol-spiegel in het bloed.

Gedragssymptomen

Gedragssymptomen van burnout hebben zowel betrekking op het gedrag in het algemeen als op het specifieke gedrag in arbeidssituaties. De individuele gedragssymptomen vloeien alle voort uit de verhoogde staat van opwinding waarin de lijder aan het burnout-syndroom verkeert, zoals hyperactiviteit en excessieve consumptie van koffie, tabak en alcohol. Het gedrag in organisaties van iemand die is opgebrand kenmerkt zich in de eerste plaats door een verminderde produktiviteit en slechtere arbeidsprestaties, en verder door een hoger verzuim.

Sociale symptomen

Problemen in de omgang met anderen doen zich bij burnout uiteraard voornamelijk op het werk voor. Het betreft zowel collega's als mensen waarmee men werkt (patiënten, leerlingen, clienten, en dergelijken). In beide gevallen is er sprake van het zich terugtrekken uit contacten, met als gevolg sociale isolatie. Dit terugtrekken kan zowel van fysieke als van psychische aard zijn.

Problematische attitudes

Het wellicht meest zichtbare symptoom van burnout in de sociale beroepen is – naast de emotionele en lichamelijke uitputting – de negatieve, cynische, pessimistische en onverschillige houding tegenover diegene met wie men in zijn of haar beroep van doen heeft. Een dergelijke extreem afstandelijke houding is funest in sociale beroepen waar de vertrouwensrelatie de basis vormt van het professionele handelen. Is de relatie verstoord dan is succes bij voorbaat uitgesloten en ligt burnout op de loer.

Bij deze opsomming van burnout-symptomen moeten overigens wel enkele relativerende kanttekeningen worden geplaatst. Ten eerste gaat het om '*klinisch*' geobserveerde symptomen, die niet noodzakelijkerwijs empirisch onderzocht zijn. In de tweede plaats vertoont iemand die is opgebrand niet alle genoemde symptomen. Vooralsnog bestaat er geen overeenstemming over welke symptomen zich in ieder geval moeten manifesteren om van burnout te kunnen spreken. Zoals we hierna zullen zien is dat vooral een kwestie van definitie van burnout. In de derde plaats zijn veel burnout-symptomen weinig specifiek. Zo gaat het bijvoorbeeld bij de fysieke symptomen in feite om algemene lichamelijke stressre-

acties. En '*last but not least*' lopen symptomen en gevolgen van burnout door elkaar. Bijvoorbeeld, is sociale isolatie een symptoom van burnout of een gevolg van het opgebrand zijn? Vooral in de beginjaren, toen de klinische observatiemethode de overhand had, werd er onvoldoende onderscheid gemaakt tussen symptomen en gevolgen van burnout. Dit veranderde op het moment dat er empirisch onderzoek plaatsvond. Maar aangezien het meeste onderzoek correlationeel van aard is, blijft het zicht op de gevolgen van burnout beperkt (Schaufeli, 1990b).

13.3 Definities van burnout

Uit een overzichtsartikel van Perlman en Hartman (1982) blijkt dat verreweg de meeste van de achtenveertig definities van burnout die zij verzamelden statisch van aard zijn: burnout wordt als een bepaalde negatieve psychische toestand beschreven.
De meest geciteerde definitie is ongetwijfeld afkomstig van Maslach en Jackson (1986, p 1):

> 'Burnout is een syndroom van emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid dat voor kan komen bij diegenen die beroepsmatig met andere mensen werken'

Emotionele uitputting heeft betrekking op het gevoel helemaal 'leeg' te zijn. Het werken met andere mensen heeft zoveel energie gekost dat alle reserves op zijn. De term depersonalisatie is wat ongelukkig gekozen. Anders dan in de psychiatrie, heeft het geen betrekking op de extreme vervreemding van de eigen persoon, maar op een negatieve, harde, kille en cynische houding ten opzichte van de mensen met wie men in het beroep te maken heeft. Met de term depersonalisatie hebben de auteurs tot uitdrukking willen brengen dat de ander als onpersoonlijk object wordt beschouwd en dienovereenkomstig wordt behandeld. De term dehumanisatie zou echter beter op zijn plaats zijn geweest. De derde en laatste component van burnout, verminderde persoonlijke bekwaamheid ('*reduced personal accomplishment*'), heeft betrekking op het gevoel minder te presteren op het werk. Dit gaat gepaard met gevoelens van minderwaardigheid en een negatieve kijk op zichzelf. Opvallend is in de eerste plaats dat lichamelijke klachten niet genoemd worden in deze definitie van burnout. Verder beperken Maslach en Jackson zich uitdrukkelijk tot diegenen die in de hulpverlenende, c.q. sociale beroepen werken ('*human services professions*') Volgens hun definitie kan het burnout-syndroom zich uitsluitend en alleen voordoen bij hen die op professionele wijze met andere mensen werken. Maslach's en Jackson's definitie van burnout is zonder enige twijfel op dit moment het meest populair. Dit komt niet in de laatste plaats doordat ze een makkelijk af te nemen zelf-beoordelingsvragenlijst geconstrueerd hebben, de Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach en Jackson, 1986).

Onderzoek heeft uitgewezen dat dit instrument ook in Nederland geschikt is om burnout te meten (Schaufeli en Van Dierendonck, 1991).
Het inhoudelijke debat over de definitie van burnout is gaandeweg verstomd door de brede acceptatie van de MBI. Omdat het gebruik van de MBI de daaraan ten grondslag liggende definitie van burnout impliceert, heeft de omschrijving van Maslach en Jackson uiteindelijk het pleit gewonnen.
Een groep andere auteurs, zoals Cherniss (1980a), beschrijft burnout niet als een bepaalde toestand, maar legt de nadruk op het proces-karakter:

> 'Burnout is een proces dat in gang wordt gezet door buitengewoon intensieve en langdurige spanningen op het werk Deze stress roept een gespannen toestand op bij de werker (gevoelens van overbelasting, irritatie en vermoeidheid) Het proces wordt bestendigd doordat de werkers op een defensieve manier omgaan met de spanningen op het werk door zich psychologisch terug te trekken. Als gevolg hiervan worden ze apathisch, cynisch en rigide' (p 40).

