



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Diagnostiek en behandeling van chronische werkstress en burnout

Cas Schaap, Wilmar Schaufeli en Kees Hoogduin\*

---

## Samenvatting

*De kenmerken van chronische werkstress en burnout worden beschreven tegen de achtergrond van de differentiële diagnoses overspannenheid, neurasthenie en depressie. Oververmoeidheid, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid lijken de centrale elementen. Een behandelingsmodel wordt beschreven waarin op deze elementen wordt aangegegrepen. De behandeling bestaat uit spanningsvermindering, cognitieve therapie, vaardigheidstraining, begeleide herintreding en het voorkomen van terugval. De behandeling wordt met een gevalsbeschrijving geïllustreerd. In de discussie wordt aandacht besteed aan problemen in de behandeling.*

## Inleiding

Freudenberger (1974) gebruikte de term 'burnout' om een specifieke vorm van met het werk samenhangende psychische problematiek bij vrijwilligers te beschrijven, enkele maanden nadat ze begonnen waren te werken bij een alternatieve hulpverleningsinstelling. Zij ontwikkelden vele klachten, zoals uitputting, oververmoeidheid, hoofdpijn, slapeloosheid, toegenomen prikkelbaarheid, snelle irritatie, negativisme, cynisme, frustratie en sociale isolatie. Kenmerkend was dat het ging om mensen die aanvankelijk met tomeloze inzet en veel enthousiasme hadden gewerkt. Schaufeli, Maslach en Marek (1993) noemen een honderdtal symptomen die in de literatuur met burnout in verband gebracht worden, waarbij psychische en fysieke uitputtingsverschijnselen het meest kenmerkend zijn. Pogingen om burnout te definiëren hebben hier dan ook meestal betrekking op. De meest invloedrijke omschrijving van burnout is afkomstig van Maslach (1993) die naast emotionele uitputting een cynische, negatieve en kille houding ten opzichte van de mensen met wie men werkt (in de burnout-literatuur enigszins verwarrend 'depersonalisatie' genoemd) en een gevoel van verminderde persoonlijke bekwaamheid als onderdelen van het syndroom beschouwt. Toegevoegd kan nog worden dat de patiënten zichzelf beschrijven in termen van ontredde en het gevoel dat het afgelopen is, dat er geen weg terug is (Schaufeli et al., 1993). In die zin past de term depersonalisatie wel bij dit vervreemde gevoel ten opzichte van zichzelf.

Maslach beperkt burnout tot de sociale beroepen waar op professionele wijze met andere mensen wordt gewerkt. Andere invloedrijke auteurs als Pines en Aronson (1988)

---

\* DR. C.P.D.R. SCHAAP is psycholoog en universitair hoofddocent aan de Vakgroep Klinische psychologie en persoonlijkheidsleer van de Katholieke Universiteit Nijmegen.  
PROF. DR. W.B. SCHAUFELI is verbonden aan de Vakgroep Sociale en organisatiepsychologie en de Vakgroep Klinische psychologie en gezondheidspsychologie van de Universiteit van Utrecht.  
PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN is verbonden aan de Vakgroep Klinische psychologie en persoonlijkheidsleer van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

zijn het met deze beperking niet eens. Zij beschouwen burnout als een oververmoeidheidssyndroom, dat in principe in ieder beroep, en ook daarbuiten (bijv. in het huwelijk) kan voorkomen.

Over de etiologie van burnout bestaat geen eenstemmigheid. Er kunnen drie elkaar aanvullende typen verklaringen onderscheiden worden (Schaufeli 1993). *Individueel-psychologische* verklaringen van burnout leggen de nadruk op de discrepantie tussen het te hoge verwachtingspatroon ten aanzien van het werk en de alledaagse werkelijkheid. Bij *sociaal-psychologische* verklaringsmodellen staat de relatie met andere personen centraal. Zo zien Maslach en Jackson (1986) de belangrijkste oorzaak van burnout in de emotioneel belastende omvang met cliënten, patiënten, leerlingen en anderen. In

*organisatiepsychologische* modellen ten slotte wordt het accent gelegd op de rol die bepaalde organisationele factoren spelen bij burnout, zoals een te hoge verwachting, gebrek aan autonomie, rolconflicten, en te weinig steun en feedback van de leiding.

Empirisch onderzoek naar burnout is vooral correlatief van aard, zodat er geen conclusies over de oorzaken getrokken kunnen worden. Dit onderzoek suggereert wel, dat vooral bepaalde kenmerken van de werksituatie met burnout samenhangen. Dit geldt voor objectief gemeten werkdruk (case load), maar ook voor subjectief ervaren arbeidsbelasting. Verder hangen ook rolconflicten, rolambigüiteit en een gebrek aan ondersteuning van de leiding nauw met burnout samen. Het verband tussen biografische en persoonskenmerken is over het algemeen minder sterk. Voor een uitvoerig overzicht van empirisch onderzoek wordt verwezen naar Schaufeli et al. (1993).

In hoeverre is burnout te onderscheiden van verwante fenomenen, die betrekking hebben op psychische uitputting, chronische vermoeidheid of verlies aan energie zoals werkstress, overspannenheid, surmenage, neurasthenie, vitale uitputting en depressie? Bij werkstress gaat het om een discrepantie tussen de eisen die de werkomgeving stelt en de individuele verwerkingsmogelijkheden. Het is een aanpassingsstoornis, die gepaard gaat met psychische, lichamelijke en gedragsmatige symptomen. Burnout, daarentegen, kenmerkt zich door een mislukte aanpassing en chronisch dysfunctioneren. Verder staan bij werkstress sociale symptomen en problematische attitudes veel minder op de voorgrond. Het ziet er dus naar uit dat werkstress eerder een proces is van dysfunctioneel reageren op stress, terwijl burnout meer de eindtoestand, het resultaat van dit proces reflecteert.

