



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

Interapy Burn-out: preventie en behandeling van burn-out via het internet¹

Alfred Lange, Jean-Pierre van de Ven, Bart Schrieken en Maïa Smit*

Samenvatting

Er is de afgelopen jaren flink geëxperimenteerd met computerprogramma's waar geen behandelaar aan te pas komt. De resultaten hiervan zijn wisselend (Hester, & Delaney, 1997; Marks, Shaw, & Parkin, 1998; Miller & Gergen, 1998; Schneider, Walter, & O'Donnell, 1990; Servan-Schreiber, 1986). Het internet biedt nieuwe mogelijkheden, zoals geprotocolleerde interventieprogramma's waarbij een behandelaar wel degelijk contact heeft met de cliënt zonder dat ze elkaar zien. De behandelaar reageert op de input van de cliënt en vice versa. Dit is de achtergrond van het laagdrempelige Interapy-programma dat is ontwikkeld voor de behandeling van posttraumatische stressklachten: www.interapy.nl. Het nu gepresenteerde artikel beschrijft de opzet en de onderdelen van een nieuw ontwikkeld programma en de resultaten zoals die in een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar voren komen. De gegevens laten significante en grote effecten van de behandeling zien met betrekking tot burn-outsymptomen, angst en depressie, in vergelijking met de controleconditie met alleen psycho-educatie. Een illustratie van de behandeling en een beschouwing wordt gegeven door de vierde auteur, die de behandeling als cliënte heeft ondergaan.

Inleiding

De laatste decennia hebben de inhoud en organisatie van arbeid heel wat veranderingen ondergaan (Miller & Gergen, 1998; Schaufeli & Van Dierendonck 2000). Organisaties zijn vandaag de dag bijvoorbeeld platter geworden, flexibeler en meer marktgericht. Verder hebben de versnelde manieren van communicatie ingrijpende veranderingen tot gevolg gehad (Winnubst, Schabracq, Gerrichhauzen, & Kampermann, 1995). Deze ontwikkelingen hebben tot gevolg dat de werkdruk is toegenomen. Een toename van de werkdruk wordt geacht ten grondslag te liggen aan een toename van gevallen van overspannenheid, burn-out en chronische vermoeidheid. Het risico op stressklachten en uitval uit het arbeidsproces is de laatste jaren aanzienlijk vergroot (Winnubst et al., 1995). Het Centraal Bureau voor de Statistiek (2000) meldt dat een op de tien werknemers last heeft van stressklachten. Een op de drie personen in de WAO is daarin terechtgekomen als gevolg van psychische klachten. Hierbij gaat het vaak niet om ernstige psychopathologie, maar om een aanpassingsstoornis waaronder overspannenheid valt (Schaufeli, & Van Dierendonck, 2000). Er zijn ook duidelijke risicogroepen: de beroepsgroepen in onderwijs, gezondheidszorg, welzijnszorg, politie, justitie en de horeca. Vrouwen lopen meer risico op burn-out dan mannen. Er is vaak een verband gevonden tussen verschijnselen van chronische stress en burn-out met

* PROF. DR. A. LANGE is verbonden aan de Programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Gelieve correspondentie te richten aan prof. dr. A. Lange; e-mail: alange@fmg.uva.nl.

DRS. J.-P. VAN DE VEN is psycholoog en verbonden aan Interapy BV te Amsterdam.

DRS. B. SCHRIEKEN is psycholoog en verbonden aan Interapy BV te Amsterdam.

MEVR. M. SMIT is auteur van de gevalsbeschrijving.

persoonlijkheidskenmerken als perfectionisme, het hebben van hoge verwachtingen, idealisme, loyaliteit en plichtsgetrouwheid (De Vries & Van Heck, 2000).

De hiervoor genoemde maatschappelijke veranderingen hebben tot gevolg dat meer mensen in stresserende situaties terecht komen. Dit hoeft op zich geen probleem te zijn. De fysiologische componenten van acute stress hebben immers positieve kanten: het activeert het sympathisch zenuwstelsel dusdanig dat meer prestaties mogelijk zijn (Van Doornen, 2001). Het wordt pas een probleem als mensen langdurig over hun grenzen gaan, de acute stress chronisch wordt en men het gevoel van controle verliest. Het wordt nog erger als dit gepaard gaat met vermindering van zelfrespect, wat vaak ook nog gevoed wordt door de omgeving, bijvoorbeeld collega's of bazen. We spreken van burn-out wanneer de chronische stress werkgerelateerd is en al geruime tijd heeft geleid tot fysieke symptomen (zoals spierpijn, rugpijn, duizeligheid, spanningshoofdpijn, maagdarmlaaijken, gespannen spierstelsel), emotionele symptomen (zoals prikkelbaarheid, cynisme, afgestompt zijn, somberheid), en cognitieve en gedragsymptomen (inefficiëntie, geheugenverlies, concentratieproblemen, slaapproblemen). Terecht wijzen Hoogduin, Schaap, Methorst, Peters van Neyenhof en Griendt (2001) op de overlap tussen verschijnselen van burn-out en stoornissen als depressie en angst. Maar er zijn ook verschillen: bij depressie treft men bijvoorbeeld dagschommelingen aan, bij burn-out niet. Bij depressie speelt vaak het veel te vroeg wakker worden en wakker blijven een rol. Bij burn-out gaat het meestal om inslapen en doorslapen. Bij burn-out zijn er meestal wel activiteiten waar de patiënt plezier aan beleeft, bij depressie is dat veel minder. Bij angstpatiënten ziet men vaak een algemene vorm van angst en onzekerheid, bij burn-out is het meestal werkgerelateerd en is het begin beter te traceren.

Overigens is werk niet de enige factor die tot burn-outachtige klachten kan leiden. Stresserende situaties in de privé-sfeer, zoals relatieproblemen en negatieve *life events*, kunnen in combinatie met werkproblemen de druppel zijn die de emmer doet overlopen (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2002).

Vaak wordt burn-out toegeschreven aan een niet adequaat omgaan door de cliënt met de taken die hij heeft. Nogal eens wordt hierbij de rol van de werkomgeving vergeten. Mensen kunnen veel aan, zolang hun zelfrespect intact is en zij zich gewaardeerd voelen in hun taakvervulling. Veel van de mensen die door burn-out in de WAO terecht komen, laten een geschiedenis zien van prima functioneren totdat in het bedrijf zaken ten ongunste veranderden: bijvoorbeeld een reorganisatie die taken tot gevolg heeft waarop je niet bent berekend, of een nieuwe chef die geen vertrouwen in je heeft, je zelfs vernedert. Van Meer (2000) geeft hiervan prachtige, maar schrijnende voorbeelden. Als men in de behandeling hieraan niet rechtstreeks iets kan doen door te bemiddelen, dan zal men op zijn minst de cliënt moeten helpen hiermee beter voor zichzelf om te gaan, weerbaarder te worden (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001).

Om burn-out te begrijpen is kennis van de fysiologische gevolgen van chronische stress van belang. De geleerden zijn op dit punt echter niet bepaald duidelijk. Wij houden ons aan de omschrijving van Van Doornen (2001). Volgens Van Doornen passen mensen zich aan stressvolle omstandigheden aan door de aanmaak van stoffen als adrenaline en cortisol. Deze stoffen stellen het lichaam beter in staat de stress het hoofd te bieden. Het lichaam raakt van slag als mensen langdurig aan stress worden blootgesteld. Te hoge of te lage concentraties van deze stoffen brengen het lichamelijke evenwicht aan

het wankelen. Deze situatie lijkt op die van een ketel waarvan de thermostaat steeds maar weer hoger wordt gezet: uiteindelijk begeeft de ketel het. Het gevolg van chronische stress op het menselijk systeem is onder andere een verhoogde prikkelbaarheid, een verlaagde weerstand tegen infecties, concentratieproblemen en slapeloosheid. Kortom: de kenmerken van burn-out. Burn-out zit dus niet alleen tussen de oren.

Samenvattend: burn-outverschijnselen treden op als een discrepantie is ontstaan tussen verwachtingspatronen en de dagelijkse werkelijkheid. De discrepantie kan betrekking hebben op vervulling van taken, maar ook op emotionele investering, wanneer die stelselmatig groter is dan wat men ervoor terugkrijgt.

Er is de laatste decennia het een en ander aan onderzoek gedaan naar het soort interventies dat toepasbaar is in de behandeling van burn-out (Leffers, Vergunst, Kleber, Stoebe, & Hak, 2000; Smith, 1999; Van Dierendonck, Schaufeli, & Buunk, 1998). De interventies hebben in het algemeen betrekking op ontspanning (relaxatieoefeningen, ademhalingsregulering), verandering van cognities (aspiratieniveau, piekeren, zelfbeeld), gedrag (timemanagement, grenzen stellen) en reïntegratie.