Een belangrijk verschil met de vorige definitie is dat Cherniss niet aangeeft om welke spanningen op het werk het precies gaat. In deze visie is burnout dus niet beperkt tot een bepaalde categorie beroepen en kan het syndroom ook buiten de hulp- en dienstverlening voorkomen. Een tweede, veel geciteerde procesdefinitie van burnout, is afkomstig van Edelwich en Brodsky (1980). Zij beschouwen burnout als een proces van toenemende desillusie. Volgens hen is burnout

> '. een progressief verlies van idealisme, energie en doelgerichtheid, zoals ervaren door mensen in de hulpverlenende beroepen ten gevolge van hun werkomstandigheden' (p. 14).

Het meest kenmerkende van deze opvatting zijn de verwrongen verwachtingen die er ten aanzien van het werk bestaan. Het idealisme kan niet stand houden ten overstaan van de harde realiteit. Een voor een worden de idealen prijsgegeven.
De twee typen opvattingen over burnout als een toestand en als een proces sluiten elkaar natuurlijk niet uit, al was het maar omdat ieder proces bestaat uit een aantal opeenvolgende toestanden.
Een thema dat bij de omschrijving van burnout steeds weer opduikt, is het specifieke karakter van het syndroom. In hoeverre gaat het om oude wijn ('*stress*') in nieuwe zakken ('*burnout*')? Er kan beargumenteerd worden dat stress en burnout zowel gradueel als principieel van elkaar verschillen (Maslach en Schaufeli, in druk). Het graduele verschil tussen stress en burnout heeft te maken met de *mate* van uitputting of oververmoeidheid. Bij burnout vormt dit de kern van het syndroom, terwijl het als stressreactie minder op de voorgrond treedt. Een principieel verschil tussen stress en burnout is dat gevoelens van depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid een onderdeel van het burnout-syndroom uit-

maken, terwijl deze over het algemeen niet als specifieke stressreacties gezien worden (Kleber, 1982, p. 38-40). Met andere woorden, het specifieke karakter van burnout schuilt in de combinatie van gevoelens van depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid met de wat algemenere, aan stress gerelateerde uitputtingsdimensie. Verder impliceert de depersonalisatie-dimensie dat burnout zich alleen kan manifesteren in die specifieke beroepsgroepen waar men professioneel met andere mensen werkt. Een laatste principieel onderscheid betreft het verschil in verloop: burnout kan worden opgevat als het eindstadium van het stressproces. Een probleem hierbij is overigens wel dat het onderscheid tussen stress en burnout pas retrospectief kan worden vastgesteld. Er dient eerst geruime tijd verstreken te zijn voordat er – achteraf – kan worden vastgesteld of er al dan niet sprake is van burnout.

13.4 Empirisch onderzoek naar burnout

In de loop der jaren zijn er enkele honderden empirische studies naar burnout uitgevoerd. Het grootste bezwaar tegen deze onderzoeken vormt het feit dat bijna al het onderzoek correlationeel van aard is, waardoor oorzaak en gevolg niet kunnen worden ontward. Omwille van de leesbaarheid is afgezien van het noemen van alle literatuurreferenties. De geïnteresseerde lezer wordt hiervoor verwezen naar een recent overzichtsartikel (Schaufeli, 1990b).
De factoren die verband houden met burnout zijn in de volgende zeven categorieën in te delen. De correlaten van burnout zijn steeds cursief gezet.

Biografische kenmerken

Burnout komt met name voor op relatief *jonge leeftijd*, beneden de 30 à 40 jaar. Dit zou erop kunnen wijzen dat burnout zich vooral aan het begin en in het midden van de loopbaan voordoet. Mogelijk is dit, zoals we later zullen zien, het gevolg van verkeerde beroepsverwachtingen. Het feit dat burnout samenhangt met *geringe werkervaring* wijst eveneens in de richting van een verhoogde kans op burnout op jongere leeftijd. Overigens moet men wel voorzichtig zijn met deze interpretatie omdat er immers sprake kan zijn van differentiële uitval. Dat wil zeggen dat de kans groot is dat juist diegenen die zijn opgebrand het beroep voortijdig – al dan niet als arbeidsongeschikt – hebben verlaten. Daardoor is het dus minder waarschijnlijk dat er oudere, ervaren werknemers worden gevonden die zijn opgebrand.
De meeste studies rapporteren hogere burnout-scores voor *vrouwen* dan voor mannen. Als verklaring hiervoor zou men kunnen denken aan de dubbele belasting waaraan de werkende vrouw blootstaat. Bekend is ook dat vrouwen over het algemeen eerder toegeven dat ze problemen hebben dan mannen. Bij onderzoek naar burnout valt op dat vrouwen vooral emotioneel uitgeput zijn en mannen meer

gevoelens van depersonalisatie ervaren. Wellicht dat dit samenhangt met stereotypische geslachtsrollen: jongens zijn meer instrumenteel ingesteld en meisjes uiten hun emoties sneller.
Burnout hangt verder positief samen met het *opleidingsniveau*: hoe hoger de opleiding, des te vaker er van burnout sprake is. Dit is een opmerkelijk gegeven omdat burnout daarmee een van de weinige 'ziektes' is die positief correleren met opleidingsniveau. Het is waarschijnlijk dat hoge verwachtingen met betrekking tot het beroep hierbij een rol spelen.
Tenslotte wordt in de meeste onderzoeken gevonden dat *alleenstaanden* een groter risico lopen op te branden dan gehuwden. Dit wordt in verband gebracht met de ondersteuning die de laatstgenoemden van hun partner zouden ontvangen. Overigens moet er op gewezen worden dat in verschillende onderzoeken *geen* verband wordt gevonden tussen burnout en de zojuist genoemde biografische factoren.