Overspannenheid (surmenage) wordt gekarakteriseerd door symptomen als moeheid, lusteloosheid, prikkelbaarheid, slapeloosheid, hoofdpijn, concentratieproblemen, duizeligheid, gejaagdheid, gespannenheid en emotionele labiliteit. Er zijn daarnaast weinig symptomen van depressie, somatisatie en angst. Sociaal dysfunctioneren is wel weer een belangrijk kenmerk van overspannenheid (Terluin, 1994). Er is geen empirisch onderzoek verricht naar de relatie tussen overspannenheid en burnout, maar sommige auteurs vinden dat het om hetzelfde beeld gaat (Heyman, 1990).

Er bestaat daarentegen wel een duidelijk onderscheid met depressie en depressieve klachten, zoals gemeten met de Beck Depression Inventory (BDI). Alhoewel er in de regel correlatiecoëfficiënten in de orde van 0,40 à 0,50 worden gevonden met de Maslach Burnout Inventory (MBI; de meest gebruikte vragenlijst om burnout te meten),

met name met emotionele uitputting, gaat het bij depressieve klachten en burnout empirisch gesproken toch om twee verschillende begrippen. Dat blijkt onder meer uit recente studies naar de discriminante validiteit van de MBI en de BDI (Glass, McKnight & Valdimarsdottir, 1993). Recentelijk hebben Schaufeli en Van Dierendonck (1993) de discriminante validiteit aangetoond van de MBI ten opzichte van twee schalen van de Vragenlijst Organisatie Stress-Doetinchem (VOS-D; Bergers, Marcelissen & De Wolff, 1986), die respectievelijk lichamelijke en psychische stressreacties meten.

Oververmoeidheid, een van de belangrijkste symptomen van burnout, komt ook voor bij neurasthenie (ICD-10; WHO, 1992). Hierbij zijn de centrale kenmerken vermoeidheid en snelle geestelijke en/of lichamelijke vermoeibaarheid. De diagnostische richtlijnen worden als volgt aangegeven:

- a
  - 1 persistente lichamelijke en/of geestelijke vermoeidheid
  - 2 verhoogde vermoeibaarheid na geestelijke inspanning
  - 3 uitputting na minimale lichamelijke inspanning
- b Ten minste twee van de volgende klachten:
  - 1 spierpijnklachten
  - 2 duizeligheid
  - 3 spanningshoofdpijn
  - 4 slaapstoornis
  - 5 niet in staat te ontspannen
  - 6 prikkelbaarheid
  - 7 maag/darmbezwaren (dyspepsie)
- c Voldoet niet aan een andere angst- of depressieve stoornis.

Burnout wordt hiervan nadrukkelijk onderscheiden en is ondergebracht in de rubriek van factoren, die gezondheid en het contact met de hulpverlening kunnen beïnvloeden (de zgn. Z-codes). Hiertoe rekent ICD-10 een aantal beelden, die lijken op de omschrijving van aanpassingsstoornissen in de DSM-IV.

De DSM-IV kiest voor een descriptieve benadering van de verschillende psychopathologische beelden. De ICD-10 kiest, daarentegen, bij neurasthenie voor een etiologische benadering. Ook burnout is een etiologische term. Blijkbaar leiden factoren op het werk tot dit beeld. Twee vragen dringen zich derhalve op. Kunnen dezelfde factoren tot bijvoorbeeld depressie leiden? En: leiden andere factoren ook tot neurasthenie? Beide vragen kunnen bevestigend beantwoord worden. Bij bepaalde kwetsbare individuen leiden met het werk samenhangende problemen tot een stemmingsstoornis. En bepaalde situaties en factoren leiden ook tot neurasthenie (waarschijnlijk ook bij bepaalde kwetsbare individuen): chronische ziekten, bepaalde virusinfecties, belastende omstandigheden in het gezin of in de partnerrelatie.

## Een patiënt met burnout

---

*De heer Dijkstra is een 48-jarige man die wordt aangemeld door zijn bedrijfsarts en sinds een halfjaar in de ziektewet zit. Hij was in zijn werk als leraar vastgelopen en had zich in verband met vermoeidheid en spanningen ziek gemeld. De heer Dijkstra had recent een belangrijke rol vervuld in een fusie tussen de MBO-school waar hij les gaf en een andere school in de stad. Bij deze fusie was ook de functie als coördinator vrijgekomen en hierop had*