De afgelopen jaren zijn diverse behandelprogramma's ontwikkeld waarin dergelijke interventies worden gecombineerd. Deze programma's variëren sterk in lengte. Terluin en Hekkelman-de Bie (2000) beschrijven een project dat is uitgevoerd om actieve begeleiding van overspannen werknemers vorm te geven. De werknemers kregen via de bedrijfsarts een kortdurende begeleiding van gemiddeld zes zittingen door een counselor aangeboden. Begeleiding door de counselor duurde maximaal twee maanden, met om de een à twee weken een gesprek. Doel van de begeleiding was ten eerste om de problematiek goed in kaart te brengen. Daarna werd aandacht besteed aan de oorzaak van de klachten en aan het ontwikkelen van een positief perspectief op herstel mogelijkheden. Vervolgens trachtte men de cliënt te motiveren zelf iets aan de problematiek te gaan doen. Dit gebeurde door middel van informatie en adviezen. De deelnemers waren over het algemeen tevreden over het project. Verder gaf een groot deel van hen aan dat ze veel baat hadden gehad bij de begeleiding. De laagdrempeligheid, de snelheid waarmee de behandeling kon worden gestart en de korte duur leken daaraan debet te zijn. In dit artikel beschrijven we de resultaten van een behandelprogramma dat aan deze drie kenmerken voldoet. De behandeling verloopt volledig via het internet, een bijzonderheid die de transparantie en de behandel-efficiency sterk lijkt te vergroten.

www.interapy.nl: preventie en behandeling van burn-out

Het Interapy Burn-outprogramma is op dezelfde manier opgebouwd als het eerder ontwikkelde Interapy-programma voor de behandeling van posttraumatische stress (PTS), ook genoemd 'Stress door Schokkende Ervaringen'. Het programma begint met psycho-educatie, screening en *informed consent*. Na een voormeting volgen dan de behandeling, nameting en follow-upmeting na zes weken. Alle contacten tussen cliënten en hun behandelaars verlopen via het internet (Lange, Rietdijk, Van de Ven, & Schrieken, 2002; Lange, Van de Ven, Schrieken, Bredeweg, & Emmelkamp; 2000; Lange et al., 2000; Lange, Van de Ven, Schrieken, & Emmelkamp, 2001; Van de Ven, Lange, Schrieken, & Emmelkamp, 2000; Van de Ven, Lange, Schrieken, Bredeweg, &

Emmelkamp, 1999). De verhouding tussen cliënt en behandelaar is dezelfde als bij de PTS-behandeling: de cliënt beschrijft de aanvangsproblemen, krijgt precieze instructies voor huiswerk in de komende dagen, stuurt zijn reacties en bevindingen digitaal op naar de behandelaar, die weer commentaar en nieuwe instructies geeft. De behandelaars hebben ook bij Interapy Burn-out de beschikking over een *helpfile*, een serie instructies en mogelijke commentaren die zij steeds kunnen gebruiken bij hun reacties op wat de cliënt inbrengt. Inhoudelijk verschilt de burn-outbehandeling echter behoorlijk van de Interapy-PTS-behandeling. De behandeling is complexer en bevat een grotere diversiteit aan interventies. Aangezien de oorzaken en het toestandsbeeld bij burn-outklachten nu eenmaal meer varieert dan bij posttraumatische stress, zal de behandelaar zich vaker voor vragen van de cliënt gesteld zien. De helpfile is daarom ook uitgebreider en de behandeling duurt langer: minimaal zeven weken. De Interapy-Burn-outbehandeling bevat naast de interventies de volgende onderdelen:

- *Zelftest*: Cliënten worden in de gelegenheid gesteld een test in te vullen waarmee zijzelf kunnen vaststellen in welke mate zij overspannen of burn-out zijn.
- *Psycho-educatie*: Voorafgaand aan, maar ook tijdens de behandeling, krijgen cliënten informatie over de verschijnselen die vaak gepaard gaan met burn-out. De overeenkomsten en verschillen tussen chronische stress en burn-out worden duidelijk gemaakt, evenals de relatie tussen depressie en burn-out. Cliënten krijgen inzicht in het ontstaan van burn-out. Hun wordt bijvoorbeeld uitgelegd dat juist waardevolle personen, met veel verantwoordelijkheidsgevoel en geneigdheid tot het leveren van perfect werk, kans lopen burn-out te raken; hoe men door chronische stress in vicieuze cirkels terecht kan komen (men functioneert minder goed, door de stress en gebrek aan concentratie vergeet men dingen, men maakt zich daar weer zorgen over, enz.). Ook wordt uitgelegd welke fysiologische processen een rol spelen. In deze fase krijgen de cliënten tevens specifieke informatie over de Interapy Burn-outbehandeling, de manier van uitwisseling tussen cliënt en behandelaar, de vertrouwelijkheid van de informatie en de opbouw van de behandeling: eerst ingaan op het verleden (hoe is het zo gekomen, inzicht krijgen), dan op het heden (interventies, dingen anders gaan doen) en toekomst (reïntegratie en preventie van terugval). De cliënten krijgen ook tal van internetadressen waar zij zich kunnen vervoegen voor verdere informatie en andere behandelingen. De psycho-educatie is alleen gericht op de cliënten zelf en beperkt zich tot het verstrekken van informatie. In dit opzicht wijkt onze omschrijving van psycho-educatie dus af van die van Dixon et al. (2001). Volgens hen is psycho-educatie een behandelvorm waarbij de omgeving van cliënten (gezin, partners) actief betrokken moeten worden. Psycho-educatie bevat dan ook componenten als het aanleren van vaardigheden en het verbeteren van de communicatie binnen het gezin. Deze uitgebreide opvatting over psycho-educatie is hier niet van toepassing.
- *Screening en Informed consent*: De procedure is in dit opzicht gelijk aan die bij het Interapy-programma Stress door Schokkende Ervaringen. Cliënten sturen een Informed consent-formulier en beantwoorden on line de screeningsvragenlijsten. Voor deelname aan Interapy gelden de volgende exclusiecriteria: ernstig alcohol- of drugsmisbruik, psychose, dissociatie en ernstige depressie. Personen die jonger zijn dan achttien jaar, of die elders in behandeling zijn voor dezelfde problemen, komen evenmin in aanmerking voor deelname. De screening vangt aan met een *Biografische Vragenlijst*. Deze bevat vragen over alcohol- en drugsgebruik en consumptie van medicijnen en zorg. Voor de screening wordt verder gebruik gemaakt van de hierna beschreven gestandaardiseerde en gevalideerde meetinstrumenten. Voor een

gedetailleerde omschrijving van de eerste twee instrumenten verwijzen wij de *Dth*-lezer naar Van de Ven et al. (1999; 2000).

- De *Gewaarwordingenlijst* (GL; Lange, Schrieken, Blankers, Van de Ven, & Slot, 2000b) voor het opsporen van psychoseachtige verschijnselen, zoals gedefinieerd in de DSM-IV.
- De *Somatoforme Dissociatie Questionnaire* (SDQ-5; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, & Vanderlinden, 1997);
- De *Suicide Risico Taxatielijst* (SRT; Arnoldi, Van de Ven, Schrieken, & Lange, in voorbereiding), een korte vragenlijst (zes items) die de mate van suïcidaliteit vaststelt. De SRT werd opgesteld op basis van bevindingen van Kerkhof (Blaauw, & Kerkhof, 1999; Van Heeringen, & Kerkhof, 2000). De lijst informeert naar plannen en concrete suïcidepogingen in het verleden, alsook naar gevoelens van wanhoop en suïcidale plannen op dit moment. Aanmelders worden uitgesloten van deelname als zij momenteel van plan zijn zich te suïcidieren; als zij kortgeleden daadwerkelijke pogingen hebben ondernomen; of als hun wanhoop op dit moment groot is en zij ooit in hun leven een concrete poging hebben gedaan.

Aan het einde van de screening geven aanmelders een korte beschrijving van de traumatische gebeurtenissen. Alle vragenlijsten (voor screening en effectmetingen) worden on line afgenomen en automatisch gescoord. Wanneer cliënten op een bepaalde vragenlijst een te hoge score hebben, ontvangen ze automatisch uitleg waarom ze niet aan het programma kunnen meedoen en krijgen ze suggesties voor alternatieven in het reguliere zorgcircuit.