Kenmerken van de werksituatie

Burnout is sterk gerelateerd aan zowel de *objectieve werkbelasting* of werkdruk (bijvoorbeeld de case-load bij maatschappelijk werkers en therapeuten) als aan de *subjectieve werkbelasting*, oftewel de waargenomen hoeveelheid werkstress. Het laatste wekt weinig verbazing omdat het begrip werkstress conceptueel gesproken dicht in de buurt van burnout ligt. Het feit dat het *aantal wekelijkse arbeidsuren* en de ervaren *tijdsdruk* (zwak) positief samenhangen met burnout sluit hier nauw bij aan. Het gaat daarbij immers om specifieke vormen van respectievelijk objectieve en subjectieve werkbelasting.
Rolproblemen in de vorm van rol-ambiguïteit en -conflict blijken in studies bij uiteenlopende beroepsgroepen zoals gevangenbewaarders, bibliothecarissen, politieagenten, verpleegkundigen, en personeelsfunctionarissen steeds weer duidelijk samen te hangen met burnout.
Van de overige uit de literatuur over werkstress bekende negatieve kenmerken van de werksituatie, zoals gebrek aan feedback en participatie bij de besluitvorming, blijkt alleen een *geringe mate van autonomie* duidelijk positief met burnout samen te hangen. Wat minder overtuigend is het verband tussen *leiderschapsstijl* en burnout. Taakgericht ('*instrumenteel*') leiderschap hangt positief en procesgericht ('*sociaal*') leiderschap negatief samen met burnout.
Tot zover ging het over algemene stressbronnen op het werk. Uit het onderzoek komen echter ook enkele stressoren naar voren die specifiek voor burnout zijn. Het gaat daarbij om het werken in een *bureaucratische (overheids)organisatie*, een relatief *hoog kwalificatieniveau* van het werk en vooral het hebben van *intensieve en emotioneel belastende contacten* met cliënten, patiënten en dergelijken.
Ten slotte is vermeldenswaard dat een aantal auteurs constateert dat burnout de neiging heeft zich te concentreren in *bepaalde groepen medewerkers*, terwijl andere groepen in dezelfde organisatie er geen of weinig last van schijnen te heb-

ben. Mogelijk dragen specifieke sociaal-psychologische groepsprocessen bij tot de vorming van een soort '*burnout-subcultuur*'. Hierop komen we later nog uitvoerig terug.

Werkorientaties en -attitudes

Ontevredenheid met het werk komt als belangrijkste factor in de sfeer van werkorientaties en -attitudes naar voren. Het feit dat veel mensen die dreigen op te branden willen *ophouden met het werk* dat ze doen, ligt in dezelfde lijn. Immers, de bereidheid om met het werk te stoppen kan als een indicator van een lage arbeidstevredenheid opgevat worden.
Typerend voor burnout is dat het juist voorkomt bij de meest toegewijde werknemers die zich *sterk persoonlijk betrokken* voelen bij hun werk. De mensen die het hardste werken lopen dus het grootste risico op te branden. Merkwaardigerwijs zijn dit vaak juist ook de mensen die een *geringe betrokkenheid bij de organisatie* hebben. De binding die men met het werk voelt en die tot uitdrukking komt in de grote inzet voor bijvoorbeeld patienten en leerlingen is kennelijk afwezig als het gaat om de organisatie in haar geheel.
Ten slotte worden *onrealistische verwachtingen* ten aanzien van het beroep en een *negatief beeld van clienten* geassocieerd met burnout. Dit laatste wordt ook wel als een onderdeel van het burnout-syndroom opgevat (depersonalisatie).

Gebrek aan sociale ondersteuning

De steun voor een positieve samenhang tussen burnout en een gebrek aan *sociale ondersteuning* is ronduit overweldigend. Het is vooral de ondersteuning van de chef die van belang is, en in mindere mate die van collega's of die van gezinsleden. Overigens vormt de interpretatie van het op zichzelf duidelijke verband tussen burnout en een gebrek aan sociale ondersteuning wel een probleem. In de eerste plaats is de richting van het oorzakelijke verband onduidelijk: veroorzaakt een gebrek aan steun burnout, of andersom? In de tweede plaats weten we niet precies hoe sociale steun werkt. We komen hier later op terug als we onze eigen visie op burnout uitwerken.

Persoonskenmerken

De persoonskenmerken die zijn geassocieerd met burnout zijn bekend uit de stress-literatuur. Zo blijkt burnout te zijn gerelateerd aan een geringe mate van *stress-bestendigheid*, een *externe beheersingsoriëntatie* en een *passieve manier om met problemen om te gaan*. Een stress-bestendige persoon ('hardy personality') is sterk betrokken bij alles wat hij of zij doet, ervaart het leven als een uitdaging en heeft het gevoel alles goed onder controle te hebben. Iemand met een externe beheersingsorientatie ('*external locus of control*') heeft het gevoel zelf

geen greep te hebben op wat hem of haar overkomt. Voorbeelden van passief omgaan met problemen zijn ontkennen, vermijden en piekeren.
De meest specifieke persoonlijkheidsfactor bij burnout lijkt het '*voelende' type*
Dit type persoonlijkheid, dat door de Zwitserse psycholoog Carl Jung is beschreven, wordt gekarakteriseerd door warmte en een groot inlevingsvermogen in de ander. Mensen met een dergelijke mentaliteit werken bij uitstek in sociale beroepen, waar mensen vaak opbranden.

Individuele gevolgen

Lichamelijke klachten en *alcohol- en medicijngebruik* hangen in redelijke mate positief samen met burnout. Overigens is er tot dusverre in studies naar burnout geen sprake van objectief lichamelijk onderzoek of van medische diagnostiek. Het gaat dus steeds om de ervaren gezondheid en niet om de objectieve gezondheidstoestand. De verbanden tussen burnout en allerlei aspecten van psychisch onwelbevinden zoals, gevoelens van *desillusie*, *machteloosheid* en *negatief affect*, worden minder veelvuldig gerapporteerd.

Gevolgen voor de organisatie

De effecten van burnout op de organisatie zijn nog weinig onderzocht. Desalniettemin is in een zeer beperkt aantal studies aangetoond dat burnout zowel samenhangt met een *geringe produktiviteit* van een afdeling als met een *geringe individuele arbeidsprestatie*. Men komt te laat op het werk, neemt langere pauzes en gaat eerder weg. Ook hangt burnout samen met een verhoogd *ziekteverzuim* en met een *toename van het verloop*. Ten slotte wordt burnout ook in relatie gebracht met *nalatigheid* en *diefstal*. Via dergelijk negatief gedrag zouden werknemers wraak willen nemen op de organisatie die hen in de steek heeft gelaten, zo is de veronderstelling.
Het is bij wijze van samenvatting interessant te kijken wat het *relatieve belang* is van de verschillende eerder genoemde factoren. In een behoorlijk aantal studies is namelijk de invloed die diverse factoren op burnout hebben gelijktijdig onderzocht. Uit dergelijk onderzoek blijkt steevast dat kenmerken van de werksituatie (werkdruk, werkstress en rolproblemen), arbeidsontevredenheid en gebrek aan sociale ondersteuning de belangrijkste factoren zijn. Biografische en persoonlijkheidskenmerken spelen een veel minder grote rol, evenals de '*gevolgen*' van burnout voor het individu en voor de organisatie. Overigens moet men zich geen al te grote voorstellingen maken van de resultaten van deze analyses. Technisch gesproken wordt maximaal 45% van de variantie van burnout verklaard, meestal echter ligt dit percentage rond de 20%. De hoogste correlatie-coefficiënten die zijn gevonden bedragen circa .40 en hebben betrekking op de relatie tussen burnout en sociale steun, werkdruk, rolproblemen en arbeidsontevredenheid. De correlaties met de overige factoren zijn minder hoog en liggen in de regel tussen .20 en .30.

