

Burnout

W. Schaufeli en C. Schaap

In: W.T.A.M. Everaerd, A.P. Bak ... et al. (Red).
Bohn, Stafleu & Van Loghem, Houten.

5 Handboek Klinische Psychologie, september 1995

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Definities en symptomen	3
3	Prevalentie en kenmerken die met burnout samenhangen	6
4	Theoretische verklaringsmodellen	8
4.1	Individueel-psychologische benaderingen	8
4.2	Sociaal-psychologische benaderingen	8
4.3	Organisatiepsychologische benaderingen	9
5	Diagnostiek	9
6	Behandeling	10
6.1	Uitputtingsyndroom	11
6.2	De werksituatie	13
6.3	De persoonlijkheid	14
6.4	Terugvalpreventie	14
7	Een casus	14
	Literatuur	17

Prof dr W B Schaufeli is hoogleraar klinische en organisatiepsychologie aan de Universiteit Utrecht

Dr C P D R Schaap is hoofddocent klinische psychologie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen

1 Inleiding

De term 'burnout' is in het midden van de jaren zeventig geïntroduceerd door de psychoanalyticus Herbert Freudenberger, die als onbetaald psychiater verbonden was aan een alternatief hulpverleningscentrum in New York. Het viel hem op dat enthousiaste, hard werkende en idealistisch ingestelde hulpverleners vaak binnen een jaar een heel scala aan symptomen vertoonden zoals overmatige vermoeidheid, hoofdpijn, slapeloosheid, verhoogde vatbaarheid voor verkoudheid, irritatie, frustratie en cynisme. Freudenberger gebruikte de metafoor 'burnout' om deze – in zijn ogen – fysieke en mentale uitputtingstoestand weer te geven. Toen het begrip eenmaal was geïntroduceerd won het snel aan populariteit, aanvankelijk vooral in de massamedia en in vakbladen van beroepsverenigingen, maar kort daarop ook in wetenschappelijke tijdschriften.

Er kunnen drie fasen worden onderscheiden in de stormachtige carrière van het begrip (Maslach & Schaufeli, 1993). De pionierfase wordt gekenmerkt door onsystematische en ongestandaardiseerde observaties, die leidden tot een ware proliferatie van burnout-symptomen. Zo telde Schaufeli (1990) bijna honderd symptomen die met burnout werden geassocieerd. Nadat begin jaren tachtig enkele zelfbeoordelingsvragenlijsten waren ontwikkeld, waaronder de Maslach Burnout Inventory (MBI), volgde de tweede fase, die van het empirisch onderzoek. Dit onderzoek was in de regel exploratief en correlatieel van aard. Pas vanaf begin jaren negentig is er sprake van theoriegeleid – longitudinaal – onderzoek waarin gepoogd wordt licht te werpen op het psychologische *proces* (zie Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

2 Definities en symptomen

Er kunnen twee typen definities van burnout worden onderscheiden, namelijk toestands- en procesdefinities. Het eerste type, waarvan de definitie van Maslach en Jackson (1986, p. 1) de bekendste is, beschrijft burnout als '... 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. Anders dan in de psychiatrie heeft de term depersonalisatie 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 beroepsmatig te maken heeft. De derde en laatste component van burnout, verminderde persoonlijke bekwaamheid, heeft betrekking op het gevoel minder te presteren op het werk. Dit gaat gepaard met gevoelens van minderwaardigheid en een negatieve kijk op zichzelf.

Het tweede type definitie legt meer nadruk op het proces: '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 bestendig 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' (Cherniss, 1980; p. 40). Een belangrijk verschil met de vorige definitie is verder dat burnout niet beperkt wordt tot een bepaalde categorie (namelijk sociale) beroepen.

Burnout wordt geassocieerd met talrijke symptomen, waarvan het vaak niet duidelijk is in hoeverre het oorzaken, gevolgen of daadwerkelijke aspecten van het syndroom zijn. Naast algemene belastingssymptomen, die kunnen worden onderverdeeld in psychische, fysieke en gedragssymptomen, worden er ook sociale symptomen en problematische attitudes geobserveerd die meer specifiek voor burnout zijn (zie ook Kahill, 1988; Schaufeli, 1990). *Psychische symptomen* zijn vooral depressief (emotionele uitputting, verminderd gevoel van eigenwaarde, gevoelens van hopeloosheid en teleurstelling) en agressief (snelle irritatie, frustratie, achterdocht en wrok) van aard. Daarnaast komen ook cognitieve storingen voor, zoals verminderde concentratie. *Fysieke symptomen* betreffen naast extreme vermoeidheid allerlei vage lichamelijke spanningsklachten, zoals hoofdpijn, misselijkheid, maagpijn en pijnlijke spieren, vooral in de nek, en lage rugpijn. *Gedragssymptomen*, zoals hyperactiviteit en excessieve consumptie

van koffie, tabak en alcohol, vloeien voort uit een verhoogde staat van opwinding. *Sociale symptomen en problematische attitudes*, die wellicht het meest kenmerkend voor burnout zijn, hebben behalve op collega's vooral betrekking op de mensen waarmee men dagelijks werkt (patiënten, leerlingen, cliënten, e.d.). Er is sprake van het terugtrekken uit sociale contacten in fysieke dan wel in psychologische zin door het aannemen van een negatieve, cynische, pessimistische en onverschillige houding.