*de heer Dijkstra zijn zinnen gezet. Na de uiteindelijke fusie werd hij voor die functie gepasseerd. Voor de heer Dijkstra kwam deze beslissing extra hard aan omdat hij zich zo had ingezet. Hij voelde zich gekwetst en onrechtvaardig behandeld, zeker omdat hij altijd zoveel meer tijd in zijn werk stak dan de collega die de begeerde functie wel kreeg. Kort nadat hij voor de nieuwe functie gepasseerd was kreeg hij klachten. Hij had voorheen al vaker een vermoeid gevoel, maar na dit voorval voelde hij zich lichamelijk en geestelijk uitgeput. Patiënt geeft aan nog steeds in deze toestand te verkeren. Hij gebruikt geen slaapmedicatie, slaapt tot tien uur 's ochtends en heeft dan veel tijd nodig om op te staan. Hij blijft vervolgens een vermoeid gevoel houden. Daarnaast heeft hij erg veel last van piekeren en concentratieproblemen. Wanneer hij een boek leest is hij na een paar regels al vergeten wat hij gelezen heeft. Bovendien krijgt hij er hoofdpijn van. Ook klaagt hij over angst en spanningen. In het bijzijn van anderen heeft hij een strak gevoel rond de borst, een dichtgeknepen keel en voelt hij zich benauwd. Hij geeft aan dat hij geen situaties vermijdt, maar zich vaak ertoe moet zetten om iets te ondernemen. Wanneer iets niet lukt of iemand onaardig doet is hij snel overstuurd. Hij trekt zich alles erg aan, is snel emotioneel en heeft het gevoel dat er vaak over hem gepraat wordt. Hij herkent zichzelf helemaal niet meer, hetgeen zijn gevoel van ontredde alleen maar versterkt. Al in een eerder stadium heeft hij zijn hobby's – hij was lid van een bridgeclub, zat in het bestuur, en hij restaureerde antieke meubelen – opgegeven omdat het niet te verenigen was met zijn overwerk. Nu hij er wel tijd voor heeft, ontbreekt het hem aan energie en de lust.*

*Patiënt heeft na de lagere school, de mulo en, na aanvullende studies, de sociale academie afgerond. Hij was een goede leerling, maar wel perfectionistisch. Na de academie werkte hij als maatschappelijk werker. Tijdens deze periode heeft hij een avondstudie gevolgd en werd hij docent op een MBO. Hij leerde zijn huidige vrouw kennen op de sociale academie. Ze hebben twee kinderen: een dochter van acht en een zoon van elf. Volgens zijn zeggen zijn er geen problemen in zijn huwelijk en gaat het goed met de kinderen. Wel hebben het overwerken en de drukte op school een sterke wissel op de relatie getrokken. Hij voelt zich schuldig omdat de huidige situatie voor zijn vrouw en kinderen ook erg zwaar is. Hij zegt het lesgeven heerlijk te vinden, maar door de administratieve taken en de fusieperikelen ook daarin tekort geschoten te zijn.*

*Bij onderzoek zien we een dwangmatige, onzekere en gespannen man. Patiënt heeft zijn zelfvertrouwen verloren en voelt zich gespannen in allerlei sociale situaties. Zijn verhaal is coherent, het bewustzijn is helder en hij richt zijn aandacht goed. De stemming is gedrukt, maar hij voldoet niet aan de kenmerken van een depressie, evenmin aan die van een angststoornis, hoewel er duidelijke spanningsklachten en licht sociaal-fobische trekken zijn.*

## Diagnostiek

Gegeven het feit dat het bij burnout om een groot aantal uiteenlopende symptomen kan gaan is het van belang over een instrument te beschikken waarmee deze brede symptomatologie adequaat kan worden getaxeerd. De Symptom Checklist (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986) is een veel gebruikt instrument om psychosociale klachten te inventariseren, met uitstekende psychometrische kwaliteiten (Arrindell & Ettema, 1986). Op de SCL-90 worden een achttal subschalen onderscheiden, te weten: Agorafobie (bang om alleen uit huis te gaan), Angst (trillen; je bang voelen), Depressie (weinig puf hebben), Somatische klachten (hoofdpijn, duizeligheid), Insufficiëntie van denken en handelen (moeilijk iets kunnen onthouden), Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit (kritisch staan tegenover anderen), Hostiliteit (vaak in ruzies verzeild raken), Slaapproblemen (moeilijk in slaap kunnen komen) en de

totaalscore Psychoneuroticisme. De heer Dijkstra scoort vergeleken met de normgroep psychiatrische patiënten hoog op de subschalen Angst, Depressie, Somatische klachten en Wantrouwen en Interpersoonlijke sensitiviteit. Ook de totaalscore is relatief hoog.

Alhoewel er verschillende vragenlijsten bestaan om burnout te meten, wordt de Maslach Burnout Inventory (MBI) veruit het meest gebruikt. Deze bestaat uit drie subschalen: Emotionele uitputting, Depersonalisatie en (verminderde) Persoonlijke Bekwaamheid. De psychometrische eigenschappen van de MBI, zoals de betrouwbaarheid en validiteit, zijn goed te noemen (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; 1994). Een nadeel is dat de MBI in principe alleen geschikt is voor mensen die in sociale beroepen werkzaam zijn. Aan een algemene versie, die bij iedereen ongeacht het beroep kan worden afgenomen, wordt momenteel gewerkt. In afwachting van de officiële handleiding van de MBI-NL zijn voorlopige leeftijds- en geslachtsspecifieke normen beschikbaar in de vorm van cut-off-scores voor het 5e, 25e, 76e en 95e percentiel (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, bij wie de MBI klinisch is gevalideerd (Schaufeli, Kladler, Schaap & Hoogduin, 1995). De heer Dijkstra scoort hoog op de MBI, met name de hoge scores op Emotionele uitputting en (verminderde) Persoonlijke bekwaamheid zijn opvallend.

Gezien het feit dat burnout optreedt in de context van chronische interpersoonlijke appels in de werksituatie en verband lijkt te hebben met interpersoonlijke sensitiviteit en hostiliteit, is het van belang om vast te stellen hoe patiënt omgaat met anderen, bijvoorbeeld met behulp van de Schaal voor interpersoonlijk gedrag (SIG; Arrindell, De Groot & Walburg, 1984). De SIG is een schaal waarin twee dimensies van belang zijn, namelijk spanning en frequentie. De combinatie van deze twee dimensies leidt tot een viertal cellen: Assertief (spanning laag, frequentie hoog), Onverschillig (spanning laag, frequentie laag), Angstig uitvoerend (spanning hoog, frequentie hoog) en Subassertief (spanning hoog, frequentie laag). Er zijn vier subschalen, te weten: Het uiten van negatieve gevoelens (kritiek geven, weigeren), Het uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid (kritiek ontvangen, aandacht en hulp vragen), Jezelf kwetsbaar maken (contact leggen) en Het uiten van positieve gevoelens (complimenten en waardering geven en ontvangen).