Er is tot op heden slechts een zevental longitudinale studies uitgevoerd naar burnout, waaruit een drietal conclusies kan worden getrokken (Schaufeli, 1990a, p. 122-124). In de eerste plaats lijkt het niveau van burnout relatief stabiel te blijven. Zo verandert iemands burnout-score in de regel slechts weinig over een periode van bijvoorbeeld één jaar. In medische termen gesproken lijkt burnout daarmee meer op een chronisch dan op een acuut probleem. Onderzoek van Golembiewski en Munzenrider (1988) heeft uitgewezen dat het chronische karakter van burnout niet zozeer te wijten is aan persoonlijkheidsfactoren, maar dat vooral duurzame aspecten van de werkomgeving een negatieve invloed uitoefenen. In de tweede plaats leidt burnout tot lichamelijke klachten en tot verhoogd ziekteverzuim en geeft aanleiding om de baan te verlaten. Ten slotte gaan rolconflicten en een ervaren gebrek aan sociale steun van collega's en superieuren vaak vooraf aan burnout.

13.5 Verklaringsmodellen voor burnout

De verklaringsmodellen voor burnout kunnen grofweg in drie categorieën verdeeld worden: individueel-psychologische verklaringen, die het accent leggen op processen die zich binnen de persoon afspelen; sociaal-psychologische verklaringen, die zich richten op de relatie met anderen, meestal cliënten, en ten slotte organisatiepsychologische verklaringen, die het belang van de organisatie als context benadrukken. Het gaat om accentverschillen en niet om een haarscherpe, strikte en absolute scheiding tussen deze drie categorieën. Verder moet erop worden gewezen dat geen enkel verklaringsmodel als zodanig empirisch getoetst is. Op zijn best is het model post hoc geformuleerd op basis van beschikbaar empirisch materiaal. Vaak echter is zelfs dat niet het geval en betreft het een puur theoretische exercitie. We zullen de drie benaderingen van burnout hier slechts kort uiteenzetten, voor een uitvoeriger bespreking wordt verwezen naar Schaufeli (1990a, p. 58-98). In de volgende paragraaf wordt onze eigen visie uitvoeriger uiteengezet

Individueel-psychologische benaderingen

Over het algemeen wordt een groot belang toegekend aan het verwachtingspatroon dat men koestert ten aanzien van het werk. In de discrepantie tussen ideaal en verwachting enerzijds en harde werkelijkheid anderzijds zien veel auteurs, ieder op hun eigen wijze, een belangrijke oorzaak voor burnout. Psychoanalytisch georiënteerde auteurs wijzen op de rol die gespeeld wordt door diepgewortelde motieven als de hunkering naar de vervulling van een bepaald levensplan (Freudenberger en Richelson, 1980), of het in stand houden van het denkbeeld een bijzonder iemand te zijn die bijzondere opgaven moet volbrengen (Fischer, 1974). De leer-theoreticus Meier (1983) is van mening dat burnout veroorzaakt wordt

doordat er valse verwachtingen bestaan omtrent de bekrachtiging ('*reinforcement expectations*'), het resultaat ('*outcome expectations*') en de effectiviteit van het eigen handelen ('*efficacy expectations*') in de werksituatie. Burisch (1989) ten slotte, vat burnout op als het resultaat van een gestoord handelingsproces dat in gang wordt gezet doordat er een aanslag op de mate van autonomie op de werkplek gedaan wordt. Het vergroten van de autonomie, overeenkomstig de eigen verwachtingen, vormt volgens Burisch het belangrijkste handelingsmotief.

Sociaal-psychologische benaderingen

Deze verklaringsmodellen van burnout hebben in de eerste plaats gemeen dat ze de sociale context van burnout benadrukken. Maslach (1982) wijst vooral op de emotionele overbelasting die ontstaat ten gevolge van het intensieve contact met cliënten, patiënten en leerlingen. Dit kan respectievelijk leiden tot emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid indien er niet adequaat met deze overbelasting wordt omgegaan, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een adequate beroepshouding die gekenmerkt wordt door afstandelijke betrokkenheid ('*detached concern*').
Pines en Aronson (1988) benadrukken eveneens het belang van de sociale omgeving. Het werk kan uitdagend zijn en iemand stimuleren tot top-prestaties, maar kan ook een bron van spanning vormen en burnout in de hand werken, bijvoorbeeld indien er conflicten met collega's of superieuren zijn. Kenmerkend voor burnout is dat er aanvankelijk goede arbeidsprestaties geleverd worden, aldus Pines en Aronson (1988). Geleidelijk verandert echter de stimulerende, uitdagende en ondersteunende sociale omgeving en deze wordt steeds enerverender of juist saaier, waardoor de kans op te branden toeneemt.
Harrison (1983) beschouwt burnout als een gebrek aan sociale competentie Hiermee bedoelt hij het vermogen om de sociale omgeving te beïnvloeden door middel van interacties, hetgeen in sociale beroepen van cruciaal belang is. Iemand die is opgebrand ervaart zichzelf als sociaal incompetent. Hij of zij heeft het gevoel niet (meer) in staat te zijn andere mensen te beïnvloeden door tegen hen te praten of door zich op een bepaalde manier te gedragen.