In hoeverre is burnout te onderscheiden van verwante fenomenen die eveneens betrekking hebben op uitputting, chronische vermoeidheid of verlies aan energie zoals werkstress, overspannenheid (surmenage), depressie en neurasthenie? In tegenstelling tot werkstress, dat opgevat kan worden als een tijdelijke aanpassingsstoornis die zich uit in lichamelijke, psychische en gedragsmatige symptomen, kenmerkt burnout zich door chronisch dysfunctioneren. Overspannenheid wordt gekarakteriseerd door een conglomeraat van aspecifieke klachten zoals moeheid, prikkelbaarheid, slapeloosheid, hoofdpijn, concentratieproblemen, gejaagdheid, gespannenheid en emotionele labiliteit en door sociaal dysfunctioneren (Terluin, 1994). Bij burnout daarentegen staan vooral vermoeidheid en problematische attitudes centraal, het beeld bij overspannenheid is eerder diffuus. Dit wordt geïllustreerd door het feit dat Terluin (1994) een vragenlijst met honderd items en vijfentwintig schalen gebruikt om overspannenheid te meten. In de regel worden correlatiecoëfficiënten in de orde van 0,40 à 0,50 gevonden tussen depressie (zoals gemeten met Beck Depression Inventory – BDI) en met name de emotionele uitputtingscomponent van burnout. Desalniettemin gaat het toch om twee verschillende begrippen. Dat blijkt niet alleen uit recente studies naar de discriminante validiteit van de MBI en de BDI (o.a. Leiter & Durup, 1994), maar ook uit het klinische gegeven dat vitale symptomen, evenals schuldgevoelens, nagenoeg ontbreken bij burnout (Firth e.a., 1986). Verder zijn burnout-symptomen sterk gekleurd door de specifieke sociale context (de werksituatie). Oververmoeidheid, een van de belangrijkste symptomen van burnout, staat ook centraal bij neurasthenie (ICD-10; WHO, 1992). Om deze diagnose te mogen stellen, moet er daarnaast sprake zijn van minstens twee andere

pijn- of spanningsklachten uit een lijst van zeven. Het merendeel van patiënten met burnout voldoet duidelijk aan deze criteria. Overigens is er bij ICD-10 wel sprake van burnout als een aparte categorie van aandoeningen die gerelateerd zijn aan problemen in het omgaan met het leven. Daaronder worden dan weer een aantal beelden samengevat die lijken op de omschrijving van aanpassingsstoornissen in DSM-IV.

3 Prevalentie en kenmerken die met burnout samenhangen

Naar de prevalentie van burnout is praktisch nog geen onderzoek gedaan. Voor zover dit wel het geval is, zijn er geen representatieve steekproeven gebruikt en is de gehanteerde norm zeer ruim. Dat wil zeggen, iemand wordt als 'opgebrand' beschouwd indien hij of zij in het bovenste tertiel (33,3%) van de normgroep scoort. Uit onderzoek dat deze norm hanteert blijkt dat grofweg tussen de 10% en 25% van de werknemers uit sociale beroepen als 'burned out' kan worden beschouwd, althans voor wat betreft emotionele uitputting en depersonalisatie (Schaufeli, 1990, pp. 113-120). De schattingen voor verminderde persoonlijke bekwaamheid lopen uiteen van 1% tot 97% (sic!), wat waarschijnlijk meer zegt over de aard van de steekproef dan over het vóórkomen van dit burnout-symptoom. Wat Nederland betreft zijn er aanwijzingen dat burnout (met name emotionele uitputting en depersonalisatie) relatief vaak voorkomt bij leerkrachten en werkers in de geestelijke gezondheidszorg (Diekstra e.a., 1994).

In de loop der jaren zijn er enkele honderden empirische studies naar burnout uitgevoerd, waarvan de resultaten als volgt kunnen worden samengevat (zie verder Cordes & Dougherty, 1993; Schaufeli & Buunk, in druk):

– Biografische kenmerken

In de vs komt burnout met name voor bij jonge, onervaren medewerkers, terwijl in Nederland het omgekeerde het geval lijkt te zijn. Vrouwen rapporteren in de regel meer emotionele uitputting, terwijl mannen juist meer gevoelens van depersonalisatie ervaren. Waarschijnlijk weerspiegelt dit stereotiepe geslachtsrollen: mannen zijn meer instrumenteel ingesteld terwijl vrouwen hun emoties makkelijker uiten.