Metingen

Cliënten die de screening passeren, krijgen de volgende metingen:

- *Biografische Vragenlijst*. Deze is gebaseerd op de biografische vragenlijst zoals ontwikkeld voor Interapy-PTS, en uitgebreid met specifieke vragen ten behoeve van de burn-outbehandeling (Abels-Reguera & Brunner, 2002; Bronner, 2002). De Biografische Vragenlijst wordt alleen voorafgaand aan de behandeling afgenomen. De cliënt geeft hier gegevens over leeftijd, burgerlijke staat, opleiding, werkzaamheden, hoelang de cliënt al last heeft van de klachten, of er leefomstandigheden zijn die eraan bijdragen en hoe de symptomen van spanning en burn-out bij de cliënt tot uitdrukking komen.
- *Utrechtse Burn-out Schaal* (UBOS; Schaufeli & Van Dierendonck, 2000). De UBOS is de Nederlandse versie van de *Maslach Burn-out Inventory* (Maslach, Jackson, & Leiter, 1986; Schaufeli, & Enzmann, 1998). In Interapy is gebruik gemaakt van de versie voor algemeen gebruik (de UBOS-A), die in iedere beroepssetting kan worden afgenomen. De UBOS bevat drie subschalen: Uitputting, Cynisme en Gevoel van (In)Competentie, in totaal 15 items. De interne consistentie, gemeten met Cronbachs alfa, voldoet voor alle schalen weliswaar aan het criterium van $\alpha = 70$, maar alleen de Uitputtingsschaal heeft een echt hoge betrouwbaarheid (vgl. Tuin, 2002). De UBOS wordt driemaal afgenomen (voor, na en bij follow-up).
- *Depressie Angst Stress Schaal* (DASS; De Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange, & Blonk, 2001) wordt gebruikt om aspecten van het algemeen psychisch functioneren vast te stellen. Het betreft de Nederlandse adaptatie van de *Depression Anxiety Stress Scale* (Lovibond, & Lovibond, 1995). De DASS bestaat uit 42 items; 14 items per subschaal. De interne consistentie van de drie subschalen is uitstekend met

Cronbachs alfa's van .94 tot .97. De test-hertestbetrouwbaarheid is ruim voldoende tot hoog (van $r = .75$ tot $r = .89$). Ook de DASS wordt driemaal afgenomen.

- *Evaluatievragenlijst-burn-out (EVL-burn-out; Bronner, 2002)*. De EVL bestaat uit 25 vragen over onder andere: de lengte van de vragenlijsten, hoe zinvol men de verschillende onderdelen van de behandeling vond, de kwaliteit van de begeleiding en de mening over het medium internet voor de behandeling. Halverwege de behandeling wordt een verkorte (17 items) EVL afgenomen, zodat de behandeling aangepast kan worden aan de wensen van de cliënten. Na afloop worden ook de specifieke onderdelen uit het tweede deel van de behandeling geëvalueerd.

Interventies

Als de voormetingen zijn gedaan, begint de behandeling. Cliënten krijgen nu steeds psycho-educatie en instructies voor specifieke oefeningen. De cliënten gaan ermee aan de gang en sturen hun bevindingen en reacties naar hun behandelaar. De behandelaar reageert binnen één werkdag, met commentaar en nieuwe instructies. In totaal duurt de behandeling minimaal zeven weken, maar hij loopt over het algemeen enigszins uit. We komen hier later op terug. Evenals bij PTS zijn de behandelaars niet alleen getraind in de inhoud van het protocol, maar ook in een empathische, respectvolle en stimulerende bejegening van de cliënten. En evenals bij PTS krijgen de cliënten steeds heldere instructies en formulieren. Het interventieprogramma omvat de volgende fasen, in de hieronder beschreven volgorde:

Fase 1. Bewust worden: registreren en schrijven

In deze fase leren de cliënten signalen van stress (lichamelijk, gedachten, emoties of gedrag) te registreren en zich door middel van gerichte schrijfoopdrachten bewust te worden van wat bij hen stress veroorzaakt. Cliënten schrijven twee keer. Na de eerste keer krijgen zij van de begeleider commentaar en adviezen om het schrijven zo nodig aan te scherpen. In deze fase gaan cliënten ook dagelijks bijhouden welke signalen van spanning zij op een dag ervaren en hoe hoog die spanning is.

Fase 2. Bewust worden: ontspannen en slaaphygiëne

De cliënten kennen inmiddels de signalen van spanning. Zij gaan in deze fase leren zich te ontspannen, met behulp van oefeningen gericht op spierontspanning, mentale ontspanning en gedragsregels. Er zijn in deze fase meerdere contacten waarin de cliënt laat weten hoe het gaat en hierop commentaar en aanvullende instructies krijgt. Deze fase bevat ook instructies voor 'slaaphygiëne' (Morin, 1993; Waterman, & Hofman, 1996). Veel mensen met burn-out slapen slecht, wat vaak wordt veroorzaakt door verkeerde 'slaapgewoonten'. Een paar voorbeelden van instructies: niet overdag slapen, geen extra lange slaaptijden, een uur voor het gaan slapen geen stressvolle activiteiten of gesprekken maar juist ontspannende activiteiten. Eventuele partners moeten op de hoogte gesteld worden van dit deel van het programma.

Fase 3. Cognitief herstructureren: het piekerprogramma

Mensen met chronische stress en burn-out hebben in het algemeen last van sombere gedachten waar ze te pas en vooral te onpas over piekeren. In deze fase leren cliënten zich bewust te worden van de momenten waarop zij steeds bezig zijn met piekeren, om vervolgens hierin structuur aan te brengen: niet langer 24 uur per etmaal vogelvrij zijn voor piekergedachten, maar bijvoorbeeld driemaal in de week twintig minuten

ervoor uittrekken. Als er een piekermoment komt, dan alleen een korte notitie maken (steekwoord) en dat bewaren voor het 'piekeruurtje'. De cliënt leert ook hoe dan om te gaan met de piekergedachten en om alternatieve gedachten te formuleren. Hier komen de principes uit de cognitieve therapie van pas: herkennen van gedachtesfouten zoals zwart-witdenken, overgeneraliseren, fouten alleen aan jezelf toeschrijven, rampscenario's uitvergroten en positieve dingen negeren (McKay, Davis, & Fanning, 1997). Er zijn hierover in Interapy meerdere contacten tussen behandelaar en cliënt, waarbij de behandelaar commentaar kan geven en de instructies steeds kan aanscherpen.

Fase 4. Cognitief herstructureren: concentreren op positieve kwaliteiten

We zijn inmiddels op de helft van het programma. In de volgende contacten krijgen cliënten instructies hoe zij zich meer bewust kunnen worden van hun eigen positieve kanten, die vaak ondergesneeuwd zijn in perioden van stress en somberheid. Zij gaan met behulp van de begeleider een opstel maken over positieve eigenschappen, lichten de belangrijkste eruit en schrijven deze op een kaartje. Dit kaartje gaan ze vervolgens dagelijks enkele malen lezen. Ook dit is een inmiddels beproefde methode in de cognitieve therapie (Lange, 2000, par. 9.5).

Fase 5: Omgaan met anderen

Cliënten met burn-out lopen extra risico op het hebben van conflicten in hun onmiddellijke omgeving. Soms zijn die conflicten (mede) de oorzaak van de overspanning. Maar het kan ook andersom zijn: de persoon in kwestie is door de gespannenheid kribbig en agressief jegens anderen. Dit kan op het werk zijn, maar ook thuis. Cliënten krijgen daarom een korte sociale-vaardigheidstraining. Ze gaan onder andere oefenen met op niet-afwijzende manier grenzen stellen, ervoor zorgen dat de ander geen gezichtsverlies lijdt, complimenten en waardering uitspreken. Dit is niet alleen van belang doordat het voor de ander positief is, maar ook doordat het voor de cliënt zelf positief is. Je gaat je er zelf beter door voelen.

Fase 6: Timemanagement

Mensen met burn-out willen vaak te veel tegelijk doen. Zij willen niemand teleurstellen en hoge kwaliteit in hoog tempo leveren. In deze fase leren zij zicht te krijgen op de manier waarop zij met taken, werkactiviteiten en ontspannende activiteiten omgaan. Vervolgens krijgen zij suggesties en oefeningen om hierin verandering te brengen. Zij leren grenzen stellen door bijvoorbeeld niet te snel 'ja' te zeggen op een verzoek; rekening te houden met de mate van prioriteit, hoeveelheid werk en belangrijkheid van bepaalde activiteiten. Zij leren beslissen om op grond daarvan activiteiten hetzij onmiddellijk te doen, uit te stellen of te delegeren. Zij leren in deze fase ook hun ontspannende activiteiten te plannen en zichzelf te belonen.

Fase 7: Toekomst, reïntegratie en terugvalpreventie

Voor degenen die op dat moment niet werken of maar een gedeelte van hun werk verrichten, bevat deze fase suggesties over een geleidelijke herintrede (Karsten, 2001). De begeleider maakt de cliënt er bovendien op attent dat, ook al gaat het nu beter, in de toekomst wel weer eens een terugval kan optreden. Cliënten krijgen instructies zich te bezinnen op de signalen waarop ze in dat opzicht moeten letten. Bovendien maken ze een eigen 'terugvalpreventie-toolkit'. Ze stellen dit samen uit elementen die ze eerder hebben geoefend. Ze kunnen deze toolkit printen en ophangen in hun huis. Een symbool voor de toekomst.