Organisatiepsychologische benaderingen

In deze optiek heeft burnout vooral te maken met de manier waarop de organisatie functioneert. Bureaucratische procedures, een slechte relatie met de chef en de aanwezigheid van rolconflicten kunnen leiden tot burnout. De twee belangrijkste organisatiepsychologische verklaringsmodellen zijn gebaseerd op empirisch onderzoek. Cherniss (1980b) bestudeerde de manier waarop jonge, pas afgestudeerde professionals omgingen met stress op hun werk. Hij vond dat allerlei organisationele factoren leiden tot burnout, zoals een hoge werkdruk, slecht leiderschap, een sterk bureaucratische werkomgeving, sociale isolatie en een geringe

mate van autonomie. Dit was vooral het geval indien er passief en defensief op de problemen werd gereageerd. Uit een grootschalig empirisch onderzoek dat door Golembiewski en zijn collega's is opgezet komt naar voren dat het burnout-proces in een aantal opeenvolgende stadia kan worden verdeeld (Golembiewski en Munzenrider, 1988). Naarmate iemand in een verder gevorderd stadium van burnout verkeert, is diens arbeidssituatie slechter, worden er meer lichamelijke klachten aangetroffen, is de produktiviteit van de afdeling waar de persoon werkt relatief laag, en is de arbeidsprestatie die hij of zij levert relatief slecht.
De verschillende verklaringsmodellen voor burnout hebben geen consistente theoretische visie opgeleverd. De besproken opvattingen vormen geen stukjes van eenzelfde legpuzzel, die aan elkaar geschoven kunnen worden, zodat er een afgerond beeld van burnout ontstaat. Dit is onder andere te wijten aan het feit dat er weinig of geen gebruik wordt gemaakt van theoretische kaders die elders in de psychologie zijn uitgewerkt. Onze eigen visie, die in de volgende paragraaf uiteen wordt gezet, onderscheidt zich juist op dit punt van de meeste andere verklaringsmodellen. Wij proberen zo nauw mogelijk aan te sluiten bij een theoretische benadering uit de sociale psychologie die het belang van sociale evaluatieprocessen benadrukt. Dit betekent overigens niet dat wij de relevantie van andere processen ontkennen, waarbij bijvoorbeeld verwachtingen of attributies een rol spelen. Met onze visie willen we slechts een aanzet geven burnout te beschouwen vanuit een specifieke theoretische traditie.

13.6 Burnout en sociale evaluatieprocessen in organisaties

Recentelijk is door de auteurs en hun collega's (Buunk, Schaufeli en Ybema, 1990; Van Yperen, Buunk en Schaufeli, 1990, Schaufeli en Buunk, 1991; Buunk en Schaufeli, in druk) het begin gemaakt met een benadering van burnout vanuit de sociale vergelijkingstheorie en de sociale uitwisselingstheorie. Uitgangspunt van deze benadering is dat burnout zich afspeelt in een sociale context, en dat de wijze waarop het individu deze context interpreteert en construeert een centrale rol speelt bij de ontwikkeling van burnout. Met andere woorden: het gaat om sociale evaluatieprocessen die zich in organisaties afspelen. Twee typen processen zijn daarbij van belang: allereerst sociale uitwisselingsprocessen in de relaties met cliënten of patiënten, en ten tweede sociale vergelijking met collega's bij het omgaan met de stressvolle aspecten van het werk. We willen achtereenvolgens aan beide processen aandacht besteden.
De sociale uitwisselingstheorie veronderstelt dat mensen een zeker evenwicht verlangen tussen wat ze investeren in een relatie en wat ze eruit terugkrijgen. Mensen zouden alleen tevreden zijn met een relatie wanneer ze het gevoel hebben dat de ander iets terugdoet voor de geleverde inzet. Volgens deze benadering is *wederkerigheid* dan ook een centraal principe in relaties, en gaat zowel benadeeld zijn als bevoorrecht zijn in relaties met anderen gepaard met negatieve gevoelens

(Buunk, 1986). Nu geldt voor de mensgerichte beroepen dat de relaties per definitie eenzijdig zijn: zo wordt de professional (hulpverlener, leerkracht, verpleegkundige) verwacht te geven. Voor een waarlijk wederkerige relatie is geen plaats. Toch valt aan te nemen dat ook hier de relaties waarin de professional het idee heeft iets terug te krijgen voor zijn of haar inzet het meest bevrediging schenken. Bijvoorbeeld in de vorm van uitingen van erkentelijkheid van de kant van de cliënt, of vermindering van gevoelens van angst en stress bij de patiënt.
Vanuit de sociale uitwisselingstheorie kan voorspeld worden dat het gevoel te weinig terug te krijgen uit de relaties met anderen (cliënten, leerlingen, patienten) op den duur zal leiden tot gevoelens van emotionele uitputting, en een neiging zal oproepen om de clienten te devalueren. Immers, als men steeds maar weer veel energie in relaties met anderen steekt terwijl er slechts weinig compensatie of 'beloning' in welke vorm dan ook tegenover staat, raken de emotionele reserves geleidelijk aan uitgeput Deze emotionele overbelasting ten gevolge van de verstoorde balans tussen investeringen en opbrengsten leidt op haar beurt tot gevoelens van depersonalisatie, zo is de veronderstelling. Maslach (1982) ziet in het ontwikkelen van een dergelijke negatieve en cynische houding ten opzichte van cliënten een poging afstand te scheppen om aldus de emotionele overbelasting te reduceren: de balans wordt hersteld doordat de investering verminderd wordt Inderdaad bleek uit een onderzoek van Van Yperen, Buunk en Schaufeli (1990) onder verpleegkundigen dat het gevoel meer te investeren dan men terugkrijgt uit de relaties met patienten, gepaard ging met relatief veel emotionele uitputting en depersonalisatie. Opmerkelijk was dat dit in mindere mate gold voor mensen met een sterk ontwikkelde '*communal orientation*' (Van Yperen, Buunk en Schaufeli, in druk). Dergelijke mensen zijn sterk gericht op de noden van anderen, hebben veel aandacht voor de gevoelens van andere mensen, en vinden het helpen van anderen een belangrijke waarde.
Maar het ontstaan van burnout hangt niet alleen af van de interactie tussen de professional en diens cliënt of patiënt. Ook sociale vergelijking van de eigen gevoelens en reacties met die van collega's kan hierbij een belangrijke rol spelen. Volgens de sociale vergelijkingstheorie van Festinger (1954) streven mensen naar stabiele, correcte oordelen over de wereld om hen heen en over hun eigen capaciteiten. Vooral wanneer mensen zich onzeker voelen over de eigen meningen en bekwaamheden zullen ze zich met anderen vergelijken (Wood, 1989).
Schachter (1959) paste de sociale vergelijkingstheorie toe op emotionele reacties. In de door hem in gang gezette onderzoekstraditie bleek dat stressvolle situaties – gekenmerkt door onzekerheid of vrees – een versterkte tendens tot affiliatie oproepen, vooral met anderen die in vergelijkbare omstandigheden verkeren en die op ongeveer dezelfde wijze reageren. Het verlangen de juistheid van de eigen emotionele reacties te evalueren zou daarbij het belangrijkste motief zijn (Mills en Mintz, 1974). Uit later onderzoek kwam naar voren dat onder bepaalde omstandigheden, zoals in situaties waarin men in verlegenheid wordt gebracht, stress juist de neiging tot affiliatie verzwakt (Teichman, 1987). Mensen blijken vaak