Bij de heer Dijkstra valt op dat hij hoog scoort in het onverschillige en subassertieve quadrant. Dit betekent dat hij veel spanning zal ervaren en dat deze gedragingen niet veel zullen voorkomen. Hij ervaart met name veel spanning bij het zich kwetsbaar maken en bij het uiten van negatieve gevoelens.

Ook de persoonlijkheid is van belang bij het ontwikkelen van

chronische werkstress en burnout. Niet iedereen werkt iedere avond over en niet iedereen voelt zich gekwetst wanneer zijn omgeving onvoldoende applaudiseert. De Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV; Luteijn, Starren & Van Dijk, 1985) is een veel gebruikt instrument met uitstekende psychometrische kwaliteiten. Bij de NPV

worden de volgende subschalen onderscheiden: Inadequatie, Sociale Inadequatie, Rigiditeit, Verongelijkheid, Zelfgenoegzaamheid, Dominantie en Zelfwaardering.

De hoge scores van de heer Dijkstra op de subschalen Rigiditeit en Verongelijkheid zijn opvallend. Hij is iemand die erop gesteld is om gebeurtenissen volgens plan te laten verlopen. Verder heeft hij vaste gewoontes en principes en enige intellectuele starheid. Ook voelt hij zich snel aangevallen. Samenvattend laat het diagnostisch onderzoek zien dat de heer Dijkstra veel spanningsklachten heeft, oververmoeid is, enigszins op zijn hoede is en gedemoraliseerd. Verder voelt hij zich verminderd professioneel bekwaam en is hij subassertief. Ten slotte heeft hij enige dwangmatige trekken.

## Indicatiestelling

Over de effectieve behandeling van burnout is weinig bekend. De meeste interventiestrategieën zijn secundair-preventief van aard en erop gericht om bij mensen met een verhoogd risico, of met enige klachten, burnout te voorkomen. Vooral de zogenaamde burnout-workshops zijn populair. Het doel van deze workshops is meestal tweeledig: men wil de sensitiviteit voor burnout verhogen en een aantal technieken oefenen om burnout zo vroeg mogelijk te bestrijden. Over de effectiviteit van dergelijke workshops is overigens niet veel bekend. Pines en Aronson (1983) vonden zes maanden na de eendaagse workshop geen verschil in mate van burnout tussen een experimentele groep en een controlegroep. Wel was de eerstgenoemde groep tevredener met het werk dan de groep die de workshop niet gevolgd had. De meest zorgvuldig opgezette studie wordt gerapporteerd in Higgins (1986). Hierin werd het resultaat van twee verschillende interventieprogramma's onderzocht. Eén programma was hoofdzakelijk gebaseerd op het aanleren van cognitieve vaardigheden. In het andere programma stond relaxatietraining centraal. Na zeven wekelijkse bijeenkomsten bleek het niveau van burnout in beide experimentele groepen gedaald te zijn, terwijl dat van de niet-behandelde controlegroep stabiel gebleven was.

Hobfoll en Freedy (1993) rapporteren de effecten van een stress-inoculatie training bij 87 verpleegsters. Alle deelnemers die vooruitgang in sociale ondersteuning boekten, rapporteerden ook een significante vermindering van emotionele uitputting. Schaufeli (in druk) rapporteert ook een significante daling van de scores op emotionele uitputting, verveling, stress en somatische klachten bij 122 wijkverpleegsters na een training in onder meer ontspanning, lichaamsbewustwording, conflicthantering en rationeel-emotieve therapie. 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. In de behandeling zullen dus zeker ongezonde manieren van zich handhaven in moeilijke omstandigheden (coping) dienen te veranderen en zal moeten worden aangegrepen op de (spannings)klachten. Daarnaast zullen risicofactoren die met de persoonlijkheid te maken hebben, aangepakt moeten worden. Iemand met een dwangmatig karakter zal problemen kunnen krijgen bij fusies en reorganisaties, aangezien de voorspelbaarheid van zijn leven afneemt. Daarnaast zal de behandeling gericht moeten zijn op het

mobiliseren van sociale steun, zowel op het werk als daarbuiten. Ten slotte zal moeten worden voorkomen dat de klachten opnieuw optreden.

## Behandelprogramma

Aan de behandeling van burnout zijn dus diverse aspecten te onderscheiden die telkens onderdeel kunnen zijn van een behandelprogramma. We zullen ter illustratie aangeven hoe op deze aspecten in een behandelprogramma kan worden aangegepen. Deze aspecten zijn:

- a Het uitputtingssyndroom (oververmoeidheid, slechte conditie, spanningsklachten);
  - b De werksituatie (te grote werkdruk, belastende omstandigheden, inadequate indeling van de tijd);
  - c De 'persoonlijkheid' (dwangmatig, narcistisch) en verstoringen in de zogenaamde 'emotionele balans';
  - d Het voorkomen van herhaling.
- a Het *uitputtingssyndroom* bestaat uit vermoeidheidsklachten en verhoogde vermoeibaarheid, slaapstoornissen, dysforie, maag- en darmklachten, pijnklachten, spanningsklachten, duizeligheid, concentratieproblemen en vooral piekeren. Voor deze klachten zijn effectieve behandelprogramma's ontwikkeld.
- *Vermoeidheid en pijnklachten*. De vermoeidheid en vermoeibaarheid worden behandeld door middel van een gedoseerde activering (ontspanningsoefening en conditieverbetering) en structurering van de dag (op tijd opstaan, activiteiten plannen). Er vindt een geleidelijke toeneming van belasting plaats. Het activiteitsniveau wordt geleidelijk opgevoerd, totdat het niveau van een normale werkdag wordt gehaald. Ontspanningsoefeningen, (zelf)hypnose en cognitieve interventies kunnen worden toegepast voor het beïnvloeden van pijnklachten (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).
  - *Spanningsklachten*. In de gezondheidspsychologie worden verschillende strategieën gehanteerd onder de noemer *stress-managementtraining*: relaxatie, meditatie, hypnose, biofeedback en cognitieve therapie (Feuerstein, Labbé & Kuczmierczyk, 1986). Deze ingrediënten zijn onderzocht bij verschillende spanningsklachten en blijken alle in enige mate effectief te zijn, dus zinvol. Zo is het onwaarschijnlijk dat meditatie effectiever is dan rustig zitten en voegt biofeedback niet veel toe aan een relaxatietraining. Naast gemeenschappelijke non-specifieke factoren lijken het sensitiseren 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). De Progressieve spierrelaxatie, de Suggestieve methode, autohypnose, concentratie-oefeningen, meditatie en ademhalingsoefeningen kunnen alle gebruikt worden om het spanningsniveau te verlagen. Deze oefeningen kunnen op cassette worden opgenomen. De patiënt dient zoveel mogelijk per dag te oefenen. Wanneer de spanning in bepaalde situaties optreedt kan er cue-conditioning plaatsvinden in die situaties: de relaxatie-respons wordt geconditioneerd aan een signaal (de vuist ballen, geluid van eigen stem) een spanningsvolle situatie (Smith-Van Rietschoten & Hoogduin, 1991).
  - *Piekeren*. Piekeren is een ineffektieve manier om problemen op te lossen. De patiënt wordt geleerd om beter problemen op te lossen in zogenaamde piekersessies, 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 patiënt geleerd het piekeren buiten de sessies te stoppen met onverenigbare activiteiten (lezen, praten, sporten, wandelen). Het programma is zo deels gericht op exposure aan en verwerking van nare ervaringen (gemiste kansen, flaters) en het deels op doorbreken van voortdurend getwijfel (Hoogduin, 1987).

- *Slaapstoornissen*. Het aanleren van juiste slaaphygiënische maatregelen (bijv. geen koffie voor het slapen of ingewikkelde echtelijke gesprekken), ontspanningsoefeningen en afleiden van de aandacht zijn belangrijke ingrediënten om de slaap te verbeteren (Houben, 1983).
  - *Dysforie*. Ontstemd zijn betekent verhoogd prikkelbaar zijn. Dit heeft gevolgen voor relaties met anderen. Een probleem is dat deze anderen de neiging hebben de onaangename bejegening door de patiënt niet te vergeten en soms zelfs hun gram te willen halen wanneer de patiënt zich weer wat beter voelt. Het uitgangspunt van de behandeling van ontstemd gedrag is een zelfcontroleprocedure. Snauwen, boze uitingen, geprikkeld zijn mogen niet meer voorkomen. Na registratie van agressieve gedachten en uitingen worden zelfcontroleprocedures toegepast met stimuluscontrole, stimulus-respons-interventies en respons-cost. Bij stimuluscontrole wordt de situatie zodanig geregisseerd dat agressieve uitingen een verminderde kans van optreden hebben. Bij stimulus-respons-interventies worden maatregelen afgesproken, consequent op het oplopen van de spanning en die in ieder geval leiden tot vertraging van de agressieve uiting. Bij response-cost worden boetes afgesproken wanneer de agressieve uiting ondanks de afgesproken stimuluscontrole en stimulus-respons-maatregelen toch plaatsvindt (Schaap, Meulenbeek & Hoogduin, 1990).
  - *Duizeligheid*. Deze klacht treedt vaak samen op met vermoeidheid, een verminderde conditie en orthostatische hypotensie. 'Applied tension' (AT; Öst, Fellenius & Sterner, 1991) is een zeer effectieve techniek om deze klacht te behandelen. Deze techniek bestaat uit een aantal keren achter elkaar gedurende vijftien tot twintig seconden aanspannen van de spieren, waardoor de bloeddruk stijgt. Tevens wordt de patiënt geleerd om de eerste signalen van bloeddrukverlaging te herkennen en de AT toe te passen. Daarnaast is een belangrijke interventie: het verbeteren van de lichamelijke conditie.
- b Bij terugkeer in de *werksituatie*, maar vooral voordat deze heeft plaatsgevonden, moet er gezocht worden naar belastende omstandigheden. Bij terugkeer van de patiënt in de werksituatie dient de patiënt in vivo te monitoren. Op basis van de belastende momenten worden dan programma's ontwikkeld om bepaalde vaardigheden te trainen. Deze kunnen bestaan uit een assertiviteitstraining (meer 'nee' zeggen [Hoogduin, 1977]; minder 'ja' zeggen), cue-conditionering, spreekvaardigheid verhogen of ontspanningstechnieken. Daarnaast is het van belang te leren de werktijd verstandig te besteden (tijdregistratie, resultaat vastleggen, realistisch plannen, delegeren, planning van voldoende variatie, werkzaamheden ordenen, kleine taken direct afwerken, inlassen van rustmomenten) en toe te werken naar een betere werkbelasting (inventarisatie belastende onderdelen, eventueel afstoten en vervangen, sterkte-zwakteanalyse).
- c Met behulp van *cognitieve therapie* leert de patiënt beter omgaan met zijn psychasthene of narcistische trekken, waarbij de logische consistentie van eigen uitspraken wordt geanalyseerd en de persoon wordt uitgedaagd tot empirische toetsing. Bij de psychasthene persoon: de wereld vergaat niet als er een foutje is