- *Kenmerken van de werksituatie*
Burnout is vooral sterk gerelateerd aan werkbelasting en tijdsdruk. Longitudinaal onderzoek geeft aan dat rolproblemen op termijn tot burnout kunnen leiden. Ook is een geringe mate van autonomie op de werkplek in verband gebracht met burnout. Ten slotte blijken intensieve en emotioneel belastende contacten op het werk positief met burnout samen te hangen.
- *Werkoriëntaties en -attitudes*
Typerend voor burnout is dat het vaak voorkomt bij voorheen zeer toegewijde werknemers die zich sterk persoonlijk betrokken voelen bij hun werk. Anderzijds hangt burnout juist samen met een geringe betrokkenheid bij de organisatie en met arbeidsontevredenheid. Ten slotte worden onrealistische verwachtingen ten aanzien van het beroep geassocieerd met burnout.
- *Gebrek aan sociale ondersteuning*
Het is vooral de ondersteuning van de chef die van belang is, en in mindere mate die van collega's of die van familie en vrienden. Uit longitudinaal onderzoek blijkt dat gebrek aan steun tot burnout kan leiden.
- *Persoonskenmerken*
Externe beheersingsoriëntatie, geringe zelfwaardering, passieve vormen van stresshantering en geringe stressbestendigheid ('hardiness') hangen positief met burnout samen.
- *Individuele gevolgen en gevolgen voor de organisatie*
Burnout leidt tot lichamelijke klachten. Daarnaast komt verhoogd alcohol- en medicijngebruik voor. Verder hangt burnout samen met een geringe arbeidsprestatie. Longitudinaal onderzoek heeft aangetoond dat burnout leidt tot een verhoogd ziekteverzuim en een toename van het personeelsverloop.

Wat is nu het relatieve belang van deze factoren? Kenmerken van de werksituatie (werkdruk en rolproblemen), arbeidsontevredenheid en gebrek aan sociale ondersteuning blijken de belangrijkste factoren te zijn, met correlaties van ca. 0,40. Biografische en persoonlijkheidskenmerken spelen een veel minder grote rol, evenals de 'gevolgen' van burnout. De correlaties met deze factoren zijn veel minder sterk en liggen in de regel tussen 0,20 en 0,30.

4 Theoretische verklaring modellen

Er zijn grofweg drie typen verklaringen voor burnout die het accent respectievelijk leggen op intrapsychische processen, interpersoonlijke relaties en het belang van de organisatie (zie Schaufeli & Buunk, in druk).

4.1 *Individueel-psychologische benaderingen*

Het verwachtingspatroon dat men heeft ten aanzien van het werk staat centraal. Meer in het bijzonder gaat het om de discrepantie tussen idealen en verwachtingen enerzijds en de harde werkelijkheid anderzijds. Zo wijzen psychoanalytisch georiënteerde auteurs op de rol van diepgewortelde motieven zoals de hunkering naar de vervulling van een bepaald levensplan of het willen volbrengen van bijzondere opgaven (Freudenberger & Richelson, 1980). Vanuit leertheoretisch perspectief wordt gesteld dat burnout veroorzaakt wordt doordat er verkeerde verwachtingen bestaan omtrent de bekrachtiging, het resultaat en de effectiviteit van het eigen handelen in de werksituatie (Meier, 1983).

4.2 *Sociaal-psychologische benaderingen*

Gesteld wordt dat de emotionele overbelasting die ontstaat ten gevolge van het intensieve contact met cliënten, patiënten, leerlingen en dergelijke aan de basis van het burnout-proces ligt. Deze belasting leidt achtereenvolgens tot emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid, althans indien er niet op een juiste manier mee wordt omgegaan. In deze visie wordt depersonalisatie gezien als een – inadequate – manier om het hoofd te bieden aan gevoelens van uitputting, namelijk door zich psychisch terug te trekken uit de relatie met de ander (Maslach, 1982). Recent empirisch onderzoek heeft inderdaad aangetoond dat emotionele uitputting wordt veroorzaakt door stressoren, zoals werkdruk en interpersoonlijke conflicten, waarna zich als reactie hierop in tweede instantie een afstandelijke houding ontwikkelt. Het gevoel van verminderde persoonlijke bekwaamheid staat hier echter relatief los van en heeft vooral te

maken met het ontbreken van hulpbronnen, zoals sociale steun en autonomie op het werk (Leiter, 1993).

