



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

Cognitieve beperkingen van burn-outpatiënten

ARNO VAN DAM, GER KEIJSERS, PAUL ELING & ENI BECKER

WAAROM DIT ONDERZOEK?

Veel burn-outpatiënten klagen over cognitieve beperkingen. Men kan zich bijvoorbeeld niet meer goed concentreren. Consequenties van deze cognitieve beperkingen kunnen voor zowel patiënten als werkgevers groot zijn.

ONDERZOEKSVRAGEN

Zijn de cognitieve prestaties van burn-outpatiënten slechter dan die van gezonde mensen en nemen cognitieve beperkingen in de loop van de tijd weer af? Zijn er bij burn-outpatiënten mechanismen aan te wijzen die deze cognitieve problemen zouden kunnen verklaren? Omdat vermoeidheid bij veel psychische stoornissen voorkomt, maar bij burn-out de voornaamste klacht is, ontstond de vraag of burn-outpatiënten hun vermoeidheid in vergelijking met andere patiëntengroepen op een specifieke manier beleven? Tot slot: speelde een afgenomen motivatie om zich in te spannen of een aan de vermoeidheid aangepaste taakuitvoeringsstrategie een rol bij afgenomen cognitieve prestaties van burn-outpatiënten?

HOE WERD DIT ONDERZOEKT?

Eerst werd de vermoeidheidsbeleving van burn-outpatiënten onderzocht door na te gaan of zij vermoeider waren en/of andere opvattingen hadden over vermoeidheid en prestatievermogen in vergelijking met gezonde mensen, depressieve patiënten en patiënten met een angststoornis. Vervolgens werd in drie verschillende experimenten de prestatie op (complexe) aandachtstaken tussen burn-outpatiënten en gezonde proefpersonen vergeleken. In één experiment konden deelnemers kiezen tussen een meer of minder effectieve en inspannende taakuitvoeringsstrategie. In de andere experimenten werd geprobeerd de prestatie van burn-outpatiënten te verbeteren door hun ongeacht hun prestatie positieve

feedback te geven en goede prestaties financieel te belonen of hun succesverwachting impliciet te beïnvloeden door kort voor het verrichten van de taak woorden te laten zien die geassocieerd waren met 'succes' of met 'mislukking'. Ten slotte werd onderzocht hoe het met de burn-outpatiënten ging twee jaar na het experiment.

BELANGRIJKSTE RESULTATEN

Burn-outpatiënten presteerden op complexe cognitieve taken minder goed dan gezonde mensen. Deze minder goede prestaties leken niet samen te hangen met opvattingen over vermoeidheid. Burn-outpatiënten waren niet vermoeider dan andere patiëntengroepen en hadden daar ook geen andere opvattingen over. Ook bleken de cognitieve beperkingen niet toe te schrijven te zijn aan afwijkende taakuitvoeringsstrategieën en verbeterden ze niet door motiverende interventies. Na twee jaar, waarin alle burn-outpatiënten een cognitieve gedragstherapie hadden ondergaan, voldeed 85 procent van de burn-outpatiënten niet meer aan de diagnose burn-out of een andere diagnose. De cognitieve prestaties waren sterk verbeterd, maar nog steeds minder dan die van gezonde proefpersonen. Deze bevindingen suggereren dat de cognitieve beperkingen van burn-outpatiënten sterk kunnen verbeteren na een cognitieve gedragstherapie, alhoewel die therapie niet specifiek op het verbeteren van de cognitieve beperkingen gericht is. De bevinding dat de cognitieve problemen niet samenhangen met opvattingen over vermoeidheid of taakuitvoeringsstrategie en niet te beïnvloeden zijn door motiverende interventies suggereren dat de cognitieve problemen niet makkelijk direct te veranderen zijn.

CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

Burn-outpatiënten, behandelaren en werkgevers zouden er rekening mee kunnen houden dat de cognitieve vermogens van burn-outpatiënten verminderd zijn en dat dat niet direct te veranderen is. In behandelingen en re-integratietrajecten kan met deze beperkingen rekening gehouden worden door tijdelijk van taken af te zien die een groot beroep doen op cognitieve functies. De symptomen en cognitieve beperkingen nemen bij succesvolle behandeling sterk af, maar vermoeidheid en aandachtsproblemen kunnen na twee jaar nog steeds voorkomen. Vragen voor vervolgonderzoek zijn wat de kenmerken zijn van de subgroep die niet verbetert na cognitieve gedragstherapie, of de cognitieve beperkingen van deze subgroep blijvend zijn en of specifieke cognitieve trainingen bij deze groep mogelijk effectief zijn voor het verbeteren van hun cognitieve prestaties.

Referentie
van Dam, A. (2013). Studies on cognitive performance in burnout. (Doc-

toral dissertation.) Nijmegen: Radboud University Nijmegen.