gemaakt en 'nee' zeggen betekent niet dat je de ander ter dood veroordeelt. Bij de narcistische persoon: wanneer je straks in je graf ligt, lig je alleen, niemand zal je dankbaar zijn en wanneer je alles beter doet dan een ander maak je weinig vrienden. De emotionele balans moet hersteld worden. Mensen die alleen maar geven en niets terugkrijgen, lopen risico's. Soms slagen mensen erin om elders wel de erkenning en waardering te krijgen. In een relatie en op het werk kan je niet alleen maar geven. Men moet iets terugkrijgen (complimenten, bedankjes, intrinsieke beloning).

- d *Het voorkomen van herhaling.* Uiteindelijk gaat de patiënt terug in de situatie waarin hij is vastgelopen. De patiënt weet met welke klachten de overbelasting begint. Zodra hij die klachten bij zichzelf waarneemt, moet hij dat als een signaal opvatten om over te schakelen op het terugval-preventieprogramma; een soort draaiboek dat is gemaakt naar aanleiding van een analyse van zijn eerste decompensatie.

## Behandeling

In de eerste zitting wordt met de heer Dijkstra besproken hoe burnout kan ontstaan. Er wordt hem uitleg gegeven van het klinisch beeld en van de prognose. Daarnaast worden de klachten nog eens op een rijtje gezet en geïnterpreteerd als spanningsklachten, als signalen van de roofofbouw die hij op zichzelf pleegt. Tevens wordt met de patiënt doorgenomen hoe de spanning de komende tijd moet worden geregistreerd (voor voorbeelden: zie Methorst, Hoogduin & Schaap, 1994). Op speciale formulieren dient hij ieder uur van de dag de spanning te registreren van 0 (= diep ontspannen) tot 10 (= paniek). Hij kan op deze formulieren ook aangeven wat de spanning veroorzaakte. Ten slotte kan hij aangeven hoe de spanning zou kunnen worden verminderd.

In de tweede zitting wordt de registratie van spanning besproken. De spanning lijkt te beginnen met vermoeidheid en hoofdpijnlachten. Verder valt op dat hij piekert over school en over zichzelf. Het piekeren wordt behandeld met couperende activiteiten en de afspraak voor piekersessies. Hij reserveert iedere avond een halfuur, waarin hij op een vaste plaats de onderwerpen begint uit te schrijven waarover hij piekert. Deze onderwerpen worden zo volledig mogelijk in kaart gebracht, waarna er oplossingen worden gevonden. In de loop van de tijd worden deze oplossingen uitgevoerd en geëvalueerd. Wanneer de piekersessie afgelopen is, en om hem te helpen het piekeren te stoppen, worden er activiteiten bedacht die onverenigbaar zijn met piekeren, zoals praten, motorische activiteit en aandacht voor de partner en de kinderen.

In de derde zitting wordt de instructie voor de progressieve relaxatie gegeven en op cassette opgenomen. De heer Dijkstra zal de oefening tweemaal daags uitvoeren. Gedurende de voorafgaande week was hem opgevallen dat spanning begon met een onrustig gevoel en een beginnende druk in de nek. Afgesproken wordt dat hij bij deze signalen zal gaan knutselen in zijn werkplaats, naar muziek zal luisteren of een wandeling zal maken.

Tijdens de vierde zitting wordt doorgesproken hoe de relaxatieoefening thuis is gegaan. Het oefenen gaat goed en ook de andere interventies hebben geleid tot een vermindering van spanning. Tijdens de zitting wordt de cue-conditioning geoefend. De bereikte ontspanning wordt gekoppeld aan het ballen van de rechtervuist. De heer Dijkstra

leert zich snel te ontspannen. Vervolgens leert hij deze snelle ontspanning te koppelen aan het ballen van een vuist. Daarna leert hij met behulp van het ballen van de vuist die ontspanning bij zichzelf teweeg te brengen. In moeilijke situaties zal hij dan met behulp van het ballen van de vuist steeds de ontspanning tot zijn beschikking hebben. Verder wordt een zelfcontroleprogramma gestart op zijn prikkelbaarheid. Afsproken wordt dat zijn vrouw registreert hoe vaak hij haar of de kinderen onvriendelijk bejegt. Dergelijk gedrag wordt beboet met het uitvoeren van taken die zijn partner ontlasten en haar enige vreugde bezorgen. Ten slotte wordt aangekondigd dat een begin zal worden gemaakt met een werkhervattingsplan.

Bij het begin van de vijfde zitting vertelt patiënt dat het praten over werkhervatting de nodige spanning heeft veroorzaakt. Wel heeft dat ertoe geleid dat hij contact met de school en zijn collega's heeft gezocht. Het is hem erg meegevallen, ondanks het feit dat de vragen van zijn collega's naar gezondheid hem moeilijk vielen. Hij heeft ook een afspraak gemaakt met zijn directeur om over taakhoud te praten. Afsproken wordt, in overleg met de bedrijfsarts, dat de heer Dijkstra op therapeutische basis zal gaan werken. Dit zal in een periode van twee tot drie maanden langzaam opgebouwd worden tot twintig uur in de week met activiteiten die hem niet te veel zullen belasten.