Waarom zijn de contacten met hulpvragers en dergelijke nu zo belastend? Op grond van de sociale uitwisselingstheorie wordt aangenomen dat emotionele overbelasting – en dus burnout – ontstaat wanneer de opbrengsten die men uit sociale relaties met anderen verkrijgt niet in overeenstemming zijn met de investeringen (Buunk & Schaufeli, 1993). Wanneer er sprake is van een chronische discrepantie tussen investeringen en opbrengsten spreekt men van een negatieve uitwisselingsrelatie. Empirisch onderzoek heeft inmiddels een duidelijke relatie aangetoond tussen burnout en de aanwezigheid van dergelijke negatieve uitwisselingsrelaties (Schaufeli, Van Dierendonck & Van Gorp, 1995).

4.3 Organisatiepsychologische benaderingen

Burnout heeft ook te maken met de wijze waarop de organisatie functioneert. Cherniss (1980) 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, rolconflicten, 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.

Verder blijkt dat het burnout-proces in een aantal opeenvolgende stadia kan worden verdeeld (Golembiewski & 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 lager, en is de individuele arbeidsprestatie die hij of zij levert relatief slecht.

5 Diagnostiek

Alhoewel er verschillende vragenlijsten bestaan om burnout te meten, wordt de MBI veruit het meest gebruikt, althans voor research-doeleinden. De MBI bestaat uit drie subschalen: emotio-

nele uitputting, depersonalisatie en (verminderde) persoonlijke bekwaamheid. De psychometrische eigenschappen van de MBI, zoals de betrouwbaarheid, factoriële validiteit, en discriminante en convergente validiteit, zijn goed (vgl. Schaufeli, Enzmann & Girault, 1993). Er is ook een Nederlandse versie beschikbaar, de MBI-NL, die vanuit psychometrisch oogpunt vergelijkbaar is met de originele Amerikaanse versie (Schaufeli & Van Dierendonck, 1993; Schaufeli, Daamen & Van Mierlo, 1994). Een nadeel is dat de MBI alleen geschikt is voor mensen die in sociale beroepen werkzaam zijn. Aan een algemene versie wordt momenteel gewerkt. In afwachting van de definitieve handleiding van de MBI-NL zijn voorlopige normen gepubliceerd op basis van percentiel-scores (Schaufeli & Van Dierendonck, 1994). Deze normen kunnen in principe ook worden gebruikt voor individuele diagnostiek, zij het dat de tot nu toe beschikbare gegevens alleen betrekking hebben op groepen mensen die bij bedrijven en instellingen werken. Binnenkort zullen ook normen beschikbaar komen van burnout-patiënten, waarmee de MBI klinisch is gevalideerd (Schaufeli e.a., 1995).

6 Behandeling

De meeste interventiestrategieën zijn secundair-preventief van aard en worden in de vorm van zogenaamde burnout-workshops gegeven. Deze workshops beogen een tweeledig doel: het verhogen van de sensitiviteit voor burnout en het oefenen van een aantal technieken om burnout in een zo vroeg mogelijk stadium effectief te bestrijden. Over de effectiviteit van dergelijke workshops is overigens nog weinig bekend. Pines en Aronson (1983) vonden geen effect op burnout, maar wel een positief effect op arbeidstevredenheid. Meer recent en beter opgezet onderzoek toont een positief effect van interventieprogramma's die gebaseerd zijn op het aanleren van cognitieve vaardigheden en op relaxatietraining (Higgins, 1986) en van stress-inoculatietraining (Freedy & Hobfoll, 1994). Schaufeli (in druk) rapporteert een significante daling op emotionele uitputting en somatische klachten bij wijkverpleegsters na een training in onder andere ontspanning, lichaamsbewustwording, conflicthantering en RET. Er

werden geen veranderingen gevonden in depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid.

Het gaat bij burnout om een veelheid aan spanningsklachten, om problematisch gedrag in de werksituatie en om verminderde persoonlijke bekwaamheid. Daarnaast zijn factoren als coping, persoonlijkheid en sociale steun van groot belang. De behandeling zal dus moeten aangrijpen op (spannings)klachten, en ongezonde manieren van stresshantering dienen te veranderen. Daarnaast zullen risicofactoren die met de persoonlijkheid te maken hebben, aangepakt moeten worden. Voorts zal de behandeling erop gericht moeten zijn om sociale steun te mobiliseren, zowel in de werksituatie als thuis. Ten slotte zal moeten worden voorkomen dat de klachten opnieuw optreden. Aldus zijn aan de behandeling van burnout diverse aspecten te onderscheiden die tevens onderdelen kunnen zijn van een behandelprogramma:

- het uitputtingssyndroom (oververmoeidheid, slechte conditie, spanningsklachten);
- de werksituatie (te grote werkdruk, stresserende omstandigheden, slecht time-management);
- de persoonlijkheid (dwangmatig, narcistisch) en de emotionele balans;
- terugvalpreventie.