sociale vergelijking te vermijden omdat dit of voor henzelf of voor de ander pijnlijk kan zijn (Brickman en Bulman, 1977).
Het voorgaande lijkt aanknopingspunten te bieden voor het begrijpen van burnout. Om te beginnen roept het werken met cliënten, leerlingen, gedetineerden en patiënten vaak veel onzekerheden op. Hoe moet men reageren op allerlei problemen van hen? Hoe persoonlijk mag het contact worden? Hoe weet men of men juist gehandeld heeft? Volgens de sociale vergelijkingstheorie zullen juist dergelijke onzekerheden leiden tot een versterkte tendens tot contact met collega's en tot sociale vergelijking. Maar men kan tegelijk veronderstellen dat mensen op hun werk er in het algemeen naar zullen streven als competent gezien te worden, en daarom juist collega's uit de weg zullen gaan wanneer ze zich onzeker voelen over de eigen reacties en capaciteiten. Uit ons onderzoek onder verpleegkundigen bleek dat beide processen zich voordeden: verpleegkundigen die zich onzeker voelden over de eigen reacties hadden meer *behoefte* aan contact met collega's, maar praatten juist minder met collega's over problemen op het werk dan verpleegkundigen die zich zeker voelden over wat te doen en hoe te handelen. Voorts bleek dat onzekerheid de behoefte aan affiliatie versterkt, hetgeen in overeenstemming is met de sociale vergelijkingstheorie (Buunk, Schaufeli en Ybema, 1990).
Het zich vergelijken met anderen kan een drietal belangrijke gevolgen hebben (Taylor, Buunk en Aspinwall, 1990). Allereerst kan men van collega's leren hoe men beter de problemen op het werk te lijf kan gaan. *Opwaartse* affiliatie is in dit verband van belang, dat wil zeggen contact met competente anderen met meer ervaring, die beter weten om te gaan met moeilijke situaties (Taylor en Lobel, 1990). In ons onderzoek vonden we inderdaad dat verpleegkundigen die zich opwaarts affilieerden relatief weinig last van burnout hadden, althans voor zover het emotionele uitputting betrof (Schaufeli en Buunk, 1991). Opmerkelijk is dat dit vooral bleek te gelden voor diegenen die beschikken over een sterk ontwikkeld gevoel van zelfwaardering. Verpleegkundigen die zich affilieren met collega's die het beter doen maar die wel aan zichzelf twijfelen, rapporteerden juist meer uitputtingsverschijnselen. De verklaring hiervoor schuilt in de ambiguiteit van het opwaarts affilieren. Enerzijds wordt uit de vergelijking met anderen die het beter doen duidelijk dat men zelf minder competent is, anderzijds leert een dergelijke vergelijking dat het mogelijk is competenter te worden dan men momenteel is. Kennelijk benadrukken personen met een sterk gevoel van eigenwaarde het laatste aspect, terwijl diegenen die zich minder zelfverzekerd voelen het eerste aspect zwaarder laten wegen
Het feit dat mensen die beter af zijn als bedreigend worden ervaren omdat ze de eigen inferioriteit impliceren, was voor Wills (1981) aanleiding om te veronderstellen dat mensen onder stress zich juist *neerwaarts* vergelijken met anderen die er nog erger aan toe zijn, hetgeen positieve gevoelens zou oproepen. Inderdaad is uit onderzoek bij mensen met kanker en andere ernstige ziektes gebleken dat in dergelijke bedreigende situaties neerwaartse vergelijkingen domineren (Buunk,

Collins, Taylor, Van Yperen en Dakoff, 1990). Voor mensen die zich bedreigd voelen, kan het feit dat anderen het nog slechter doen een zekere troost bieden. In ons onderzoek onder verpleegkundigen vonden we duidelijke aanwijzingen voor dit proces. Degenen die het meeste stress vertoonden, rapporteerden het vaakst dat ze positieve gevoelens ontleenden aan het feit dat anderen nog meer problemen hadden. Bovendien bleek dat het ervaren van positieve gevoelens op grond van neerwaarts sociale vergelijking samenhing met alle drie dimensies van burnout. Hoe sterker het positieve affect, des te minder emotionele uitputting en depersonalisatie en des te meer gevoelens van persoonlijke bekwaamheid. (Buunk, Schaufeli en Ybema, 1990).
Een derde mogelijk gevolg van sociale vergelijking is dat dit proces direct bijdraagt aan het ontstaan en bestendigen van burnout. Wanneer men ziet dat anderen burnout-symptomen vertonen, kan dat ertoe leiden dat die symptomen overgenomen, in stand gehouden of versterkt worden, ervan uitgaande dat dergelijke symptomen kennelijk min of meer 'normaal' zijn bij dit soort werk. Er zijn inderdaad enige aanwijzingen dat in bepaalde afdelingen veel sneller burnout optreedt dan in anderen, niet alleen omdat het werk daar stressvoller is, maar ook omdat er een 'burnout-cultuur' heerst. Er is overigens ook een alternatieve verklaring mogelijk voor de concentratie van burnout op bepaalde afdelingen. Hoe meer mensen er ten gevolge van burnout uitvallen, des te groter wordt de druk op de achtergeblevenen. Hoe het ook zij, uit een grootschalig Amerikaans onderzoek, waaraan 186 afdelingen van 23 bedrijven deelnamen, bleek dat ruim 87% van de burnout-gevallen zich voordeden in afdelingen waarvan de helft als opgebrand kan worden beschouwd (Golembiewski en Munzenrider, 1988, p.157). In ons onderzoek vonden we dat verpleegkundigen met een sterke behoefte aan sociale vergelijking meer afgebrand waren wanneer ze meenden dat veel van hun collega's ook burnout-symptomen vertoonden (Buunk, Schaufeli en Ybema, 1990).
Alhoewel het laatste woord er zeker nog niet over is gesproken bieden de drie sociale evaluatieprocessen die in deze paragraaf zijn besproken goede aanknopingspunten om burnout te begrijpen in de sociale context waarin het syndroom zich voordoet in organisaties.