Het hanteren van de spanning gaat ook steeds beter. Het zelfcontroleprogramma rond ontstemming leidt tot een begin van het analyseren van zijn geachten. Er wordt een uitleg gegeven over cognitieve therapie (RET).

In de zesde zitting vertelt de heer Dijkstra dat hij een lichte terugval heeft gehad. De directeur had gevraagd hem bij een aantal taken te assisteren. Hij had daarop positief gereageerd. Maar hij had een taak gekregen die hem te zwaar leek. Hij had er ja op gezegd, maar zich gefrustreerd gevoeld. Ondanks dat was hij er nog niet bij de directeur op teruggekomen. Besloten wordt om deze situatie met een RET-schema te bespreken. Centraal lijken de volgende irrationele gedachten: 'Ik moet alles perfect doen'; 'Ik moet alles doen want niemand kan het beter'; 'Iedereen moet mij aardig vinden'. Deze gedachten worden 'uitgedaagd' en minder 'irrationele' gedachten worden geformuleerd. Als huiswerkopdracht moet de heer Dijkstra zijn directeur bellen met de mededeling dat hij nog niet toe is aan het uitvoeren van die taak.

Tijdens de zevende zitting – de zittingen vinden inmiddels eenmaal per twee weken plaats – wordt het telefoongesprek met de directeur besproken. Dit was goed gegaan, zei de heer Dijkstra: de directeur had zich coöperatief opgesteld. De therapeut toont zijn tevredenheid maar laat niet na te benadrukken, dat het mogelijk een goede oefening geweest was wanneer de directeur minder aardig was geweest en de heer Dijkstra desondanks rustig en adequaat zijn bezwaren geformuleerd had. De heer Dijkstra is nog steeds niet op school begonnen. Besproken wordt aan welke voorwaarden moet worden voldaan: op tijd ontspannen, spanningssignalen opmerken, niet te veel werk tegelijk doen, op tijd nee zeggen, zich niet overal verantwoordelijk voor voelen. Naast verdere cognitieve therapie worden enkele tips gegeven ten aanzien van het plannen van zijn toekomstige activiteiten. Hij zal 's avonds een programma maken voor de komende dag en na het werk even toetsen of hij zich eraan heeft kunnen houden.

Tijdens de achtste zitting zegt patiënt nog niet klaar te zijn om zijn werk te hervatten. Tijdens de negende zitting geeft patiënt aan dat de ontspanning beter lukt. Ook de vermoeidheidsklachten nemen af. Wel heeft de heer Dijkstra opgemerkt dat hij slecht

sliep als er iets spannends was gebeurd (bijv. een feestje). Patiënt wordt aangeraden om dergelijke situaties vervolgens via het RET-schema te analyseren om erachter te komen welke gedachten de spanning veroorzaken. Daarnaast wordt hij gestimuleerd om spanningsvolle situaties op te zoeken, terwijl hij zich met behulp van cue-conditioning in ontspannen toestand brengt.

Tijdens de tiende zitting komen situaties ter sprake waarin hij nee moet leren zeggen. Ook wordt een aantal situaties besproken waarin de heer Dijkstra duidelijker grenzen wil stellen.

Tijdens de elfde zitting vertelt de heer Dijkstra dat hij weer enkele ochtenden naar school wil gaan. Nogmaals wordt besproken waar hij op moet letten, welke spanningssignalen hij moet controleren, dat hij moet pauzeren, op tijd ontspannen, niet te veel werk op zich nemen en op tijd nee zeggen.

Voor de twaalfde zitting, na drie weken, heeft de heer Dijkstra weer een kleine terugval gehad naar aanleiding van een opmerking van de directeur dat zijn afwezigheid lastig was en anderen zijn taken niet zo goed konden waarnemen. Nadere analyse laat zien dat de frustratie toch weer te maken heeft met zijn perfectionisme en zijn ijdelheid. Ook heeft hij zich op school geërgerd aan collega's die de dingen in het honderd lieten lopen.

De dertiende zitting staat in het teken van een verstandige tijdbesteding. De heer Dijkstra neemt zijn planning mee. Hij registreert met welke taken hij bezig is en hoeveel tijd hij per taak besteedt. Ook maakt hij een ordening van zijn activiteiten in volgorde van belangrijkheid. Belangrijke taken krijgen voorrang. Verder neemt hij zich voor kleine taken direct af te werken en bepaalde onderdelen te delegeren. Het afwerken van bepaalde onderdelen, bijvoorbeeld een lesprogramma uitwerken, wordt toegewezen aan een bevriende collega. Inmiddels is de heer Dijkstra begonnen om voor halve dagen te werken. Ook heeft hij met zijn directeur afgesproken vooral meer les te gaan geven en minder administratieve taken te doen.

De veertiende en vijftiende zitting staan in het teken van consolidering van de verbetering en het uitbreiden van zijn werkzaamheden. Het hanteren van spanning gaat goed: tijdens de pauze doet hij ontspanningsoefeningen. De heer Dijkstra oefent regelmatig met rationele zelfanalyses. Deze zittingen worden ook gebruikt om maatregelen te ontwikkelen om terugval te voorkomen. Signalen van spanning die aangeven dat hij weer te veel van zichzelf vraagt, moet hij gebruiken om zijn werktempo en de werkhoeveelheid direct te verlagen.

Bij follow-up na drie maanden maakt hij het goed. Zijn score op de SCL is laag vergeleken met de normgroep van de normale populatie.