We zullen ter illustratie aangeven hoe op ieder van deze aspecten in een behandelprogramma kan worden aangegepen.

6.1 *Uitputtingssyndroom*

Het uitputtingssyndroom bestaat uit vermoeidheidsklachten en verhoogde vermoeibaarheid, slaapstoornissen, dysforie, maag- en darmklachten, pijnklachten, spanningsklachten, duizeligheid, concentratieproblemen en vooral piekeren. Voor al deze klachten zijn effectieve behandelprogramma's ontwikkeld.

Vermoeidheid en pijnklachten

De vermoeidheid en vermoeibaarheid wordt aangepakt door middel van een gedoseerde activering (ontspanningsoefening, conditieverbetering, hobby) en structurering van de dag (op tijd

opstaan, activiteiten plannen). Er vindt een geleidelijke toename van belasting plaats en het activiteitsniveau wordt geleidelijk opgevoerd totdat het niveau van een normale werkdag wordt gehaald. Daarnaast zijn ontspanningsoefeningen, (zelf)hypnose en cognitieve interventies zeer geschikt voor het beïnvloeden van pijnklachten (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).

Spanningsklachten

Onder de noemer stress-management training worden verschillende strategieën gehanteerd: relaxatie, meditatie, hypnose, biofeedback, cognitieve therapie en conditieverbetering (Feuerstein, Labbé & Kuczmierczyk, 1986). De effectiviteit van deze ingrediënten heeft waarschijnlijk vooral te maken met de persoonlijke voorkeur en met non-specifieke factoren. Daarnaast lijken het sensibiliseren voor spierspanning en autonome activiteit, het afleiden van de aandacht en het versterken van het gevoel van controle de centrale werkzame elementen te zijn (Borkovec, Johnson & Block, 1984). Oefeningen kunnen op cassette worden opgenomen, en wanneer de spanning in bepaalde situaties optreedt kan er 'cue-conditioning' plaatsvinden op die situaties: de relaxatierespons wordt geconditioneerd aan een signaal (de vuist ballen, geluid van eigen stem) in een spanningsvolle situatie (Smith-Van Rietschoten & Hoogduin, 1991).

Piekeren

Piekeren is een vorm van ineffectief probleem oplossen. De patiënt wordt geleerd om in piekersessies beter problemen op te lossen, waarbij met potlood en papier op een vast tijdstip een uur per dag wordt gepiekerd. Hierbij worden conclusies getrokken, samenvattingen gemaakt en werkpunten geformuleerd. Tevens wordt de patiënt geleerd het piekeren buiten de sessies te couperen met incompatibele activiteiten (lezen, praten). Het programma is zo deels gericht op exposure aan en verwerking van nare ervaringen (gemiste kansen, flaters) en op het doorbreken van de twijfelspiraal (Hoogduin, 1987).

Slaapstoornissen

Het aanleren van slaaphygiënische maatregelen (bijvoorbeeld geen koffie voor het slapen of ingewikkelde echtelijke gesprekken), ontspanningsoefeningen en afleiden van de aandacht (bijvoorbeeld door middel van een 'ordeal treatment') lijken de belangrijkste ingrediënten van slaaptherapie te zijn (Houben, 1983).

Dysforie

Ontstemming betekent een verhoogde prikkelbaarheid met als gevolg allerlei 'slachtoffers' in de omgeving. Het uitgangspunt is hier een zelfcontroleprocedure. Snauwen, boze uitingen en geprikkeld zijn mogen niet meer voorkomen. Na registratie van agressieve gedachten en uitingen kunnen zelfcontroleprocedures worden toegepast met stimuluscontrole, stimulus-respons interventies en 'response cost' (Schaap, Hoogduin & Meulenbeek, 1991).

Duizeligheid

Deze klacht treedt vaak samen op met vermoeidheid, verminderde conditie en orthostatische hypotensie. 'Applied tension', een systematisch leren aanspannen in plaats van ontspannen van de spieren (Öst, 1987), is een zeer effectieve techniek naast het verbeteren van de lichamelijke conditie en dieetvoorschriften.

6.2 De werksituatie

Voorafgaand aan de terugkeer in de werksituatie moet er gezocht worden naar de stresserende momenten in het werk. Bij terugkeer in het werk dient de patiënt in vivo gemonitord te worden. Op de stresserende momenten kunnen dan bepaalde programma's worden uitgevoerd, zoals assertiviteitstraining, meer 'nee' zeggen en minder 'ja' zeggen (Hoogduin, 1977), 'cue-conditioning', verhoging van de spreekvaardigheid, ontspanningstechnieken, time-management (tijdsregistratie, effectieve output regi-

streren, realistisch plannen, delegeren, en dergelijke) en toewerken naar een betere werksituatie (inventarisatie van belastende onderdelen, eventueel afstoten en vervangen van taken, sterkte-zwakke analyse).