Casus: verslag door een jonge neerlandica met drie jaar arbeidservaring

Vol enthousiasme kwam ik in september '98 van de universiteit de arbeidsmarkt opgerold nadat ik Nederlandse taal- en letterkunde had gestudeerd. Ik had er zin in, de markt zat op mij (jong, alleenstaand, hoogopgeleid) te wachten en de banen lagen voor het oprapen. Nog geen drie jaar later, juli '01, was ik opgebrand en moest ik me ziek melden, nadat ik in drie bedrijven had gewerkt. De laatste was een reclamebureau. Net 27 jaar, lamgeslagen en gedesillusionneerd. Een verhaal dat vele oorzaken kent, wat, helaas voor anderen maar gelukkig voor mij, niet op zichzelf staat en waar ik met behulp van Interapy een positieve draai aan heb kunnen geven.

Dat ik zo uitgeput kon raken heeft deels te maken met de overgave waarmee ik me in mijn werk stort. Deels komt het door de bedrijven waar ik gewerkt heb, die onzorgvuldig met hun personeel omgaan. Voor een groot gedeelte komt het door de onmacht en het onbegrip doordat ik me niet gewaardeerd heb gevoeld in mijn werk, puur vanwege mijn vrouw-zijn. Ik ben wat dat betreft niet tegen een glazen plafond aangelopen, maar tegen een betonnen muur.

Ik heb pech gehad met de drie bedrijven waar ik gewerkt heb. Er heerste een machocultuur en de verhalen die ik kan vertellen over de gang van zaken binnen de bedrijven zijn schandalig. Het toppunt kwam bij het derde bedrijf: op het laatst werd ik zowel persoonlijk als zakelijk genegeerd. Niet alleen door mijn collega's, ook door de directeur.

Daarnaast heb ik ook pech gehad door een samenkomst van ingrijpende veranderingen. Het begon met ontslag nemen in december 2000, omdat gemaakte beloften na anderhalf jaar niet werden nagekomen. Met oud & nieuw verbrak mijn partner de relatie, omdat hij niet langer overweg kon met mijn emoties en frustraties. Doordat ik enkele maanden eerder bij hem was ingetrokken, stond ik nu op straat. Het jaar 2001 begon dus met een dieptepunt: geen baan, geen huis, geen liefde.

De eerste baan die via via langskwam, heb ik geaccepteerd onder het mom 'dan is dat vast geregeld'. Door het tekenen van een jaarcontract kon ik een werkgeversverklaring krijgen en dus een woning kopen. Dat het bedrijf van begin af aan niet goed voelde, heb ik genegeerd. Ik kon hier best een tijdje werken om wat rust te krijgen. Daarna zou ik wel verder kijken naar iets leuks. Dat was een misvatting. Het klikte absoluut niet; zowel persoonlijk als zakelijk bleken we tegenpolen. De situatie ging van kwaad tot erger en werd onwerkbaar. Ik heb het vijf maanden volgehouden.

Op het moment dat ik me ziek meldde, dacht ik nog na enkele weken terug te keren. Thuis zitten zonder aanwijsbare ziekte komt mijn eer te na. Eenmaal thuis verergerden de klachten zich. Achteraf moet ik bekennen dat ik al minstens driekwart jaar last had van klachten die ik niet serieus heb genomen. Spanningshoofdpijn, stresseczeem, RSI, huilbuien, vermoeidheid, slapeloosheid en concentratiestoornissen: alles bij elkaar was ik een puinhoop. De huisarts adviseerde me de tijd te nemen om 'm'n batterij op te laden'. Hij raadde me aan eventueel naar de psycholoog terug te gaan waarmee ik eerder dat jaar over de problemen op mijn werk had gesproken. Maar ik was wel uitgepraat en voelde hier niets voor. Ik heb mezelf een periode zo weinig mogelijk verplichtingen opgelegd. Ik heb veel geslapen en ben 3 tot 5 keer in de week gaan sporten. Langzaam raakte ik minder geïrriteerd en kon ik normaler reageren op onverwachte situaties. Maar het schoot niet op. Ik voelde me behoorlijk hulpeloos en wilde eigenlijk een leidraad.

Na een maand of vier aanmodderen, attendeerde mijn moeder mij op een artikel over Interapy. De praktische opzet, het onpersoonlijke medium en het gerichte stappenplan spraken me aan. Ik meldde me aan via de site en kreeg een vragenlijst. Die ging voornamelijk over mijn reacties en gevoelens gedurende de laatste week. Op basis hiervan kwam ik in aanmerking voor de behandeling, wat al een steun in de rug was. Ik kreeg hiermee de erkenning van wat ik ervaarde, maar wat voor de omgeving aanstellerij leek.

Per mail kreeg ik opdrachten uit te voeren en het resultaat hiervan weer te geven. De mails van de behandelaar waren over het algemeen afstandelijk, maar opbouwend. Ik vond het fijn dat ik niet bemoederd werd, maar wel gestimuleerd. Bij de psycholoog had ik vaak het idee dat er veel werd meegeleefd, maar dat ik geen hulp kreeg. Ik kan mezelf heel goed zielig vinden en dat ook rechtvaardigen. Maar de problemen uit de gevoelssfeer halen en aanpakken, is een stap die ik niet kon maken. Bij Interapy lukte dat wel. Ik kon nog zo janken boven m'n toetsenbord; niemand reikt een zakdoekje aan of kijkt bemoedigend. Na een dag komt er een nuchtere reactie op mijn verhaal in de trant van 'Heel goed dat je dit zo hebt gedaan. Nu de volgende stap'. Erg bevrijdend.

De opdrachten zijn redelijk praktisch van aard. Ze geven een handreiking voor problemen. Ik werd bijvoorbeeld gek van m'n onzinnige gepieker. Interapy gaf me de opdracht een piekeruur te plannen, hardop STOP te zeggen tegen mijn gedachten, het onderwerp van malen op te schrijven en tijdens dat piekeruur er pas weer aandacht aan te besteden. Op die manier lukte het me eindelijk om niet continu na te denken.

Ook leerde ik mijn planningen anders te benaderen. Sinds jaer en dag maak ik lijstjes van alles wat ik wil doen. En er komt nooit een eind aan die taken. Van Interapy kreeg ik de opdracht dergelijke planningen te maken en ze aan het eind van de dag te evalueren. In plaats van te focussen op wat allemaal niet lukt, moest ik mezelf prijzen voor alles wat wel gelukt was. Op sommige dagen geef je jezelf dan al een schouderklopje omdat je überhaupt uit je bed komt.

Stapsgewijs leerde ik mijn leven anders benaderen. Van 'ik moet' naar 'ik wil'. Met behulp van een ademhalingsoefening van Interapy kon ik bepaalde stappen weer maken. Ik gunde mezelf de tijd om daar ook trots op te zijn in plaats van meteen een volgende stap te eisen. Mijn zelfvertrouwen kwam terug en ik kon de rancune richting oud-werkgevers laten varen. Toen de behandeling afliep, was ik weer enthousiast en sterk genoeg om de positieve lijn door te trekken.

In mijn ziekteperiode heb ik goed nagedacht over mijn manier van werken. Ik ben huiverig voor collega's en wil niet meer onder een baas werken. Daarom ben ik begonnen als freelance tekstschrijver. Ik krijg nu energie van mijn werk. Al is het omdat ik het voor mezelf doe en niet voor een baas die mij niet serieus neemt. Beloften zijn door mij waar te maken en ik heb alles in eigen hand. De kans op een nieuwe burn-out ligt wel op de loer. De aard haal je niet uit het beestje: ik ben nog steeds bevlogen in de dingen die ik doe. Maar ik heb geleerd beter naar mezelf te luisteren en de signalen serieus te nemen. Ik neem regelmatig een stap terug om voldoende tijd en aandacht aan mezelf te besteden. Fijn is het af en toe de brief te lezen die ik in opdracht van Interapy heb geschreven en waar mijn valkuilen en eye-openers duidelijk in staan. Het maakt me bewust.