13.7 Interventies

De belangstelling voor burnout is vanaf het begin meer praktisch dan wetenschappelijk van aard geweest. Zoals we hebben gezien is burnout 'ontdekt' in de praktijk en niet in de studeerkamer. Vooral omdat het syndroom niet alleen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie heeft, maar ook voor de organisatie, heeft de bestrijding van burnout steeds de volle aandacht gehad. Desalniettemin is de vooruitgang die op dit gebied geboekt is nog erg bescheiden. Dat is ook niet zo verwonderlijk, gezien de grote verscheidenheid aan symptomen en settings waarin het syndroom zich voordoet. De meeste interventie-strategieën die worden aan-

bevolen om burnout te bestrijden zijn vrij algemeen van aard en zijn ontwikkeld om stress op het werk te bestrijden. Grofweg kan er een scheiding worden aangebracht tussen interventies die op de *persoon* en die op de *organisatie* zijn gericht. Overigens is men het erover eens dat burnout alleen met succes kan worden aangepakt als er maatregelen op beide fronten worden genomen. De op het individu gerichte strategieën zijn in de regel veel gedetailleerder uitgewerkt dan de op de organisatie gerichte strategieën. De reden waarom juist de individuele aanpak zo populair is, lijkt even simpel als pragmatisch. Het is immers gemakkelijker om een anti-burnout-programma met individuele werknemers uit te voeren dan met een organisatie als geheel. Het arsenaal aan psychologische technieken om individueel gedrag te veranderen is groter dan dat om organisaties te veranderen. Bovendien zijn successen bij een individuele aanpak sneller en duidelijker zichtbaar dan bij een aanpak waarbij de organisatie als geheel betrokken wordt.
Individuele strategieën om burnout te bestrijden zijn gericht op het veranderen van verwachtingspatronen, doelstellingen en vaardigheden van personen die opgebrand zijn of dreigen op te branden. Voorbeelden zijn cognitieve methoden zoals rationeel-emotieve therapie, relaxatietraining, time management en sociale-vaardigheidstraining (Schaufeli, 1990a, p.175-185).
Interventiestrategieën die op de organisatie zijn gericht zijn minder specifiek en gedetailleerd uitgewerkt. Ze worden in de praktijk minder toegepast en dragen een sterker idiosyncratisch karakter dan de persoon-gerichte interventies. Dit komt doordat organisaties complex zijn en moeilijk met elkaar te vergelijken zijn. Veel organisatie-gerichte strategieën zijn bij wijze van – eenmalig – experiment uitgevoerd binnen één bepaalde organisatie. De ervaringen kunnen niet zonder meer naar andere werksettingen gegeneraliseerd worden. Voorbeelden van dergelijke strategieen zijn '*job-redesign*', dat wil zeggen het verbeteren van de werkinhoud door het terugdringen van kwantitatieve en kwalitatieve overbelasting. Verder kunnen worden genoemd: bijscholing, het ontwikkelen van een goed loopbaanbeleid, aandacht voor communicatie, besluitvorming en conflicthantering, management ontwikkeling en verbetering van het leiderschap (Schaufeli, 1990a, p. 185-195).
Behalve deze algemene strategieen zijn er ook specifieke anti-burnout programma's ontwikkeld. Op een tweetal programma's zal nader ingegaan worden: een *preventieve* 'burnout workshop' en een *curatief* behandelprogramma.
Bij 'burnout workshops' staat de praktische inbreng van de deelnemers centraal in de vorm van oefeningen, discussies en andere activiteiten. De aanpak in de workshops is niet therapeutisch, maar didactisch van aard. Dat wil zeggen dat het gaat om het verkrijgen van inzicht in de eigen situatie en om het verwerven van vaardigheden om zich tegen burnout teweer te stellen. Daarbij wordt aandacht besteed aan een combinatie van interventies die op het individu en op de organisatie gericht zijn, waarbij de nadruk in de regel op het individu ligt. Helaas worden de workshops meestal te summier beschreven om zich een exact beeld te kunnen vormen van wat er nu precies gebeurt. Een uitzondering hierop vormen Pines en

Aronson (1988). Zij geven een gedetailleerde beschrijving van de workshops die ze sinds 1976 geleid hebben bij tal van beroepsgroepen, variërend van kleuterleidsters tot universitaire docenten en van gevangenbewaarders tot managers. In de eerste fase van de workshop worden de deelnemers bewust gemaakt van de burnout-problematiek, bijvoorbeeld door een middel van zelf-diagnose en het voeren van een gestructureerde groepsdiscussie. Vervolgens wordt men gemotiveerd er iets aan te doen en leert men via bepaalde (ontspannings-)oefeningen op effectieve wijze om te gaan met werkstress. Een belangrijk element vormt het leren structureren van een sociaal netwerk dat hierbij ondersteuning kan bieden. Aan het eind van de workshop stelt iedereen een concreet plan op om burnout aan te pakken, dat op een follow-up bijeenkomst wordt geevalueerd.
Pines en Aronson (1983) onderzochten het effect van een eendaagse burnout-workshop bij welzijnswerkers. De resultaten waren tamelijk teleurstellend, in die zin dat de mate van burnout niet significant afnam bij diegenen die de workshop hadden gevolgd. Wel nam de tevredenheid over de samenwerking met de collega's toe. Tot een soortgelijke conclusie komt ook Brown (1984) bij de evaluatie van een anderhalf uur durende wekelijks gehouden '*staff support group*'. Vijf maanden na afloop was men meer tevreden over de collega's en superieuren, maar het niveau van burnout was niet aantoonbaar gedaald.
In Nederland is het effect van een driedaagse bijscholingscursus '*Omgaan met burnout en stress op het werk*' onderzocht bij ruim honderd wijkverpleegkundigen (Boots, 1990). In deze cursus werd aandacht besteed aan het herkennen en leren hanteren van stress- en burnout-symptomen. De aanpak is overwegend individueel van aard. Een maand na afloop van de cursus waren allerlei stress- en burnout-klachten verminderd, vergeleken met de situatie vóór de workshop. Het ging daarbij om emotionele uitputting en om psychosomatische en psychische klachten die aan het werk gerelateerd zijn. Gevoelens van depersonalisatie en verminderde bekwaamheid bleven echter onveranderd. Dit komt waarschijnlijk omdat de aandacht in de workshop vooral uitging naar emotionele klachten en problemen, en minder naar de houding ten opzichte van patiënten en naar de manier waarop men zelf in het werk staat.
Als voorbeeld van een specifiek behandelingsprogramma schetsen we de procedure die is ontwikkeld op het Ambulatorium van de Katholieke Universiteit Nijmegen om mensen te helpen die zijn vastgelopen in hun werk ten gevolge van burnout. (Schaap, Schaufeli, Hoogduin, Kladler en Cuisinier, in druk). Meestal gaat het om mensen die langdurig in de ziektewet zitten en waarbij het gevaar van blijvende arbeidsongeschiktheid aanwezig is. Het behandelingsprogramma is grotendeels gebaseerd op de principes van de directieve gedragstherapie, waarbij zogenaamde 'zelf-controle-procedures' centraal staan. Dat wil zeggen dat de cliënt door kleine succes-ervaringen leert de demoralisering, die is ontstaan ten gevolge van het opbranden, op eigen kracht te overwinnen. Doordat het programma een sterk didactisch accent heeft, functioneert de behandelaar meer als coach dan als psychotherapeut. Een ander uitgangspunt is dat het probleemgedrag zoveel