6.3 De persoonlijkheid

Er is cognitieve therapie nodig om de persoon te confronteren met zijn of haar psychasthene of narcistische persoonlijkheidsstructuur, waarbij de logische consistentie van eigen uitspraken wordt geanalyseerd en de persoon wordt uitgedaagd tot empirische toetsing (Arntz, 1991). Bij de psychasthene persoon: de wereld vergaat niet als er een foutje is gemaakt, en bij de narcistische persoon: wanneer je straks in je graf ligt, lig je alleen. Verder moet de emotionele balans hersteld worden. Je kunt niet in een relatie – ook niet in het werk – alleen maar geven zonder iets terug te krijgen (complimenten, bedankjes, intrinsieke beloning). De patiënt dient dus op te passen niet teveel emotioneel te investeren.

6.4 Terugvalpreventie

Uiteindelijk gaat de patiënt terug naar de situatie waarin hij ontspoord is. Er zullen derhalve waarschuwingssignalen moeten worden ingebouwd die het de patiënt gemakkelijker maken spanning te herkennen en maatregelen te nemen om deze te reduceren. Daarbij is het van belang om hoge risicosituaties te identificeren.

7 Een casus

De heer Dijkstra is een 48-jarige man die wordt aangemeld door zijn bedrijfsarts omdat hij zodanig in zijn werk als leraar was vastgelopen dat hij zich met extreme vermoeidheid en spanningsklachten een half jaar geleden ziek meldde. Aanleiding was het feit dat de heer Dijkstra bij een recentie fusie was gepasseerd voor een fel begeerde coördinatiefunctie.

Het diagnostisch onderzoek laat zien dat de heer Dijkstra veel spanningsklachten heeft, oververmoeid is, enigszins op zijn hoe-

de is en gedemoraliseerd. Verder voelt hij zich verminderd professioneel bekwaam en is hij subassertief. De stemming is gedrukt, maar er zijn geen vitale kenmerken. Er is geen sprake van een depressie. Patiënt voldoet niet aan de criteria van een angststoornis, hoewel er duidelijke spanningsklachten zijn. Ten slotte heeft hij dwangmatige en narcistische trekken.

In de eerste therapiesessie krijgt de heer Dijkstra informatie over burnout en worden de klachten nog eens op een rijtje gezet en geïnterpreteerd als spanningsklachten, als signalen van roofofbouw plegen op jezelf. Tevens wordt met patiënt doorgenomen hoe de spanning op ieder uur van de dag geregistreerd kan worden op een schaal van 0 (=diep ontspannen) tot 10 (=paniek).

In de tweede sessie wordt de registratie van spanning doorgenomen, die vooral gekenmerkt wordt door vermoeidheid en hoofdpijklachten. Verder valt op dat hij veel piekert over school en over zichzelf. Het piekeren wordt aangepakt met couperende activiteiten en piekersessies.

In de derde sessie wordt progressieve relaxatie geoefend en op cassette opgenomen. Gedurende de afgelopen week was het de heer Dijkstra opgevallen dat ook minder ernstige spanningssignalen waar te nemen waren zoals lichamelijke onrust, beginnende druk in de nek en koude vingers. Afgesproken wordt dat hij bij deze signalen zal gaan knutselen, naar muziek zal luisteren of een korte wandeling zal maken.

In de vierde sessie blijkt dat de relaxatie-oefening goed gaat en ook de andere interventies leiden tot een vermindering van spanning. In de sessie wordt 'cue-conditioning' geoefend; de ontspanning wordt gekoppeld aan het ballen van de rechtervuist. Verder wordt een zelfcontroleprogramma gestart om zijn onstemdheid aan te pakken. Afgesproken wordt dat zijn vrouw registreert hoe vaak hij onaangenaam reageert op haar of de kinderen. Overtredingen worden beboet met huishoudelijke arbeid. Ten slotte wordt aangekondigd dat een begin zal worden gemaakt met een werkhervattingsplan.

Bij het begin van de vijfde sessie vertelt patiënt dat het praten over werkhervatting de nodige spanning had veroorzaakt. Wel had hij overigens spontaan contact met de school en zijn collega's gezocht. Dat was hem erg meegevallen met behulp van de 'cue-

conditioning'. In overleg met de bedrijfsarts wordt afgesproken, dat de heer Dijkstra geleidelijk op therapeutische basis part-time zal gaan werken.