Kwantitatief onderzoek naar de resultaten van Interapy Burn-out

Er zijn twee minipilots uitgevoerd om ervaring op te doen met het protocol. De eerste betrof een pilotstudie waarbij negen bekenden van de onderzoekers als cliënten fungeerden (Bronner, 2002; Marijt, & Vroegindewey, 2003). Er werden significante verbeteringen gevonden wat betreft angst, depressie en stress en op de subschalen Uitputting en Gevoel van (In)Competentie van de UBOS. De effecten waren niet groot, wat gezien de populatie ook niet was te verwachten. De tweede pilot bevatte een verdere aanscherping van het protocol bij personen die zich via de publiciteit in de media hadden aangemeld (Abels-Reguera, & Brunner, 2002) en bevestigde de eerste resultaten. Het hier beschreven onderzoek is de eerste gecontroleerde studie. De deelnemers

werden *at random* toegewezen aan de experimentele conditie die onmiddellijk actieve behandeling ontving, of aan de controleconditie die alleen psycho-educatie kreeg, met pas later actieve behandeling (nadat de experimentele groep was behandeld). De aanmelders kregen van tevoren uitleg over het onderzoeksdesign, zodat zij werden voorbereid op de mogelijkheid dat ze pas zeven weken na toelating actief behandeld zouden worden.

De metingen werden vooraf, meteen na afloop en zes weken later afgenomen. In de twee pilots en in dit onderzoek is de therapie nog uitgevoerd met persoonlijke e-mails waaraan steeds 'vaste' attachments waren toegevoegd.

Deelnemers

Voor deze studie hadden zich 344 deelnemers aangemeld na een publicatie in een Nederlands dagblad. Hiervan kwamen 93 aanmelders niet door de screening. De resterende 251 potentiële deelnemers werden in de verhouding 2:1 verdeeld over de twee condities, omdat we niet meer personen dan noodzakelijk wilden laten wachten op de actieve behandeling. Dit leverde een actieve behandelconditie op van 167 personen en een controleconditie van 84 personen. Twaalf personen uit de behandelconditie zijn om onbekende redenen nooit met de behandeling begonnen (zij reageerden niet op berichten van Interapy). Aan 14 personen werd kort na het begin van de behandeling door Interapy geadviseerd niet verder te gaan omdat andere klachten prevaleerden. Zij werden doorverwezen. Tijdens de behandeling vielen vervolgens 20 personen af. Acht van hen stopten omdat het zo goed ging dat verdere behandeling niet nodig zou zijn. De anderen hadden uiteenlopende redenen: computerproblemen, toch een plek bij een andere therapeut, bij nader inzien geen tijd, of 'privé-omstandigheden' die de voortgang beletten. Van nog eens 25 cliënten konden de data niet worden geanalyseerd omdat er te veel *missing values* waren. Dit alles leverde uiteindelijk een actieve behandelgroep op van 96 personen. In de controleconditie vielen 47 personen uit om vergelijkbare redenen (18 onbekend, 24 tijdens de behandeling en vijf *missing values*), zodat in deze groep 37 cliënten overbleven voor de uiteindelijke analyses.

Van Lawick en Stoop (in voorbereiding) onderzochten in hoeverre de *drop-outs* verschilden van degenen die de behandeling hadden afgemaakt (*completers*) en of er verschil was tussen deelnemers die relatief laat in de behandeling afhaakten (de 'late drop-outs') en de 'vroeg drop-outs'. Zij stelden vast dat de drop-outs ouder waren dan de completers. Onder de 'late drop-outs' waren meer vrouwen dan mannen. Er waren verder geen verschillen in leeftijd, huwelijkse staat, al of geen werk, duur en ernst van de klachten.

De behandelconditie bestond uit 62 vrouwen en 34 mannen. Hun leeftijd varieerde van 26 tot 60 jaar, met een gemiddelde van 44.1 jaar ($SD = 8.1$). Het opleidingsniveau was hoog (84% hbo en hoger). Van de cliënten werkte 53% in een voltijd baan, 13% werkte parttime, 27% was met ziekteverlof en 7% had geen baan. De duur van de klachten varieerde van twee maanden tot 40 jaar, met een gemiddelde van 39.4 maanden ($SD = 62.4$ maanden). Nota bene: inspectie van de ruwe data liet zien dat een deelnemer sterk afweek van de andere deelnemers in duur van de klachten: 480 maanden. Zonder deze deelnemer varieerde de duur van de klachten in de steekproef van 2 tot 180 maanden ($M = 33.7$, $SD = 37.2$). Uit het behandeldossier van deze deelnemer bleek dat

comorbiditeit (met name posttraumatische stress) de veroorzaker van deze lange duur is geweest. Maar omdat de deelnemer bij aanmelding ook duidelijke burn-outklachten had, is hij op de normale manier behandeld en zijn de gegevens wel meegenomen in de statistische analyses.

Cliënten zochten de oorzaak van hun klachten veelal in hun werk (reorganisaties en verandering van werkplek, conflicten met collega's, gebrek aan steun of waardering van leidinggevend, of een slechte organisatie binnen het bedrijf). Daarnaast gaven veel mensen te kennen dat privé-omstandigheden meetelden (gebrek aan nachtrust door lawaai, (echt)scheiding en relatieproblemen, ziekte van hun partner, verlies van baan van hun partner of financiële problemen).

T-toetsen voor onafhankelijke groepen brachten voor geen van de beschreven persoonskenmerken significante verschillen aan het licht tussen de deelnemers in de experimentele en de controleconditie. Dat gold ook voor de ernst van de klachten, gemeten met de UBOS en de DASS. In vergelijking met een klinische normgroep scoorden beide groepen van tevoren hoog op de schalen Uitputting en Cynisme en laag op Competentie van de UBOS. Ten aanzien van Depressie en Stress scoorde de direct behandelde groep van tevoren gemiddeld in vergelijking met de klinische normgroep, terwijl de controlegroep iets boven gemiddeld scoorde. Ook op Angst scoort de direct behandelde groep iets lager, onder gemiddeld versus gemiddeld in de controlegroep (Bregman, & Tjepkema, 2002).

Behandelaars

Vierentwintig behandelaars (15 vrouwen, 9 mannen) voerden de behandelingen uit. Zij waren allen doctoraalstudenten klinische psychologie. Zij hadden een cursus directieve therapie achter de rug en kregen een speciale opleiding voor het begeleiden van cliënten met het eerder genoemd protocol. Gemiddeld waren de behandelaars 26 jaar oud (SD 4.7, *range* 22-42). De cliënten uit beide condities werden at random over hen verdeeld.

Resultaten

Voor de burn-outsymptomen en voor Angst en Depressie geven we voor beide groepen de gemiddelden van de voor- en nameting. Van de actief behandelde groep geven we ook de gegevens van de follow-up. Met behulp van multivariate analyses (MANOVA) hebben we getoetst in hoeverre de veranderingen in de experimentele groep overall verschilden van die in de controlegroep. Vervolgens bekeken we per subschaal hoe groot de veranderingen waren. Voor alle metingen geven we de effectgrootte d . Een d -waarde van .20 is klein, .40 is middelgroot en .60 is hoog (Cohen, 1977).

Symptomen van burn-out

Tabel 1 laat zien dat de scores op de belangrijkste effectmetingen Uitputting en Stress in de actief behandelde groep sterk afnemen, bijna halveren, terwijl in de controlegroep geen afname van betekenis plaatsvindt. De tabel laat ook zien dat deze verbeteringen

stand houden in de follow-upperiode. De veranderingen zijn geringer wat betreft Cynisme en gevoel van Competentie. Multivariate analyse waarbij de verschillen in veranderingen tussen de experimentele groep en de controlegroep over alle metingen gezamenlijk worden getoetst, toont aan dat de verschillen tussen de experimentele en controlegroep sterk significant zijn: $F(1,126) = 18.7, p = .000$.

Analyses van de vooruitgang per subschaal en de effectgroottes (Cohens d) laten zien dat het effect in de experimentele groep sterk is voor Uitputting ($F(1,91) = 26.97, p = .000, d = .60$) en bijzonder groot voor Stress ($F(1,95) = 135.11, p = .000, d = 1.22$). De subschalen Cynisme en gevoel van Competentie laten minder sterke effecten zien: respectievelijk $F(1,91) = 7.90, p = .006, d = .26$ en $F(1,91) = 12.65, p = .001, d = .39$.

Tabel 1 Gemiddelden en standaarddeviaties op de ubos-subschalen en de Stress-schaal van de dass in de experimentele (N = 96) en controle-conditie (N = 37), bij voor- en nameting en follow-up van de experimentele conditie.

Schaal	Conditie	Pretest		Posttest		Follow-up	
		M	SD	M	SD	M	SD
UBOS ²							
Uitputting	Experimenteel	3.26	1.21	2.50	1.31	2.25	1.07
	Controle	3.39	1.14	3.29	1.19		
Cynisme	Experimenteel	2.44	1.19	2.11	1.33	1.87	1.27
	Controle	2.36	1.22	2.35	1.32		
Incompetentie ¹							
	Experimenteel	2.64	0.84	2.30	0.90	2.20	0.89
	Controle	2.69	0.75	2.65	0.87		
DASS							
Stress	Experimenteel	20.85	7.81	11.39	7.72	10.91	8.11
	Controle	21.42	9.39	18.47	9.72		

¹ Deze schaal is omgescoord, hoe hoger hoe negatiever. ² De ubos-waarden geven itemgemiddelden aan, in plaats van somscores zoals bij de dass.