## Slotbeschouwing

De behandeling van de heer Dijkstra heeft bestaan uit de volgende elementen:

- Een met redenen omklede uitleg die aannemelijk maakt dat de klachten een normale reactie zijn op een abnormale situatie (steeds meer werk naar zich toetrekken).

- Het herkennen en beïnvloeden van spanningssignalen door middel van registratie, ontspanningsoefeningen, conditieverbetering en hobby-activiteiten.
- Het aanpakken van werkproblemen via assertiviteit, time-management en werkinhoud.
- Het confronteren met persoonlijkheidstrekken en dysfunctionele gedachten via cognitieve therapie en gedragsexperimenten.
- Terugvalpreventie door het gevoelig maken voor signalen van spanning en preventieve maatregelen.

De casus heeft laten zien dat het thema werkhervatting soms voorzichtig moet worden geïntroduceerd. Opvallend bij de gepresenteerde gevalsbeschrijving is dat de patiënt tot een functieverandering komt. Dit lijkt een cruciale stap in de behandeling te zijn die vaker wordt gerapporteerd (Schaufeli et al., 1993). Een nadeel is dat het een halfjaar heeft geduurd voordat patiënt voor behandeling werd aangemeld. Terluin (1994) laat zien hoe belangrijk het is om bij overspannenheid zo snel mogelijk met de behandeling te beginnen.

We hebben laten zien dat het bij burnout gaat om een grote verscheidenheid aan symptomen, waarbij vermoeidheid centraal staat. Daarmee lijkt het bij burnout te gaan om een specifieke vorm van neurasthenie, die te maken heeft met problemen op het werk. Bij chronische stress en burnout is de aanpak van de centrale symptomen (vermoeidheid, spanningsklachten) noodzakelijk om de ontreddeerding op te heffen en om vervolgens de patiënt te confronteren met de determinanten van zijn klachten. Deze liggen in een combinatie van de kwetsbare persoonlijkheid en de (werk)situatie.

---

### Abstract

*The features of chronic workstress and burnout are described against the background of differential diagnoses of surmenage, neurasthenia and depression. Exhaustion, depersonalisation and decreased personal effectiveness appear to be the core elements. A treatment model is described based on these elements. The treatment consists of stress reduction, cognitive therapy, skills training, supervised reintegration and relapse prevention. The treatment is illustrated in a case description. In the discussion attention is being paid to pitfalls in treatment.*

### Referenties

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Arrindell, W.A., Groot, P.M. de, & Walburg, J.A. (1984). *De schaal voor interpersoonlijk gedrag (SIG); Handleiding, Deel I*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bergers, G.P.A., Marcelissen, F.H.G., & De Wolff, Ch.J. (1986). *Handleiding Vragenlijst Organisatiestress-Doetinchem*. Psychologisch Laboratorium, Nijmegen.
- Borkovec, T.D., Johnson, M.C., & Block, D.L. (1984). Evaluating experimental designs in relaxation training. In R. Woolfolk & P. Lehrer (red.), *Principles and practice of stress management training*. New York: Guilford Press.
- Feuerstein, M., Labbé, E.E., & Kuczmierczyk, A.R. (1986). *Health psychology: A psychobiological perspective*. New York/Londen: Plenum Press.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

- Glass, D.C., McKnight, J.D., & Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 147–155.
- Heyman, Th. (1990). 'Overspannen': Een praktische handleiding ter herkenning en voorkoming van burnout. Utrecht: SWP.
- Higgins, N.C. (1986). Occupational stress and working women: The effectiveness of two stress reduction programs. *Journal of Vocational Behavior*, 29, 66–78.
- Hobfoll, S.E., & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (red.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Hoogduin, C.A.L. (1987). Enige opmerkingen over twijfelzucht en het nemen van beslissingen. *Directieve Therapie*, 7, 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 et al. (red.), *Handboek gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Luteijn, F., Starren, J., & Dijk, H. van (1985). *De Nederlandse Persoonlijkheds Vragenlijst: Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (red.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory; Manual Research Edition*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Methorst, G., Hoogduin, C., & Schaap, C. (1994). Zelfregistratie van angststoornissen. In: C.P.F. van der Staak, C.A.L. Hoogduin, & C.P.D.R. Schaap (red.), *Over het effectief behandelen van angststoornissen*. Nijmegen: Bureau Bèta.
- Öst, L.G., Fellenius, J., & Sterner, U. (1991). Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 6, 561–574.
- Pines, A., & Aronson, E. (1983). Combatting burnout. *Children and Youth Services Reviews*, 5, 263–275.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.
- Schaap, C., Meulenbeek, P., & Hoogduin, C.A.L. (1990). De behandeling van agressief gedrag middels zelfcontrole procedures. In: P.B. Defares & J.D. van der Ploeg (red.), *Agressie; Determinanten, signalering en interventie* (pp. 481–501). Assen: Van Gorkum.
- Schaufeli, W.B. (in druk). The evaluation of a burnout workshop for community nurses. *Journal of Health and Human Resources Administration*.
- 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., Enzmann, D., & Girault, N. (1993). Measurement of burnout: A review. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (red.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 199–215). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B., Kladler, A., Schaap, C., & Hoogduin, C.A.L. (1995). *Burnout in an out-patient setting*. (Ter publikatie aangeboden.)
- Schaufeli, W.B., Maslach, C., & Marek, T. (red.) (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Smith-Van Rietschoten, W., & Hoogduin, C.A.L. (1991). Angst voor spreken in het openbaar. *Directieve Therapie*, 11, 43–57.
- Terluin, B. (1994). *Overspanning onderbouwd* (dissertatie). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- 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*. Geneva: WHO.