In de zesde sessie vertelt de heer Dijkstra dat hij een lichte terugval had gehad vanwege een telefoongesprek met zijn directeur waarin hij ja tegen een te zware taak had gezegd. Besloten wordt om deze situatie in een RET-schema te zetten. Centraal lijken irrationele gedachten te staan als: ik moet alles perfect doen, en: ik moet alles doen want niemand kan het beter. Als huiswerk-opdracht moet de heer Dijkstra zijn directeur bellen met de mededeling dat de gesuggereerde taak nog te zwaar voor hem is.

In de zevende sessie – de sessies vinden inmiddels één maal per twee weken plaats – wordt het telefoongesprek met de directeur besproken. Dat was goed gegaan; de directeur had zich heel schappelijk opgesteld. Besproken wordt aan welke voorwaarden moet worden voldaan alvorens op school te beginnen: op tijd ontspannen, spanningssignalen monitoren, niet teveel werk tegelijk doen, op tijd nee zeggen, zich niet overal verantwoordelijk voor voelen.

Bij de achtste sessie geeft de heer Dijkstra aan in paniek te zijn geraakt over de werkhervatting. Hij had het gevoel gehad er nog niet klaar voor te zijn. Afgesproken wordt dat patiënt zelf zal aangeven wanneer hij zal kunnen beginnen. De negatieve cognities rondom de werkhervatting worden vervolgens doorgewerkt en aangepakt.

In de negende sessie geeft patiënt aan dat de ontspanning steeds beter lukt. Ook de vermoeidheid neemt steeds meer af. Het activeringsprogramma begint duidelijk vruchten af te werpen. Wel had de heer Dijkstra opgemerkt dat hij steeds slecht sliep als er iets spannends was gebeurd (een feestje bijvoorbeeld). Patiënt wordt aangeraden om voor het naar bed gaan na te gaan of hem nog iets dwars zit en dat vervolgens in de sfeer van piekersessies te noteren voor de volgende dag. Daarnaast wordt hij gestimuleerd om spanningsvolle situaties steeds meer op te zoeken (stress exposure).

In de tiende sessie komen situaties ter sprake waarin hij nee heeft gezegd. Verder worden enkele situaties besproken waarin de heer Dijkstra meer grenzen wil stellen.

Bij de elfde sessie geeft de heer Dijkstra aan dat hij weer enkele ochtenden naar school wil gaan. Nogmaals wordt besproken aan welke voorwaarden moet worden voldaan.

Voor de twaalfde sessie, na drie weken, heeft de heer Dijkstra weer een kleine terugval gehad naar aanleiding van een opmerking van de directeur dat zijn afwezigheid zo lastig was voor het organiseren van allerlei schoolse activiteiten. De heer Dijkstra heeft de spanning aardig opgevangen door thuis eerst een uitgebreide ontspanningsoefening te doen en daarna in de schuur wat te gaan knutselen.

De dertiende sessie staat in het teken van time-management. De heer Dijkstra neemt zijn planning mee. Hij registreert met welke klussen hij bezig is en hoeveel tijd hij per klus besteedt. Ook maakt hij een ordening van zijn activiteiten in termen van belangrijkheid. Verder neemt hij zich voor kleine klussen meteen af te werken en bepaalde onderdelen te delegeren. Inmiddels is de heer Dijkstra begonnen om half-time te werken.

De veertiende en vijftiende sessie staan in het teken van consolidering van de verbetering en het opbouwen van een normale dagtaak. Het hanteren van spanning gaat uitstekend: korte ontspanningsoefeningen tijdens pauzes, veel tijd besteden aan zijn hobby's en investeren in zijn gezin. De heer Dijkstra oefent regelmatig met rationele zelfanalyses en slaagt erin om de valkuilen van zijn negatieve gedachten te herkennen en te ontduiken. Deze sessies worden ook gebruikt om maatregelen te ontwikkelen om terugval te voorkomen. Belangrijke signalen van spanning (beginnende hoofdpijn, vermoeidheid) worden uitvergroot, evenals situaties waarin een groot risico op terugval verborgen is (verzoeken, werk naar zich toe trekken, perfectionisme).

Bij follow-up na drie maanden blijkt de spanning zo goed als verdwenen en haalt hij op de SCL een score van 138, hetgeen uitgesproken laag is.

Literatuur

- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, 11 (4), 252-269.
- Borkovec, T.D., Johnson, M.C., & Block, D.L. (1984). Evaluating experimental designs in relaxation training. In R. Woolfolk & P. Lehrer (Eds.), *Principles and practice of stress management training*. New York: Guilford Press.