Angst en depressie

Tabel 2 laat een sterke afname zien van Angst en Depressie in de actief behandelde groep. We zien wederom dat de verbeteringen stand houden gedurende de follow-upperiode. Maar ook in de controlegroep verminderen de depressie- en vooral de angstklachten enigszins. De multivariate analyses (MANOVAS), waarbij de verschillen in veranderingen tussen de experimentele groep en de controlegroep over angst en depressie gezamenlijk worden getoetst, toont aan dat de verschillen tussen de experimentele en controlegroep niet significant zijn: $F(1,129) = 2.9, p = .089$.

We hebben voor Angst en Depressie apart onderzocht hoe sterk de vermindering tussen voor- en nameting is in de actief behandelde groep. Die is in beide gevallen substantieel. Voor Angst geldt $F(1,94) = 51.14, p = .000, d = .76$; Voor Depressie geldt $F(1,94) = 54.39, p = .000, d = .79$. Hierbij mag worden aangetekend dat ook de controlegroep met alleen psycho-educatie enigszins verbetert (zie Bregman, & Tjepkema, 2002).

Tabel 2 Gemiddelden en standaarddeviaties op de subschalen Angst en Depressie van de dass in de experimentele 96 en controlegroep (N = 37), bij de voor- en nameting en bij de follow-up van de experimentele conditie.

Schaal	Conditie	Pretest		Posttest		Follow-up	
		M	SD	M	SD	M	SD
DASS							
Depressie	Experimenteel	13.28	8.04	7.26	7.09	7.45	8.00
	Controle	13.86	8.27	11.11	7.51		
Angst	Experimenteel	9.47	6.76	4.92	5.09	4.91	5.55
	Controle	11.06	6.63	7.67	5.86		

*: Parnassia, Den Haag, n = 14, t1-t2; n = 9, t1-t3; gem. = gemiddeld ben.g. = beneden gemiddeld z.hoog = zeer hoog

Relevantie van de veranderingen (reliable change)

Naast statistische toetsing van de gemiddelden, is de individuele vooruitgang van de deelnemers belangrijk bij het evalueren van een behandeling. Het gaat om de cliënten die voorafgaand aan de behandeling klinische waarden op de twee duidelijkste burn-outklachten (Uitputting en Stress) vertoonden (98 van de 133 die de behandeling ondergingen). Over deze hebben we de 'reliable change' berekend zoals voorgesteld door Jacobson en Truax (1991) en Maassen (2000). Hieruit bleek dat 63% van de deelnemers uit de experimentele groep relevante vermindering in Uitputting vertoonde, tegenover 25% in de controlegroep. Voor Stress waren de cijfers: 60% vs. 29%. Voor Depressie en Angst waren de cijfers minder sterk: 29% relevante verbetering in Depressie in de experimentele groep (controlegroep 22%), 42% in Angst (controlegroep 39%).

Exploratie: wat vonden de cliënten van de verschillende onderdelen?

Na afloop van de behandeling konden de cliënten op een schaal van 1 (niet zinvol) tot 10 (zeer zinvol) aangeven hoe zinvol zij de verschillende onderdelen van de behandeling vonden. Tabel 3 geeft een overzicht van de gemiddelden, gerangschikt van meest naar minst zinvol. De evaluatiemetingen werden later geanalyseerd dan de effectmetingen, zodat inmiddels ook een aantal deelnemers van de controlegroep de actieve behandeling had afgerond. Om een zo breed mogelijk oordeel van de eindgebruikers over deze nieuwe behandelmethodete te kunnen presenteren, hebben we hun evaluatie van de onderdelen ook in tabel 3 verwerkt. Het gaat derhalve om 115 personen die zowel de tussentijdse als de eindevaluatie hebben ingevuld. Deze groep bestaat uit 70 vrouwen en 45 mannen. De beoordelingen van deze grote groep over de verschillende onderdelen van de behandeling lopen weinig uiteen. Alle onderdelen scoren boven de 7 op een schaal van 1 tot 10. De gemiddelde score van alle onderdelen is 7.5.

Tabel 3 Beoordeling zinvolheid van de verschillende onderdelen, schaal 1-10 (N = 115).

Interventie	Gemiddeld	SD
Schrijven over meest spanningsvolle situatie	7.96	1.38
Registreren van signalen van spanning	7.83	1.54
Timemanagement	7.59	1.71
Psycho-educatie/tips	7.45	1.56
Bezinning/gepland piekeren	7.44	1.88
Relaxatie/ademhalingsoefeningen	7.40	1.90
Terugvalpreventie/toolkit maken	7.25	1.67
Positieve zelfverbalisatie/reminderkaartje	7.24	1.81
Schrijfopdracht successen/wat bereikt-lijst	7.19	1.72
<i>Gemiddeld</i>	<i>7.51</i>	

*: Parnassia, Den Haag, n = 14, t1-t2; n = 9, t1-t3; gem. = gemiddeld ben.g. = beneden gemiddeld z.hoog = zeer hoog

Mannen beoordeelden de interventies over het geheel genomen iets positiever dan vrouwen. Bij de onderdelen relaxatie en psycho-educatie/tips was het verschil zelfs significant hoger (respectievelijk $t(113) = -1.92, p < .026$; $t(113) = -2.19, p < .015$).

Exploratie: hoe tevreden waren de cliënten over Interapy en de behandelaars?

Halverwege en meteen na afloop beantwoordden de cliënten vragen over de gang van zaken en over de behandelaars. Sommige vragen hadden betrekking op de gehele behandeling en konden alleen aan het einde worden gesteld. Bij alle vragen ging het om drie antwoordmogelijkheden: negatief, positief of geen mening. Tabel 4 laat zien dat verreweg het grootste deel van de 115 deelnemers die beide vragenlijsten hadden ingevuld, zeer tevreden was over de behandelaars en over de behandelvorm.

Een aantal cijfers is opvallend: zo'n 80% van de deelnemers vond het prettig dat het contact met hun behandelaar alleen via het internet verliep, hoewel ongeveer 30% aangeeft dat zij persoonlijk contact ook gemist hebben; 25% beschouwde het contact als persoonlijk en bijna 90% beschouwde het contact als plezierig; in de evalueatie prefereerde meer dan 80% deze behandelvorm boven een face-to-facebehandeling. De evalueaties zijn ronduit positief: meer dan 81% heeft in de praktijk baat gehad bij de behandeling en 87% zou de behandeling aanbevelen.

Van Lawick en Stoop (in voorbereiding) stelden vast dat de drop-outs in het algemeen minder tevreden waren over hun behandelaars en de behandeling dan de completers. Verrassend was dat zij niettemin minder burn-outklachten vertoonden dan voordat zij gestart waren met de afgebroken behandeling.

Tabel 4 Percentages van positieve en negatieve beoordelingen m.b.t. aspecten van de behandeling (N = 115).

Vragen	Antwoorden	Tussen	Eind
Onderwerp: Begeleiding			
• Hoe heb je het ervaren om uitsluitend via de computer contact te hebben met je behandelaar?	Prettig	79%	80%
	Onprettig	10%	10%
	GM	11%	10%
• Hoe vond je het contact met je behandelaar?	Persoonlijk	74%	75%
	Onpersoonlijk	11%	10%
	GM	15%	15%
• En wat vond je van dit contact?	Plezierig	88%	88%
	Onplezierig	2%	3%
	GM	10%	9%
• Heb je face-to-facegesprekken met je behandelaar gemist, bijvoorbeeld met betrekking tot steun of uitleg?	Ja	30%	31%
	Nee	62%	68%
	GM	8%	1%
• Vind je dat de verstandhouding tussen je behandelaar en jou is gegroeid?	Ja	55%	57%
	Nee	29%	33%
	GM	16%	10%
Onderwerp: Medium internet			
• Hoe vond je het om op deze manier in behandeling te zijn in plaats van face-to-face?	Plezierig	77%	81%
	Onplezierig	7%	6%
	GM	16%	13%
• Hoe heb je het ervaren om te schrijven op de computer in plaats van op papier?	Prettig	82%	83%
	Onprettig	4%	4%
	GM	14%	13%
• Vind je Interapy een effectieve methode voor het verminderen van spanningsklachten?	Ja	77%	84%
	Nee	7%	5%
	GM	16%	11%
Eindevaluatie			
• Heb je in de praktijk van je werk iets aan de behandeling gehad?	Ja		81%
	Nee		4%
	NVT/GM		15%
• Zou je het programma aan iemand anders aanbevelen?	Ja		87%
	Nee		5%
	GM		8%

*: Parnassia, Den Haag, n = 14, t1-t2; n = 9, t1-t3; gem. = gemiddeld ben.g. = beneden gemiddeld z.hoog = zeer hoog

Beschouwing

Interapy is een enthousiasmerend project. Het combineert de sterke kanten van behandelprotocollen met de sterke kanten van de klinische praktijk. Het programma zorgt er vanzelf voor dat de behandelingen systematisch worden geëvalueerd. Het was al bekend dat Interapy-PTS consistent goede resultaten opleverde. Het was hiermee

nog lang niet zeker of ook andere problematiek zinvol via het internet kon worden aangepakt. Aangezien het behandelprotocol voor burn-out veel complexer moest zijn dan het schrijfopdrachtenprotocol voor PTS, hadden we van tevoren twijfel of het wel zou lukken. De gepresenteerde studies leveren echter bemoedigende resultaten op. Dit heeft deels te maken met algemene 'Interapy-kenmerken': specifieke training van de behandelaars, transparantie van het proces voor zowel cliënten als behandelaars, mogelijkheid tot nadenken, intervisie en supervisie als behandelaars op moeilijkheden stuiten, motiverende houding van de behandelaars. Het heeft waarschijnlijk ook te maken met het feit dat het protocol zeer uitgekiend is, met op elkaar afgestemde interventies.