mogelijk wordt geregistreerd. Dat is enerzijds van belang om na te kunnen gaan of er verbeteringen optreden, anderzijds levert het informatie op over de factoren die verband houden met het optreden van de klachten. Het behandelingsprogramma, dat ongeveer tien tot vijftien individuele sessies van elk één uur in beslag neemt, is tot nu toe met succes toegepast bij onderwijzend personeel, politiefunctionarissen en verpleegkundigen. Het programma bestaat uit drie gedeelten.
In het *eerste gedeelte* van de behandeling is de aandacht vooral gericht op de klachten. De cliënt krijgt als opdracht het optreden van spanningsklachten te registreren in een logboek. Tegelijkertijd wordt afgesproken dat de cliënt een bepaalde spanningsreducerende activiteit zal uitvoeren als hij of zij, om welke reden dan ook, het logboek niet invult. Dus: opdracht niet uitgevoerd? Dan gaan joggen!
De klacht die het meest op de voorgrond treedt, wordt uitgekozen om behandeld te worden, waarbij in principe het hele arsenaal van gedragstherapeutische technieken kan worden toegepast. Verder worden ontspannings- en ademhalingsoefeningen gedaan om de client te leren zelf de spanning te verminderen.
In de *tweede fase* van de behandeling staan de werkproblemen centraal. Inmiddels kan de cliënt de klachten beter aan. Zo worden de irrationele gedachten die dikwijls ten grondslag liggen aan wrijvingen met collega's, overmatig piekeren, een negatief zelfbeeld of het stellen van te hoge eisen op dusdanige wijze omgebogen dat ze niet langer zorgen voor negatieve emoties. Bij problemen met het indelen van de tijd wordt een 'time management'-programma uitgevoerd. Concentratieproblemen kunnen worden aangepakt door de bronnen van afleiding weg te nemen en door het geven van praktische adviezen.
In de *derde en laatste fase* van de behandeling worden enkele gesprekken gevoerd over de inhoud van het dagelijkse leven. Het gaat daarbij over zingevingsproblematiek, inclusief de plaats die het werk inneemt in het leven van de cliënt. Nagegaan wordt hoe de cliënt het leven in de toekomst wenst in te richten, rekening houdend met zijn of haar praktische levenssituatie. Indien nodig wordt er in deze fase van de behandeling ook aandacht besteed aan de verwerking van traumatische ervaringen, zoals overplaatsing, (echt)scheiding of vervlogen promotiekansen.
Ter afsluiting van de behandeling wordt naar het voorkomen van dezelfde problemen in de toekomst toegewerkt door situaties te identificeren die een groot risico inhouden voor terugval. Als proef op de som worden de vaardigheden die tijdens de behandeling zijn verworven in deze situaties uitgeprobeerd.
In het behandelingsprogramma van burnout valt dus een duidelijke lijn van concreet naar abstract te ontdekken. Er wordt begonnen met een welomschreven individuele klacht. Daarna wordt de problematiek geplaatst in het – bredere – kader van de arbeidssituatie. Tenslotte eindigt de behandeling met het aan de orde stellen van levensvragen rondom het thema arbeid.

13.8 Besluit

In dit hoofdstuk hebben we een overzicht gegeven van de huidige stand van zaken met betrekking tot burnout. Het is duidelijk dat de wetenschappelijke discussie over de etiologie van burnout nog geenszins is afgerond. Onze eigen sociaal-psychologische visie moet als een bijdrage aan dit debat worden beschouwd.
Ondertussen wordt uit allerlei signalen steeds duidelijker dat het burnout-syndroom zich – ook in Nederland – op tamelijk grote schaal voordoet. Dit valt onder andere op te maken uit het onrustbarend groeiende aantal WAO-afkeuringen op psychische gronden. In de meeste gevallen gaat hier de diagnose 'overspannenheid' of 'surmenage' achter schuil. Bij dergelijke afkeuringen gaat het vooral om relatief jonge en hoog geschoolde werknemers die in dienst- of zorgverlenende beroepen werkzaam zijn (Slot en Steinbuch, 1988). Kortom, dit profiel doet vermoeden dat het bij veel WAO-afkeuringen om burnout gaat.
Een succesvol recept om burnout te voorkomen of te bestrijden kan niet worden gegeven; daarvoor is het verschijnsel te complex. Er zijn namelijk zowel individueel-psychologische als organisatiepsychologische facetten aan te onderscheiden. Bij burnout gaat het dus om een fenomeen dat precies op het grensvlak ligt van klinische en A&O-psychologie. Immers, het betreft de geestelijke gezondheid van mensen op hun werkplek. Het bestrijden van burnout-syndroom vormt dan ook bij uitstek een uitdaging voor psychologen die zich bezighouden met de psychologie van arbeid en gezondheid.