- Buunk, A.P., & Schaufeli, W.B. (1993). Burnout. A perspective from social comparison theory. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-73). Washington: Taylor & Francis
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Cordes, C.L., & Dougherty, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- Diekstra, R.W., Heus, P. de, Schouten, M.H., & Houtman, I.L.D. (1994). *Werken onder druk. Een onderzoek naar omvang en factoren van werkstress in Nederland*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Feuerstein, M., Labbé, E.E., & Kuczmierczyk, A.R. (1986). *Health psychology: A psychobiological perspective*. New York and London: Plenum Press.
- Firth, H., McIntee, J., McKeown, P., & Britton, P. (1986). Burnout and professional depression: Related concepts? *Journal of Advanced Nursing*, 11, 273-282.
- Freedy, J.R., & Hobfoll, S. (1994). Stress inoculation for the reduction of burnout: A conservation of resources approach. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 311-325.
- Freudenberger, H.J. & Richelson, G. (1980). *Burnout. The cost of high achievement*. New York: Anchor Press.
- Golembiewski, R.T., & Munzenrider, R.F. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. New York: Praeger.
- Higgins, N.C. (1986). Occupational stress and working women: The effectiveness of two stress reduction programs. *Journal of Vocational Behavior*, 29, 66-78.
- Hoogduin, C.A.L. (1987). Enige opmerkingen over twijfelzucht en het nemen van beslissingen. *Directieve Therapie*, 7(1), 63-70.
- Hoogduin, C.A.L. (1977). 'Overwerkt zijn'. Een eenvoudige behandeling van het onvermogen om 'nee' te zeggen. In K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie* 1. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Houben, M.E. (1983). Slapeloosheid. In J. Orlemans e.a. (red.), *Handboek Gedragstherapie Deel C.10* (pp. 1-44). Deventer: Van Loghum Slaterus
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29, 284-297
- Leiter, M.P. (1993). Burnout as developmental process: Consideration of models. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). Washington: Taylor & Francis.
- Leiter, M.P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression. A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress and Coping*, 7, 357-373
- Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. In J.W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions* (pp. 30-53). Park Ridge, Ill: London House Press
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *MBI Maslach Burnout Inventory, Manual Research-Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C., & Schaufeli, W.B. (1993) Historical and conceptual development of burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). Washington: Taylor & Francis.
- Meier, S.T. (1983). Toward a theory of burnout. *Human Relations*, 36, 899-910
- Öst, L.G. (1987) Applied relaxation. Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25(5), 397-409.
- Pines, A. & Aronson, E. (1983). 'Combating burnout'. *Children and Youth Services Review*, 5, 263-275.
- Schaap, C., Meulenbeek, P., & Hoogduin, C.A.L. (1990). De behandeling van agressief gedrag middels zelfcontrole procedures. In P.B. Defares & J.D. van de Ploeg (red.), *Agressie: Determinanten, signalering en interventie* (pp. 481-501). Assen: Van Gorkum.
- Schaufeli, W.B. (1990). *Opgebrand: Over de achtergronden van werkstress by contactuele beroepen - het burnout-syndroom*. Rotterdam: Ad. Donker.
- Schaufeli, W.B. (in druk). The evaluation of a burnout workshop for community nurses. *Journal of Health and Human Resources Administration*.
- Schaufeli, W.B. & Buunk, A.P. (in druk) Professional burnout. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: John Wiley.
- Schaufeli, W.B., Enzmann, D., & Girault, N. (1993) Measurement of burnout: A review. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 199-215). Washington: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B., Maslach, C., & Marek, T. (Eds.) (1993). *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B., & Dierendonck, D. van (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647.
- Schaufeli, W.B., & Dierendonck, D. van (1994). Burnout, een concept gemeten: De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). *Gedrag en Gezondheid*, 22, 153-172
- Schaufeli, W.B., Daamen, J., & Mierlo, H. van (1994) Burnout among Dutch teachers: An MBI validity study. *Psychological and Educational Measurement*, 54, 803-812
- Schaufeli, W.B., Dierendonck, D. van, & Gorp, K. van (1995) *Burnout and reciprocity Towards a dual-level social exchange model*. (Manuscript aangeboden ter publikatie)
- Schaufeli, W.B., Kladler, A., Schaap, C., & Hoogduin, C.A.L. (1995). *Burnout in an out-patient setting*. (Manuscript aangeboden ter publikatie).
- Smith-Van Rietschoten, W., & Hoogduin, C.A.L. (1991) Angst voor spreken in het openbaar. *Directieve Therapie*, 11(1), 43-57
- Terluis, B. (1994) *Overspanning onderbouwd*. Universiteit Utrecht (academisch proefschrift).
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983) *Pain and behavioral medicine A cognitive behavioral perspective*. New York: Guilford Press

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genève: W.H.O.