De effecten zijn het grootst ten aanzien van de typische burn-outsymptomen Uitputting en Stress. De subschalen Cynisme en Gevoel van Competentie laten minder verandering zien. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de relatief geringe betrouwbaarheid van deze subschalen. Het is de vraag of deze schalen in de toekomst nog gebruikt moeten worden.

Bij de constatering dat de veranderingen wat betreft Gevoel van Competentie relatief klein zijn, moet men in aanmerking nemen dat er ook cliënten waren die ten tijde van de behandeling niet aan het werk waren. Als men niet werkt, is het moeilijk om een gevoel van competentie te verwerven ten aanzien van werktaken.

Angst en Depressie nemen af, maar minder dan Uitputting en Stress. Dat ligt wel in de lijn van de verwachtingen, aangezien daar niet expliciet voor is behandeld. Angst en in mindere mate Depressie nemen ook af in de controleconditie. Dit is te verklaren door de werking van de psycho-educatie, de enige interventie in de controleconditie. Kennis over burn-outproblemen, de aanpak en de wetenschap binnenkort met de behandeling te kunnen beginnen, heeft deelnemers in deze conditie waarschijnlijk een gevoel van controle gegeven dat de klachten, vooral de angst, reduceert. Op grond hiervan valt te overwegen om de psycho-educatie nog uit te breiden, volgens de aanbevelingen van Dixon et al. (2001), bijvoorbeeld door ook psycho-educatie op te nemen voor de omgeving van de cliënt.

De cliënten zijn behoorlijk tevreden over de verschillende onderdelen. Opvallend is de hoge waardering voor schrijven over de meest spanningsvolle situaties. Net als bij de behandeling voor PTS blijkt dit een belangrijk onderdeel. Dit is niet zo vreemd, aangezien veel burn-outpatiënten ook wel last hebben van negatieve gebeurtenissen die zij niet hebben verwerkt. Ook een algemene techniek als registratie wordt hogelijk gewaardeerd. Dit bevestigt weer eens hoe belangrijk het is dat therapeuten hun cliënten helpen om in eerste instantie controle te krijgen door problemen goed in kaart te brengen. Timemanagement doet het ook goed. Niet verbazend; het is precies wat deze mensen nodig hebben. Ontspanningsoefeningen doen het niet speciaal goed. Maar de score van ruim boven de zeven laat zien dat het toch goed mogelijk is cliënten hiermee te helpen, zonder face-to-facecontact.

Het is mooi om in tabel 4 te constateren dat de meeste cliënten overal uitermate lovend waren over de behandeling en de procedures. Speciaal hun lof over de behandelaars mag gememoreerd worden. Kennelijk is het de overwegend jonge en niet bepaald ervaren behandelaars goed gelukt om ondanks het straffe regime en ondanks (of misschien dankzij?) het ontbreken van face-to-facecontact een goede band op te

bouwen met hun cliënten. Er is natuurlijk wel een zekere selectiviteit. Personen die een afkeer van het internet hebben of per se face-to-facebehandelingen willen, zullen zich niet hiervoor aanmelden. Er waren echter wel veel deelnemers die van tevoren geen voorkeur voor deze behandelvorm hadden, maar zich hadden aangemeld uit onvrede met ander behandel aanbod. We moeten ook bedenken dat de uitvallers die deze vragenlijsten achteraf hebben ingevuld, wat minder positief over het contact waren.

De behandeling is ingericht om in zeven weken te worden voltooid. Veel deelnemers doen er langer over. Gemiddeld duurt de behandeling vijftien weken ($SD = 3.95$). De traagste deelnemer deed er 36 weken over, de snelste vier weken. Vertragingen ontstaan door vakanties, gebrek aan tijd van cliënten door drukke werkzaamheden, gebrek aan motivatie en problemen met de computer. Computerproblemen werden vaak veroorzaakt doordat de behandeling verliep aan de hand van e-mails en attachments. Momenteel is Interapy Burn-out niet meer hierop aangewezen. De behandeling verloopt nu, net als bij Interapy-PTS, helemaal via de website. Dit heeft veel voordelen. Voor behandelde cliënten wordt het geheel overzichtelijker, de gegenereerde gegevens worden meteen uitgerekend en toegankelijk. Waarschijnlijk zal de gemiddelde doorlooptijd ook afnemen. Het betekent ook dat we voor de evaluatiestudies minder uitval door 'ontbrekende data' zullen hebben. De vragenlijsten werden tot nu toe in de attachments ingevuld en teruggestuurd. Daarin was geen check mogelijk op missing values. Op de website gebeurt dat wel.

Naast de hier beschreven behandeling hebben Brohm en Cabooter (2002) een protocol opgesteld waarin de Interapy Burn-outbehandeling is gecombineerd met een sport- of bewegingsprogramma. Cliënten die hiervoor hadden gekozen kregen, naast het burn-outprogramma systematische begeleiding bij het op gang brengen van sportieve, niet op prestatie gerichte, activiteiten. De eerste gegevens lijken erop te wijzen dat er geen verschil was in het uiteindelijke resultaat van de behandeling. Wel gingen de sportievelingen wat sneller door het protocol heen en vonden zij het wat leuker. We zullen hierop in de toekomst terugkomen. In komende studies zullen we ook onderzoeken of er bepaalde groepen zijn voor wie de behandeling meer of juist minder positief uitpakt.

Uiteraard is Interapy geen panacee voor alle burn-outklachten. Er zullen situaties zijn waarin de omgeving (collega's, chefs, familie) bij de behandeling zal moeten worden betrokken. Niettemin hebben we geprobeerd om in de module 'omgaan met anderen' de cliënt te voorzien van gereedschap om problemen in die sfeer ook aan te pakken.

We noemden het al eerder: een gedeelte van de deelnemers aan dit onderzoek was tijdens de behandeling niet werkzaam. Sommige onderdelen waren voor hen daardoor minder relevant dan voor de wel werkzame deelnemers. Op dit moment zijn we daarom bezig bepaalde onderdelen aan te passen voor personen die ten tijde van de behandeling niet aan het werk zijn (al dan niet met ziekteverlof). Voor die groep komt er ook een uitgebreidere reïntegratiemodule.

Afgezien van de verschillen tussen werkende en niet werkende burn-outcliënten is het verstandig om niet alle onderdelen uit het behandelprotocol voor iedereen even zwaar te laten wegen. Als cliënten bijvoorbeeld geen slaapproblemen hebben is de betreffende module niet echt relevant. Of als cliënten ontspanningsoefeningen helemaal niet zien

zitten hoeft de behandelaar ze niet te overtuigen dat dit toch moet gebeuren. Het Interapy-protocol bevat een geprotocolleerde behandeling waarbij aanpassing aan de cliënt mogelijk is.

Abstract

In recent years a lot of computer-driven self-help programs were developed in which no client-therapist interaction whatsoever takes place. These programs yielded varying successes (Hester & Delaney, 1997; Marks, Shaw, & Parkin, 1998; Miller & Gergen, 1998; Schneider, Walter & O'Donnell, 1990; Servan-Schreiber, 1986). The internet offers new possibilities, including treatment programs in which clients do interact with their therapist, without the two ever meeting face to face. The therapist responds to client input and vice versa. This is the essence of the low threshold Interapy program for treatment of posttraumatic stress: www.interapy.nl. In this article we describe the newly developed Interapy program 'Prevention and Treatment of Work Related Stress'. Procedures and interventions of this program are described, as well as the results of a randomized controlled trial (n = 133) comparing the treated group to a psycho-education only control group. The data show significant improvements and high effect sizes on burn-out symptoms, and anxiety and depression, in the experimental group, in comparison to the control group that received psycho-education only. The treatment is illustrated with a case description written by the client (the fourth author) herself.

Noot

- 1 Wij zijn veel dank verschuldigd aan het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid voor de subsidie die de pilotstudie mogelijk heeft gemaakt. Verder gaat onze dank uit naar Niels Bregman, Rinke Tjepkema, Caroline Bongers en Merijn van de Vliet voor het vele werk dat zij hebben verricht ten behoeve van de dataverwerking.

Referenties

- Abels-Reguera, L., & Brunner, K. (2002). *Interapy – burn-out: Een ongecontroleerde pilotstudie naar het effect van een geprotocolleerde behandeling van burn-out via het internet*. Doctoraal werkstuk. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Arnoldi, J., Ven, J.-P. van de, Schrieken, B., & Lange, A. (in voorbereiding). *De Suicide Risico Taxatielijst – eigenschappen van een kort screeningsinstrument*.
- Beurs, E. de, Dyck, R. van, Marquenie, L.A., Lange, A., & Blonk, R. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, 34(1), 35-54.
- Blaauw, E., & Kerkhof, A.J.F.M. (1999). *Suicides in detentie*. Den Haag: Elsevier.
- Bregman, C.A., & Tjepkema, R. S. (2002). *Interapy. preventie en behandeling van Burn-out via internet; de effecten in een gerandomiseerde studie*. Doctoraal werkstuk. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Brohm, P., & Cabooter, F. (2002). *Burn-out en sport: Preventie en behandeling van burn-outklachten met bewegingstherapie via het internet*. Doctoraal werkstuk. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Bronner, M. (2002). *Burn-out-interapy; een pilotstudie naar de effectiviteit van een burn-out behandeling via e-mail*. Doctoraal werkstuk. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (revisited ed.)*. New York: Academic Press.

- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burn-out. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499-512.
- Dierendonck, D. van, Schaufeli, W.B., & Buunk, B.P. (1998). The evaluation of an individual burn-out intervention program: the role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology, 83*, 392-407.
- Dixon, L., McFarlane, W.R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Muser, K., Miklowitz, D., Solomon, P., & Sondheimer, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric services, 52*, 903-910.
- Doornen, L. van (2001). Psychofysiologie van burn-out, In C.A.L Hoogduin, W.B. Schaufeli, C.P.D.R. Schaap & A.B. Bakker (red.), *Behandelingsstrategieën bij burn-out* (pp. 40-50, H4). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Heeringen, C. van, & Kerkhof, A.J.F.M. (red.) (2000). *Behandelstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, Cure en Care development.
- Hester, R.K., & Delaney, H.D. (1997). Behavioral self control program for windows: results of a controlled clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 65*(4), 686-693.
- Hoogduin, C.A.L., Schaap, C.P.D.R., Methorst, G.J., Peters van Neyenhof, C.R., & Griendt, J.M.T.M. van de (2001). Burn-out: klinisch beeld en diagnostiek. In C.A.L Hoogduin, W.B. Schaufeli, C.P.D.R. Schaap & A.B. Bakker (red.), *Behandelingsstrategieën bij burn-out* (pp. 13-20, H2). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Karsten, C. (2001). *Omgaan met burn-out; Preventie, hulp en reïntegratie*. Rijswijk: Elmar.
- Lange, A. (2000). *Gedragsverandering in gezinnen, zevende herziene druk*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A., Rietdijk, D.B., Ven, J.-P. van de, & Schrieken, B.A.L. (2002). Interapy: techniek, resultaten en problemen. In A. van Minnen & M.P.J.M. Verbraak, *Psychologische interventies bij posttraumatische stress-stoornis* (H 7, pp. 119-135). Zeist: Cure & Care.
- Lange, A., Schrieken, B., Blankers, M., Ven, J.-P. van de, & Slot, M. (2000). Constructie en validatie van de Gewaarwordingenlijst (GL); een hulpmiddel bij het signaleren van een verhoogde kans op psychosen. *Directieve Therapie, 20*(2), 162-173.
- Lange, A., Ven, J.-P. van de, Schrieken, B., Bredeweg, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2000a). Internet-mediated, protocol driven treatment of psychological dysfunction. *Journal of Telemedicine and Telecare, 6*(1), 15-21.
- Lange, A., Schrieken, B., Ven, J.-P. van de, Bredeweg, B., Emmelkamp, P.M.G., Kolk, J. van der, Lydsdottir, L., Massaro, M., & Reuvers, A. (2000). 'Interapy': The effects of a short protocolled treatment of post-traumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28*(2), 103-120.
- Lange, A., Ven, J.-P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: A controlled trial. *Behavioral Research and Experimental Psychiatry, 32*, 73-90.
- Lawick, G. van, & Stoop, J. (in voorbereiding). *Interapy; analyse en predictoren van drop-out van de burn-outbehandeling via Interapy*. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Leffers, F. C., Vergunst, A. J., Kleber, R. J., Stoebe, S., & Hak, E. (2000). Stress op het werk de baas. *Gedrag & Gezondheid, 28*, 12-22.
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney, Australia: Psychology Foundation.
- Maassen, G.H. (2000). Kelly's formula as a basis for the assessment of reliable change. *Psychometrika, 65*(2), 187-197.
- Marijt, J., & Vroegindewij, J. (2003). *Interapy Burnout; Een kwalitatieve pilotstudie naar de behandeling van burnout via de e-mail*. Amsterdam: Doctoraal werkstuk. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Marks, I., Shaw, S., & Parkin, R. (1998). Computer-aided treatment of mental health problems. *Clinical psychology: Science and Praxis, 5*, 151-170.
- Maslach, Chr., Jackson, S.E., & Leiter, F. (1996). *Maslach Burn-out Inventory. Manual (3rd ed.)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- McKay, M., Davis, M., Fanning, P. (1997). *Thoughts & Feelings – Taking control of your moods and life*. Oakland, Ca: New Harbinger Publications. Ook in Nederlands: *Gedachten & Gevoelens; Breng je stemmingen in je leven op orde*. Amsterdam: Nieuwezijds, 2001.
- Meer, R. van (2000). *Overspannen door je baas (vierde herziene druk)*. Utrecht: Kosmos.

- Miller, J.K., & Gergen, K.J. (1998). Life on the line: the therapeutic potentials of computer-mediated conversation. *Journal of marital and family therapy*, 24, 189-204.
- Morin, Ch.M. (1993). *Insomnia; Psychological Assessment and Management*. New York: Guilford Press, 236 p.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, Ph., Dyck, R. van, Hart, O. van der, & Vanderlinden, J. (1997). The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311-318.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) (2002). *Werken aan balans, remedies burn-out. Advies 22*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Schaufeli, W.B., & Dierendonck, D. van (2000). *Utrechtse burn-outschaal: handleiding*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Schaufeli, W.B., & Enzmann, D. (1998). *The burn-out companion study & practice. A critical analysis*. Londen: Taylor & Francis.
- Schneider, S.J., Walter, R., & O'Donnell, R. (1990). Computerized communication as a medium for behavioral smoking-cessation treatment: controlled evaluation. *Computers in human behavior*, 6, 141-151.
- Servan-Schreiber, D. (1986). Artificial intelligence and psychiatry. *Journal of nervous and mental disease*, 174, 191-202.
- Smith, T. (1999). Verzekeraars actief in preventie en begeleiding van burn-out. *De huisarts in Nederland*, 9, 32-34.
- Terluin, B., & Hekkelman-de Bie, S. (2000). Counseling bij ziekteverzuim door overspanning. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 12, 1006-1022.
- Tuin, N. (2002). *Burn-out; een overzicht van meetkwaliteiten van testen*. Doctoraal werkstuk. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Ven, J.-P. van de, Lange, A., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. (2000). Interapy: de resultaten van een gecontroleerde studie over de behandeling van posttraumatische stress via internet. *Directieve Therapie* 20(4), 345-361.
- Ven, J.-P. van de, Lange, A., Schrieken, B., Bredeweg, B., & Emmelkamp, P.M.G. (1999). Interapy – de resultaten van een kortdurende geprotocolleerde behandeling van post-traumatische stress via internet. *Directieve Therapie*, 19(1), 6-40.
- Vries, J. de & Heck, G.L. van (2000). Persoonlijkheid en emotionele uitputting. Een overzicht van de literatuur. *Gedrag en gezondheid*, 28, 90-105.
- Waterman, D., & Hofman, W. (1996). De niet-medicamenteuze behandeling van slapeloosheid. *Directieve Therapie* 16(4), 350-370.
- Winnubst, J.A.M., Schabracq, M.J., Gerrichhauzen, J., & Kampermann, A. (1995). *Arbeid, levensloop en gezondheid*. Utrecht: Lemma.